

# Abordaje de la Tuberculosis desde un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires como estudio de caso en el período 2017-2022

Approach To Tuberculosis from a General Acute Care Hospital in the City Of Buenos Aires as a Case Study in the Period 2017-2022

 Andrés Martín Pereira

Universidad de Buenos Aires  
Argentina  
[andrespereira@gmail.com](mailto:andrespereira@gmail.com)  
[andres.m.pereira@gmail.com](mailto:andres.m.pereira@gmail.com)

 Rocío Nahir Barrios

Universidad de Buenos Aires  
Argentina  
[rocio321@gmail.com](mailto:rocio321@gmail.com)

 Jimena Aranda

Universidad Nacional de Buenos Aires  
Argentina  
[jimearanda@gmail.com](mailto:jimearanda@gmail.com)

 Marina Longordo

Universidad Nacional de Buenos Aires  
Argentina  
[Marinaalexandra85@gmail.com](mailto:Marinaalexandra85@gmail.com)

## Resumen

La tuberculosis (TB) es un padecimiento infectocontagioso asociado históricamente a condiciones de pobreza y necesidades básicas insatisfechas. La persistencia actual de esta problemática en los barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que señala una distribución inequitativa, subraya el deterioro de las condiciones socioeconómicas de la población que habita dicho territorio y la presencia de obstáculos para el abordaje de la enfermedad. El objetivo de este escrito es aportar elementos conceptuales para el análisis de la TB como problemática de salud pública a partir del análisis de los casos notificados de TB desde un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) durante el período 2017-

2022. Se discutirán las políticas territoriales para el control de la enfermedad, la focalización de las intervenciones sanitarias y el aislamiento social preventivo y obligatorio por la pandemia de COVID-19.

**Palabras clave:** Tuberculosis, Políticas territoriales, Inequidades en Salud, Pandemia de COVID-19.

### **Abstract**

Tuberculosis (TB) is an infectious disease historically associated with poverty and unmet basic needs. The current persistence of this problem in the working-class neighborhoods of the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA), which indicates an inequitable distribution, underscores the deteriorating socioeconomic conditions of the population living there and the presence of obstacles to addressing the disease. The objective of this paper is to provide conceptual elements for the analysis of TB as a public health problem based on the analysis of TB cases reported from a Public Hospital in the City of Buenos Aires (CABA) during the period 2017-2022. Territorial policies for disease control, the targeting of health interventions, and preventive and mandatory social isolation due to the COVID-19 pandemic will be discussed.

**Keywords.** Tuberculosis, Territorial Policies, Health Inequities - COVID -19 pandemic.

## **Introducción**

La tuberculosis (TB) es un padecimiento infectocontagioso que se transmite de persona a persona principalmente mediante la vía respiratoria y su principal presentación clínica es pulmonar. Si se observa en términos poblacionales e históricos, este padecimiento se ha asociado a las condiciones de pobreza y necesidades básicas insatisfechas. Esta asociación ha sido documentada históricamente a principios del siglo XX en Argentina principalmente en el “Informe sobre el estado de las clases obreras” de Bilete Massé (Massé, 2010) y en el trabajo de Diego Armus “La ciudad impura” en las primeras décadas en el proceso de conformación urbana de Buenos Aires (Armus, 2007).

La respuesta a la TB en el contexto actual, aquellos esfuerzos destinados a abordar este padecimiento y sus consecuencias, puede identificarse tanto a nivel de la gestión gubernamental como a nivel de organismos internacionales (Ministerio de Salud, 2024; OMS, 2024). Sin embargo, algunos trabajos se han propuesto analizar la respuesta a la enfermedad desde una escala local, dando cuenta de fuertes inequidades respecto a la susceptibilidad de enfermar, acceder y sostener el tratamiento en la población consultante a los efectores de salud (Aranda, Barrios, Pereira, et al., 2022; Barrios et al., 2021).

El impacto de la pandemia de COVID-19 en el abordaje de este padecimiento ha sido señalado por organismos internacionales a manera de “silencio epidemiológico” a nivel mundial, entendido como el decrecimiento en la detección de casos de este evento de salud

(OMS, 2020, 2024). En el caso de Argentina, se reconocieron importantes modificaciones en la movilidad de la población y en el funcionamiento de los servicios de salud. Estos fueron orientados súbitamente a dar respuesta a los casos de COVID-19 (Chiara, 2020). A nivel de los efectores de salud, se ha señalado que la priorización del abordaje del COVID-19 no permitió identificar y responder a otros problemas de salud, como por ejemplo la TB (Bozovich et al., 2020; Lagrutta et al., 2021; Scarnato et al., 2022).

El objetivo de este escrito es aportar elementos conceptuales para el análisis de la problemática de la TB desde un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) durante el período 2017-2022. Las discusiones presentadas en este trabajo se desprenden de los resultados alcanzados un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Salud de la Nación en el marco de un Beca Salud Investiga en el período 2019-2022.

En primer lugar, se realizará una contextualización de la TB como problemática de salud pública, tomando en consideración su impacto a la salud de los conjuntos sociales afectados. Se describirá la evolución de esta problemática en Argentina y, en particular, en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)<sup>1</sup> utilizando fuentes secundarias (Ministerio de Salud, 2024). Se focalizará en transformaciones producidas durante el período de la pandemia de COVID-19 problematizando el “silencio epidemiológico” en la distribución del evento (Santini & Rivero, 2020). El AMBA, como el conglomerado urbano más grande de Argentina, representa muy marcadamente la tendencia de concentración de casos de TB de las grandes metrópolis latinoamericanas (OPS, 2017).

En segundo lugar, se presentará una justificación para el análisis de la TB desde un Hospital General de Agudos Público de la CABA, como estudio de caso (Arzaluz Solano, 2005; Martínez, 2017; Peña Collazos, 2009). Se describirá, desde la escala de un Hospital Público, la longitudinalidad temporal de la TB durante el período 2017-2022, las características demográficas de la población afectada y su dispersión espacial. Tomando en cuenta el alcance espacial de un hospital público, se justificará el recorte geográfico para la problematización de las llamadas “políticas territoriales” en salud en el AMBA (Chiara & Moro, 2011). Se revisará el concepto de territorio-red y la dinámica multiterritorial caracterizada por los flujos poblacionales y la discontinuidad en el espacio (Haesbaert, 2013, 2019, 2021).

En relación con el recorte temporal del caso ¿Por qué analizar el abordaje de la TB desde un hospital de la CABA en el período 2017-2022? La TB es una problemática socio-sanitaria de larga historia a nivel mundial. Los estudios históricos sobre la TB en Argentina en el siglo XX,

---

<sup>1</sup> La denominación “Área Metropolitana de Buenos Aires” fue utilizada por el INDEC en el año 2003 para el área compuesta por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires, también denominados en conjunto como Conurbano Bonaerense.

señalan que el desarrollo de la medicación antifímica moderna marca una nueva etapa caracterizada por un descenso de la mortalidad y de las internaciones por esta causa alrededor de los años 50s. Sin embargo, al mismo tiempo también asocian ese descenso a otros factores tales como las mejoras en las condiciones socioeconómicas de la población, avances nutricionales en la alimentación de la población, modificaciones ambientales y habitacionales en el contexto urbano, nuevas medidas en el control de la enfermedad, la inmunización natural de la población y mayor facilidad en el acceso a la atención en los servicios de salud. Si bien de esta forma la historia de la TB queda dividida en un antes y un después del tratamiento farmacológico, en la actualidad la persistencia y continuidad de la enfermedad señala las dificultades existentes en el abordaje del padecimiento, el acceso a los servicios de salud y en la implementación de programas de control (Herrero & Carbonetti, 2013). La persistencia de la TB como problema de salud prevalente señala la persistencia de múltiples vulneraciones, a lo cual se añade el impacto de la pandemia de COVID-19, e implica un agravamiento de las mismas (R. Barrios et al., 2022).

En tercer lugar, se presentará un marco conceptual para discutir sobre la incertidumbre institucional como parte de los procesos de producción social y espacial de condiciones de riesgo inequitativas con relación a la problemática de la TB (Natenzon & Ríos, 2015). A partir de este marco, se realizará una acotada identificación de los actores sociales intervenientes y de las políticas de escala utilizadas, como “categorías analíticas y de la práctica” que dan prioridad a determinados enfoques o recortes espaciales para el abordaje de la problemática (Moore, 2018).

Finalmente, se expondrán interrogantes sobre el impacto que dejó la pandemia de COVID-19 tanto en la TB, como en otras problemáticas de salud preexistentes. Para esto, se discutirá sobre la focalización de intervenciones sanitarias, las restricciones a la movilidad de la población, el aislamiento como parte de una lógica neo-higienista de vigilancia y control durante el período de la pandemia en el AMBA (Muñoz-Duque & Ortiz, 2023; Palero et al., 2020).

### **Situación epidemiológica de la TB en el AMBA y sus silencios**

La TB es un problema de salud infecto-contagioso cuyo agente etiológico es una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, o también bacilo de Koch. La transmisión de persona a persona se produce a través del aire, por la inhalación de microgotas que contienen los bacilos. Estas suelen ser eliminadas por la persona enferma de tuberculosis pulmonar al toser, escupir, estornudar o hablar. De esta forma, si bien la enfermedad puede alojarse en distintas localizaciones del cuerpo, el órgano habitualmente afectado es el pulmón. Solo las formas pulmonares o laringeas de esta enfermedad son contagiosas. A su vez, más allá de la localización, la infección puede ser controlada por el sistema inmune, que evita que las

bacterias vivas se reproduzcan dentro del organismo. Sin embargo, si el sistema inmune falla, los bacilos pueden replicarse y desarrollarse hasta lograr una tuberculosis activa, sintomática. Este período de latencia de la infección puede llegar a durar años. Por este motivo la TB está asociada a problemáticas que afectan la inmunidad como ejemplo la co-infección con VIH o el estado nutricional (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). La TB es una infección curable a partir de un tratamiento medicamentoso y en la mayoría de los casos ambulatorio. Sin embargo, sin acceso al tratamiento y diagnóstico oportuno, la probabilidad de complicaciones, necesidad de internaciones y la mortalidad aumenta (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

Desde un punto de vista poblacional, la TB es un evento de notificación obligatoria por parte del sistema de salud, cada caso identificado debe ser notificado en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0). Según los datos de dicho registro, la, para el año 2023, la TB en Argentina presentó un incremento en la tasa de notificación de casos nuevos en relación a años anteriores. En el año 2020, hubo un descenso abrupto de dicha tasa, señalada por las autoridades sanitarias como resultante del impacto negativo de la pandemia de COVID-19 sobre las actividades de vigilancia epidemiológica de eventos de notificación obligatoria diferentes al COVID-19. Previo a la pandemia, en el período 2013-2019 se observa también una tendencia al aumento de las notificaciones de casos de TB que alcanzó una velocidad de 2,76% anual promedio. El período posterior al año 2020 también presenta un aumento similar (Ministerio de Salud, 2024).

En el año 2023 la tasa de notificación nacional del evento fue de 32 por 100 mil habitantes, la cual fue 10,3 % más alta que la del 2022 (29,0 por 100.000 habitantes). De los casos reportados el 93,2 % (13.905) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y solo el 6.8% (1.009) casos antes tratados (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). La diferenciación, entre casos incidentes y antes tratados, permite identificar no solo la velocidad en la aparición de nuevos casos, sino también los problemas que tiene el sistema de salud para garantizar el seguimiento de los casos. Los casos nuevos aportaron el 78,6% de la carga de enfermedad, y dentro de los casos no nuevos, el reingreso de pérdida de seguimiento fue la clasificación más frecuente, con el 52,5% (Coordinación de Tuberculosis y Lepra et al., 2024).

Del total de los casos notificados el 83,5% fueron casos pulmonares y el 59,4% fueron notificados en varones para el año 2023. A su vez, casi el 60 % del total de los casos se distribuyen en una población joven de 15 a 44 años (Coordinación de Tuberculosis y Lepra et al., 2024).

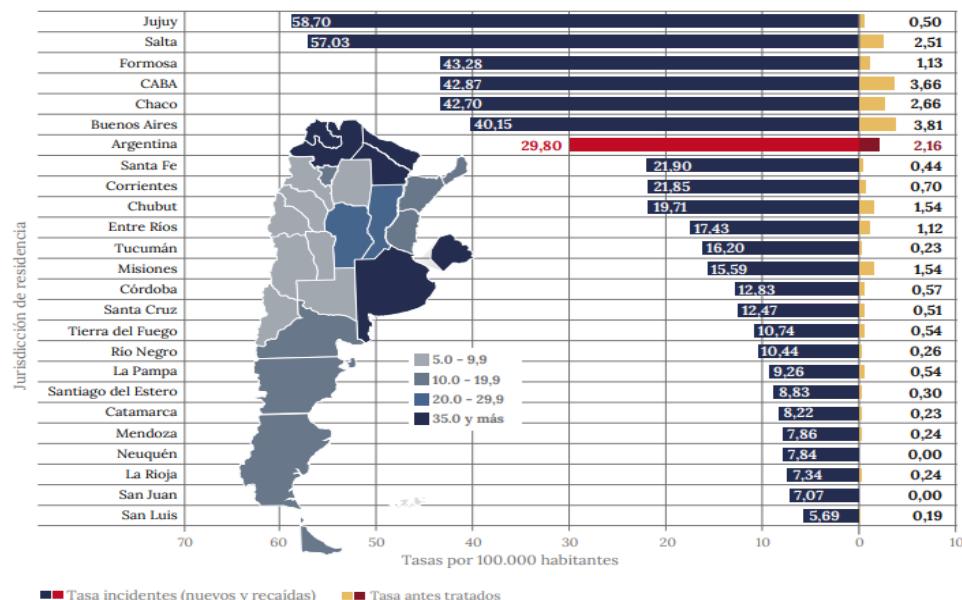
La Ciudad de Buenos Aires (CABA) es la cuarta jurisdicción en el país, con una tasa de casos incidentes de 42,9 cada 100 mil personas, solo detrás de la provincia de Jujuy (58,7), Salta (57) y Formosa (43,3). Las jurisdicciones que notificaron el mayor número de casos fueron la Provincia de Buenos Aires (PBA) y la CABA, que concentran el 62,8% del total de casos del país (Coordinación de Tuberculosis y Lepra et al., 2024).

En la CABA, las jurisdicciones con mayor tasa de notificación de casos nuevos y recaídas de TB en el año 2023 son la Comuna 1 (100.3 cada 100 mil habitantes), la comuna 8 (86.4), la comuna 7 (84.9) y la comuna 4 (59.1). Esta distribución permite afirmar la continuidad del patrón en la distribución inequitativa del evento en la CABA, señalado anteriormente a la pandemia de COVID-19 (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019).

La PBA, se encuentra en sexto lugar como jurisdicción con una tasa de notificación de casos incidentes de 40.15 cada 100 mil habitantes para el año 2023. Entre las jurisdicciones del conurbano que conforman el Área Metropolitana de Buenos Aires con más tasas más altas es posible señalar a Lomas de Zamora (65.3) y José C. Paz (58.6) (Coordinación de Tuberculosis y Lepra et al., 2024).

Si bien las jurisdicciones que conforman el AMBA (CABA y PBA) no son las 3 primeras del país en tasa de notificación de casos de TB, presentan tasas superiores a la Argentina como país (29,8). La CABA y el conurbano bonaerense conforman el conglomerado urbano más grande del país, y un buen ejemplo para visibilizar la tendencia de concentración de TB reconocida en las grandes ciudades latinoamericanas (OPS, 2017).

Gráfico 1. Tasa de notificación de casos de tuberculosis según jurisdicción de residencia y tipo de paciente.  
Argentina 2023.



Fuente: Infografía del Boletín N° 7 de Tuberculosis y Lepra en Argentina. Elaborado por la Coordinación de Tuberculosis y Lepra de la Nación y por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, ANLIS “Carlos G. Malbrán”, con base en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ministerio de Salud de la Nación, 19-02-2024.

El “silencio epidemiológico” de la TB, entendido como la caída de la notificación de los casos, es leído por diferentes organismos como uno de los impactos de la pandemia de COVID-19 a partir del año 2020 (OMS, 2020, 2024). La disminución en el reporte de los casos tiene que ver con la menor sensibilidad del sistema de salud para el diagnóstico oportuno de los casos y con el menor acceso a los servicios de salud durante la etapa del aislamiento y restricción de la movilidad.

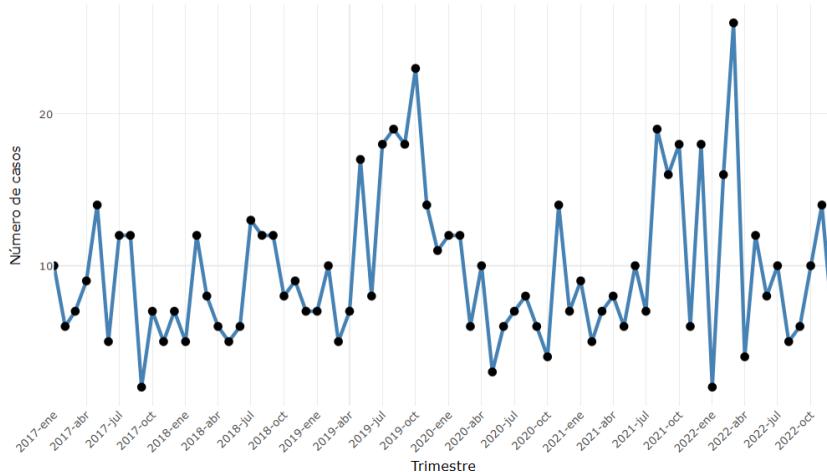
En este contexto de inicios de la pandemia, de fuerte reorientación de los servicios de salud al abordaje de la COVID-19, y de implementación de dispositivos de intervención a nivel territorial en salud pública en el AMBA (Chiara, 2020; Crojethovich, María et al., 2023), el abordaje de otras problemáticas sanitarias como la TB no estuvo entre las prioridades. La TB en el contexto de la pandemia; como proceso de salud-enfermedad vinculado con condiciones sociales y espaciales de pobreza, hacinamiento, entre otras; forma parte de las

epidemias silenciosas que previo a la llegada de la pandemia de COVID-19 ya eran poco visibles y marginales en la agenda pública a comparación de otros eventos de salud. La pandemia, en esa dirección, solo reforzó inequidades sanitarias preexistentes (Santini & Rivero, 2020), especialmente en territorios atravesados por fuertes desigualdades sociales y fragmentación como el AMBA.

### **La TB en un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires como estudio de caso**

Los Hospitales Públicos en Argentina, al igual que los centros de salud, se insertan en la estructura del sector salud que ha atravesado un proceso histórico de descentralización en niveles y en sectores. En términos formales los efectores de salud (hospitales, centros de salud, etc.), son las instituciones que brindan la atención en salud y pueden agruparse en tres: el sector público estatal, el sector privado (prepagas) y el de la seguridad social (obras sociales). En paralelo a esta separación en sectores, hay una separación formal en niveles de atención de acuerdo a la capacidad de resolución de problemas en salud. El primer nivel de atención incluye a los centros de salud de atención ambulatoria y aquellos que no cuentan con capacidad de internación, el segundo nivel incluye a hospitales generales que cuentan con servicios de emergencias e internación, y el tercer nivel refiere a hospitales especializados (PNUD, 2011; Chiara, 2019).

Gráfico N° 2: Casos notificados de Tuberculosis en un Hospital General de Agudos agrupados por trimestre.  
(Período 2017-2022). (n=699)



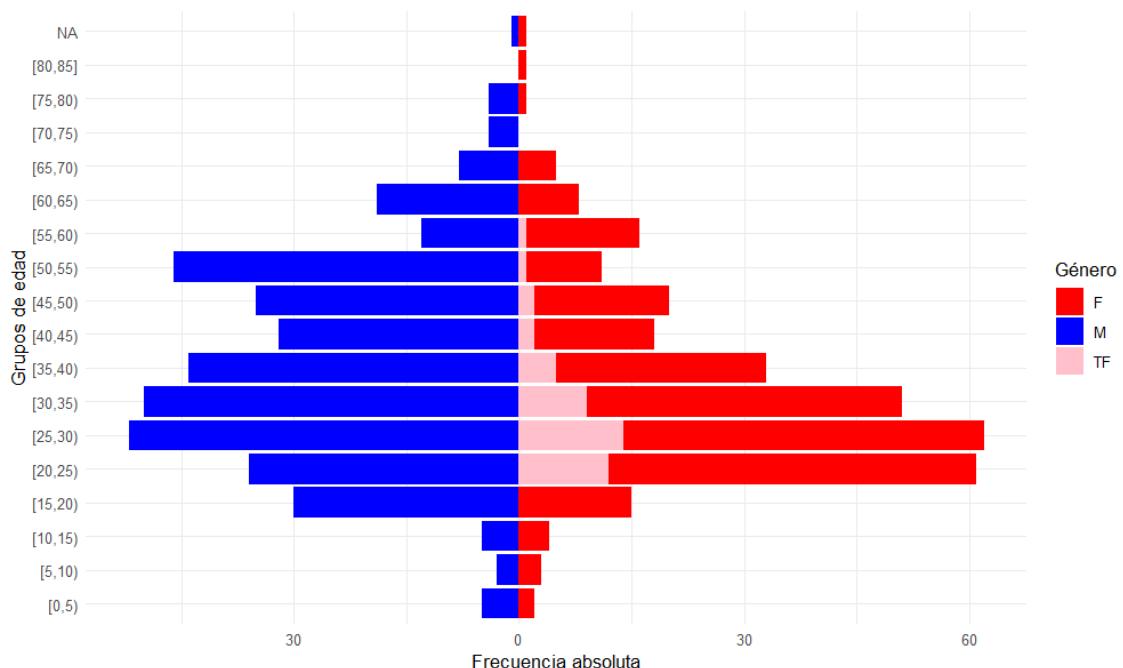
Fuente: Elaboración propia realizada a partir de los datos de la vigilancia epidemiológica. Se utilizó la herramienta Estudio para el procesamiento de los datos.

La notificación de los casos de TB, implica que la persona afectada en algún momento de su trayectoria pudo ingresar al Hospital y se pudo diagnosticar la enfermedad durante el período. El Gráfico N°2 describe una tendencia heterogénea en la notificación de los casos en un Hospital General de Agudos en el período 2017-2022. En el primer trimestre del 2020 se verifica un fuerte descenso en los casos notificados que puede vincularse con el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, y con la reorientación de los servicios de salud. Si bien no es el único trimestre que marca un descenso, esta tendencia de disminución en la notificación de casos de TB propia del período de la pandemia de COVID-19, ha sido identificada a nivel mundial en el año 2020 (OMS, 2020).

Realizar un estudio de caso, tomando al abordaje de la TB desde un Hospital Público de la CABA, nos permite realizar una investigación sobre un proceso social, pero sin la intención de generalizar en términos estadísticos, sino en términos analíticos (Arzaluz Solano, 2005). En el caso de la TB, el acceso a efectores de salud de segundo o tercer nivel de atención, se vuelve una necesidad técnica. No solo frente a una emergencia o requerimiento de internación; los estudios diagnósticos se realizan en dichos efectores y no en los del primer nivel (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). Esta particularidad hace que el papel de los hospitales sea necesario en el abordaje inicial, fundamentalmente, en el diagnóstico de laboratorio e imágenes. Los centros de salud, en cambio, favorecen el acceso oportuno al tratamiento, los estudios de contacto y el sobre todo seguimiento, tomando en cuenta su dispersión territorial, pero dependen sobre todo en el diagnóstico y para la internación de un segundo nivel. Por ello la articulación entre efectores de salud y niveles de atención es indispensable para la respuesta a la problemática.

En esta dirección el análisis de la población notificada por un Hospital Público permite una lectura de procesos más generales del comportamiento epidemiológico de la TB, identificados a nivel poblacional y regional. Un ejemplo es la tendencia de la concentración de la mayor parte de los casos en población adulta. Esta tendencia de concentración de los casos en la población adulta ha sido verificada a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2024).

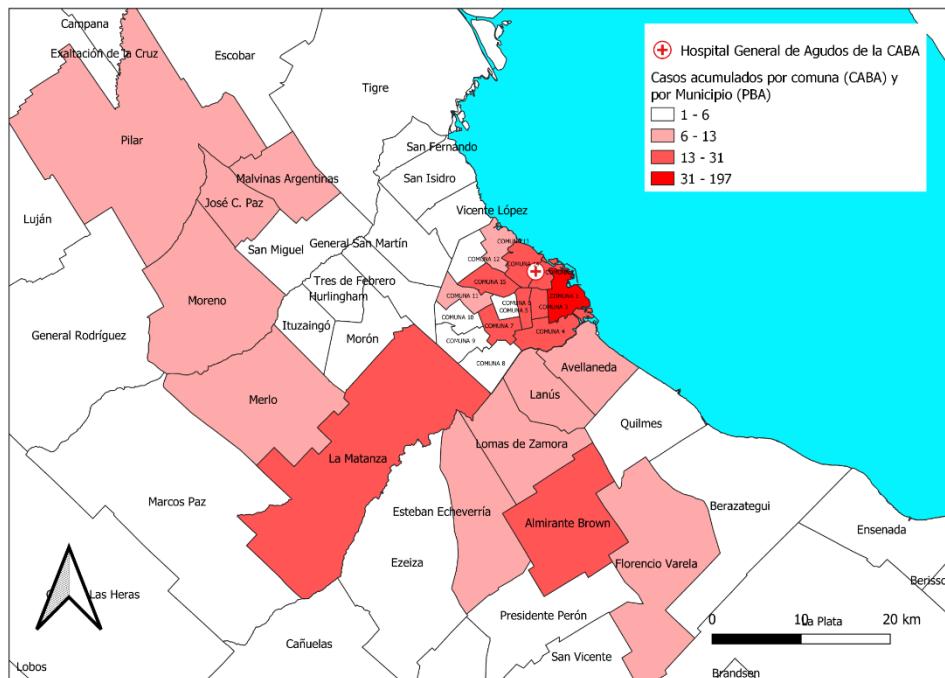
Gráfico N°3: Pirámide de población de casos notificados con TBC en un Hospital General de Agudos. Período 2017-2022. (n= 699)



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de los datos de la vigilancia epidemiológica. Se utilizó la herramienta RStudio para el procesamiento de los datos.

Tomar un Hospital General de Agudos de la CABA como caso de estudio en lo relativo al abordaje de la TB como problemática tiene como fortaleza el estudio sobre un fenómeno social dentro de su contexto real y donde se propicia la utilización de diversas fuentes de evidencia, perspectivas y miradas disciplinarias (Peña Collazos, 2009). A partir del análisis de los datos de un Hospital Público, es posible reconocer a la TB como situación problemática que presenta una dispersión espacial que trasciende los límites de la CABA, es decir atraviesa con una dinámica de flujos los límites jurisdiccionales. Esta tendencia de armado de dinámicas territoriales de corredores sanitarios, descrita en otros trabajos, se verifica en la problemática de la TB y se evidencia en la dispersión espacial de los casos atendidos en un Hospital General de Agudos de la CABA. En esta dirección la movilidad de la población supone pensar desde una lógica de redes y flujos, y no en un espacio de contigüidad (Chiara & Moro, 2011).

Mapa 1: Casos notificados de Tuberculosis en un Hospital General de Agudos de la CABA en el período 2017-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la vigilancia epidemiológica. Se utilizó como fuente de datos el IGN para el acceso shape files de los Municipios de la PBA y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para las comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El sistema de referencia geodésico es POSGAR 2007 / UTM zona 21S (EPSG:5347).

A su vez el área de influencia de un hospital público no representa un espacio absoluto, sino un espacio relacional y relativo (Harvey, 2006). En esta dirección, el concepto de territorio introduce en la discusión la dimensión del poder como relación social y de la gobernabilidad del espacio. Las prácticas sociales, y por ende espaciales, en este sentido pueden ser leídas a partir del conflicto y la disputa de actores sociales concretos. Esta dimensión no sólo hace referencia al control de recursos concretos y materiales, sino también a la existencia de múltiples dimensiones entre las que se incluye lo simbólico y la identidad de los conjuntos sociales (Haesbaert, 2019, 2021). Los equipos de salud forman parte de estas dinámicas de construcción del espacio de influencia y de las barreras de acceso a los servicios de salud.

Las políticas territoriales en salud se han caracterizado a partir de la articulación de líneas de gestión, verticales y horizontales. Los programas nacionales, por ejemplo, a nivel vertical y

las estrategias de abordaje de los efectores de salud a nivel jurisdiccional. En concreto puede pensarse en la articulación entre niveles de gobierno observando la articulación entre hospitales provinciales y centros de salud municipales, como una forma de reconocer los puntos más evidentes de los “territorios-red”, discontinuos y superpuestos que trascienden la lógica zonal e implican una dinámicas particulares de desterritorialización y reterritorialización (Haesbaert, 2013). En esta dirección uno de los principales desafíos reconocidos, es la falta de agilidad para la articulación entre niveles de atención y de gestión en el marco de la trama interjurisdiccional (Chiara & Moro, 2011).

La ventaja de considerar el abordaje de la TB desde un hospital público como estudio de caso en el período de la pandemia de COVID-19, en términos teórico-metodológicos, tiene que ver con abordar situaciones problemáticas concretas y con la posibilidad de organizar los datos tomando un proceso social delimitado a una institución (Arzaluz Solano, 2005). Esta estrategia, llamado por algunos trabajos como “análisis situacional”, permite visibilizar la incongruencia entre las normas y la manipulación de las mismas en un escenario no ajeno al conflicto (Martínez, 2017). Un ejemplo, aunque no el único, en esta dirección puede encontrarse el proceso de reorientación de los servicios de salud durante la pandemia y las restricciones a la movilidad tomando en cuenta la dispersión de los casos de TB notificados en un Hospital General de Agudos de la CABA.

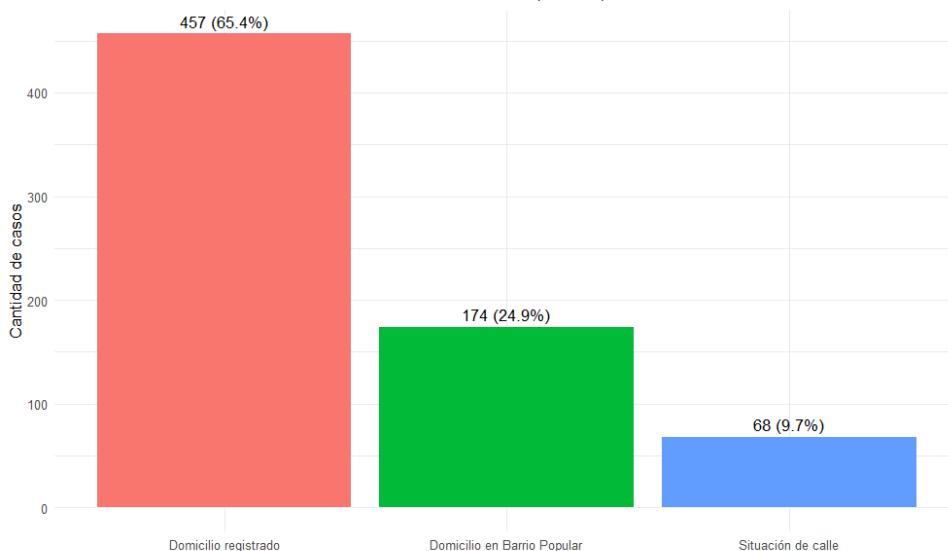
### **Marco conceptual e identificación de actores en relación con la TB**

Como se viene desarrollando en este trabajo, es posible afirmar que la persistencia de la TB señala, y sobre todo su distribución inequitativa, la continuidad en el deterioro de las condiciones socioeconómicas de la población en los barrios populares del AMBA. A nivel de la CABA, algunos trabajos señalan que la distribución de este evento de salud es un indicador de inequidades socio-sanitarias, principalmente en el sur de la ciudad y los barrios populares (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019). Desde un punto de vista metodológico, consideramos la definición de “Barrio Popular” utilizada por la Secretaría de Desarrollo Territorial, Hábitat y Vivienda hasta el año 2023. (Secretaría de Desarrollo Territorial, Hábitat y Vivienda, 2020)<sup>2</sup>. Algunos trabajos han señalado los aprendizajes en la intervenciones en salud en este tipo de “territorios segregados” durante la pandemia (Chiara, 2020; Crojethovich, María et al., 2023).

---

<sup>2</sup> “Se considera Barrio Popular a los barrios vulnerables en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal)”.(Secretaría de Desarrollo Territorial, Hábitat y Vivienda, 2020)

Gráfico N°4: Características de la vivienda de los casos notificados con TBC en un Hospital General de Agudos.  
Período 2017-2022. (n= 699)



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de los datos de la vigilancia epidemiológica. Se utilizó la herramienta RStudio para el procesamiento de los datos.

El gráfico N°4 permite una aproximación a las condiciones de la vivienda, si bien estas condiciones no son fijas en el tiempo, al momento de realizar la notificación de la TB de las personas afectadas. El riesgo como herramienta conceptual, es ampliamente utilizada para la comprensión de las problemáticas de salud y presenta diversos desarrollos conceptuales (de Almeida Filho et al., 2009). Se ha definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento desde las ciencias naturales (Moreno, 2015). En el campo de la salud pública, el riesgo como objeto de estudio ha dado lugar a numerosos desarrollos teóricos y metodológicos (Ayres, 2005). Sin embargo, desde las Ciencias Sociales, retomando la teoría social del riesgo (Beck, 2001), se ha enfatizado el proceso histórico de construcción social del riesgo y el análisis del mismo. De esta forma las condiciones de vida de los barrios populares o de las personas en situación de calle, consideradas dentro un marco conceptual que problematiza los procesos sociales y espaciales de construcción de las condiciones de riesgo, no son riesgosas en sí mismas, sino que son resultado de la producción de condiciones de vulnerabilidad diferencial entre grupos sociales.

Dentro de este marco teórico, también es posible recuperar otros elementos que hacen al riesgo. En esta dirección, la peligrosidad permite rescatar la particularidad de los procesos

causales del evento de la TB en tanto padecimiento infecto-contagioso. La peligrosidad se vincula con la amenaza y la probabilidad del daño de un fenómeno en un contexto específico (Natenzon & Ríos, 2015). Las características particulares del agente etiológico de la TB y las condiciones del huésped (persona que entra en contacto con el bacilo de Koch) son elementos que son tenidos en cuenta en relación con otros problemas infecciosos. Podemos hablar de largos períodos en los cuales la infección no presenta síntomas y permanece latente, así como los síntomas que presenta la tuberculosis activa (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

Otros elementos que hacen al riesgo dentro de este marco conceptual, tienen que ver con la exposición diferencial entre los grupos sociales y su relación con la distribución espacial de la TB como evento (Natenzon & Ríos, 2015). Más allá de la dimensión biológica de la infección, son importantes las condiciones sociales y ambientales que determinan la exposición entendida en este caso como la oportunidad diferencial de enfermar. En este sentido, vale la pena tener en cuenta que solo las formas pulmonares de la tuberculosis son contagiosas y que la transmisibilidad es un resultado de varios elementos. Por un lado, depende de que tanto haya avanzado la infección en la persona (mientras más bacilos se expelen, más avanzada está la infección, mayores probabilidades de expeler microgotas a partir de toser, hablar, estornudar, etc.) y esto se vincula necesariamente con el acceso tardío al sector salud (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

Por otro lado, determinados factores socio-ambientales que favorecen la concentración de los bacilos en el ambiente (lugares cerrados, pequeños, ventilación inadecuada, hacinamiento), de la cercanía social de las personas (a mayor tiempo y estrechez de contacto con una persona que se encuentra cursando la enfermedad, mayor es el riesgo) y de la susceptibilidad del huésped o la persona que se infecta (estado nutricional y estado inmunológico de las personas expuestas). Este último elemento, permite señalar que las condiciones nutricionales y de salud de la población previas son fundamentales para comprender lo diferencial de la oportunidad de enfermar (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

También es necesario considerar en esta contextualización de la TB, el grado de incertidumbre institucional y política para la gestión de respuestas e intervenciones sanitarias<sup>3</sup> (Natenzon & Ríos, 2015). Este elemento permite integrar al análisis a los actores institucionales intervenientes en la problemática de salud a nivel poblacional y de salud

---

<sup>3</sup> Al momento de escribir este texto en febrero del año 2025, el gobierno nacional despidió al 40 % del personal de la Dirección de Respuesta al VIH, Hepatitis y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación. Esta Dirección lleva adelante, entre otras tareas, de adquirir y distribuir los medicamentos y tratamientos para las personas en todo el país; de planificar y ejecutar acciones de prevención, realizar estimaciones y estudios sobre las poblaciones más vulnerables, lo que permitía diseñar estrategias efectivas de intervención.

pública. Desde esta óptica el deterioro o desfinanciamiento de las instituciones y políticas sanitarias es un elemento clave para la comprensión de la distribución inequitativa de la TB en el AMBA, principalmente en lo que hace a los barrios populares. Esta tendencia se vincula a la heterogeneidad y tendencia inequitativa en la distribución del evento de salud en términos urbanos (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019).

Podemos mencionar, tomando en cuenta esta dimensión institucional, una red de actores que intervienen en el abordaje de la TB como problema sanitario de manera superpuesta (referentes institucionales, efectores y equipos de salud, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, entre otros).

Retomando en líneas generales las diferencias entre niveles y sectores del sistema de salud argentino, también resulta clave señalar que el subsector estatal a su vez presenta distintos niveles gubernamentales: municipal, provincial y nacional. Esta distinción permite abrir paso al análisis de la compleja trama de relaciones intergubernamentales entre niveles y en el proceso de implementación de políticas sanitarias (Chiara, 2019). De esta forma el listado de los actores intervenientes en la problemática de la TB en el AMBA, necesariamente involucra a los efectores de salud públicos dependientes de distintos niveles de gobierno y organismos de gobierno de distintos niveles (Secretarías de Salud, Regiones Sanitarias en el caso de la Provincia de Buenos Aires, Áreas Programáticas en la CABA, Direcciones pertenecientes a los Ministerios de Salud en sus distintos niveles, etc.).

Recuperar el proceso de asistencia de la TB es una estrategia que permite identificar distintos actores sociales que intervienen en la problemática. Para el diagnóstico de este particular evento de salud es necesaria la intervención de un efector de salud, pero en el proceso de confirmar un diagnóstico interviene también una red de laboratorios. Estas redes de laboratorios y de la vigilancia epidemiológica son quienes garantizan la confirmación del diagnóstico que a su vez desencadena las actividades el seguimiento del caso que facilitan el acceso al tratamiento y el estudio de los contactos entre otras tareas de cuidado que desempeña el subsector público de salud. La organización de estas tareas, principalmente el seguimiento activo de los casos, implica un trabajo de articulación interjurisdiccional e intersectorial (Pereira, 2021), sobre todo tomando en cuenta la desigualdad movilidad de los grupos sociales afectados en relación al acceso al sector salud (Gutiérrez, 2009).

A su vez es posible mencionar redes de equipos de salud que agrupan a profesionales que trabajan directamente con la población afectada por la TB en distintos efectores de salud. Las asociaciones profesionales y de los equipos de salud vincula transversalmente a referentes en la temática dispersos a lo largo de las discontinuidades y fragmentaciones del

sistema de salud. En esta dirección la Red de Trabajo Social en TB<sup>4</sup> o la Asociación Metropolitana de Equipos de Salud<sup>5</sup> son algunos ejemplos de agrupamientos profesionales de la sociedad civil que toman a la TB como problemática dentro de sus agendas actualmente.

Si bien no es objetivo de este trabajo realizar un mapeo exhaustivo de la intervención de organismos internacionales en la problemática de la TB, si es posible señalar el trabajo de colocar en agenda el problema, la movilización de fondos y recursos en materia de capacitación, asesoramiento técnico, producción de evidencia en el abordaje que realizan distintos organismos<sup>6</sup>. En esa línea también resulta rescatable de organismos como la Organización Panamericana de la Salud<sup>7</sup> a nivel de las Américas y la Organización Mundial de la Salud<sup>8</sup>. Estos organismos trabajan en articulación con distintos niveles de gobierno (nacionales o provinciales) promoviendo líneas de intervención, capacitación y de trabajo incidiendo de distintas formas en las políticas sanitarias. Resulta llamativo en esta dirección la iniciativa del gobierno nacional de retirarse de la OMS<sup>9</sup>.

El tomar un hospital como estudio de caso, nos permite problematizar la superposición de escalas de observación, que en lugar de ser un cuadro analítico dado son parte de la realidad empírica a ser estudiada y parte de la estrategia política de actores sociales. Las “políticas escala” permite considerar la utilización o el privilegio otorgado a determinadas escalas o recortes por parte de determinados actores sociales para el análisis de, por ejemplo, una problemática en salud como la TB (Moore, 2018). En este punto las escalas no son parte de una realidad ontológica, un ordenamiento del espacio absoluto, sino una serie de prácticas y discursos que se conforman tanto teóricamente como en la práctica como metáforas y ficciones espaciales. En este punto cobra relevancia la diferencia entre la escala como “categoría analítica” que nos permite identificar actores específicos, prácticas y discursos involucrados en una política de escala; de la escala como “categoría de la práctica” que señala la utilización por parte de actores específicos a partir de la experiencia cotidiana (Moore, 2018). En esta dirección las políticas sanitarias priorizan a la población que tiene una residencia en la CABA, dejando sin atención a población con domicilio en otra jurisdicción o

---

<sup>4</sup> <https://www.instagram.com/red.trabajosocialentbc/>

<sup>5</sup> <https://ames.ar/>

<sup>6</sup> La Alianza Alto a la Tuberculosis (Stop TB Paternship) es un buen ejemplo de organismos internacionales que movilizan recursos y voluntades para el abordaje de la TB. <https://www.stoptb.org/who-we-are/stop-tb-partnership>

<sup>7</sup> <https://www.paho.org/es>

<sup>8</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

<sup>9</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-se-retirara-de-la-oms>

sin domicilio, dificultan el abordaje de los flujos y la movilidad de la población afectada por la TB<sup>10</sup>.

Tomando en cuenta los procesos de construcción de escalas, es posible identificar como un ejemplo la articulación entre organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil como por ejemplo la “Casa Masantonio” ubicada en la CABA<sup>11</sup>. Esta casa forma parte de una red de hogares que conforman una federación de centros barriales vinculados a la Iglesia Católica. Estos centros con dispersión en el AMBA, en líneas muy generales y entre otras tareas, brindan asistencia y cuidado a la población en situación de calle, asistencia y tratamiento a las personas afectadas por la TB. La experiencia de abordaje de la TB que desempeñan estos centros barriales para la población que se encuentra en contexto de fuertes vulneraciones, funciona en articulación con distintos equipos dispersos en el sistema de salud público y con distintos actores sociales. Varios de estos centros se encuentran en el área de influencia del hospital y son referidos por la población afectada por la TB. Este tipo de estrategias, desplegadas por esta red de centros de día, permiten dar seguimiento a personas que no tienen domicilio de residencia y al momento de llegar al sistema de salud se encontraban en situación de calle.

En este punto al reconocer algunos de los actores sociales, es posible identificar políticas de escala con relación a la problemática de la TB. En esa línea, se puede señalar que los conflictos entre distintas escalas y distintas territorialidades amplifican el riesgo en tanto dificultan el reconocimiento de los actores intervinientes a nivel territorial. El área de influencia de un Hospital en ese sentido permite analizar estos distintos recortes y disminuir el grado de incertidumbre en el abordaje de la TB como elemento de la producción desigual del riesgo (Natenzon & Ríos, 2015)

¿Por qué entonces dar prioridad a un Hospital General de Agudos como estudio de caso? Una primera respuesta reside en las trayectorias de la población afectada, en donde el ámbito hospitalario se convierte en un paso necesario en el proceso de salud-enfermedad - atención-cuidado que supone la TB. Una segunda respuesta subraya la potencialidad que aportan los escenarios concretos y empíricos para visibilización de las trayectorias y obstáculos reales en la implementación de políticas sanitarias. Y una tercera tiene que ver con la potencialidad que presentan las áreas de referencia de los Hospitales Generales de Agudos de la CABA para visibilizar las dinámicas de abordaje de la TB en escenarios concretos

---

<sup>10</sup> El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires viene desarrollando políticas de restricción de los servicios de salud solo a personas residentes en la ciudad, con domicilio registrado en CABA. Este tipo de restricciones no reconocen las movilidad de la población en el AMBA y en el caso de la TB esta consideración es clave para el seguimiento: <https://www.ambito.com/politica/jorge-macri-anuncio-que-los-hospitales-publicos-la-ciudad-priorizaran-la-atencion-los-portenos-n5939043>

<sup>11</sup><https://www.paho.org/es/historias/casa-masantonio-espacio-contencion-tratamiento-tuberculosis-argentina>

y la movilidad de la población afectada en el AMBA, escapando a miradas exclusivamente jurisdiccionales o normativas sobre los límites y los flujos poblacionales.

### **Aprendizajes de la pandemia: focalización y aislamiento**

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto global negativo en el abordaje de muchos problemas de salud pre-existentes, agudizando en muchos las inequidades ya presentes en el AMBA. Una de las limitaciones que se reconocen en algunas de las intervenciones en materia de salud pública implementadas durante la pandemia es la reactualización de discursos neo higienistas (Palero et al., 2020). Este tipo de líneas de intervención centradas en una lógica infectológica y poblacional, si bien no las únicas implementadas en el período de la pandemia, refuerzan el proceso de medicalización de la vida cotidiana e imponen intervenciones normativas de medidas preventivas, como por ejemplo el aislamiento y el lavado de manos durante los inicios de la pandemia de COVID-19, contradictorias con la materialidad de las condiciones de vida y las posibilidades de amplios de sectores de la población (Aranda, Barrios, Otero, et al., 2022).

El impacto de las restricciones del aislamiento en la movilidad de la población y en el acceso a los servicios de salud fue particularmente evidente en el AMBA, área urbana caracterizada por un dinámica de movilidad y porosidad de las fronteras jurisdiccionales (Kessler et al., 2020). Una mirada exclusivamente normativa presenta como limitaciones una falta de consideración de la dinámica y flexibilidad de las fronteras y límites jurisdiccionales, de la capacidad de movilización y el flujo poblacional en el AMBA. Las restricciones a la movilidad impactaron fortaleciendo un patrón ya previamente desigual en el acceso a los servicios de salud (Gutiérrez, 2009).

Otro elemento en esa dirección tiene que ver con la focalización de las intervenciones de manera exclusiva en la prevención de la COVID-19, que no ha permitido el trabajo en paralelo y articulado en otros problemas de salud presentes en la misma población (Lagrutta et al., 2021). En esa línea otro ejemplo paradójico, es la caída en la cobertura de vacunación de calendario a nivel general luego de la pandemia en Argentina (Born, 2024). Esta caída en las coberturas de vacunación, ocurre casi al mismo tiempo de la puesta en marcha de la enorme campaña de vacunación contra la COVID-19 realizada en todo el país. Si bien no es objetivo de este trabajo profundizar en ese proceso, si es necesario señalar que la focalización en una sola intervención preventiva (la vacunación contra la COVID-19) como respuesta a la crisis que supuso la pandemia ha demostrado fuertes limitaciones e impactos negativos incluso en intervenciones similares.

Sin embargo, la pandemia como contexto también habilitó experiencias de intervención en el AMBA que involucraron fuertemente a organizaciones de la sociedad civil, que lograron

reconfigurar los territorios de proximidad frente al contexto de aislamiento (Crozethovich, María et al., 2023). El análisis del abordaje de la TB en un escenario concreto como un Hospital del AMBA supone repensar las estrategias de abordaje, su capacidad de integrar a distintos actores, sus territorialidades y los procesos de imposición de políticas de escala. En la misma línea, también se habilita la posibilidad de revisar los procesos de construcción de espacios públicos y urbanos saludables más allá de las tecnologías de vigilancia y control de los cuerpos (Muñoz-Duque & Ortiz, 2023), o de la mera satisfacción de las necesidades de supervivencia más básicas de la población afectada por la TB (Boy & Peralta, 2023).

## Reflexiones finales

El abordaje de la TB se presenta como un fuerte desafío, en un contexto de incremento de los casos y de pauperización de las condiciones de vida de amplios sectores en el AMBA, para la implementación de intervenciones y políticas sanitarias. Los elementos conceptuales presentados en este trabajo, en diálogo con los datos empíricos, rescatan la potencialidad de considerar a los Hospitales Públicos como estudios de caso para el análisis de la problemática de la TB. Este tipo de estrategia teórico-metodológica permite analizar de manera más compleja la problemática desde escenarios concretos y dar la discusión con aquellas miradas formales, normativas y centradas en recortes jurisdiccionales de los problemas de salud.

## Referencias

- Aranda, M. J., Barrios, R. N., Otero, M. L., & Pereira, A. M. (2022). Tuberculosis, situación de calle y Pandemia en la ciudad de Buenos Aires. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, 10, <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1465>
- Aranda, M. J., Barrios, R. N., Pereira, A. M., Mena, M. F., Longordo, M. A., & Herrero, M. B. (2022). *Tuberculosis en grandes conglomerados urbanos: Sentidos y prácticas de abordaje de los equipos de una red de servicios públicos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina*. <https://doi.org/10.15517/psm.v20i1.49898>
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura: Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*.
- Arzaluz Solano, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad*, 17(32). <https://doi.org/10.22198/rys.2005.32.a601>
- Barrios, R. N., Pereira, A. M., Aranda, M. J., Longordo, M. A., Ortiz, F. G., Sosa, N., Hering, S., Ramos, G., Catalano, A., Badía, C., Cámera, E., Ramos, D., Martínez, R., Herrero, S., Córdova, G., Paz, E., Bruno, D., Ben, G., & Tutzer, S. (2021). Situación de la tuberculosis en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires. 2017-2019. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, e48-e48. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/651>

Born, F. B. y. (2024, septiembre 18). Bomba de tiempo: Cae la vacunación y sube el riesgo de brotes. FUNDACIONBYB. <https://www.fundacionbyb.org/post/bomba-de-tiempo-cae-la-vacunaci%C3%B3n-y-sube-el-riesgo-de-brotes>

Boy, M. G., & Peralta, M. A. (2023). La ciudad no murió: Recuerdos, afectos y recreación de lo urbano en las experiencias de personas que vivieron solas al inicio del confinamiento (AMBA, 2020). En *Ciudad confinada: Experiencias urbanas durante la pandemia de covid-19*. Teseo. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/235013>

Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Debate Público*, 10(20), Article 20. <https://doi.org/10.62174/DPdp.8325>

Chiara, M., & Moro, J. (Eds.). (2011). Salud en las metrópolis: Desafíos en el conurbano bonaerense (1a. ed). Prometeo.

Crojethovich, María, Arivovich, Ana, & Jiménez, Carlos. (2023). La gestión local de la salud en el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO): Estrategias y articulaciones para el acceso en el territorio del conurbano. ResearchGate. <https://doi.org/10.37838/unicen/est.33-148>

de Almeida Filho, N., Luis David, & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5(3), 323-344. [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1851-82652009000300003&lng=es&nrm=iso&tlang=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652009000300003&lng=es&nrm=iso&tlang=es)

Gutiérrez, A. (2009). La movilidad de la metropolis desigual: el viaje a la salud pública y Gratuita en la periferia de buenos aires. XII Encuentro de Geógrafos de América Latina., Montevideo.

Haesbaert, R. (2013). Del mito de la desterritorialización a la multiterritorialidad. *Cultura y representaciones sociales*, 8(15), 9-42. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S200781102013000200001&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S200781102013000200001&lng=es&nrm=iso&tlang=es)

Haesbaert, R. (2019). Muros como tecnologías y dispositivos territoriales de control. *Punto Sur*, 1, Article

1. <https://doi.org/10.34096/ps.n1.6914>

Haesbaert, R. (2021). Vivir en el límite. Territorio y multi transterritorialidad en tiempos de inseguridad y contención. Siglo XXI. <https://sigloxxieditores.com.mx/libro/vivir-en-el-limite-2/>

Harvey, D. (2006). Space as a Keyword. En David Harvey (pp. 70-93). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470773581.ch14>

Herrero, M. B., & Belardo, M. B. (2022). Salud internacional y salud global: Reconfiguraciones de un campo en disputa. *Revista Relaciones Internacionales*, 95(2), 54-82.

<https://doi.org/10.15359/ri.95/2.3>

Kessler, G., Bermúdez, N., Binstock, G., Cerrutti, M., Pecheny, M., Piovani, J. I., Wilkis, A., & Becerra, M. (2020). Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN. *Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19*.

Lagrutta, L., Sotelo, C. A., Estecho, B. R., Beorda, W. J., Francos, J. L., & Montaner, P. G. (2021). La Unidad Febril De Urgencias Del Hospital Muñiz Frente A Covid-19, Hiv Y Tuberculosis. *Medicina*, 143-148. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol81-21/n2/143.pdf>

Martínez, C. (2017). El método de caso extendido, de la escuela de Manchester a la antropología global. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/73544/CONICET\\_Digital\\_Nro.5b655b67-d11f-45489622-0f3ef2b63fa3\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/73544/CONICET_Digital_Nro.5b655b67-d11f-45489622-0f3ef2b63fa3_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Massé, J. B. (2010). Informe sobre el Estado de las Clases Obreras Argentinas. 2010.

Ministerio de Salud. (2024). Tuberculosis y Lepra en Argentina. Argentina.gob.ar.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-el-sexo-boletin-sobre-tuberculosis-en-argentina>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Guía práctica para el manejo y tratamiento de la tuberculosis en el primer nivel de atención. <https://www.sadi.org.ar/rss/item/758-guia-practica-para-el-manejo-y-tratamiento-de-la-tuberculosis-en-el-primer-nivel-de-atencion>

Moore, A. (2018). Repensar A Escala Como Uma Categoria Geográfica: Da Análise Para A Prática. *GEOgraphia*, 20(42), <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2018.v20i42.a13829>

Muñoz-Duque, L. A., & Ortiz, N. E. (2023). Las relaciones personas-espacio público: Reflexiones sobre transformaciones, usos normativos, reducciones y contradicciones del espacio público en pandemia. *Salud Colectiva*, 19, e4583-e4583. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4583>

Natenzon, C., & Ríos, D. (2015). Riesgos, catástrofes y vulnerabilidades.

<https://www.flacso.org.ar/publicaciones/riesgos-catastrofes-y-vulnerabilidades-aportes-desde-la-geografia-y-otras-ciencias-sociales-para-casos-argentinos/>

OMS. (2020). Global Tuberculosis Report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>

OMS. (2024). Global Tuberculosis Report. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>

OPS. (2017, abril 3). El Control de la tuberculosis en las grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones aprendidas; 2017 (Spanish only)—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/node/68884>

Palero, J. S., Avila, M., Palero, J. S., & Avila, M. (2020). Covid-19. La vigencia del higienismo decimonónico en tiempos de cuarentena. Cuaderno urbano, 29(29), 9-26. <https://doi.org/10.30972/crn.29294620>

Pereira, A. M. (2021). Seguimiento activo de casos de tuberculosis durante la pandemia de Covid-19 en un hospital general de agudos de la ciudad de buenos aires. *Revista argentina De medicina*, 9(3), Article 3. <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/627>

Santini, M. S., & Rivero, R. (2020). El constante silencio de las endemias y epidemias. Soberanía Sanitaria, 96-101. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/168788>

## Sobre los autores

**Andrés Martín Pereira.** Especialista en Epidemiología (IUHIBA). Antropólogo (UBA). Docente de Metodología de la Investigación y Bioestadística (UNTREF). Antropólogo de planta del CeSAC 24 (CABA). Director de la investigación/primer autor: Responsable de la idea, planificación, ejecución de la investigación/proyecto.

**Rocío Nahir Barrios.** Médica (UBA). Especialista en Medicina Interna (UBA-MSAL). Especialista en Epidemiología (IUHI). Magíster en Salud Pública (UNR). Médica de planta en Hospital General de Agudos Zubizarreta, CABA. Codirector de la investigación/segundo autor: Co-responsable de la planificación y ejecución de la investigación/ proyecto.

**Jimena Aranda.** Médica (UBA). Especialista en enfermedades infecciosas (UBA). Directora de epidemiología, Secretaría de Salud de la Municipalidad de General San Martín. Participante primario.

**Marina Longordo Otero.** Médica (UBA). Especialista en Pediatría (UBA-SAP). Especialista en Epidemiología (UNLa). Médica de planta del Hospital General de Agudos J. Fernández, CABA. Participante primario.