

ASPECTO SOCIAL Y LABORAL

Lic. en Sociología Aida Cid de Bazano Dr. E. Manzullo

ASPECTOS SOCIALES

Recurriendo distintas zonas endémicas de nuestro país, de Uruguay, Brasil, Paraguay, Bolivia y Chile, surgen denominadores comunes culturales, económicos, sociales y médicos.

Opinaremos sobre la situación social y laboral de los infectados chagásicos crónicos.

En Noviembre de 1981 comenzó la investigación social, por medio de encuestas diseñadas y efectuadas por la Lic. en Sociología, Sra. Aída Cid de Bazano.

Se encuestaron 70 individuos tomados al azar entre los pacientes que concurrieron a Consultorios Externos del Centro de Cardiopatías Infecciosas de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

La información, recogida mediante tres entrevistas parcialmente estructuradas, en las que se acopian los datos indicados en una ficha biosocial, comprende:

- Precisiones de identificación personal.
- Edad y sexo.
- Procedencia. País. Provincia. Permanencia en zona endémica.
- Nivel educacional. Educación sistemática. Educación asistemática.
- Nivel ocupacional y de ingresos.
- Vivienda.
- Conocimiento del agente vector.
- Conocimiento de su condición de enfermo chagásico.

Resultados

Edad y Sexo: el 50 % constituido por varones y el 50 % por mujeres.

Procedencia: en todos los casos habían permanecido por lapsos variables en zona rural.

Educación: se destaca el alto porcentaje de individuos con educación primaria incompleta (47,1 %) y de analfabetos (11,5 %), en contraste con el 2,8 % que recibieron educación secundaria completa.

Con respecto a una educación asistemática, el 2,8 % asistió a cursos diversos.

Leen diarios el 56 %. Leen revistas el 28 %. No leen libros el 100 %.

Nivel ocupacional y de Ingresos: 38 pacientes tienen ocupación laboral, permanente en 32 casos y en 6 temporaria. Representan el 44,3 % de la muestra.

Veintidós varones trabajan y trece no; entre éstos, tres están imposibilitados por su enfermedad y cuatro fueron

rechazados en exámenes preocupacionales por su serología positiva.

De las treinta y tres mujeres, dieciséis trabajan, siendo las tareas domésticas la ocupación más frecuente (doce de ellas).

Vivienda: Sesenta y seis pacientes (94,3 %) habitaron, en su lugar de procedencia, viviendas precarias.



"PALO A PIQUE" Mambai Brasil



"Enramada" Indios Guaraníes- Misiones- Argentina



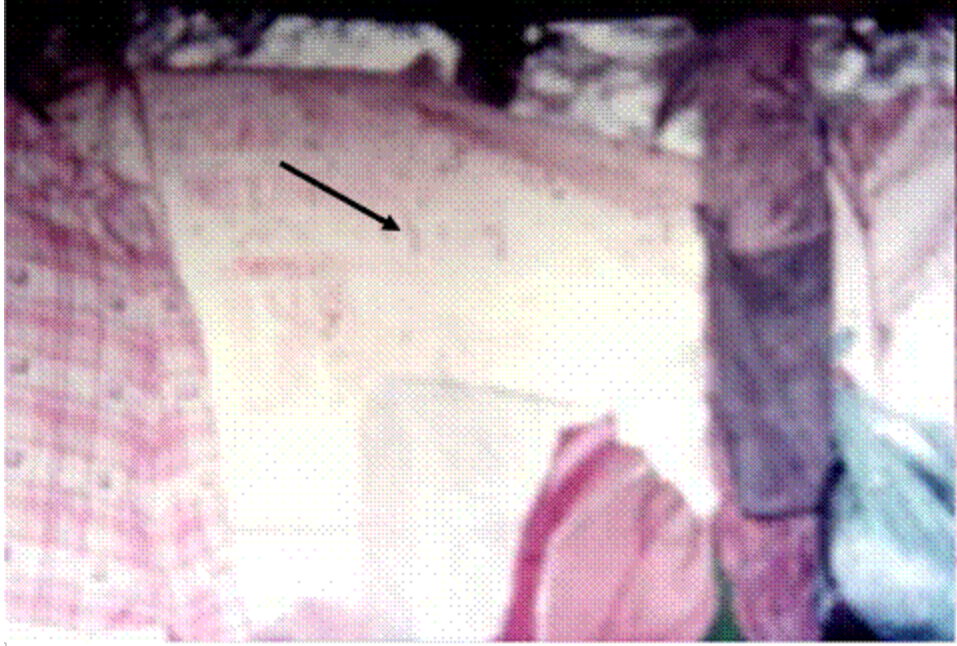
Techo de paja- Silípica- Sgo. Del Estero- Argentina



Techo de hojas de palma- Mambai - Brasil



Interior de techo de hojas de palma



Deyecciones de vinchucas sobre pared de tela de bolsa

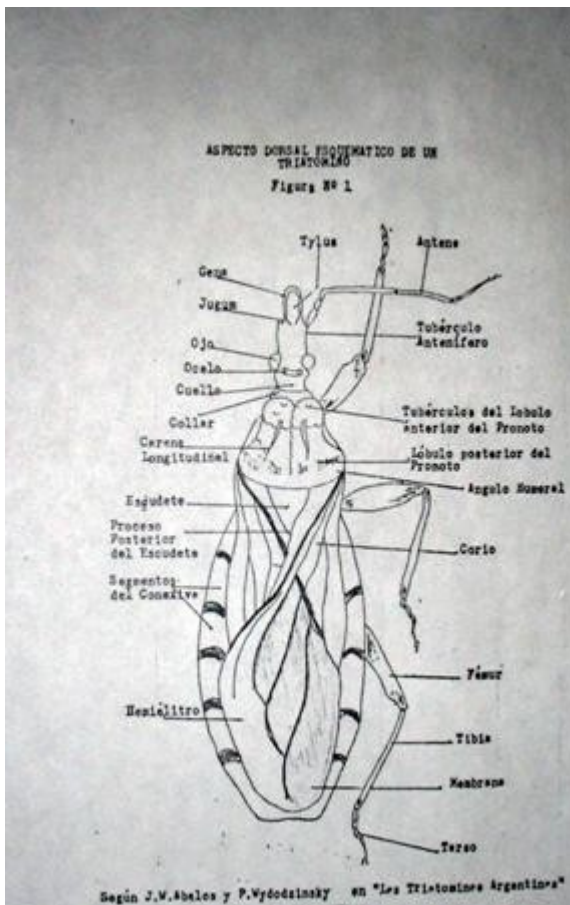


Deyecciones de vinchucas- Signo indirecto de su presencia



Corral de cabras- Vinchucas peridomiciliarias

Conocimiento del Agente Vector: El 58 % desconoce el agente vector y el 42 % dice conocerlo





Conocimiento de su condición de infectado chagásico: En su totalidad se les diagnosticó la enfermedad luego de abandonar la zona endémica.

Sólo cuatro pacientes (5,7 %) afirmaron haber consultado al médico por diversas causas en el área endémica, pero no se realizó en ningún caso el diagnóstico de Chagas.



El análisis de los datos obtenidos permite determinar diversas características que distinguen a este grupo.

La procedencia señala el desplazamiento poblacional desde zonas rurales hacia los asentamientos urbanos; el nivel de educación es manifiestamente bajo y el de ocupación e ingreso califica al grupo como perteneciente a un estrato socio-económico bajo.

Muchos factores han sido señalados como responsables de la

asociación entre infección y pobreza: escasa educación, vivienda precaria, alimentación inadecuada, falta de acceso al sistema de atención médica, etc.

Todos ellos están presentes en este grupo.

Los factores educacionales y culturales inciden en varios aspectos. La percepción de un padecimiento determinado depende del mismo, como también de las pautas culturales de la sociedad en que vive el individuo; si, además, agregamos la incorporación de pautas de conducta y conocimiento, que llevan a confundir algunos malestares con la normalidad, se da como resultado un dudoso concepto sobre salud-enfermedad. Esto, sumado a una asistencia escasa o nula y al desconocimiento de la influencia del mal sobre el futuro de la salud, lleva a una detección tardía. Además, el apego a tradiciones y folclorismos puede hacer que los individuos se resistan a las iniciativas oficiales para protegerlos.

Los elocuentes resultados de esta encuesta muestran la necesidad, señalada también por otros investigadores, de valorar a la enfermedad de Chagas en una concepción más amplia que la mera interacción biológica entre parásito y huésped. Su real importancia, como enfermedad humana, depende de la relación entre el vector y el hombre, que ha invadido y modificado el hábitat de aquel. Aunque esta circunstancia no alcanza a explicar su notable difusión. Para ello ha sido indispensable la adaptación del vector a la vivienda humana, cumpliendo en ella todo su ciclo evolutivo. Adaptación posible por la concurrencia de todo un complejo de situaciones de orden cultural, educacional, laboral y de desarrollo económico.

De todas ellas, son expresión cabal el típico rancho-refugio perfecto para el agente vector y el aislamiento en que vive buena parte de nuestra población rural, que dificulta el acceso a la educación y a la atención médica, el cambio de pautas culturales y el éxito de toda la lucha anti-chagásica, que se sustenta, en su aspecto entomológico, en la desinfectación, la mejora de la vivienda, la educación para la salud y la vigilancia entomológica.

Uno de los puntos considerados es la Educación Sanitaria, definida como: “proceso por el cual los individuos y los grupos de personas aprenden a promover, mantener o restablecer la salud” (O.M.S.). Para lograr esos objetivos se debe, en primer lugar, saber cuales son las pautas de conducta y los conocimientos que una comunidad determinada tiene acerca de los conceptos salud-enfermedad, cómo llegar a esas pautas y conocimientos y de qué manera y medida pueden ser modificados o aprovechados en su beneficio.



(Hamaca donde duerme un niño)

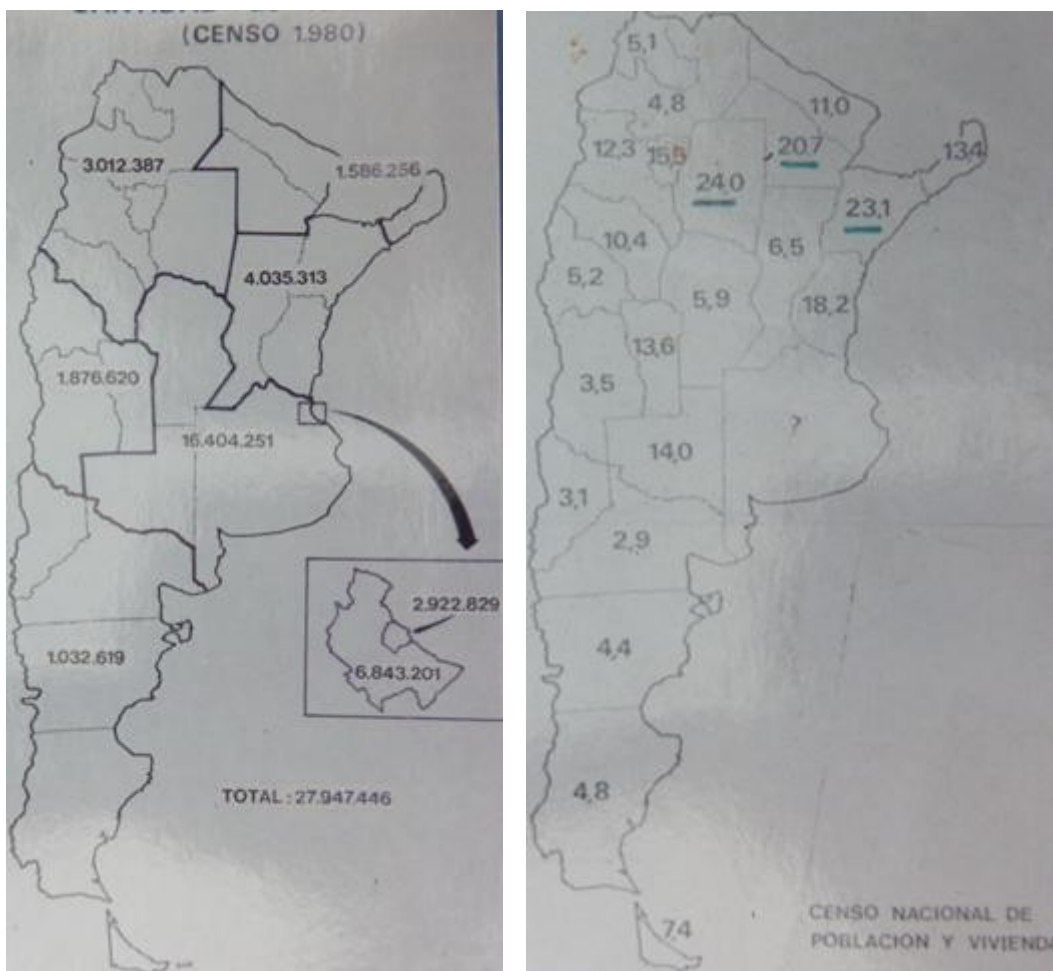
En segundo lugar las Campañas de Educación deben llegar a la población por medios culturales (idiomáticos) que no les sean ajenos y estimulando su participación en los actos y programas de salud. Todo esto considerando que el eje de todo esfuerzo educativo debe ser el receptor de dicha educación. Tenemos aquí un imprescindible punto de apoyo para que los planes de Asistencia Primaria de la Salud, afortunadamente ya en marcha en nuestro país, cumplan eficazmente su cometido.

ASPECTOS LABORALES

Este es un t3pico de especial importancia: gran parte de la poblaci3n afectada est3 constituida por j3venes en edad laboral.

Con frecuencia, su extracci3n socio-econ3mica hace que deban desempe1ar tareas que demandan esfuerzos f3sicos importantes, lo que podr3a incidir en el curso de su enfermedad.

Alberman sostiene que los animales de experimentaci3n infectados con T. Cruzi, sometidos a esfuerzos f3sicos, desarrollan mayores alteraciones card3acas.



De las estad3sticas oficiales, rescatamos estos datos, que creemos interesantes: en el primer mapa se observa la poblaci3n no por provincias sino por regiones. Destaca la enorme poblaci3n que vive en la Provincia de Bs. As. y de ella la que lo hace en Capital y conurbano bonaerense.

En el mapa m3s pr3ximo a este texto, los porcentajes de poblaci3n de cada provincia que migr3 a la provincia de Bs. As. (hacia las ciudades). Estos viejos datos del censo de

1980 con una población total de 27.947.446 personas, son hoy (año 2008) cerca de 39.000.000, sin que se haya modificado la distribución.

Suelen ubicarse en viviendas precarias en las periferias de las grandes ciudades, con viviendas de cartón y chapa. Para las personas de ciudad es incomprensible que vivan en esas condiciones. Basta ver las viviendas de las fotos mas arriba, para comprender.

Provenientes en general de zonas rurales, los individuos con infección chagásica, llegan al medio urbano y es común que recién entonces se detecte su afección, lo cual, paradójicamente suele representar un perjuicio inmediato para el enfermo. Ya se trate de individuos con o sin cardiopatía actual, se ven discriminados en la obtención de trabajo por existir el temor a un pronóstico alejado, sin importar su estado actual.

Se cuenta con una serología positiva y la aparente certidumbre de que ello equivale a un pronóstico laboral incierto o malo, obligándolos a la inactividad o a la aceptación de trabajos ocasionales, con una remuneración insegura y sin la protección de la legislación laboral. Estamos ante una situación de deterioro social y económico para el enfermo chagásico y su familia. Dada la difusión de la endemia, se comprende el riesgo que representa restar a la actividad productiva tan importante número de individuos. Tenemos por otro lado que “el examen médico de ingreso laboral tendrá como propósito que el postulante reúna las condiciones psicofísicas que su trabajo requerirá, sirviendo para orientarlos hacia tareas que no sean causales de perjuicios para su salud y estén acordes con sus aptitudes”.

Se obliga a realizar, entre otros estudios, una reacción para investigar la enfermedad de Chagas, en contraposición con lo establecido por la O.M.S.: La necesidad de dos reacciones positivas para rotular como infectado por Chagas a un individuo. Esto aumenta el margen de error en la detección. Continuar con estudios que determinan la presencia o no de cardiopatía, aumenta el costo del examen. lo que es obviado , eligiendo a un postulante no chagásico. Pinto Dias, observa que es común, no sólo en nuestro país, sino también en Brasil y Venezuela.

Vemos entonces cómo una legislación que pretendía proteger al chagásico, en sus consecuencias prácticas lo perjudica. Como intento de revertir este problema, la Ley No. 22.360 establece en su art. 7º: “La simple serología reactiva para la enfermedad de Chagas no podrá constituir restricción para el ingreso al trabajo”.

Obliga a la utilización de otros elementos clínicos, electrocardiográficos y radiológicos como índice de la disminución de la capacidad laboral. Esta ley tiene mucha importancia, pues indica un distinto enfoque del problema, que es premonitorio de cambios más profundos.

No obstante, el empleador no debe dar explicaciones acerca de la no incorporación de un postulante, con lo que las consecuencias -el desempleo- persisten.

Observamos entonces, que el reactor positivo, tiene limitada su oportunidad de trabajo, pero obviamente no puede acceder a los beneficios previsionales, pues para ello se exige una incapacidad permanente del 66 %. En la práctica, no puede trabajar ni jubilarse. Por otra parte el sistema previsional se vería imposibilitado de acoger a tan elevado número de individuos.

Creemos que la solución de un aspecto aislado (el laboral) del problema Chagas, es parcial; no obstante, es menester mejorar algunos aspectos.

A la pregunta clásica: ¿Podemos asegurar que el paciente chagásico no tendrá problemas en el futuro?, la respuesta es que no podemos asegurar el futuro estado de salud de persona alguna.

Creemos que el cumplimiento de lo establecido por la Ley No. 22.360, en sus artículos 7 al 11, en lo referente a la determinación de la capacidad laboral por la autoridad sanitaria nacional, con la confección de certificados de características uniformes para todos los casos y centros que los extiendan, es un paso adelante en el tema, como también lo expresado en las Normas para la atención Médica del Infectado Chagásico, que serán transcriptas en el capítulo correspondiente y una iniciativa actual, aún en proyecto, de Legislaciones Nacionales, apoyadas técnicamente por distinguidos investigadores del tema, las que, indudablemente serán un decisivo aporte en este tema, al revertir fallas de normas anteriores.

Vemos como el contexto en que está la enfermedad de Chagas nos muestra toda una serie de carencias, y por lo tanto de problemas a solucionar (educación - vivienda - salud - oportunidades laborales). Todos ellos son consecuencia y causa del grado de desarrollo social a que llega una comunidad, pero este es una totalidad, por lo que pretender solucionar alguno de sus aspectos aisladamente es dificultoso, sino imposible.

En nuestro país, y por medio de la legislación de trabajo y la previsional se ha tratado de cubrir riesgos como la enfermedad, la invalidez o la discapacidad, pero en ocasiones, según puntualizamos más arriba, la medicina del trabajo, en lugar de ser medicina para el hombre que trabaja, llega a favorecer su marginación al no permitirle canalizar el esfuerzo para solucionar su problema individual y contribuir al desarrollo del grupo social. Por otra parte, un sistema previsional bien intencionado, puede verse rebasado si no se parte de una adecuada y eficaz promoción de la salud.

La seguridad social, es definida por Femara como “el conjunto de acciones colectivas o de la comunidad para la eliminación de las necesidades de aquellos que se hallan temporaria o en forma permanente desprovistos de recursos para subsistir y atender debidamente a sus requerimientos”. Este objetivo solo puede alcanzarse mediante una cuidadosa planificación y utilización de los recursos, adecuándose a las necesidades y posibilidades que en cada momento tenga la comunidad. Por supuesto que esto requiere grandes esfuerzos económicos, posibles en un país con suficiente y armónico desarrollo, que disponga de los recursos económicos, técnicos y humanos para este rubro, que, a su vez, logrados sus objetivos, se convierta en un promotor y sostén del desarrollo económico.

Hemos hablado de carencias múltiples, importantes, interrelacionadas entre sí, y la necesidad de contar con un sistema de Seguridad Social integrado y que alcance a todos los habitantes del país. El logro de este objetivo y la solución de aquellas carencias debe ser tarea y responsabilidad de toda la comunidad, para así lograr que la Enfermedad de Chagas, cuya distribución constituye un verdadero mapa de la pobreza, pueda ser controlada.

Bibliografía:

Link a trabajo de [Storino R.](#)

Link a trabajo de [Pinto Dias J.C.](#)