



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

**TRABAJO SOCIAL SANITARIO CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
IMPACTO DE LA TUBERCULOSIS.**

AÑO ACADÉMICO 2015

GRADO DE TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

ALUMNO D. IVÁN BANDRÉS ORÓÑEZ

PROFESORA Y DIRECTORA DEL TRABAJO

D^a MARÍA JESÚS BALLESTÍN MIGUEL

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pags. 3 a 7
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	Pags. 4 a 6
1.2 AGRADECIMIENTOS	Pag. 7
2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	Pags. 8 a 16
3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	Pags. 17 y 18
3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	Pag. 17
3.2 UNIVERSO Y AMBITO GEOGRÁFICO	Pag. 17
3.3 HIPÓTESIS.....	Pag. 18
3.4 DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES	Pag. 18
4. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	Pags. 19 a 22
4.1 OBJETO DEL TRABAJO.....	Pag. 19
4.2 PERSPECTIVA DE ANÁLISIS.....	Pags. 19 y 20
4.3 METODOLOGÍA APLICADA AL ESTUDIO.....	Pags. 21 y 22
5. CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y NORMATIVO.....	Pags. 23 a 28
6. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD DE REFERENCIA EN LA INVESTIGACIÓN.....	Pags. 29 a 32
7. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES RELACIONADOS CON LA REALIDAD SOCIAL INVESTIGADA.....	Pag. 33
8. PRESENTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	Pags. 34 a 42
9. CONCLUSIONES.....	Pags. 43 a 45
10. BIBLIOGRAFÍA.....	Pags. 46 a 50
11. INDICES DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	Pags. 51 a 57
12. ANEXOS	Pags. 58 a 61

1. INTRODUCCIÓN

Con motivo del prácticum de intervención realizado en el presente curso académico de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, por parte del alumno D. Iván Bandrés Oróñez en la Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa de la ciudad de Zaragoza, y tras observar y comprender las funciones propias del trabajador social clínico que desempeña ésta disciplina en el ámbito sanitario y más concretamente en la institución referenciada, el dicente, al suscitarle el mayor de sus intereses, no quiso desaprovechar la ocasión para plantearse como uno de sus objetivos en dicho periodo, una propuesta para su futuro TFG, tras la percepción de una serie de casuísticas sociales que en opinión del alumno, evidenciaban una relación de indicadores, que hacía reflexionar al mismo, sobre una hipótesis suficientemente consistente como para plantear una línea de investigación para su Trabajo Fin de Grado.

Así pues, y tras proponer a la docente y profesional del Trabajo Social en el ámbito de la Salud, D^a. María Jesús Ballestín, una propuesta firme de TFG en el que se abordaba como eje temático transversal “los determinantes sociales de la salud, volviendo la mirada a la exclusión social en la salud“ se acordó centrar el estudio, en pacientes ingresados en la planta de infecciosos del HCU, sobre una patología que precisa de unos procedimientos específicos del trabajo social sanitario en el proceso asistencial a la tuberculosis.

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

Atendiendo a la definición de la OMS, se entiende por **salud** como “ un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente de enfermedad ” (OMS, 1946)

Si a ello, añadimos los **determinantes sociales** de la salud, que se entienden por “ las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud. Estas condiciones vienen definidas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y a su vez dependen de opciones políticas ” (OMS, 2009), nos aproximamos al objeto en el que se desenvuelve el **trabajador social clínico** en el ámbito de la salud, definido por Amaya Ituarte como “ la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud –enfermedad- así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas ”. (Ituarte, A., 1995:277).

En ésta línea de actuación, ponemos el punto de mira en las enfermedades infecciosas y más concretamente, la Tuberculosis (TB), estigmatizada socialmente, ya que resulta frecuente que los afectados a ésta infección, presenten factores de vulnerabilidad social que hacen incrementar los riesgos de padecer dicha enfermedad, y ello suponga un obstáculo al proceso de atención y sus manifestaciones, tal y como plantea Amaya Ituarte (2012:7) en cualquier situación clínica que los trabajadores sociales sanitarios deben abordar como cuestión básica dentro de un proceso clínico de atención psicosocial.

Esta enfermedad es considerada en el I Congreso Nacional de Sanidad, realizado en Madrid en 1934, como:

“... enfermedad social es aquella que, bien por el número enorme de afectados por ella, supone un problema social, o bien porque las causas que la originan tienen su raíz profunda en hechos y motivos sociales,... la tuberculosis... tiene ambas cosas a la vez, enfermedad muy difundida y, por lo tanto, problema social; enfermedad que tiene su raíz profunda en causas sociales y, por tanto, enfermedad social. ”. (Espinosa, 1935: 135)

Aunque la TB sigue presentando mayor prevalencia entre las clases más desfavorecidas, la problemática social de ésta enfermedad, y que ha llamado la atención al estudiante en el transcurso de sus prácticas de intervención, y constatado en la revisión bibliográfica, hoy día, se apunta más

bien, en el **incumplimiento terapeútico** de la enfermedad influyendo negativamente en la salud del enfermo, así como en el control de la enfermedad, desde un punto de vista de salud pública. (Med Clin, 2000:115).

Así pues, y recogiendo por el alumno, durante su estancia en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, manifestaciones de diferentes profesionales del centro hospitalario referenciado, hemos pasado, de tener la percepción de una enfermedad prácticamente erradicada, a una realidad social, que vuelve a presentar la TB, como una de las enfermedades infecciosas más prevalentes en los hospitales del sistema sanitario público. Ello es consecuencia al constante **flujo migratorio** de países con altos índices endémicos de la enfermedad infecciosa tal y como se menciona en la presentación del Plan para la prevención y control de la TB en España, así como la **aparición de cepas multiresistentes** como consecuencia del mal llevado tratamiento terapeútico contra la TB, ante la complejidad que supone en determinados pacientes la adherencia deseable en el periodo ambulatorio el cual resulta complejo y largo de duración (EuroTB, 2005).

No obstante, la percepción personal del estudiante hace intuir de un **incremento de la infección** en el que requiere seguramente, de un análisis más pormenorizado de sus factores causales, resultando de gran interés, aquellos indicadores sociales que pudieran contribuir a dicha tendencia en nuestra sociedad, y que, pudiera trasladarse, salvando distancias, como un espejo a la realidad social que acontece actualmente poniendo en cuestión, un estado de bienestar y comunidad sanitaria cada vez más erosionada por políticas sociales, que nos aboca según opinión personal, a mayores desigualdades sociales y de dificultad en el acceso al sistema público, no favoreciendo ello a una cohesión social real y completar una intervención inclusiva de calidad, inmersa en una sociedad contemporánea, cuya naturaleza de las normativas sanitarias resultan contradictorias con el panorama actual, si atendemos valga como ejemplo, la aprobación de medidas extroordinarias como la del R.D. 16/2012 de 20 de Abril, que ha originado que miles de personas se hayan quedado sin derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud y por tanto despreciando las actuaciones sanitarias como son la prevención, detección y tratamiento de las EDOS y por consiguiente de la TB, quedándose, grupos vulnerables social y sanitariamente fuera de la asistencia médica.

Ello, resulta paradójico con los principios rectores del propio sistema público sanitario que se ven abocados a desarrollar de manera complementaria, Instrucciones como la que nos concierne a nuestra CC.AA., 30 de Abril de 2013 de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, por la que se crea el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública, cuyo objeto es “

equilibrar de manera políticamente correcto”, las discriminaciones administrativas para una atención sanitaria y tratamiento de supuestos especiales, por motivos de Salud Pública.

En ella, se indica que podrán solicitar la inclusión en esta modalidad de acceso, las personas que sean casos o contactos de una enfermedad de declaración obligatoria o brote epidémico y no se incluyan en alguna de las modalidades de aseguramiento vigentes, siempre que por motivo de diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de dichas situaciones sean derivadas por los profesionales con competencias en vigilancia epidemiológica, lo que por supuesto, incluye la TB.

Así pues, una vez más, la figura del trabajador social, en éste caso dentro del ámbito de la salud, resulta fundamental para preservar una atención integral amenazada por el momento socio político actual en aras de la salud pública en una comunidad más saludable en el que se halla en éstos momentos, en emergencia social ante las connotaciones exclusivas que tratan de implementar algunas corrientes ideológicas.

1.2 AGRADECIMIENTOS

Agradecer a la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza por haber brindado la oportunidad a éste alumno, de realizar el Prácticum de Intervención en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Agradecer a la compañera Ana María GRACIA MERLE, Trabajadora Social de la Subdirección de Salud Pública de Zaragoza por su total disposición cuando se le ha requerido su colaboración, de la cual ha resultado gratificante para éste alumno.

Y por último, especial mención a la profesional D^a María Jesús BALLESTÍN MIGUEL, Trabajadora Social del Hospital Universitario Clínico la cual, gracias a su talante docente, ha involucrado en cada una de sus acciones al alumno, teniendo en cuenta siempre la comprensión teórica-práctica de sus intervenciones, para mejor entendimiento del alumno, y porque ha sabido conectar su trabajo con la enseñanza del alumno, resultando no siempre fácil dicha conjunción, por la singularidad del trabajador social sanitario ante momentos de gran emoción y que afecta en muchas ocasiones, en el bienestar de un ser querido o la salud propia de un ser humano, emplazando como última esperanza en la figura del trabajador social, demostrando en todo momento por D^a María Jesús, la profesionalidad y referencia que así le es reconocida por el resto de compañeros en su ámbito de actuación y que ha supuesto una motivación para éste estudiante, contar con sus aportaciones docentes con el objetivo de finalizar de manera satisfactoria el presente Trabajo Fin de Grado .

2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

El punto de partida del marco teórico, será **contextualizar** el término de tuberculosis, cuáles han sido sus **orígenes**, su **evolución histórica** y el **momento actual** en el que se halla la comunidad sanitaria frente a ésta enfermedad.

Para ello, se procede a la consulta de diferentes fuentes bibliográficas, tanto libros como artículos científicos publicados en diferentes portales como por ejemplo, semfyc, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria o la consulta de enlaces encontrados a través de bases de datos especializados como son Pubmed; Medeline, Crochame plus; Medicina interna; Dialnet ... así como revistas especializadas, como no puede ser de otra manera, de “ Trabajo Social y Salud “, cuya editorial se haya ligada a nuestra facultad de referencia; utilizando **palabras clave** para la búsqueda de dicha bibliografía, “ tuberculosis “, “ tb and aspects “; “ factores sociales”, “trabajo social clínico e infecciones”, “enfermedad social”, “ trabajo social sanitario”, “problemas sociales y salud”, o “determinantes sociales “.

Se realiza una búsqueda de investigaciones sociales y clínicas más actualizadas posibles, para emplazar nuestro entorno o medio social, a la justificación del trabajo, y en concordancia con nuestro campo de actuación.

Así pues, alumno **comenzará definiendo la tuberculosis (TB)** como una infección bacteriana contagiosa que afecta principalmente a los pulmones pudiendo propagarse a otros órganos cómo puede ser el sistema nervioso central, el sistema linfático, o sistema circulatorio entre otros.

Cómo síntomas clásicos de la TB, son una tos crónica, con esputo sanguínenento, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso.

Diagnosticada dicha enfermedad, su tratamiento requiere largos periodos de convalecencia y seguimiento ambulatorio.

La tuberculosis si resulta activa en el paciente, puede ser contagiada por vía aérea, por lo que, aquellas personas que se hallen en contacto con una persona que tenga la enfermedad activa, tienen un riesgo alrededor del 25 % de ser infectados.

Es por ello, que la tuberculosis es una de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) con un alto número de ingresos hospitalarios; siendo constatado en el informe del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en el que ocupa el primer lugar seguida de salmonelosis y gripe. Así

pues, supone una importante carga asistencial hospitalaria por el alto número de días de hospitalización que requiere cada ingreso.

Dichos riesgos aumentan en caso de personas fumadoras así como otros factores añadidos como puede ser pacientes con VIH, poblaciones étnicas, población reclusa y aquellas personas que presentan unas malas condiciones de vida como puede ser la de indigentes así como trabajadores que realizan sus labores profesionales en el ámbito de la salud.

La cadena de transmisión puede romperse si se aísla al enfermo con tuberculosis activa y comenzando de inmediato la terapia antituberculosa efectiva. Después de dos semanas con dicho tratamiento, aquellos pacientes con TB activa y no-resistente dejan de ser contagiosos. Si una persona llegase a quedar infectada, le tomará menos de 21 días a un mes antes que pueda comenzar a transmitir la enfermedad a otros.

Clínicamente, la progresión natural de la propia enfermedad, parte de una infección tuberculosa la cual no genera síntomas. Su diagnóstico se basa actualmente en el test cutáneo de Mantoux. Los individuos con esta infección no pueden infectar a nadie. Sin embargo, en torno a un 10 % de los casos, el control de la concentración bacilar se pierde, se reanuda el crecimiento y se puede generar una tuberculosis activa, o enfermedad tuberculosa propiamente. Es por ello que debe tratarse, sobre todo aquellos pacientes recientemente infectados.

El riesgo de reactivación se ve incrementado con alteraciones en el sistema inmunitario, tales como las causadas por el VIH. En paciente coinfectados de VIH y TB, el riesgo de reactivación se incrementa un 10 % por año, mientras que en una persona inmunocompetente el riesgo es del 5 al 10 % durante toda la vida.

Es por ello que toda persona con diagnóstico de Tuberculosis previa información y aceptación, se debería de realizar la prueba de diagnóstico para VIH.

El tratamiento de la tuberculosis se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, haciendo eficaces las pautas de seis meses de tratamiento, dos en la primera fase de tratamiento y cuatro meses en la segunda fase.

La tuberculosis es curable, pero es necesario un diagnóstico temprano ya que es una enfermedad grave si no se sigue el tratamiento adecuado. Por ello, resulta fundamental acudir inmediatamente al médico ante tales sospechas de infección o saber de haber tenido contacto con terceras personas infectadas.

Es indispensable no abandonar el tratamiento dado por el médico porque, al suspender el tratamiento, esta enfermedad podría empeorar rápidamente y se favorece la proliferación de bacilos resistentes a los medicamentos.

A ello, hay que sumarle los altos costes sanitarios que pueden generar un reingreso hospitalario sobre un paciente que previamente estuvo hospitalizado, tal y como se reseña en diferentes estrategias de intervención social contra la tb. (Mellado, 2004, 415).

Respecto a la **evolución histórica**, y atendiendo a la OMS y a la última publicación de Global tuberculosis report 2014, la TB es una de las enfermedades más antiguas que afectan a los seres humanos en el que se estima que existen 2000 millones de infectados por ésta enfermedad y 8 millones de nuevos diagnósticos cada año, venciendo la batalla en la mayoría de las ocasiones gracias a los avances médicos. Sin embargo, mueren casi dos millones de personas al año por causa de esta enfermedad.

Es por ello, que la OMS caracteriza la TB como la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. (Medicina Clínica. 2000:749-757).

La OMS estipuló que el 24 de marzo sería el Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis. Se conmemora que el 24 de marzo de 1882 el doctor Robert Koch anunció el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis.

En 1982 se realizó el primer Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis, con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICTR). Este evento buscaba educar al público sobre las devastadoras consecuencias económicas y de salud causadas por la tuberculosis, su efecto en los países en desarrollo y su impacto continuo y trágico en la salud global.

Así, en 1991, en la 44^a Asamblea Mundial de la Salud, la OMS dio un paso sin precedentes al declarar la TB una emergencia mundial, en un momento en el que la enfermedad figuraba entre las 10 primeras causas de muerte y discapacidad y que estaba fuera de control en muchas partes del mundo. La Asamblea adoptó la resolución 44.8: “*Programa para el control de la TB*”, en el que se establecían dos metas para el año 2000, detectar el 70% de los casos y curar el 85% de los enfermos bacilíferos con tuberculosis pulmonar. Al llegar el año 2000 más de la mitad del planeta no había conseguido alcanzar esta meta, lo que evidencia lo difícil del control de una enfermedad en la que se tienen todos los conocimientos para poder vencerla.

Desde entonces la OMS, en las correspondientes Asambleas Mundiales de la Salud, ha ido adoptando diversas resoluciones con objeto de intensificar la lucha contra la TB. Un paso

trascendental fue la creación, en el año 2000, de la Alianza “Alto a la Tuberculosis”, como un movimiento mundial para acelerar la acción social y política encaminada a detener la propagación de la TB en el mundo.

El último paso ha sido la prórroga mediante el Plan estratégico de la respuesta a la TB 2015-2020 sobre la Alianza anterior que desarrolló el “*Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015*” que describía las medidas y los fondos necesarios, para acelerar los avances en el desarrollo de nuevos instrumentos contra la enfermedad y su aplicación en los países. El objetivo era alcanzar las metas expuestas previamente y, en consonancia con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, conseguir reducir a la mitad en el 2015, la prevalencia y la mortalidad por TB, en comparación con los niveles de 1990.

En el conjunto de los 53 países de la Región Europea de la OMS, la TB continúa siendo un problema importante de salud pública, con una amplia variabilidad entre países y un gradiente de incremento de la incidencia de Oeste a Este en los últimos años. La situación es particularmente preocupante en el Este, en algunos países de la antigua Unión Soviética, debido a altas tasas de TB resistente y multirresistente, el incremento en la incidencia de infección por VIH, el deterioro socioeconómico y el deficiente desarrollo de los servicios de salud.

Los movimientos migratorios masivos de países con alta endemia de TB y las condiciones de vida a la que se ven sometidos estos inmigrantes han condicionado un aumento de la TB en muchos los países de la Unión Europea en los últimos años tal y como constata la Red de Vigilancia de TB en Europa (EuroTB)

Este aumento se ha producido a expensas de este grupo poblacional, sin que haya evidencia de que este hecho pueda estar afectando a la epidemiología de la TB en la población autóctona.

En 2004, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 14,6 millones de personas tenían la enfermedad activa con 9 millones de nuevos casos variando la tasa de incidencia anual en África y América entre 356 por 100 000 y 41 por 100 000 respectivamente.

En 2005, el país con la mayor incidencia estimada de tuberculosis fue de Suazilandia, pequeño estado soberano de África del Sur con 1262 casos por cada 100 000 personas. Y la India tiene el mayor número de infecciones, con más de 1,8 millones de casos.

En países desarrollados, la tuberculosis es menos común y es principalmente una enfermedad urbana rondando las tasas más altas de Europa occidental en Portugal con 31,1 por 100 000 en 2005.

En África, la tuberculosis afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes caso contrario a EE.UU donde es principalmente una enfermedad de personas mayores o de los inmunocomprometidos.

Según información obtenida por la Red de Vigilancia de TB en Europa (EuroTB) de 32 países (Unión Europea más países del Este), la tasa media de notificación en 2005 fue de 18/100.000, con tasas menores de 10/100.000 en 15 países y mayores de 25/100.000 en 6 países.

Ante esta situación, en Octubre de 2007, los países de la Región Europea de la OMS firmaron la Declaración de Berlín,² con los objetivos de promover el desarrollo de planes nacionales frente a la TB, mejorar el control de la enfermedad en los grupos de alto riesgo, fortalecer la estrategia de “Alto a la Tuberculosis” para un control efectivo de la enfermedad, potenciar y mejorar los sistemas sanitarios, reforzar el uso de técnicas de diagnóstico de calidad, mejorar el tratamiento, y mejorar el control de la tuberculosis multiresistente, extremadamente resistente y de la coinfección TB/VIH.

Uno de los últimos datos publicados en octubre del 2013 por la OMS, 8.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.3 millones murieron por esta causa en 2012.

Recientemente, el gran cambio demográfico debido a la llegada masiva de personas procedentes de países en vías de desarrollo, ha propiciado un patrón epidemiológico, también observado en otros países de Europa Occidental, con alto porcentaje de casos que corresponden a personas de esos países. Los nuevos desafíos para el control de la TB en España giran en torno a mejorar el cumplimiento del tratamiento y los estudios de contactos en estas poblaciones, a detectar tempranamente localizaciones inhabituales y resistencias a los fármacos antituberculosos.

Es por ello, que la TB, continúa siendo una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países y un importante problema de salud pública a nivel mundial.

Por todo lo anterior, podemos afirmar que la TB, está presente en todas las regiones del mundo, y que sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales según el informe mundial sobre la tuberculosis 2014 de la OMS.

Se calcula que en 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas y que 1,5 millones, fallecieron por esta causa (360.000 eran VIH positivos). Es por ello, que la OMS caracteriza la TBC como la enfermedad infecciosa más prevalente a nivel mundial.

Si nos centramos en nuestro territorio nacional, en **España**, la tuberculosis sigue siendo endémica en algunas zonas rurales. La incidencia de la tuberculosis varía con la edad la epidemiología de la

TB estuvo muy influenciada en los años 80 y 90 por la epidemia de VIH o, más concretamente, por los usuarios de drogas por vía parenteral infectados por VIH.

La evolución de la TB respiratoria en nuestro país siguió una tendencia descendente desde 1999 hasta 2004, observándose una estabilización desde entonces, según datos del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y del Sistema de Información Microbiológica (SIM). Se detecta una gran variabilidad en las tasas de TB por Comunidad Autónoma, si bien en los últimos años se ha producido una importante mejora en la notificación de la enfermedad. No obstante, es posible la existencia de infradeclaración a nivel global, ya que la OMS estimaba para España (2005) una incidencia global de TB de 27 casos/100.000 habitantes.

En el mismo año 2005, según datos aportados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la tasa global de TB había sido de 18,02 casos/100.000 habitantes, siendo de 15,83 casos/100.000 habitantes para la TB pulmonar.

La Dirección General de Salud Pública con el objetivo de fortalecer la prevención y control de la TBC en España y potenciar el desarrollo de planes autonómicos constituyó un grupo de trabajo integrado por las Comunidades Autónomas (GT de CC.AA), en enero de 2007, en el que se realizó una revisión de la situación del programa de control de TB. En dicha reunión se observó que los programas de control de TB de las CC.AA se encontraban en distintas fases de desarrollo y con marcadas diferencias en algunos aspectos.

De forma paralela, y en coordinación con la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), se constituyó otro grupo, en junio de 2007, en el que se integraron Sociedades Científicas involucradas en el control de la TB, el Instituto de Salud Carlos III y algunas CCAA.

El objetivo de este grupo fue elaborar una propuesta, bajo criterios básicos de detección precoz y diagnóstico, tratamiento, y vigilancia y estudio de contactos, que deberían cumplir los programas implantados o que se implantarían a nivel de todo el Estado, con la aprobación del Plan para la prevención y el control de la TBC en España.

Atendiendo al Informe Epidemiológico sobre la situación de la TB en **España** durante el año 2012 se notificaron 6019 casos de TB lo que supone el 11,5 % (13,04 casos x 100.000 habitantes) inferior respecto al año 2011 (14,74 % x 100.000 habitantes).

De los casos registrados, 3729 diagnósticos fueron en hombres (62,2 %) y 2246 en mujeres (37,5 %).

La media de edad en hombres 46 mas menos 21 y en mujeres 41 mas menos 22.

El 89,6 % corresponde a caos nuevos , el resto tuvieron tratamientos previos.

Respecto a TB en niños menores de 15 años en el 2012, se detectaron 379 casos (6,3 % del total y $5,4 \times 100.000$ habitantes) lo que refleja un descenso acusado respecto 2011 (550 casos, $7,87 \times 100.000$ habitantes).

Del total, 4074 casos (67,7 %) eran nacidos en España concentrados en mayores de edad 65 años y 35-44 años, y 1877 casos (31,2 %) eran nacidos fuera de España incididos en la edad de 25-34 años.

Se dispone información de 4223 casos del total (70,6 %) en relación a la co-infección TBC-VIH de los que 371 casos (8,8 %) eran positivos frente a 3852 casos que eran negativos (91,2 %).

En lo que respecta a nuestra **C.A. de Aragón** en el año 2011 por ejemplo, se detectaron 237 casos de TB en Aragón en el que la finalización del tratamiento con resultado satisfactorio entendido como curados o tratamiento completado arrojó un 73 % (el resto, corresponde a abandonos, fracasos, muertes u otros...)

Esto supone, en relación a los datos satisfactorios, unos resultados muy inferiores al recomendado por los organismos internacionales y debajo de la media UE/AEE.

En el año 2012, 159 casos (de los cuales 119 fueron tbc pulmonar) suponiendo el 12,2 % del total a nivel nacional, ocupando el 10º puesto respecto al resto de otras CC.AA.

Del cómputo total de los casos reseñados en el año 2012, 101 casos eran nacidos en España.

En cuanto a **información recabada y más actualizada posible**, en el año 2013 se diagnosticaron en Europa 64.844 casos de tuberculosis, con una tasa media de 12.7 casos por cada 100.000 habitantes. Los países con una incidencia más alta de la enfermedad fueron Lituania y Rumania - con entre 50 y 99 casos por cada 100.000 habitantes-, pero España, junto a Irlanda, Reino Unido, Polonia y Eslovaquia también presentó cifras preocupantes, con unas tasas de 10-19 casos por cada 100.000 habitantes (ECDC,2015)

Según el Informe Epidemiológico sobre la situación de la TB durante el año 2013 a nivel nacional, podemos extraer que se notificaron 5539 casos de TB lo que supone el $11,9 \times 100.000$ habitantes.

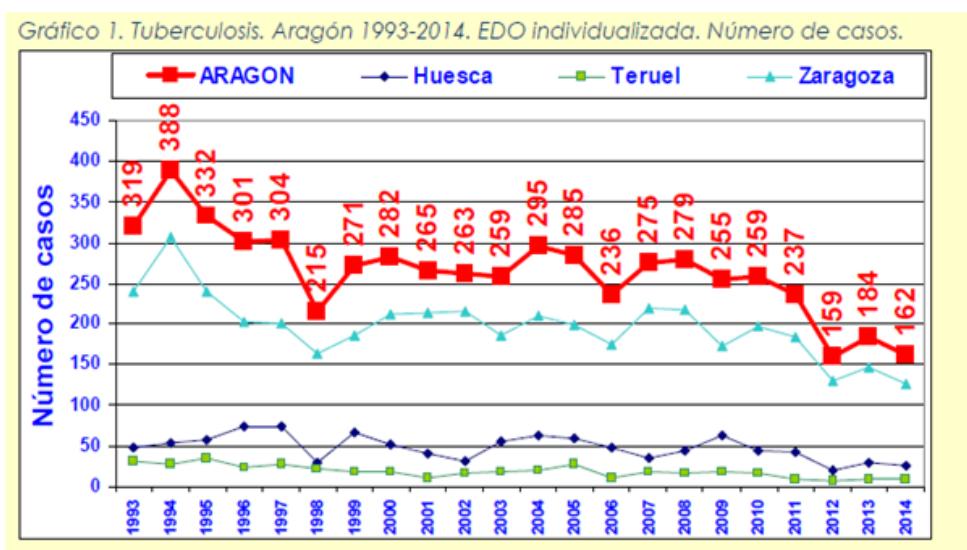
En España, la realidad actual de reforma de las coberturas sanitarias ha chocado con la prevención, detección y tratamiento de las EDOS y por tanto de la TB, al quedarse grupos vulnerables social y sanitariamente fuera de la asistencia, en particular a partir de la entrada en vigor del RD-ley 16/2012, que ha ocasionado que miles de personas se hayan quedado sin derecho a asistencia

sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. En este contexto la Comunidad Autónoma de Aragón desarrolló para su territorio la Instrucción de 30 de abril de 2013, de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, por la que se crea el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública, cuyo objeto es regular y establecer el procedimiento para la atención sanitaria y el tratamiento de supuestos especiales por motivos de Salud Pública. Podrán solicitar la inclusión en esta modalidad de acceso las personas que sean casos o contactos de una enfermedad de declaración obligatoria o brote epidémico y no se incluyan en alguna de las modalidades de aseguramiento vigentes, siempre que por motivo de diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de dichas situaciones sean derivadas por los profesionales con competencias en vigilancia epidemiológica, lo que por supuesto, incluye la TBC.

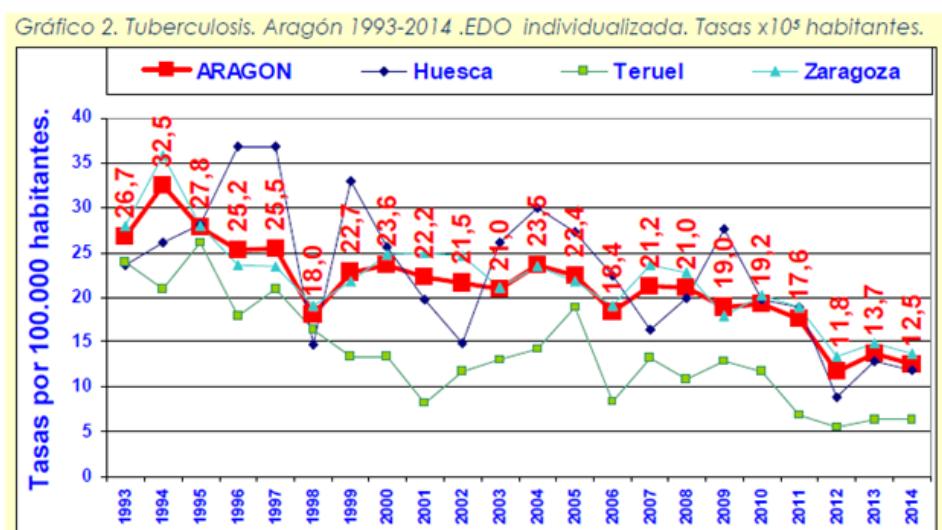
Tal y como se detallará más adelante en el **año 2014 en Aragón**, se produjeron 8 brotes de tuberculosis, 6 en Zaragoza y 2 en Teruel. Lo que se tradujo en un total de 162 casos, de los que 26 casos, se dieron en la provincia de Huesca, 9 en Teruel y 127 en Zaragoza. (Boletín Epidemiológico de Aragón, 2015).

Las gráfica número 1 y número 2 extraída del Boletín Epidemiológico de Aragón, 2015, se observa la tendencia que presenta nuestra Comunidad Autónoma en cuanto a los casos de Tuberculosis (TB) respecto años .

Gráfica número 1



Gráfica número 2



fuente de página web Gobierno de Aragón, informe epidemiológico Aragón

3. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

En éste punto del trabajo, el alumno tratará de precisar el **campo de estudio** de la presente investigación, estableciendo los siguientes apartados :

3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo general de la investigación.

- Conocer el impacto de la tuberculosis en una zona geográfica de Zaragoza a partir de los casos diagnosticados durante 2014 en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

Objetivos específicos de la investigación :

- Realizar un perfil del paciente ingresado en el centro hospitalario con diagnóstico infeccioso por tuberculosis en el año 2014.
- Analizar los factores socio demográficos que presentan dichos pacientes contagiados por TB.
- Conocer el índice representativo en el que las Unidades de Trabajo Social implicadas, intervienen en los casos estudiados en relación a su ámbito de actuación.

3.2 UNIVERSO Y AMBITO GEOGRÁFICO.

En toda investigación, es necesario especificar la población en la que se va a realizar, lo que dependerá del objeto de la misma. En éste caso, el universo está estudiado sobre los pacientes notificados (EDO) en 2014 al Servicio de Epidemiología desde el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Los datos utilizados proceden del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) del Servicio de Programas de Salud de la Subdirección de Salud Pública de Zaragoza, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico “Lozano Blesa” y del registro de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

Dicho campo de actuación ha supuesto el estudio de 48 casos.

Así pues, la investigación se centra como ámbito geográfico el Sector Tercero de Zaragoza en lo concerniente a la atención sanitaria, cuyo margen temporal de estudio, se concreta de manera longitudinal en el año 2014.

3.3 HIPÓTESIS

Teniendo presente el periodo de prácticas que llevó a cabo el alumno, el cual fue testigo presencial de intervenciones sociales sobre pacientes enfermos de TB, y tras la revisión de la literatura efectuada, se plantea la siguiente hipótesis que será confirmada o no, tras el análisis de los datos obtenidos :

La falta de cumplimiento terapeútico en pacientes con TB diagnosticado en el HCU de la ciudad de Zaragoza se debe a factores de vulnerabilidad social de carácter multiproblemático relacionados o no con la enfermedad, que influye negativamente a la complejidad del periodo terapeútico contra la TB debido al periodo de larga duración que ello acarrea, suponiendo un factor negativo para la adherencia y por consiguiente, éxito en la recuperación final del enfermo.

3.4 DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES.

Para la consecución de los datos cuantitativos obtenidos en el estudio se confecciona una tabla recopilatoria, en el que se detallan las siguientes variables socio demográficas :

- Sexo.
- Edad.
- Nacionalidad.
- Entorno urbano/rural en el que se desarrolla el ciclo vital del paciente.
- Centro de Salud al que pertenece el usuario.
- Estancia media del ingreso que padece el enfermo en la planta de infecciosos del HCU durante su convalecencia.
- Número de ingresos que presenta la persona diagnosticada por TB en el mismo año 2014 en el hospital de referencia en el estudio.

Así mismo, en el presente análisis, se comprueba las intervenciones realizadas por las Unidades de Trabajo Social durante la hospitalización, así como posibles intervenciones efectuadas desde los servicios de Trabajo Social en los centros de salud y desde Trabajo Social de Salud Pública.

4. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 OBJETO DEL TRABAJO.

Partiendo desde un enfoque universal y siguiendo la definición de Trabajo Social aportada por la FITS en el año 2000 “ la profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar .Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales en el trabajo social “.

Se considera de especial relevancia la aplicación de los contenidos teóricos y capacidades adquiridos a lo largo de los estudios de Grado en Trabajo Social y desarrollados durante el periodo de prácticas de intervención en la institución referenciada a lo largo del presente trabajo, que ha servido al alumno para plantearse el presente TFG como culminación a sus estudios de sus carrera universitaria.

Así mismo, el alumno se apoya en un estudio realizado por la profesional María Jesús Balestín cuya publicación se realiza en la revista Trabajo Social y Salud bajo título “ Infecciones por VIH, enfermedad crónica, envejecimiento, aspectos sociales en mayores de 50 años “ que sirve como modelo metodológico al presente y, que para el desarrollo del presente trabajo, fue propuesto por el alumno, bajo conformidad de la profesional citada.

4.2 PERSPECTIVA DE ANÁLISIS.

Esta investigación supone la culminación de los estudios universitarios llevado a cabo por el alumno en Grado de Trabajo Social impartido en la Facultad de Ciencias Sociales y del trabajo de la Universidad de Zaragoza.

Dicha investigación, arranca con la experiencia de las prácticas externas realizadas en la institución del Hospital Clínico Universitario (HCU) de ésta ciudad, llevadas a cabo en una de las unidades implantadas de Trabajo Social del mismo centro, sobre el cual, entre otras funciones, abordaba las problemáticas sociales que se demandaban desde diferentes servicios sanitarios en la planta de Infecciosos del hospital reseñado.

Es por ello, que el alumno se **propone analizar retrospectivamente los casos presentados en el HCU sobre pacientes ingresos en el año 2014 con diagnóstico de Tuberculosis, que concierne al Sector Sanitario Zaragoza III** del mapa asistencial que presenta nuestra Comunidad Autónoma de Aragón, para confirmar o no la hipótesis, partiendo de la propia experiencia del alumno en el prácticum de intervención llevadas a cabo en la institución referenciada.

Dicha propuesta **aborda como eje temático transversal “los determinantes sociales de la salud, volviendo la mirada a la exclusión social en la salud”** centrando el estudio mediante la observación en pacientes que han sido ingresados en la planta de infecciosos del HCU, con una patología que precisa de unos procedimientos específicos del trabajo social sanitario en el proceso asistencial a la tuberculosis partiendo de investigaciones predecesoras que han sido enfocadas a cuestiones semejantes a los planteados en el presente trabajo, con la riqueza de encontrar diferentes estudios desde disciplinas profesionales diferentes, dada la convivencia interdisciplinar en el que se desarrolla el trabajo social sanitario con las profesiones englobadas en las ciencias de la salud.

Estos trabajos y fuentes de consulta reseñados de manera pertinente en la bibliografía, han supuesto para el alumno el estudio de la realidad social como marco conceptual sobre el cual se va a contextualizar el presente análisis.

Por otra parte, el paradigma interpretativista con el que Weber se postula desde la objetividad de las ciencias sociales, se consideran libres de juicios de valor la neutralidad valorativa, es decir, diferenciar lo que podemos observar y cómo lo valoramos, ya que el autor considera que la realidad social no sólo tiene que ser observada, sino también interpretada, por ello, el interés personal del alumno tras su experiencia transcurrida en las prácticas externas en la que tuvo el privilegio de ser testigo de tantos supuestos, que merecían de cierta profundidad analítica.

Por ello, de la necesidad de técnicas de investigación empíricas que son referidas por Corbetta y que en éste trabajo se centra en la perspectiva científica/cuantitativa caracterizado en el análisis estadístico para cuantificar hechos sociales, opiniones o actitudes individuales. Su finalidad es por tanto la explicación de determinados fenómenos y la contrastación empírica tratando de conocer la intensidad de un fenómeno y demostrar la causalidad y la generalización de los resultados de la investigación.

4.3 METODOLOGÍA APLICADA AL ESTUDIO

Se realiza un **estudio retrospectivo observacional en el transcurso longitudinal del año 2014**, en referencia a los pacientes que han sido ingresados en la planta de infecciosos del HCU con diagnóstico de Tuberculosis y desglosar, desde una serie de variables e indicadores, cuáles son las connotaciones sociales por la cual se puede determinar un análisis social que argumente con aportaciones teóricas, las descripciones extraídas en base a la información clínica aportada por el servicio de enfermedades infecciosas del HCU y la **revisión de las intervenciones realizadas por las Unidades de Trabajo Social durante la hospitalización**, constatados en los Informes Sociales confeccionados por la trabajadora social del centro hospitalario, así como posibles **intervenciones efectuadas desde los servicios de Trabajo Social en los centros de salud urbanos de referencia del sector sanitario Zaragoza III y desde Trabajo Social de Salud Pública**.

Cómo ya se ha mencionado anteriormente, para la consecución de los datos cuantitativos, se confecciona una tabla recopilatoria descriptiva, en el que se detallan las siguiente variables socio demográficas :

- Sexo
- Edad
- Nacionalidad
- Entorno urbano en el que se desarrolla el ciclo vital del paciente.
- Centro de Salud al que pertenece el usuario
- Estancia media del ingreso que padece el enfermo en la planta de infecciosos del HCU durante su convalecencia.
- Número de ingresos que presenta la persona diagnosticada por TB en el mismo año 2014 en el hospital de referencia en el estudio.

Previamente a todo lo anterior, el primer paso, fue identificar aquellos indicios que hacían prever una casuística social en cuanto a la presencia significativa de casos de TB en el HCU, gracias a la constatación diaria y así recogido en el diario de campo personal del alumno durante el periodo del Prácticum de intervención en la institución referenciada, el cual fue revisado como punto de referencia a la puesta en marcha del presente trabajo.

De éste modo el alumno, se halla en disposición de establecer un análisis y diagnóstico de la realidad, tras repasar el marco teórico de la conceptualización de la enfermedad infecciosa estudiada y cuál ha sido su origen, evolución histórica y momento actual de la misma, en base a la información recabada por diferentes estudios y publicaciones encontradas al efecto, y que más adelante se detallará en sucesivos puntos del trabajo.

Así pues, el alumno se expone ante **unidades de observación reales del año 2014**, cuya información es recabada mediante el empleo del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) del Servicio de Programas de Salud de la Subdirección de Salud Pública del Gobierno de Aragón, del Registro del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico “Lozano Blesa” y del Registro de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

El número total de los casos registrados en el año 2014 en Aragón fueron de 162 casos. Los correspondientes a Zaragoza fueron 127 casos declarados. De ellos, 48 casos son objeto de nuestro estudio, atendiendo a nuestro campo de estudio que compete al Sector Sanitario Zaragoza III, lo cual supone el 37 % de los que corresponde a Zaragoza y el 29 % del total de Aragón.

Respecto a la **técnica de análisis de los datos** cuantitativos obtenidos, se han utilizado tablas de trabajo para la recopilación de los datos con el que se ha elaborado posteriormente una plantilla con el conjunto de variables socio demográficas que interesaba, para el estudio y finalmente publicación de los resultados a través de las tablas expuestas en el presente trabajo.

5. CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y NORMATIVO.

En éste punto del trabajo, el alumno, tratará de aportar aquellas connotaciones socio-económicas y normativas que ayuden a comprender la realidad en torno al cual se acontece éste estudio.

Cómo ya se ha mencionado anteriormente, los determinantes sociales, como pueden ser el lugar de nacimiento, desarrollo del ciclo vital de una persona y los sistemas de salud que se incluyen en una población, son factores relevantes para medir y analizar los indicadores de un entorno que inciden en la salud de las personas y de la población en general.

El nivel educativo, hábitos de vida, seguridad alimentaria... tienen influencia en los determinantes sociales de la salud resultando una referencia muy a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una actuación profesional sanitaria.

Rasgos personales como la edad, sexo, origen étnico, situación laboral y ámbito familiar... van a suponer variables que se conectan con el nivel socio económico y cultural, en el que se interactúa en un territorio demográfico ya que, según estudios como por ejemplo, “ El estudio de Salud en Aragón “, publicado por el Gobierno de Aragón en el año 2010, son condicionantes sociales que pueden producir desigualdad en el ámbito de la salud.

Como ejercicio de responsabilidad, las políticas en materia de salud, deben amparar principios subjetivos a las actuaciones facultativas, para influir de manera efectiva cuando por avatares de la salud se requiera los servicios sanitarios como punto de vista determinante en la salud de la sociedad, con el objeto último de ofrecer unas premisas garantistas de atención sanitaria universal, equitativa, preventiva y perceptiva para el usuario demandante.

Tal y como se plantea, la TB es una de las enfermedades más vinculadas a las condiciones de vida de las personas, así como respuesta social organizada desde los servicios de salud.

Concretando el contexto en el que se desarrolla nuestro estudio, el entorno de la **Comunidad Autónoma de Aragón**, cuenta con una pirámide poblacional, atendiendo al Instituto Aragonés de Estadística, a 1 de Enero de 2015, en **1.325.385 habitantes**. (43,5 % hombres autóctonos, 5,9 % hombres extranjeros, 45 % mujeres autóctonas y 5,3 % mujeres extranjeras).

A ésta división sexual de la población demográfica, hay que sumar otro elemento característico a nuestra región que es la representatividad visible de población una migrante que alcanza en ésta autonomía el 11 %.

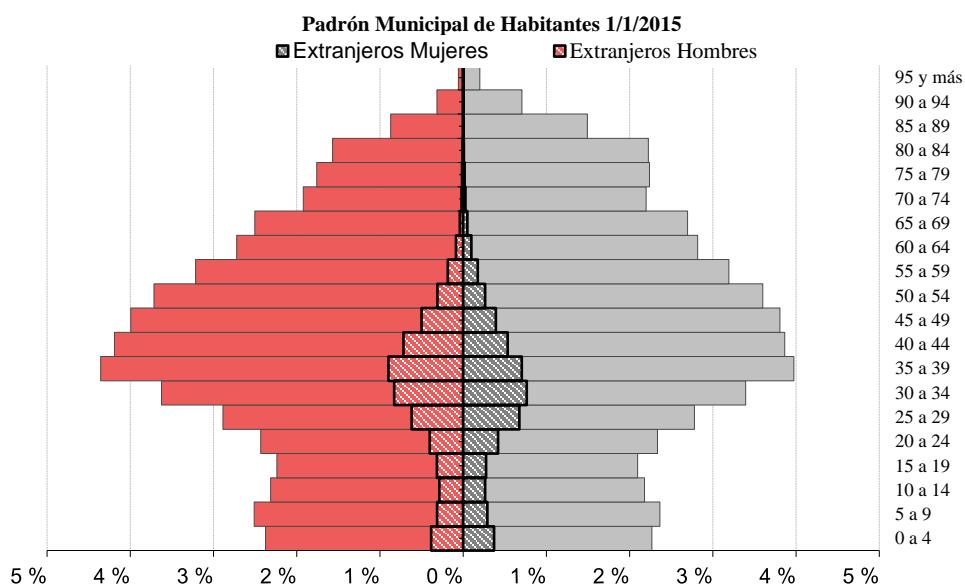
Otro elemento significativo de nuestra población si atendemos a la gráfica poblacional anterior, es la tendencia demográfica de envejecimiento que acusa nuestra Comunidad Autónoma que sumado a las bajas natalidades que se registran, podemos determinar la presencia de un número elevado de personas ancianas.

La edad media entre hombre y mujer varían entre 42 y 45 años de edad, alcanzando niveles de esperanza de vida media entre los 80 y 86 años en función del género.

Tabla/Gráfica número 3

Variación absoluta y relativa 2013-2014 de la población residente en España y Aragón. Padrón a 01-01-2013.

	Datos Absolutos		Variación población 2013-2014	
	Padrón 2014	Padrón 2013	Absoluta	Relativa
España	46.771.341	47.129.783	-358.442	-0,76
Aragón	1.325.385	1.347.150	-21.765	-1,62
Provincia de Huesca	224.909	226.329	-1.420	-0,63
Provincia de Teruel	140.365	142.183	-1.818	-1,28
Provincia de Zaragoza	960.111	978.638	-18.527	-1,89



Fuente de consulta, Pirámide de población Aragón. Instituto Aragonés de Estadística.

Siguiendo correlativamente nuestra realidad social analizada y en concordancia al ámbito de salud en el cual se desarrolla el estudio retrospectivo observacional, focalizamos la población que concierne el SALUD, al Sector III Zaragoza.

Para ello recurrimos también, a datos demográficos actualizados a 1 de Enero 2015 desde el Observatorio Municipal de Estadística del Ayuntamiento de **Zaragoza** en el que persiste en los **702.123 habitantes zaragozanos**, (40,9 % hombres nacionales, 44,7 % mujeres nacionales, 7,5 % varones extranjeros y 6,8 % mujeres extranjeras).

Con motivo de la estructura organizativa del sistema sanitario SALUD en el gobierno de Aragón, el Sector III de Zaragoza incluye un entorno rural que va a significar un elemento fundamental en nuestro estudio,

Así pues y apoyándose en el Instituto Aragonés de Estadística, se determina que el entorno rural que compete al Sector III Zaragoza (Alagón, Borja, Cariñena, Ejea, Epila, Gallur, Herrera de los Navarros, Almunia doña Godina, María de Huerva, Sádaba, Sos del Rey Católico, Tarazona, Tauste y Utebo) suman un total aproximado de 95.229 personas que engloba el Sector III de Zaragoza en su entorno rural, de los cuales 15.582 son extranjeros, es decir, representan el 16,3 % de población extranjera rural en su entorno rural.

Sumado en la capital aragonesa los barrios zaragozanos que competen al Sector Sanitario que nos interesa, (Delicias Norte-Sur, Universitas, Bombarda, Miralbueno, Oliver, Valdefierro, y Casetas); obteniendo que 180.063 personas son consideradas población urbana, en el Sector III Zaragoza, de los cuales 37.606 son inmigrantes, suponiendo el 20,8 % de representatividad extranjera.

Por todo lo anterior, se concluye que tanto población urbana como rural hacen un total aproximado de 275.292 personas adscritas al Sector III Zaragoza HCU, es decir, la población sanitaria del Sector III Zaragoza supone el 20,7 % de la población que cubre sanitariamente en Aragón en el que se estratifica en un 66,23 % en entorno urbana, por un 34,5 % de entorno rural, de los cuales manejamos que el género masculino representaría en torno el 44 % en hombres y 56 % mujeres pertenecientes al Sector Zaragoza III, con una representatividad extranjera del 20,8 % en el Sector Zaragoza III.

Respecto al **contexto económico** y según último informe publicado por el Consejo Económico y Social de Aragón, en página web de Gobierno de Aragón como órgano consultivo que data del año

2013, se detalla que tras años de recesión teniendo como punto de partida el año 2008, se ha recobrado una ligera recuperación económica que responde proporcionalmente al panorama nacional e internacional basándose en comportamientos exportadores y mejora en la demanda interna.

Trasladado a factores micro económicos, y atendiendo a nuestro estudio en un sector poblacional singularizado por la vulnerabilidad social que presenta determinadas patologías infecciosas como consecuencia de muy diversas carencias, debemos prever que sus connotaciones económicas no dejan de ser en muchos casos, dependientes de un sistema de bienestar que equilibre su situación personal mediante la disposición de diferentes prestaciones de servicios y económicas, tal y como se constata diariamente en tantos servicios de Trabajo Social y especialmente, el dependiente del HCU, en el que se presentan en gran parte de las ocasiones, demandantes en momentos personales agudizados, por la afección clínica y escaso apoyo socio familiar.

Una de las cuestiones a resaltar en éste estudio es lo que se identifica como proceso de ecología humana dentro de las Ciencias Sociales y que fue desarrollado por Burgues y park (Miranda, 2004) en el que explica que las zonas habitadas por diferentes personas, pueden ir cambiando dependiendo de status socio económico que vayan adquiriendo.

Prueba de ello, es la presencia migratoria en el entorno rural y el desplazamiento histórico de tantos autóctonos del medio rural que abandonan la agricultura y ganadería, especialmente jóvenes, como consecuencia de sus niveles de aceptabilidad laboral, diferentes a los tradicionales de años anteriores, tomando la decisión de emigrar al núcleo urbano para la búsqueda de mayores expectativas laborales, lo que puede justificar esa significativa representatividad de personas ancianas en el medio rural y que así se constata por el número de ingresos en el HCU que se suceden desde éste entorno.

En cuanto al **contexto normativo** el alumno aprovechará éste espacio para aproximar al lector, aspectos significativos que aporten comprensión sobre la **figura del trabajador social clínico** o sanitario que desempeña sus funciones dentro de un hospital, y cuáles son las normativas que inciden más actualmente en el ámbito sanitario, desde la posición el trabajador social clínico.

En éste contexto profesional, el trabajador social sanitario desarrolla su capacidad y habilidades sociales en un ámbito que actúa las ciencias de la salud, espacio en el que la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias no reconoce ésta especialización sanitaria del trabajador social, con la condición de facultativo que ello debiera requerir como reconocimiento a su labor profesional y, solventar así limitaciones que ello supone como restricción a los recursos disponibles por el

sistema, como por ejemplo, la habilitación para la consulta de las historias clínicas y la discriminación que supone interdisciplinariamente con el resto de profesionales que comparte servicio, ante una presencia de necesidad científica que requiere abordar la salud, desde una perspectiva multidimensional y de manera integral.

Ello es así, porque así queda demostrado por tan extensivas investigaciones empíricas en el que se afirma de manera indiscutible, que la salud y la enfermedad, son procesos sociales y personales donde aspectos como lo somático, lo psicológico y lo social son relacionados e indisociables. (Hervas de la Torre, 2012:111) .

Amaya Ituarte (2009) señala que es el trabajador social sanitario quien interviene de manera conjunta, sobre la clínica y de manera epidemiólogo social dentro de un marco operativo y de intervención clínica.

Así pues por todo lo anterior, el trabajo social sanitario plantea una **visión integral de la atención de la salud** mediante, en éste caso, desde una atención hospitalaria que trata conjuntamente circunstancias personales y problemas físicos, elaborando protocolos de actuación y orientaciones profesionales que sirvan como guías de actuación, todo ello inmersos en procesos asistenciales multidisciplinares.

Respecto a las normativas que justifica profesionalmente la labor del trabajador social sanitario son las mismas que a su vez, dirigen las demandas que se le plantean de manera diaria a los diferentes trabajadores sociales sanitarios ante políticas sociales que no siempre priman los intereses del usuario y su propio bienestar y que en más ocasiones de las deseadas, quedan éstos pacientes, descubiertos ante un sistema, en éste caso sanitario, que les excluye haciéndoles parecer co-responsables de sus propios problemas sociales y desesperanzas, consiguiendo con ello, dificultar la convalecencia en un proceso clínico en el que, la atención social se agudiza ante el malestar emocional creciente (Ituarte, 2012) que conlleva una enfermedad, que le supone al paciente además ingresar en un centro hospitalario, el cual es visto por éste contexto normativo, como un gasto sanitario sobre una parte poblacional que no reconoce, al considerarlo no digno de derecho prestatario.

Por ello, una vez más, resulta fundamental el empeño profesional del trabajador social para afrontar dichas desigualdades y plantear un diagnóstico y planificación que suponga una visión más global de las circunstancias que amenaza a la persona enferma y proponer una solución ante un sistema que se desentiende.

Prueba de ello, es la Instrucción 30 de Abril, de 2013 de la Dirección General de Calidad y Atención al usuario, por la que se crea el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública como consecuencia directa de la aprobación del R.D. 1192/2012, de 3 de Agosto por el que regula de manera restrictiva, la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Un ejemplo práctico es de los 8 casos de TB que se ha derivado a Trabajo Social del HCU en el año 2014, y que más adelante se exponen, 4 de ellos, es decir la mitad, el asunto a tratar es la desprotección sanitaria en la que se ven envueltos éstos pacientes ya que no tienen derecho a la seguridad social y por consiguiente no cubiertos sobre los gastos que se generen durante la hospitalización y posterior tratamiento terapeútico, para la cura de la Tuberculosis, lo cual resulta incongruente desde lo propios intereses protecciónistas que el SALUD debe garantizar a la sociedad aragonesa cuya competencia de salud pública corresponde a ésta misma administración autonómica sobre una población que excluye por otra parte de manera muy representativa.

6. PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD DE REFERENCIA EN LA INVESTIGACIÓN.

Atendiendo al mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón aprobado por el Decreto 130/1986, de 19 de diciembre, en el que se representa la organización territorial de los centros y establecimientos que conforman el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, ubicamos el Hospital Clínico Universitario (HCU) de Zaragoza Lozano Blesa, en el Sector Zaragoza III entre los ocho sectores existentes que establecen la ordenación territorial y funcional en Zonas de Salud, Sectores y Áreas de Salud en lo que respecta a nuestra CC.AA. la cual se divide en centros de atención primaria, atención especializada atención socio sanitaria y salud mental, además de la existencia de un Centro Coordinador de Urgencias (061) para todo el territorio.

Gráfica número 4



Fuente, página web de Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

A su vez, el Sector Zaragoza III se divide en :

- Centros de Atención Primaria (Centros de Salud).
- Atención Especializada (Centros de Especialidades Inocencio Jiménez de Zaragoza, CME de Ejea y CME de Tarazona)
- Atención especializada (Hospitales HCU y Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. Del Pilar y
- Unidades de Salud Mental repartidos en la Unidad de Salud Mental de Ejea de los Caballeros y restantes, en la capital de Zaragoza.

Dicho modelo de sistema aragonés de salud queda definido en la Ley 6/2002, de 15 de Abril, de Salud de Aragón y en el Decreto 207/2003, de 22 de Julio por el que se modifica el Mapa Sanitario de Aragón estructurando la atención sanitaria en torno a ocho sectores.

Territorialmente, en la provincia de Huesca se distinguen los Sectores de Huesca y Barbastro. En la provincia de Teruel, los sectores de Teruel y Alcañiz. Y en la provincia de Zaragoza los Sectores de Calatayud, Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III.

Gráfica número 5



Fuente de consulta; página web Hospital Clínico Universitario

En cuanto a la Organización del HCU, comentar que realiza una atención directa a pacientes y familiares en los servicios de :

- Hospitalización
- Consultas externas y
- Urgencias.

A ello hay que sumar que :

- Se aplica una asistencia protocolizada en determinados casos como pueden malos tratos, hospital psiquiátrico de día, oncología, trastornos de la conducta alimentaria, atención socio-sanitaria en crónicos dependientes, adopciones, interrupciones de embarazo...
- Se trabaja en programas específicos para determinados tipos de población o por factores de riesgo...
- Se interviene desde el trabajo en equipo y se recibe petición de colaboración de los profesionales y responsables del paciente y en ocasiones de otros Servicios extra hospitalarios.
- Se realiza trabajo social grupal, docencia e investigación.

En relación a la cartera de servicios que atiende el HCU :

- Atención Especializada (hospitales y centros médicos de especialidades) accediendo a dichos servicios mediante consultas externas o centro médicos especializados.
- Atención Primaria ya que atiende los procesos que superan las posibilidades de diagnóstico y tratamiento accediendo a través de su centro médico de salud u otro facultativo especialista. La población adscrita recibe atención especializada, programada y urgente, tanto ambulatoriamente como hospitalario.
- Servicio de Urgencias, que se accede a iniciativa propia del usuario o remitida por médico de atención primaria o servicio de ambulancia.

El objeto de prestación de los servicios reseñados tienen como MISION ;

- Proporcionar a la población del Sector III, una atención sanitaria especializada, centrada en las necesidades de salud y basada en criterios de mejora continua de calidad.
- Ofrecer trato personal a los pacientes en un entorno seguro y de confianza.
- Favorecer la participación, la asunción de responsabilidades y desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

La VISION de éstos servicios es :

- Orientar la atención a la población del Sector III y la organización hacia la excelencia de los resultados.
-

Y cómo VALORES en el desempeño de los servicios sanitarios prestados por el HCU son :

- Respeto a las personas
- Atención centrada en el cliente
- Profesionalidad
- Trabajo en equipo y equidad

Tal y como se estructura el centro hospitalario en estudio, debemos concentrar su análisis en los servicios centrales del HCU, ya que es donde se ubica la Unidad de Trabajo Social la cual se haya formada actualmente por 8 trabajadores sociales, de las cuales una desempeña funciones de coordinadora y otra como administrativo.

Dicha unidad depende de dirección de hospital.

La unidad de Trabajo Social es considerada como Servicio Especializado que estudia e interpreta los condicionantes del enfermar en cada paciente y las consecuencias que se derivan en el ámbito familiar, escolar, laboral... coordinando el dispositivo sanitario y el social.

Orienta el tratamiento a la problemática planteada en conexión con el equipo sanitario y otras instituciones o recursos socio-sanitarios.

El Trabajo Social hospitalario aporta al equipo asistencial la dimensión social del enfermo.

7. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES RELACIONADOS CON LA REALIDAD SOCIAL INVESTIGADA.

Atendiendo al ámbito de la Salud en el que se desarrolla el presente Trabajo Fin de Grado, ha sido necesario, por la perspectiva temporal del año anterior en el que se extiende los datos aportados, el manejo de información real, la cual es facilitada por personal debidamente autorizado para su acceso y utilización exclusiva a los efectos estadísticos planteados en el estudio, y todo ello bajo cumplimiento estricto de la confidencialidad reservada de los datos personales de los pacientes ingresos, en base a la intimidad propia de la persona y protección confidencial que les confiere la legislación vigente,

Éste punto hubiera sido insalvable, si en éste proyecto, no hubiera contado con la colaboración y tutela de la María Jesús Ballestín, Trabajadora Social del HCU, facilitando cuanto le ha sido posible en la viabilidad de ésta información básica.

Así mismo, se ha hecho uso de la Subdirección de Salud Pública de Zaragoza, para contrastar los datos cuantitativos manejados, habiendo recibido total disposición por la compañera Trabajadora Social Ana María Gracia Merle, la cual ha prestado su estimable colaboración cuando se le ha requerido.

Por la experiencia compartida, probablemente éste estudio hubiera estado mucho mejor contemplado por profesionales de las Ciencias Sociales y de la Salud, conocidas en el transcurso del trabajo realizado, pero las circunstancias, ha llevado a que sea emprendido por éste alumno.

Así pues, y atendiendo a la finalidad y los objetivos planteados, se realiza el estudio sobre los casos de tuberculosis que han sido notificados (EDO) en 2014 al **Servicio de Epidemiología** desde el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Los datos utilizados proceden del:

- **Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) del Servicio de Programas de Salud de la Subdirección de Salud Pública del Gobierno de Aragón**
- **Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico “Lozano Blesa” y del**
- **Registro de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.**

8. PRESENTACIÓN DE DATOS: SU ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

A continuación, se expone el análisis e interpretación de las tablas y gráficos que se han podido extraer tras los datos obtenidos de la revisión individualizada de cada una de las 48 unidades de observación computadas de la planta de infecciosos con diagnóstico de Tuberculosis y aquellos 8 casos que han sido abordados para su diagnóstico social en la Unidad de Trabajo Social del HCU.

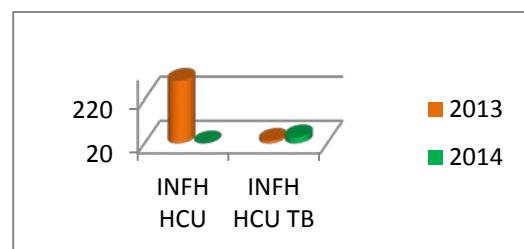
A pesar de ser una muestra proporcionalmente representativa en una estudio acotado a un determinado ámbito geográfico, ofrece una validez interna para configurar en la última parte, un perfil de usuario tipo, y las problemáticas sociales, que con frecuencia concurren en un mismo caso, en enfermos afectados de TB.

En relación a **los ingresos hospitalizados** en el Hospital Clínico Universitario (HCU) en la planta de infecciosos (INF), no se puede comparar con el año anterior respecto al año 2013, ya que no ha sido publicado hasta la fecha las memorias de la institución sobre los datos referidos al año 2014. A pesar de ello, los ingresos en la planta de infecciosos **por Tuberculosis (TB)** si que ha sido posible cuantificar el número de casos en los años reseñados, gracias al Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico constatando que **en el año 2014 (48 casos)**, ha supuesto un **cambio evolutivo al ascender significativamente en un 50 % respecto al año anterior 2013 (32 casos).**

Con éstos datos, se constata el repunte que ha supuesto en el año 2014, los casos registrados por infección de Tuberculosis, ya que suman 16 casos más respecto al año anterior 2013.

Tabla/Gráfica número 6

AÑO	Ingresos INFH HCU	Ingresos INFH HCU TB
2013	305	32
2014	-	48

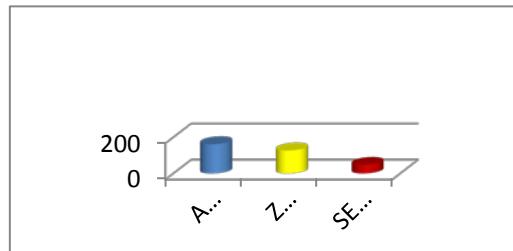


Fuente de elaboración propia

De los 48 casos que constituye el estudio (SECTOR Z III), supone el **29,6 % de los casos totales comunicados en la Comunidad Autónoma de Aragón** y el **37,7 % correspondiente al entorno de Zaragoza.**

Tabla/Gráfica número 7

AÑO 2014	CASOS TB
SECTOR Z III	48
RESTO ZARAGOZA	79
ARAGÓN	162

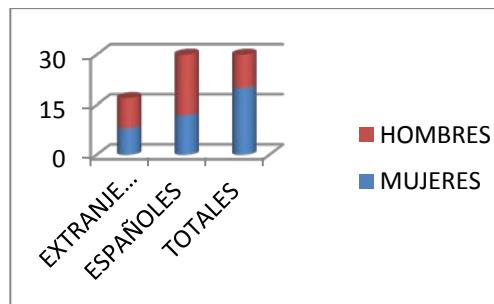


Fuente de elaboración propia

Del número de sujetos asignados al Sector Sanitario Zaragoza III, extraemos que de los 48 casos analizados, el **35 % resultan ser personas extranjeras** de las cuales, a su vez, suponen el **90 % de las intervenciones realizadas en el año 2014 por Trabajo Social del HCU sobre casos atendidos por TB**, visibilizando la marginalidad social que supone la condición de migrante o extranjero y la vulnerabilidad social que ello conlleva al suponer el **90 % de los casos atendidos por Trabajo Social ante éste tipo de pacientes.**

Tabla/Gráfica número 8

GÉNERO	EXTRANJEROS	ESPAÑOLES	TOTALES
MUJERES	8	12	20
HOMBRES	9	19	28
TOTALES	17	31	48



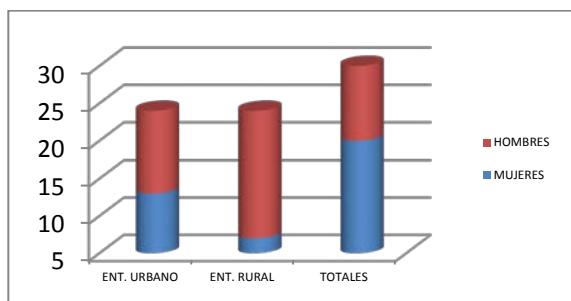
fuente de elaboración propia

Siguiendo con la muestra representativa del estudio, llama la atención que el entorno de las unidades observadas suponen el **50 % procedentes de un medio rural** del cual, es decir 24 casos de los 48 existentes, proceden de las comarcas delimitadas en el Sector Zaragoza III de los cuales, el **45 % de todo éste entorno rural, son extranjeros, constatando en las unidades observadas, un indicador de riesgo el entorno rural en el que desarrolla la persona su ciclo vital.**

Tabla/Gráfica número 9

SECTOR III HCU

GENERO	ENT. URBANO	ENT. RURAL	TOTALES
MUJERES	13	7	20
HOMBRES	11	17	28
TOTALES	24	24	48



Fuente de elaboración propia

Del análisis de la situación de los pacientes en el momento del estudio, podemos señalar que:

- **7 personas han fallecido (14,6%).**
- **16 han completado el tratamiento (TTO) que supone el 33,3%.**
- **1 paciente se ha trasladado de residencia a otra Comunidad Autónoma (2,1%);**
- **1 paciente ha vuelto a su país de origen sin completar el tratamiento (2,1%).**
- Y un **48,2%** de los casos, todavía **está en seguimiento por no haber completado el tratamiento**, debiéndose esto, a diversas causas (todavía en plazo de recuperación terapéutica, han fallado a consultas médicas, no ha realizado adecuadamente la pauta,...).

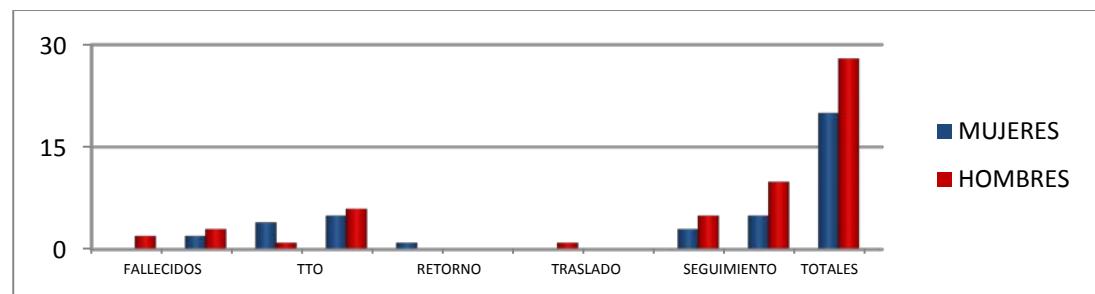
Este dato indica la conveniencia de seguir profundizando en los motivos por los cuales se ha completado el tratamiento.

Tabla/Gráfica número 10

EVOLUCIÓN

SEXO	FALLECIDOS		TTO		RETORNO		TRASLADO		SEGUIMIENTO		TOTALES
	EXTR	ESP	EXTR	ESP	EXTR	ESP	EXTR	ESP	EXTR	ESP	
MUJERES	0	2	4	5	1	0	0	0	3	5	20
HOMBRES	2	3	1	6	0	0	1	0	5	10	28

EXTR, extranjeros ; ESP, españoles.



fuente de elaboración propia

En la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Lozano Blesa, **Trabajo Social ha intervenido en 8 casos (16,7%)**.

Llama la atención que **la mayoría de las derivaciones ha sido de personas de origen extranjero (90%) y de entorno rural (90 %)**.

Otro apunte a destacar es la naturaleza de las intervenciones de éste servicio de Trabajo Social en relación a pacientes enfermos de TB, una vez que se les demanda:

- Cuatro casos, el asunto a tratar es la falta de cobertura sanitaria que presenta el paciente en cualquiera de las condiciones de titular o beneficiario, para ampararse a los fondos públicos, en relación al gasto derivado de su permanencia hospitalaria y posterior tratamiento a cargo del sistema sanitario.
- Dos casos, la intervención social va encaminada a proponer el traslado del paciente enfermo a otro centro hospitalario, para su atención socio sanitario ante la carencia de apoyo social y familiar.
- Y los otros dos casos restantes, consisten en informaciones varias, para la planificación del alta médica y solicitud de ayudas económicas.

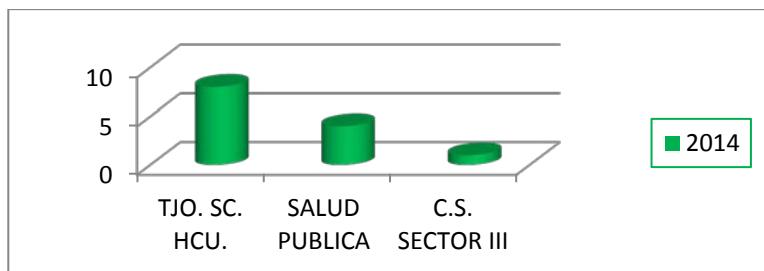
Dicho de otra manera, **en ninguno de los casos**, excepto uno, en los que se ha ocupado Trabajo Social sobre enfermos de TB en el año 2014, **se ha llevado a cabo ningún tipo de proceso asistencial relacionado directamente con la enfermedad** y sus factores socio demográficos que presentan dichos pacientes contagiados por TB, cómo previsión a las dificultades que puedan presentarse para el éxito del tratamiento terapeútico y su obligada adherencia, **a excepción de la derivación de uno de los pacientes sin recursos económicos y sociales, al ser un transeúnte “sin techo”**, que en el mismo traslado, se le planifica puntualmente los requisitos necesarios para llevar un tratamiento acorde y satisfactorio para su cura, **actualmente en seguimiento** por éste servicio, y válido como ejemplo similar a lo que podría entenderse como **tratamiento vigilado u observado (TDO)**.

Respecto a la intervención de trabajo Social desde los **Centros de Salud urbanos del Sector Zaragoza III (CS Sector III)** se ha obtenido respuesta de tres Trabajadores Sociales de los siete centros de salud urbanos implicados, correspondientes al Sector Sanitario III. En dos centros de salud no se ha intervenido, en el tercero se **ha intervenido en 1 caso (2,1%)**.

Respecto a la intervención de **Trabajo Social desde Salud Pública** se ha intervenido en **4 casos (8,3%)**, todos de origen extranjero y tres de ellos coincidentes con los casos atendidos en U. T Social del Hospital.

Tabla/Gráfica número 11

AÑO	TJO. SC. HCU.	SALUD PUBLICA	C.S. SECTOR III
2014	8	4	1

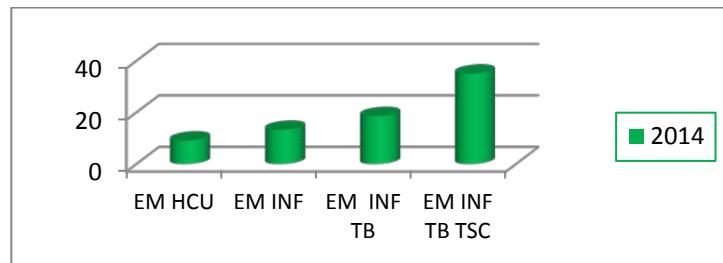


fuente de elaboración propia

Un aporte relevante en cuanto al perfil de usuario que presenta éste tipo de cuadros infecciosos es que la **estancia media (EM)** a nivel genérico del HCU, supone 9 días de ingreso como media (EM HCU), si por avatares de la vida resultamos ingresados en la planta de infecciosos, la estancia media aumenta a los 13,2 días (EM INF TB), si a ello sumamos que la patología infecciosa resulta ser TB, asciende todavía más a 18 días (EM INF TB) y en aquellos casos problemáticos de TB que son diagnosticados socialmente por Trabajo Social (TSC), supone la **estancia media de entre los casos presentados en el año 2014, de 38 días (EM INF TB TSC)**, mas de 4 veces los que supone la **estancia media en el HCU, lo que demuestra la alta complejidad de los casos afectados por TB, que llegan a los servicios de Trabajo Social del HCU.**

Tabla/Gráfica número 12

	DIAS
EM HCU	9
EM INF	13,2
EM INF TB	18,5
EM INF TB TSC	38



fuente de elaboración propia

Por todo lo anterior y analizando los casos atendidos por Trabajo Social, tanto en Hospital como en Salud Pública, se puede extraer los siguientes **profiles**:

- Mujer, de ámbito rural, de origen extranjero con abandono previo de tratamiento, problema adictivo a sustancias tóxicas y sin domicilio estable, que se relaciona en el ámbito de la prostitución.
- Mujer, menor de edad, de ámbito rural y extranjera, que de forma previa al diagnóstico ya presentaba una situación de Riesgo y tenía un seguimiento del Servicio de Protección de Menores.
- Hombre, de origen extranjero, sin domicilio estable ni apoyos sociales de ningún tipo, que no tiene medios económicos para cubrir necesidades básicas..

- Hombre, de origen extranjero, con domicilio en malas condiciones, sin apoyos sociales y con importantes dificultades físicas para valerse por sí mismo.
- Hombre, de origen extranjero, que no conoce el idioma ni el sistema social, que presenta inestabilidad laboral y precisa apoyo para trámites.
- Hombre, de origen extranjero, con riesgo de exclusión y dificultades económicas, sin apoyos sociofamiliares.
- Hombre, de origen extranjero, dependiente para las AVD, sin apoyos familiares, con abandonos previos de tratamiento.
- Mujer, de origen extranjero, que no conoce el idioma, en situación irregular, sin derecho a asistencia sanitaria y con escasos apoyos sociofamiliares.
- Hombre, de origen español, jubilado, que vive sólo y precisa cuidados.

En estos perfiles, se observa la **complejidad desde el punto de vista social**, que presentan los casos. De ello, se pueden extraer las siguientes **problemáticas sociales**, con frecuencia concurrentes en un mismo caso, en enfermos afectados de TB:

- Falta de apoyo social y familiar.
- Aislamiento social y soledad
- Problemas originados por la limitación de autonomía personal
- Problemas laborales
- Problemas económicos
- Vivienda/alojamiento deficientes
- Problemas de comunicación por dificultades idiomáticas y culturales.
- Desconocimiento del sistema social.
- Problemas relacionados en la asistencia sanitaria
- Dificultades del paciente y/o entorno para asumir el diagnóstico
- Problemática social para hacer efectiva el alta hospitalaria.
- Problemática social relacionada con el consumo de sustancias (alcohol y otras drogas)

- Problemas relacionados con la falta adherencia al tratamiento.
- Dificultades sociales para garantizar la continuidad asistencial

9. CONCLUSIONES

La investigación propuesta por el alumno, se ha construido sobre una serie de elementos que han servido de guía en el camino que divisa su término. Los objetivos que se postularon al principio del trabajo se han podido cumplir gracias al análisis pormenorizado de los valores obtenidos con la presente investigación.

Conocer éstos indicadores socio demográficos sobre los pacientes estudiados, ha servido para obtener la consecución del objetivo general establecido al inicio de éste proyecto, hallándose el estudiante en situación de poder fundamentar a continuación, el impacto social que supone la infección tuberculosa sobre una determinada población que resulta más vulnerable a contraer dicha enfermedad, respecto al resto de la población y que por ello, supone un riesgo de exclusión social en la salud.

El cumplimiento de tales objetivos se explica exponiendo las conclusiones que presenta el alumno a continuación, partiendo de la hipótesis planteada:

- Se observa en los resultados obtenidos, que la intervención desde trabajo social se realiza con aquellos pacientes afectados de TB que presentan **graves problemáticas sociales y que deriva en una alta complejidad de intervención clínica**, lo que deja de manifiesto que no se detectan ni se interviene en los casos de vulnerabilidad social.
- Se evidencia el escaso abordaje/ intervención del binomio factores sociales-determinantes sociales de la salud, relacionados con las personas afectadas por la enfermedad de TB en contra de las evidencias científicas y las recomendaciones de OMS.
- El medio rural es un indicador de riesgo.
- La condición de inmigrante o extranjero, supone una situación de marginalidad que no garantiza la cobertura de las necesidades básicas de éstas personas, en el que la legislación vigente no contempla su integración sanitaria sobre éstos perfiles de pacientes y supone por consiguiente un factor de marginalidad añadido, ante la carencia de arraigo sobre el país de destino en el que se encuentra.

Por todo lo anterior, se **confirma la hipótesis planteada** al inicio del trabajo al constatar que la falta de cumplimiento terapeútico en pacientes con TB diagnosticado en el HCU se debe a factores de vulnerabilidad social de carácter multiproblemático relacionados o no con la enfermedad, que influye negativamente a la complejidad del periodo terapeútico contra la TB debido al periodo de larga duración que ello acarrea suponiendo un factor negativo para la adherencia y por consiguiente, éxito en la recuperación final del enfermo.

Es por ello, que resulta necesario la intervención del trabajador social clínico mediante procedimientos específicos pro activos de trabajo social en el proceso asistencial a la tuberculosis.

Respecto a las **dificultades en las que se ha visto inmerso el alumno** a la hora de desarrollar el Trabajo Fin de Grado, se debe principalmente a la falta de referencias documentadas a pie de campo y la dificultad en recabar datos de las unidades de observación sobre la contextualización de su entorno social como vivienda o antecedentes laborales, ya que, teniendo en cuenta de la imposibilidad de haber contactado con los usuarios al tratarse de un estudio retrospectivo del año anterior, la recogidas de datos en algunos informes sociales durante el periodo ingresado, resultan insuficientes, que sumado a la restricción de información clínica sobre los trabajadores sociales, ha dificultado la labor de éste alumno y la colaboración deseada por los profesionales, que han contribuido en llevar a cabo ésta investigación.

Así mismo, no se ha conseguido por parte del alumno, la aportación esperada desde otros organismos como por ejemplo, información de la intervención de Trabajo Social desde los Centros de Salud, ya que desde Trabajo Social del HCU, se ha obtenido respuesta sólo de tres Trabajadores Sociales de los siete centros de salud urbanos implicados, correspondientes al Sector Sanitario III.

Como **recomendaciones a la práctica profesional** en éstos casos, en base a las valoraciones concluyentes que expone el estudiante, sugiere lo siguiente :

- Los esfuerzos localizados en el control de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento deben ser complementados con **actuaciones contra las inequidades en salud**, afrontar las "causas de las causas", es decir, intervenir en los determinantes sociales para la salud de las personas afectadas, en las comunidades y condiciones de vida en el que se lleva a cabo su ciclo vital.
- La intervención sobre los Determinantes Sociales de Salud en la TB, precisa de la implementación de **procedimientos específicos de trabajo social sanitario** en el proceso

asistencial a la tuberculosis, que facilite así mismo la **Continuidad Asistencial** tan precisa en esta patología, poniendo especial énfasis en el seguimiento social desde Atención Primaria por la complejidad y duración del tratamiento.

- Necesidad de que en las guías de práctica clínica se incorporen las actuaciones de **trabajo social clínico (con individuos y familias) y trabajo social comunitario** como intervención en los procedimientos específicos de trabajo social en el proceso asistencial a la tuberculosis.

10. BIBLIOGRAFÍA.

- Anibarro L, et al. (2004). Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. *Gaceta Sanitaria*;18. (38-44).
- Alcaide, J y Comp. La tuberculosis a Cataluña. (1997). Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Cataluña
- Alianza Alto a la Tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006,35)
- Asamblea de la FITS (2000); Comité Mercosur de Asociaciones Profesionales de Trabajo Social “Declaración sobre la definición del Trabajo Social aprobado por la FITS” ; Montreal, Canadá.
- Ayuntamiento de Zaragoza; Datos Demográficos a 01/01/2015, Padrón Municipal.(2015).
- Ballestin Miguel, M.J.(2012); “*Infecciones por VIH, enfermedad crónica, envejecimiento, aspectos sociales en mayores de 50 años*”; Revista de la Asociación de Trabajo y Salud nº 73; Zaragoza; pgs. 5-14.
- Cabrea Cabrera, P.J.(2007); “Exclusión social: contextos para un concepto”. *Revista Trabajo Social Colegio de Trabajo Social de Catalunya*. 180 (9-21).
- Causes of Tuberculosis. Mayo Clinic. Division of Tuberculosis Elimination. *Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know*. 4th edition (2000). Updated August 2003.
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2012. Madrid, 2013
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2013. Madrid (2014). Disponible en:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/TB_Informe_2013_CNE_9febrero2015.pdf

- Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. Med. Clin. Barcelona 1992, pag 24-31.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado nº 311 (1978).
- Corbetta, P., (2007); Metodología técnica de Investigación Social, Interamericana, Madrid.
- Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia (2015); Boletín Epidemiológico Semanal de Aragón. Gobierno de Aragón. (del 9/03/2015 al 15/03/2015).
- Espinosa (1935) Intervención. En: ACTAS del I Congreso Nacional de Sanidad.Madrid, 6-12 de Mayo de 1934, vol. 1 p. 392.
- Estado de Salud de Aragón. Determinantes y actuaciones del Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón,2010.
- European Centre for Diseaseprevention and Control. (2015) Tuberculosis in Europe: From passive control to active elimination. Stockholm. ECDC.
- EuroTB and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region; Surveillance of tuberculosis in Europe. Red de Vigilancia de TB en Europa (EuroTB); Institut de veille sanitaire, SaintMaurice, France. March 2008.
- Fernandez Fernandez, M.R. (2004); *Justificación de una trabajadora social en una Unidad de Tuberculosis*; Revista de la asociación española de Trabajo y Salud nº 47; Sevilla; pgs. 313-319
- García Campos, M.D. (2004); *Intervención social en un brote de tuberculosis en una escuela de Primaria*; Revista de la asociación española de Trabajo Social y Salud nº 47; Sevilla; pgs. 327-330
- Global TB database.(2014) ; World Hearth Organization.
http://www.who.int/tb/country/global_tb_database/en/print.html.

- Guidance for National Tuberculosis programmes on the Management of Tuberculosis in Children. International Standards for Tuberculosis Care. WHO, 2006
- Grupo de estudio del taller (1999); *Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapeútico en pacientes con tbc en Pontevedra*; Unidad de Investigación en tbc en Barcelona. Documento de consenso sobre tratamiento directamente observados en tbc. Med Clínica (Barc.) 2000; 115:749-57.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre diagnostico, el tratamiento y la prevencion de la tubeculosis. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència Informació, Avaluació Qualitat Salut (AIAQS) de Cataluña. Disponible en
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf
- Hervas de la Torre, A. (2012); Por qué se ha de reconocer al Trabajo Social en el ámbito de la salud como profesión sanitaria; Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, nº 72, Zaragoza.
- Hospital Clínico Universitario “ Lozano Blesa “2013. (2014) Memoria de Actividad.
- Informe Epidemiológico sobre la situación de la Tuberculosis en España (2012) Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Madrid, 2013.
- Informe de la Unidad de Trabajo Social del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia para el Sindic de Greuges de la Comunidad Valenciana; *El trabajo social hospitalario como agente de denuncia*; Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, ISSN 1578-3103, ISSN-e 2114-1629, Año 5, N°. 4, 2005, págs. 44-53.
- Informe independiente de expertos comisionados por la Presidencia Española de la UE. Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud.OMS 2009.

- Instrucción de 30 de abril de 2013, Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública, Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia,Gobierno de Aragón.
- Instituto Aragonés de Estadística, datos estadísticos básicos disponibles en :

www.aragon.es/iaest

<http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica>

<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/OrganosConsultivos/ConsejoEconomicoSocialAragon/Areas/Publicacion>
- Ituarte, A. (1995), “ El papel del Trabajador Social en el Campo Sanitario”. Trabajo Social y Salud, nº 20: 275-290.
- Ituarte, A. (2012), “ Cuestiones básicas en el proceso clínico de atención psicosocial “, Trabajo Social y Salud, nº 72: 5-15.
- Ley de Salud de Aragón 6/2002 de 15 de Abril; Boletín Oficial del estado nº 121 (2002).
- Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril; Boletín Oficial del Estado nº 98 (2012).
- Mellado Cot, T.(2004), Programa TOD en las farmacias para pacientes con tbc en el area de salud nº 8 de valencia; Revista de la Asociación española de Trabajo Social y Salud nº 47, 2004; (Sevilla); pgs. 413-419.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Madrid. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludpublica/prevpromocion/docs/plantuberculosis>.
- Ministerio de Sanidad Y Política Social (2010). Hacia la Equidad en Salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf

- Miranda Aranda, M. (2004); “ De la Caridad a la Ciencia. Pragmatismo, interaccionismo simbólico y Trabajo Social” Ed. Mira. Zaragoza.

- Moreno Gomez, M. (2014). “Seguimiento prospectivo de los resultados del tratamiento antituberculoso” *Rev Esp Quimioter*;27(4): 244-251.

- Organización Mundial de la Salud (1946), Preámbulo; Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York 1946.

- OMS (2007); Promover el desarrollo de planes nacionales frente a la TB y mejorar el control de la enfermedad. Declaración de Berlín 2007.

- Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, a las Situaciones Epidémicas y Brotes, y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Real Decreto 2210/1995, Boletín Oficial del Estado nº 21, (1996).

- Surveillance of Tuberculosis in Europe; EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2005. <http://www.eurotb.org/rapports/2005/full>

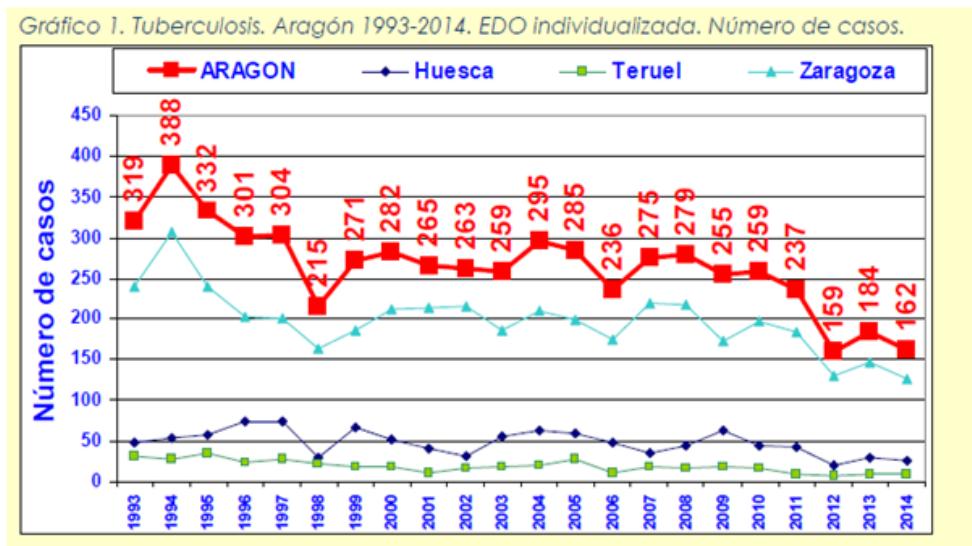
- Unidad de Investigacion en Tuberculosis. (2000). “*documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis*”. Med Clin; Barcelona (2000); 115:749-57. disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-documento-consenso-sobre-tratamientos-directamente-12937>

- Vazquez Dopazo, T. (2004); *Dificultades de la adherencia a las terapias supervisadas en tuberculosis*; Revista de la asociación española de Trabajo Social y Salud nº 47; Sevilla; pgs. 331-338

- World Health Organization. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. WHO/CDS/TB/2002:297.

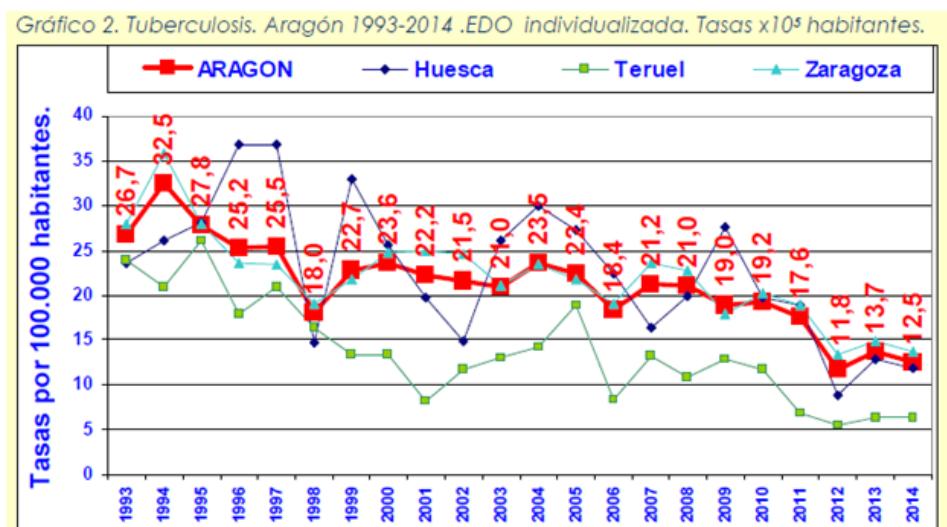
11. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

Representación gráfica número 1; Evolución de la Tuberculosis en la Comunidad Autónoma de Aragón 1993-2014. EDO individualizado. Número de casos.



fuentede página web Gobierno de Aragón, informe epidemiológico Aragón

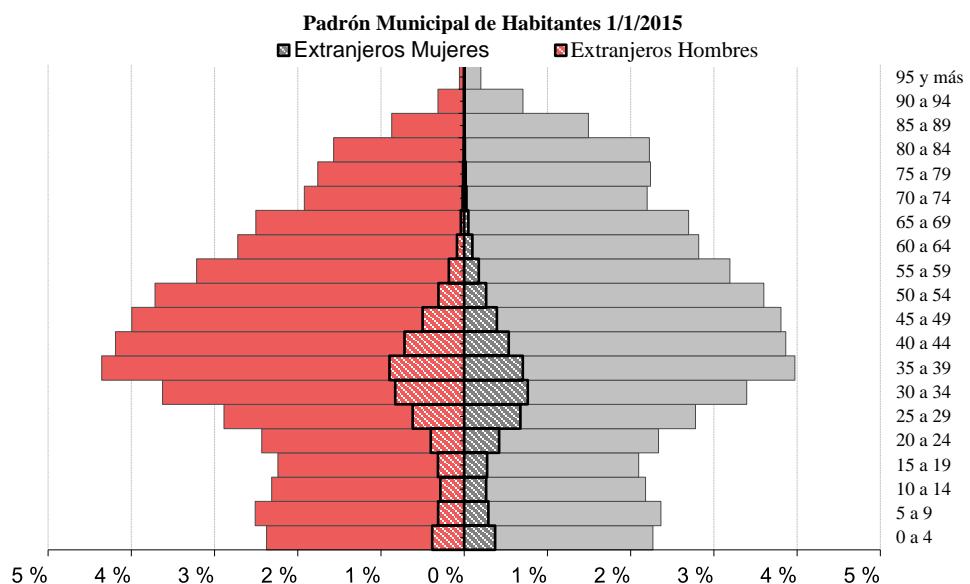
Representación gráfica número 2; Tasas de TB x 10.000 habitantes. EDO individualizada. Comunidad Autónoma de Aragón, 1993-2014.



fuentede página web Gobierno de Aragón, informe epidemiológico Aragón

Representación tabla y gráfica número 3; Variación absoluta y relativa de la población residente en España de 2013-2014 y Padrón Municipal de Habitantes a 01-01-2015.

	Datos Absolutos		Variación población 2013-2014	
	Padrón 2014	Padrón 2013	Absoluta	Relativa
España	46.771.341	47.129.783	-358.442	-0,76
Aragón	1.325.385	1.347.150	-21.765	-1,62
Provincia de Huesca	224.909	226.329	-1.420	-0,63
Provincia de Teruel	140.365	142.183	-1.818	-1,28
Provincia de Zaragoza	960.111	978.638	-18.527	-1,89



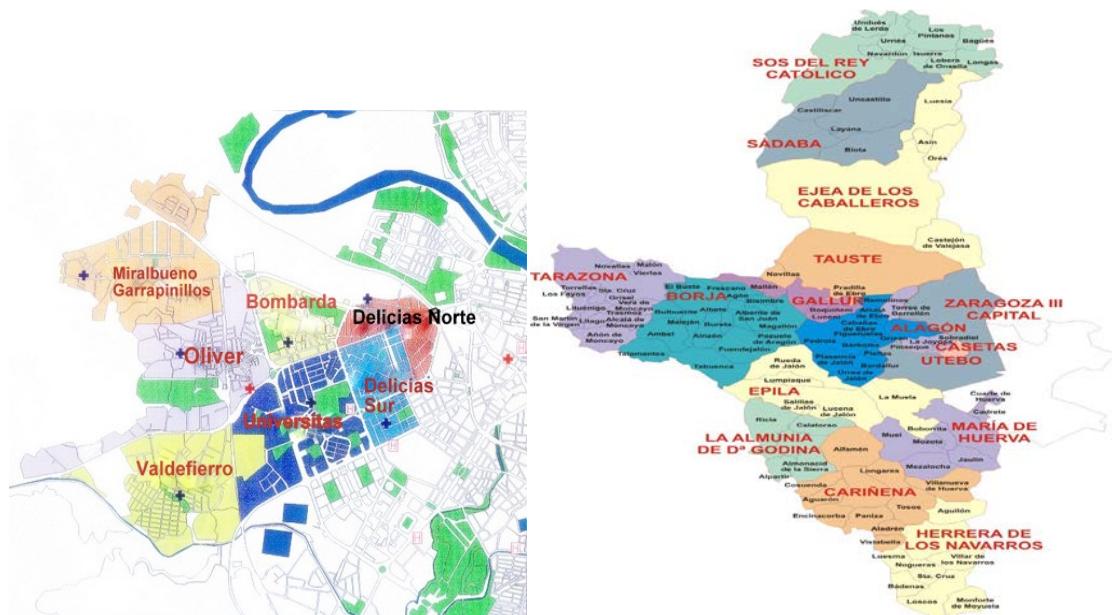
Fuente de consulta, Pirámide de población Aragón. Instituto Aragonés de Estadística.

Representación Gráfica número 4; mapa sector sanitario Comunidad Autónoma de Aragón.



Fuente, Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

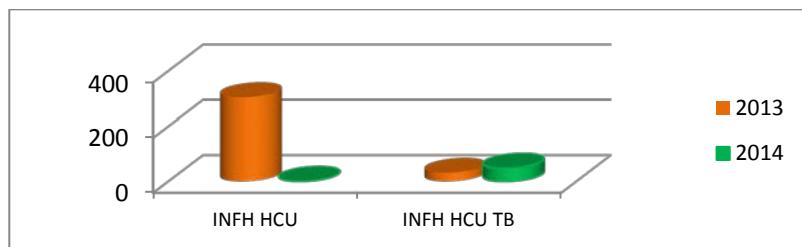
Representación gráfica número 5; mapas asistenciales Sector Sanitario Zaragoza III.



fuente de consulta; web hospital clínico universitario

Representación tabla y gráfica número 6; Ingreso total, año 2013 en la planta de Infecciosos, Hospital Clínico Universitario (INFH HCU). Ingresos anuales años 2013-2014 en la planta de infecciosos del Hospital Clínico Universitario por Tuberculosis (INFH HCU TB).

AÑO	Ingresos INFH HCU	Ingresos INFH HCU TB
2013	305	32
2014	-	48



fuente de elaboración propia

Representación tabla y gráfica número 7; casos registrados año 2014 por Tuberculosis en Sector Zaragoza III, Zaragoza capital y total Aragón.

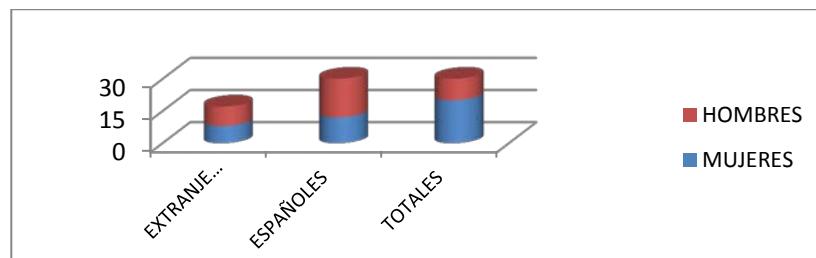
AÑO 2014	CASOS TB
SECTOR III HCU	48
ZARAGOZA	79
ARAGON	162



fuente de elaboración propia

Representación tabla y gráfica número 8; ingresos año 2014 en el Sector Sanitario Zaragoza III, en planta de infecciosos del HCU por TB dividido por género y nacionalidad.

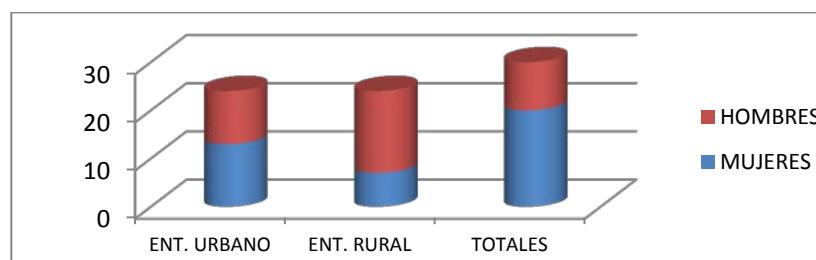
GÉNERO	EXTRANJEROS	ESPAÑOLES	TOTALES
MUJERES	8	12	20
HOMBRES	9	19	28
TOTALES	17	31	48



fuente de elaboración propia

Representación tabla y gráfica número 9; ingresos año 2014 en el Sector Sanitario Zaragoza III, en planta de infecciosos del HCU por TB dividido por género y entorno del desarrollo del ciclo vital.

GENERO	ENT. URBANO	ENT. RURAL	TOTALES
MUJERES	13	7	20
HOMBRES	11	17	28
TOTALES	24	24	48



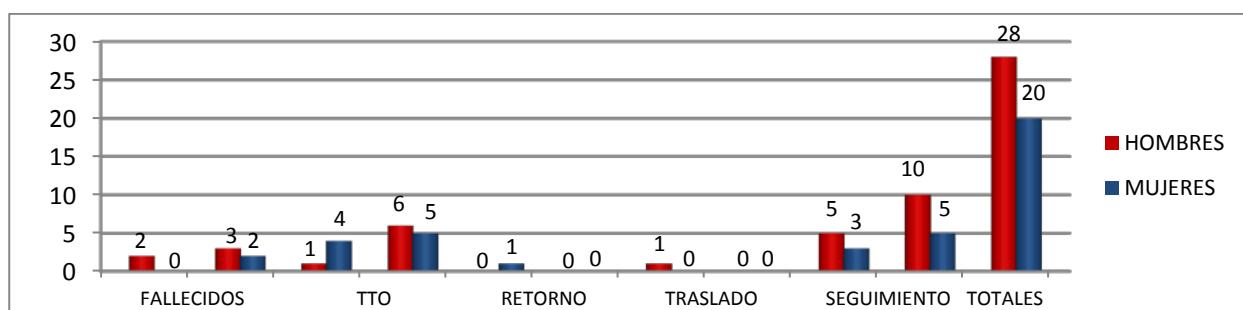
fuente de elaboración propia

Representación tabla y gráfica número 10; análisis de la situación de los pacientes afectados por TB en el HCU, del Sector Sanitario Zaragoza III año 2014, en el momento del estudio.

EVOLUCIÓN

SEXO	FALLECIDOS		TTO		RETORNO		TRASLADO		SEGUIMIENTO		TOTALES
	EXTR	ESP	EXTR	ESP	EXTR	ESP	EXTR	ESP	EXTR	ESP	
MUJERES	0	2	4	5	1	0	0	0	3	5	20
HOMBRES	2	3	1	6	0	0	1	0	5	10	28

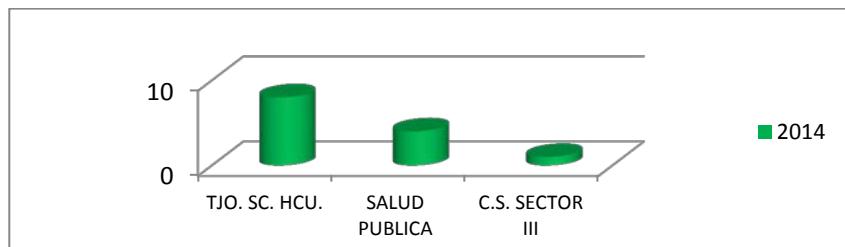
EXTR, extranjeros; ESP, españoles, TTO, tratamiento completado con éxito.



fuente de elaboración propia

Representación tabla y gráfica número 11; intervenciones llevadas a cabo en el año 2014 con pacientes con TB, por los servicios de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario (TJO SC HCU), Salud Pública y Centros d Salud del Sector Sanitario Zaragoza III (CS SECTOR III).

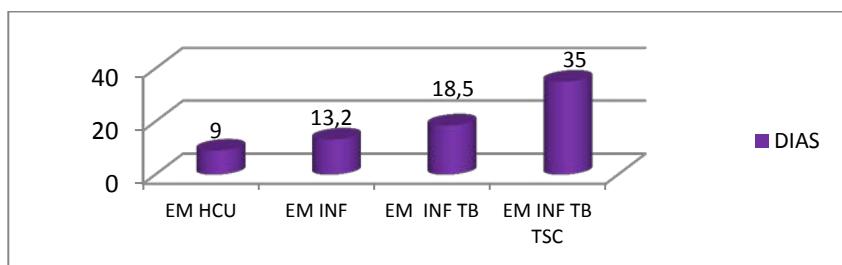
AÑO	TJO. SC. HCU.	SALUD PUBLICA	C.S. SECTOR III
2014	8	4	1



fuente de elaboración propia

Representación tabla y gráfica número 12; estancia media en días (EM) por pacientes ingresados en HCU, pacientes ingresado en planta de infecciosos de HCU y paciente ingresados en planta de infecciosos por TB en HCU.

	DIAS
EM HCU	9
EM INF	13,2
EM INF TB	18,5
EM INF TB TSC	35



fuente de elaboración propia

Representación tabla número 13; edad media registrado en pacientes ingresados en el HCU en el año 2013 y edad media de los pacientes ingresados en HCU años 2013-2014 en a planta de infecciosos por TB.

AÑO	INFH HCU	INFH HCU TB
2013	49,5	39,9
2014	-	44,58

fuente de elaboración propia

12. ANEXOS

Anexo 1; Glosario de Términos:

ADHERENCIA; cumplimiento terapeútico en base a la buena disposición de llevar a cabo el tratamiento establecido y la capacidad en la toma de medicamentos recetados.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA; actividades asistenciales, diagnósticas, terapeúticas y de rehabilitación, prestadas en los centros de especialidades y hospitales de referencia de los sectores sanitarios, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedad.

ATENCIÓN PRIMARIA; actuaciones sanitarias consistentes en la prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación prestada en centros de salud a nivel primario y local.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA; cuidados sanitarios destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

CEPAS MULTIRESISTENTES; resistencia a los fármacos tuberculosos en éste caso.

DETERMINANTES SOCIALES; condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud.

EDOS; enfermedades de declaración obligatoria o de notificación obligatoria al centro de salud por ser de especial importancia desde el punto de vista de salud pública para la comunidad, al tener la consideración de proceso de especial vigilancia epidemiológica.

ENTORNO URBANO; en referencia a las personas domiciliadas en la ciudad de Zaragoza capital.

EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL; estudio de cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influencian la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

TEST CUTANEO DE MANTOUX; prueba utilizada para comprobar el contagio o infección de una persona por TB, consistente en inyectar antígenos a un organismo.

TUBERCULOSIS; infección bacteriana contagiosa.

TDO; tratamiento directamente observado como método de supervisión que asegure la adhesión al tratamiento mediante la presencia, seguimiento y control del cumplimiento terapeútico.

Anexo 2;**Tabla de recopilación de datos socio demográficos para estudio y análisis.**

- Paciente con número asignado para su identificación omitiendo datos personales.
- Historia clínica. (HIA CL)
- Número de informe social si existiera (INF SC)
- Sexo
- Edad
- Nacionalidad (NAC)
- Medio urbano o rural (ENT)
- Centro de Salud de referencia CS REF)
- Ingreso en el que se concreta fecha de ingreso, periodo hospitalizado e ingresos registrados en el año 2014 por el mismo paciente. (INGR.)
- Fallecido (FALL)
- Tratamiento completado con éxito y curado. (TTO)
- En seguimiento (SEGUI)
- Traslado a otra Comunidad Autónoma (TRAS)
- Retorno país de origen. (RET)

INF TB HCU 2014	HIA CL	INF SC	SEXO	EDAD	NAC	ENT	CS REF	INGR	FALL	TTO	SEGUI	TRAS	RET
PACIENTE													

Anexo número 3.

Modelo de Informe Social utilizado en Trabajo Social Sanitario en HP DOCTOR, HCU.



HOSPITAL CLINICO
UNIVERSITARIO "LOZANO
BLESA"

Avda. San Juan Bosco, 1550009-
ZARAGOZA

UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

INFORME SOCIAL N°

NHC XXX.XXX

CIP XXXXXXXX CIPA XXX.XXX NSS XXXXXXXXXXXXXX

DNI XX.XXX.XXX-X PASAPORTE XX.XXX.XXX.XX NIE X-XX.XXX.XXX

FECHA NACIM. XX/XX/XX SEXO 1 / 2 PROVINCIA ZARAGOZA

DOMICILIO C/ XXX XX XXXXX

TELÉFONO XXX XXX XXX

POBLACIÓN ZARAGOZA

PROVINCIA ZARAGOZA

MOTIVO

SITUACIÓN ACTUAL

SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

SITUACIÓN ECONÓMICA-LABORAL

SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

VALORACIÓN SOCIAL/INTERVENCIÓN

Fdo: XX.XXX XXX XXXXX

TRABAJADORA SOCIAL

HCU