

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**



Instituto PT-071
CRUZ ROJA
ARGENTINA
FILIAL SAN RAFAEL

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Sede CRUZ ROJA – SAN RAFAEL**

**ENFERMEDADES DE LA POBREZA EN
TRABAJADORES GOLONDRINAS DEL
DEPARTAMENTO DE SAN RAFAEL**

Autores

SAN RAFAEL – MENDOZA

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Advertencia

El siguiente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado sin el consentimiento de la escuela o de sus autores.

El presente estudio de investigación fue aprobado el día.....

Tribunal de evaluación:

Presidente:

Vocal:.....

Vocal:.....

PRÓLOGO

A nivel mundial según la OMS (Organización Mundial de la Salud) existe un aumento de casos de tuberculosis, Mal de Chagas y Hepatitis sobre todo en países en donde les es difícil evitar el ingreso de trabajadores golondrinas.

Se trata de trabajadores que provienen de países pobres con una mala alimentación y programas de vacunación deficientes.

El departamento de San Rafael Mendoza no esta exento de esta situación, el trabajo migrante (Trabajadores Golondrinas) en San Rafael, comienza, conjuntamente con el inicio de la cosecha de frutas y hortalizas desde el mes de Diciembre en adelante, prolongándose su estadía hasta la vendimia , en algunos casos , continua con las cosecha de aceitunas.

De acuerdo al paradigma integral se busca explicar el proceso de “enfermar” a partir del proceso de transformación de la naturaleza, realizado por la persona a través de su comunidad.

La enfermedad es considerada como la respuesta biológica a la agresión del ambiente, quedando por lo tanto determinada en su distribución espacial y social.

La función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas tareas que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila, actividades que el individuo llevaría a cabo sólo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

La enfermería funciona dentro del marco de salud pública utilizando sus conocimientos en forma eficaz para servir al individuo, al paciente, a la familia y la comunidad.

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES

Portada.....	I
Advertencia.....	II
Acta de Aprobación.....	III
Prólogo.....	IV
Índice General.....	V
Índice de Tablas y Gráficos.....	VI

CAPÍTULO I. PLANTEO DEL PROBLEMA

Problema.....	1
Introducción.....	5
Delimitación del problema.....	8
Objetivos del Estudio.....	8
Marco teórico.....	9

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio.....	22
Universo.....	22
Área de estudio.....	22
Plan de recolección, análisis y presentación de datos.....	22
Análisis de Variables.....	22
Operacionalización de las variables.....	23

CAPÍTULO III. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

Resultados.....	45
Conclusiones y y propuestas.....	47

APÉNDICE Y ANEXOS

Bibliografía.....	50
-------------------	----

Los pacientes con tuberculosis en Bolivia: ¿por qué mueren?.....	51
Planilla de encuesta.....	53
Matriz de datos.....	57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Y GRAFICO N° 1:.....	Pág.24
TABLA Y GRAFICO N° 2:.....	Pág.25
TABLA Y GRAFICO N° 3:.....	Pág.26
TABLA Y GRAFICO N° 4:.....	Pág.27
TABLA Y GRAFICO N° 5:.....	Pág.28
TABLA Y GRAFICO N° 6:.....	Pág.29
TABLA Y GRAFICO N° 7:.....	Pág.30
TABLA Y GRAFICO N° 8:.....	Pág.31
TABLA Y GRAFICO N° 9:.....	Pág.32
TABLA Y GRAFICO N° 10:.....	Pág.33
TABLA Y GRAFICO N° 11:.....	Pág.34
TABLA N° 12:.....	Pág.35
TABLA Y GRAFICO N° 13:.....	Pág.36
TABLA Y GRAFICO N° 14.....	Pag.37
TABLA Y GRAFICO N° 15.....	Pag.38
TABLA Y GRAFICO N° 16.....	Pag.39
TABLA Y GRAFICO N° 17.....	Pag.40
TABLA Y GRAFICO N° 18.....	Pag.41
TABLA Y GRAFICO N° 19.....	Pag.42
TABLA Y GRAFICO N° 20.....	Pag.43

Planteamiento del Problema

A nivel mundial según la OMS (Organización Mundial de la Salud) existe un aumento de casos de tuberculosis, Mal de Chagas y Hepatitis sobre todo en países en donde les es difícil evitar el ingreso de trabajadores golondrinas.

Se trata de trabajadores que provienen de países pobres con una mala alimentación y programas de vacunación deficientes.

El departamento de San Rafael Mendoza no esta exento de esta situación, el trabajo migrante (Trabajadores Golondrinas) en San Rafael, comienza, conjuntamente con el inicio de la cosecha de frutas y hortalizas desde el mes de Diciembre en adelante, prolongándose su estadía hasta la vendimia , en algunos casos , continua con las cosecha de aceitunas.

Estos grupos según el Jefe de Inspectores de la Subsecretaria y Seguridad Social Delegación. San Rafael, son aproximadamente entre mil doscientos a mil quinientos trabajadores, que van llegando en forma aislada y en grupos provenientes de en su mayoría del norte argentino como así también de nacionalidad boliviana y paraguayos.

Grupos más pequeños se quedan en zona rurales de plantaciones de ajos, hortalizas trabajando también en hornos de ladrillos, produciendo asentamientos en construcciones totalmente precarias, viviendo en hacinamientos; con mala alimentación e higiene inadecuada lo que facilita la proliferación de las conocidas como Enfermedades de la Pobreza.

En el Departamento de San Rafael los trabajadores golondrinas se asientan principalmente en los Distritos de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave.

Esta situación de debe principalmente a los siguientes factores:

- Posibilidad de actuar como mano de obra barata.
- Centros de producción de ladrillos. (hornos).

- La falta de exigencia por parte de los trabajadores golondrinas de condiciones dignas en las viviendas a ocupar.

Al contrario de otras zonas de la provincia en donde los empleadores son propietarios de fincas o empresas agrícolas, los mismos compatriotas de los trabajadores golondrinas son quienes los traen y los contratan para tener mano de obra barata que habrá de ser alojada en condiciones precarias, viviendas que en el mejor de los casos será de adobe y techos de paja, sanitarios inexistentes, falta de agua potable y hacinamiento.

Estas condiciones sumadas a enfermedades preexistentes forman un caldo de cultivo ideal para el desarrollo de las llamadas Enfermedades de la Pobreza.

Instrumentar acciones destinadas a combatir esta situación se ven dificultadas por la falta de control por parte de organismos que tienen competencia en inmigración y salud (Gendarmería, Dirección de Migraciones, Área Departamental de Salud, Secretaria de Trabajo, etc.) esta falta de control no se debe a ineficiencia sino fundamentalmente a la falta de políticas coordinadas y de medios para llevarlas a cabo.

Una de las últimas acciones llevadas a cabo en este sentido es un Congreso llevado a cabo en la Provincia de Mendoza en el año 2009 y en el cual se obtiene como resultado que en próximas reuniones se comenzaran a considerar acciones coordinadas en este sentido.

Carecemos de datos estadísticos que nos permitan corroborar aquellos datos que la realidad nos muestra, y la obtención de los mismos se ve dificultada por:

- La población objeto de este estudio no concurre habitualmente al hospital ni a los centros de salud.
- La dificultad de acceder a los trabajadores por la negativa de los empleadores a facilitar este contacto.

- Por el temor de los trabajadores y sus familias a ser entrevistados y que como consecuencia de ello tener problemas con los inspectores de la Sub Secretaría de Trabajo y las autoridades de Gendarmería.

Para emprender esta investigación, se debió apelar a recursos en gran medida “informales”, medio de movilidad propio de los autores de la investigación y no apto para transitar por las zonas de asentamiento, personal que colaboro integrado por un agente sanitario y por un integrante de la comunidad boliviana.

El lenguaje a utilizar también se convirtió en una barrera importante ya que en gran medida los trabajadores utilizan su lengua materna o de origen, que es el quechua y además desconocen términos específicos referidos a enfermedades y sintomatología de las distintas enfermedades.

La imposibilidad de un control efectivo, el desconocimiento de datos estadísticos sobre las llamadas Enfermedades de la Pobreza, contribuyen en forma conjunta con los otros factores como hacinamiento, mala alimentación, falta de atención sanitaria, etc. a potenciar la posibilidad de que la población objeto de este estudio no solo aumente sus padecimientos sino que se convierta en un vector importante de estas enfermedades.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Según Datos del Censo sobre Tuberculosis llevado a cabo por el Ministerio de salud en el año 2007, el mismo indica que en la Argentina hay 10.700 casos nuevos informados por año y más de 800 muertes cada año, 7.000 casos en la provincias del centro y cuyo.

Es preocupante asimismo la desigual situación entre las provincias, cuyas tasas de notificación varían entre 10 y más de 60 casos por 100.000. Entre 5,4 por 100.000 en la Rioja y 38,4 por 100.000 en ciudad autónoma de Buenos Aires. La aparición de casos de tuberculosis multirresistente (TBC MDR). Entre 150 y 200 casos en el país; más de 100 casos en las provincias del Centro y Cuyo.

La tuberculosis, “la enfermedad de la pobreza”, se manifiesta con una tasa de mortalidad de 2.1, mueren 3 argentinos por día solamente por esta enfermedad, en el 2003 era de 2.4 por 100.000.

La situación no ha cambiado, lo alarmante que la mayor incidencia se da en los niños de 5 a 9 años. Existe un 33 % de niños menores de 2 años y 16 % de los menores de 5 años de nuestro país con anemia debido a las graves deficiencias en la nutrición.

A 100 años del descubrimiento del Mal de Chagas, esta enfermedad sigue presente en toda América Latina. No hay vacuna y sólo se han desarrollado dos medicamentos, de producción discontinua. Argentina tiene 2 millones de chagásicos y en toda América ascienden a 18 millones.

“Cada semana mueren alrededor de diez personas en promedio en el país como consecuencia de la enfermedad de Chagas. Hay cerca de dos millones de infectados,” según estimó el director del Programa Nacional de Chagas, Héctor Freilij.

Pero el mal no afecta a turistas que viajan al exterior de vacaciones. Y entonces, poco se habla de su impacto. No es una enfermedad explosiva: es silenciosa y permanente, es la principal enfermedad endémica de la Argentina. Los que se mueren son los más pobres. Algunos ni siquiera se enteran de que estaban infectados por el parásito que transmite la vinchuca antes de sufrir muerte súbita. Pero de la mano de la migración interna y de la ausencia de planes sistemáticos para combatir la presencia del insecto en las casas, el Chagas llegó a las ciudades y dejó de ser un problema exclusivo de las áreas rurales

En el diario Los Andes del 13 de octubre del 2005 informaba sobre el 33º Congreso de Medicina Respiratoria, donde según sus informaciones se detectaba un caso de tuberculosis cada 48 horas.

Asimismo, se registraban 11.500 nuevos casos de enfermos afectados por tuberculosis en Argentina anualmente.

En cuanto los datos sobre hepatitis son alarmantes a nivel mundial: al menos dos mil millones de personas adultas han contraído hepatitis B y de ellas al menos 350 millones padecen la enfermedad en forma crónica.

Mendoza no es ajena a este panorama, si se tiene en cuenta que, de acuerdo a distintos sondeos realizados por el Programa de Hepatitis Virales del Ministerio de Salud provincial, se estima que la incidencia de la patología (en su tipo C) es de 1,5 por ciento entre la población que en algún momento de su vida estuvo expuesta al contagio.

Al ser ésta una de las principales causas de cáncer de hígado en un 78% se hace urgente profundizar las medidas de prevención.

La Tuberculosis es una enfermedad que, si bien es transmitida por el bacilo de Koch, continúa siendo un problema de salud que puede considerarse de fuerte raíz socioeconómica.

Estudios realizados por el Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis revelan que el grupo de departamentos con tasas de notificación superiores a 100 casos por cada 100.000 habitantes, presentan a su vez más de 50% de población con Necesidades Básicas Insatisfechas, contra los valores del grupo de departamentos del país con menos de 10 casos por cada 100.000 habitantes que muestran porcentajes de NBI de menos del 20%.

En el año 2006, fueron registradas 805 muertes asociadas a la Tuberculosis, lo cual representó una tasa de 2,1 por 100.000 habitantes. Al igual que con la notificación, la evolución de la tasa de mortalidad permite suponer el logro de la meta planteada para 2015. También en 2006, el porcentaje de casos de tuberculosis detectados y curados con Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES) se ubicó en 82,4%, siendo la meta 2015 del 90%.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las condiciones de vida de los trabajadores golondrinas? y su relación con el riesgo de padecer las llamadas Enfermedades de la Pobreza, en los Distritos de La Llave, Villa Atuel, Cañada Seca del Departamento de San Rafael durante los meses de julio, agosto y septiembre del 2010.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer la relación entre las condiciones de vida de los trabajadores golondrinas y enfermedades como la Tuberculosis, Mal de Chagas y la Hepatitis.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la procedencia y los tipos de asentamientos de trabajadores golondrinas que existen en el Departamento de San Rafael en el año 2010.
- Describir el entorno familiar de los trabajadores Golondrinas.
- Identificar las características ambientales que predisponen a padecer Tuberculosis, Mal de Chagas y la Hepatitis.

MARCO TEÓRICO

La Tuberculosis, el Mal de Chagas y la Hepatitis "están reemergiendo en nuestro país.

Los especialistas aseguran que son varios los factores que están provocando la aparición de estas enfermedades: el deterioro de las condiciones de vida de la población, el aumento de las temperaturas y la deforestación.

En cuestión de enfermedades, la tuberculosis "la enfermedad de la pobreza" con una tasa de mortalidad de 2.1, mueren 3 argentinos por día solamente por esta enfermedad, en el 2003 era de 2.4 por 100.000.

La situación no ha cambiado, lo alarmante que la mayor incidencia se da en los niños de 5 a 9 años. Existe un 33 % de niños menores de 2 años y 16 % de los menores de 5 años de nuestro país con anemia debido a las graves deficiencias en la nutrición.

El mal de Chagas es una enfermedad endémica en Argentina y la vía más frecuente de contagio es la vinchuca, un insecto que prolifera cuando las condiciones de las viviendas son precarias.

Desde el año 2001, los sistemas de control y prevención de Chagas colapsaron y desde entonces la situación de la enfermedad se fue deteriorando.

"Reapareció la vinchuca como agente de transmisión vectorial del Chagas dentro de algunas áreas donde ya se había erradicado", según explicó el, director de Epidemiología del Ministerio de Salud.

"Con el deterioro de las condiciones de vida, con la migración, las vinchucas se trasladan y se vuelven a instalaren lugares donde no estaban".

Esta enfermedad sigue presente en toda América Latina. No hay vacuna y sólo se han desarrollado dos medicamentos, de producción discontinua. Argentina tiene 2 millones de chagásicos y en toda América ascienden a 18 millones.

El Mal de Chagas-Mazza es una enfermedad cuyo vector transmisor de la enfermedad, es la vinchuca. Este insecto, también conocido en Latinoamérica como chinche, pito o barbeiro, vive en las áreas rurales en los ranchos de adobe o en las casas de madera y de material.

El “rancho” o vivienda rural, con sus paredes agrietadas de adobe, “palo a pique” o piedra, techos de paja y pisos de tierra, ofrece estables y abundantes fuentes de alimentación y refugio a los insectos.

Estas viviendas precarias suelen ser compartidas por personas, perros, gatos y aves de corral, conformando una gran biomasa de hospedadores que sirve de sustento a densas poblaciones de triatominos

El Mal de Chagas está dentro de lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) engloba dentro del grupo de las ‘enfermedades olvidadas’.

“En general son de la gente más humilde, que no tiene acceso al medicamento porque los sistemas de salud y los gobiernos en general, no le han dado el suficiente peso dentro de su estructura y de sus acciones”. el Mal de Chagas sigue presente porque la casa rancho todavía está intacta. Esta enfermedad está lejos de ser erradicada de Latinoamérica y, en silencio, castiga a los más pobres”.(1)

1

¹ CARCAVALLO, R., I. GALLINDEZ GIRÓN, J. JURBERG & H. LENT. (Organizadores) 1998. Atlas dos Vetores da Doença de Chagas nas Américas. Vol. 1 y 2. Fiocruz, Río de Janeiro.¹

La enfermedad de Chagas es la zoonosis parasitaria más importante en América Latina; actualmente ocupa el cuarto lugar en importancia como causa de discapacidad, después de las afecciones respiratorias, las diarreas y el SIDA. Producida por el protozooario *Trypanosoma cruzi*, se transmite en las Américas -desde el Río Grande en México, hasta el paralelo 42° en América del Sur- por insectos hematófagos de la familia *Triatomidae* (conocidos en la Argentina como “vinchucas”).

Unos 21.000 individuos mueren cada año por causa de esta enfermedad y la población en áreas de riesgo alcanza los 40 millones de habitantes distribuidos en 15 países.

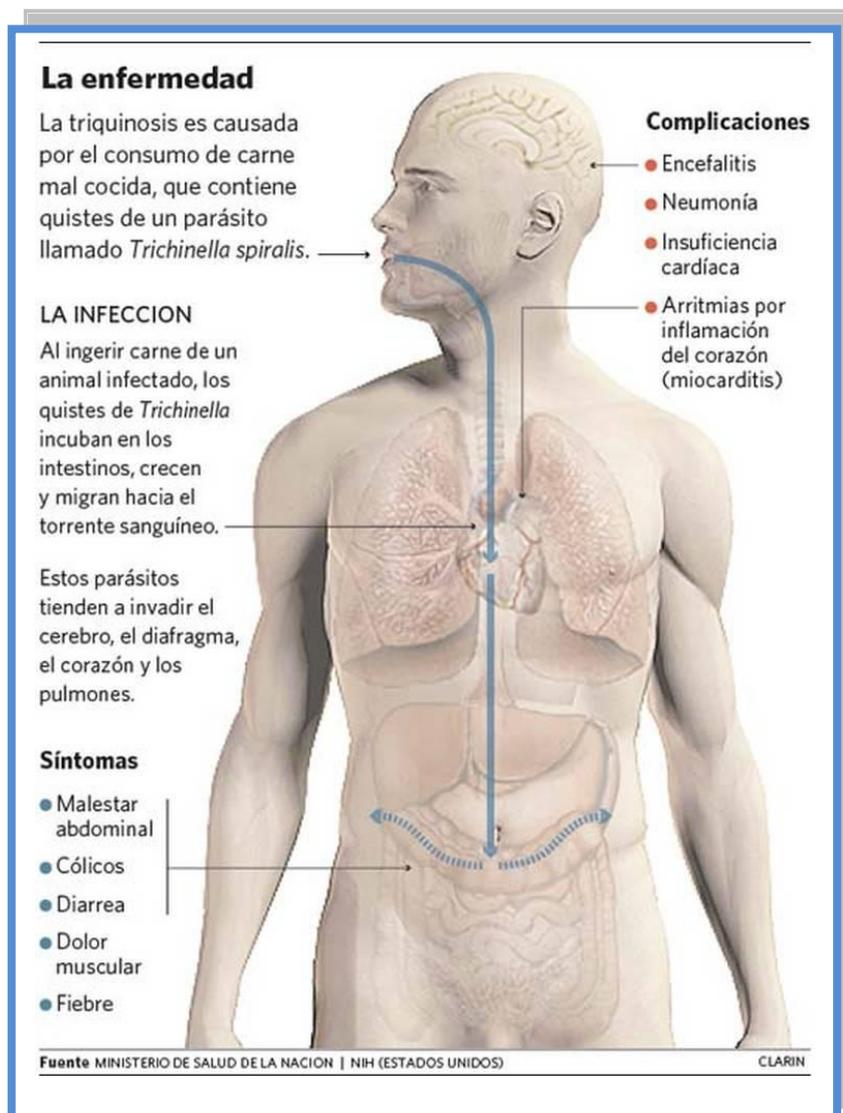
Entre los factores de riesgo de la enfermedad de Chagas se destaca vivir en áreas rurales, en viviendas rancho en las cuales los triatominos se reproducen en las anfractuosidades de paredes y techos, y haber recibido transfusiones sanguíneas de una persona que este infectada por el parásito. No existe aún una vacuna contra la infección por *T. cruzi*.

Las especies de vinchucas más importantes, desde el punto de vista epidemiológico, son aquellas que colonizan las viviendas humanas. *Triatoma infestans*, principal vector de la enfermedad en el cono sur, está confinado a los hábitats domésticos y semidomésticos, donde vive y se reproduce.

La vinchuca comparte la vivienda con el ser humano, se alimenta exclusivamente de sangre y por la noche, mientras la gente duerme. Para alimentarse pica, y si el individuo picado tiene tripanosomas en su sangre, éstos pasan al intestino del insecto infectándolo. Los humanos se infectan cuando una vinchuca infectada pica e inmediatamente defeca, depositando sobre la piel de la persona tripanosomas, que atravesarán la piel hasta alcanzar la sangre del individuo. Existen otros mecanismos de transmisión, pero todos de magnitud muy inferior a la vectorial.

Inmediatamente después de producida la infección pueden presentarse algunos síntomas (Chagas agudo). Posteriormente no se observan síntomas hasta que, transcurridos aproximadamente 15 años, comienzan a manifestarse problemas clínicos, generalmente cardíacos, digestivos y neuronales, que pueden derivar en la muerte del enfermo.

La triquinosis con más de 300 casos de registrados en los últimos meses en nuestra provincia, disparo el debate sobre las enfermedades relacionadas con la pobreza que todavía están presentes. Es que además de la triquinosis, también Mendoza es considerada una zona de alto riesgo por la posibilidad de contraer Chagas y además está incluida en el área endémica de la hidatidosis o equinococosis quística.



La hidatidosis o equinococosis quística (EQ) es una zoonosis parasitaria causada por el *Cesto de Echinococcus granulosus*. "En los carneos de ovinos y caprinos, muchas veces se tiran las vísceras en las que están los quistes hidatídicos, luego los perros las comen y en su materia fecal va el huevo del parásito que contamina vegetales que luego podrán ser ingeridos por personas. Los individuos contagiados podrán tener quistes en los pulmones, en el hígado, en el bazo o en el cerebro.

En el "Manual de Procedimientos para el Control de la Hidatidosis" elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2009 aparecen las principales áreas endémicas del país y señala a toda la provincia de Mendoza como un lugar en el que se manifiesta la enfermedad.

Las tres son enfermedades cuyo contagio se genera a través de distintos animales y por eso están en el grupo de las zoonosis, pero también integran el lote de enfermedades de la pobreza debido a que su propagación está relacionada con distintas carencias sociales, viviendas precarias, malas condiciones ambientales y escasa educación sobre higiene y prevención.

Se sabe que existe una fuerte relación entre algunos indicadores de salud como la esperanza de vida y la mortalidad infantil, y los parámetros económicos (ingreso per cápita o distribución de ingresos) de una población⁽²⁾

² En la Comisión de Salud del Senado manejaban el dato de que se llevaban registrados 323 casos, en Luján, Godoy Cruz, Alvear, Rivadavia y Maipú

² **OMS. 2007. Reporte sobre la enfermedad de Chagas. Grupo de trabajo científico.** OMS- . Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Desde 2008, Mendoza es considerada para las autoridades del Programa Nacional de Chagas como zona de alto riesgo debido a que por año, en promedio, se han registrado unos 600 casos de esa enfermedad en nuestra provincia. Casas de adobe, viviendas precarias no desinfectadas o con techo de paja son el lugar ideal para que se instalen las vinchucas que después podrán picar y dejar con Chagas a personas.

"Sólo tienen manifestación y van al médico el 5% de los casos, el 95% restante se enterará de que tiene Chagas latente en algún control que se haga para ingresar a un trabajo y de esos entre el 15 y 25% tendrán Chagas crónico cuando sientan alteraciones cardíacas",

Una de las mayores dificultades que presenta este mal para su definitiva exterminación se centra en que, luego de la etapa aguda inmediata después de la picadura, se pasa a una crónica, sin manifestar síntomas posteriores durante muchos años y finalmente, cuando se hacen presentes, aparecen como cardiopatías y trastornos digestivos.

Alicia Puscama, titular del Programa Provincial de Chagas afirmó que han avanzado con las desinfecciones y también con el control a niños en las escuelas de las zonas en las que el Chagas es más frecuente como Lavelle, San Rafael, General Alvear, Rivadavia y La Paz. La funcionaria indicó también que en el Gran Mendoza también se registra esta enfermedad debido al aumento de viviendas de emergencia.

"Estamos trabajando y Mendoza está dejando de ser zona de alto riesgo", dice Puscama pero admite que el problema es multifactorial. "Influyen las condiciones de la vivienda, las socioeconómicas y la educación; las madres tienen que autorizarnos para hacerles el control a los chicos y eso a veces nos cuesta lograrlo", advierte.

Cada año, unos 15 mil de los 300 mil obreros rurales golondrina que se movilizan entre las zonas productivas del país llegan desde el Noroeste argentino a Mendoza atraídos por la cosecha frutícola y más tarde en busca de trabajo durante la vendimia. De ese número, sólo un 10% está registrado.

El Gobierno nacional parece haber tomado nota de ello, a través de la firma, en Mendoza y junto a otras cinco provincias involucradas, de un compromiso para regularizar el trabajo migrante agrario.

El protocolo del acuerdo fue suscripto por el ministro de Trabajo de la Nación, Carlos Tomada; el gobernador mendocino Celso Jaque y representantes de los gobiernos de San Juan, La Rioja, Tucumán, Salta y Jujuy, durante la clausura de las Primeras Jornadas Cuyanas sobre Trabajo Migrante Estacional y Agrario.

La vitivinicultura es una de las actividades con mayor índice de contratación de golondrinas y también de trabajo en negro. Según datos de Soeva (Sindicato de Obreros y Empleados Vitivinícolas de Argentina), los obreros en situación informal suman unos 10 mil en todo el país, lo que representaría el 40% del total.

También la tuberculosis continúa acechando al país. La tuberculosis es y ha sido una de las principales causas de muerte y enfermedad en todo el mundo. Esta alta tasa de infección siempre ha sugerido una estrecha relación entre los seres humanos y esta patología.

La Tuberculosis mata a más de dos millones de personas cada año un tercio de la población mundial está infectada por esta bacteria, aunque la mayoría nunca presenta síntomas.(3)

Argentina contabiliza alrededor de 12 mil nuevos casos de tuberculosis cada año, reveló un informe del Ministerio de Salud difundido en ocasión de celebrarse el Día Mundial de Lucha contra esa enfermedad, reporta Prensa Latina.

Infección y transmisión

“La tuberculosis es una enfermedad contagiosa. Al igual que el resfriado común, se propaga por el aire. Sólo las personas enfermas de tuberculosis pulmonar pueden transmitir la infección. Cuando tosen, estornudan, escupen o hablan, los sujetos infectados propulsan en el aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos”.

“Basta con que una persona inhale unos pocos gérmenes para que contraiga la infección. Si no recibe tratamiento, una persona con tuberculosis activa puede infectar a una media de entre 10 y 15 personas en un año. Sin embargo, los sujetos infectados no desarrollan necesariamente la enfermedad”.

“El sistema inmunitario opone una «muralla» al bacilo tuberculoso, el cual, protegido por una gruesa capa cérica, puede mantenerse latente durante años. En los sujetos infectados cuyo sistema inmunitario se ha debilitado, la probabilidad de la enfermedad es mayor”(4)

3

³ DIAS, J. C. P. 1997. Presente y futuro de la Tuberculosis, Inst. Oswaldo Cruz 92: 13-15.

⁴ OMS. 2007. **Reporte sobre la Tuberculosis. Grupo de trabajo científico.** OMS-TDR/GTC/09. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

- *Cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de la tuberculosis.*
- *Un tercio de la población mundial está actualmente infectada.*
- *Entre el 5% y el 10% de las personas infectadas por el bacilo de la tuberculosis (pero no por el VIH) desarrollan la enfermedad o pasan a ser contagiosas en el curso de su vida. Las personas infectadas por el VIH y el bacilo de la tuberculosis tiene muchas más probabilidades de desarrollar esta enfermedad.*

En cuanto a la hepatitis, una de las principales causas de cáncer de hígado en un 78%, se hace urgente profundizar las medidas de prevención.

Los síntomas pueden variar desde decaimiento hasta dolores articulares. Pero también es posible que se desencadene un cuadro fulminante. “El final de una hepatitis crónica puede ser un considerable deterioro del hígado o bien un cáncer.

Para la hepatitis C no existe una vacuna por ahora, pero sí la hay para los tipos A y B. En el caso de la hepatitis A la principal fuente de contagio es la materia fecal. De allí la importancia del lavado frecuente de manos con abundante agua y jabón, aunque la transmisión del virus también puede producirse al ingerir alimentos contaminados.

Por su parte, en los tipos B y C, el traspaso de la patología se produce a través de la sangre, el semen y las secreciones vaginales debido a la diseminación del virus en el organismo de la persona. Si bien la saliva puede contener el agente, su concentración debe ser muy elevada de persona a persona para que se genere el contagio por esta vía.

De acuerdo al paradigma integral se busca explicar el proceso de “enfermar” a partir del proceso de transformación de la naturaleza, realizado por la persona a través de su comunidad.

La enfermedad es considerada como la respuesta biológica a la agresión del ambiente, quedando por lo tanto determinada en su distribución espacial y social.

Existen diferencias de espacio y tiempo en el patrón epidemiológico.

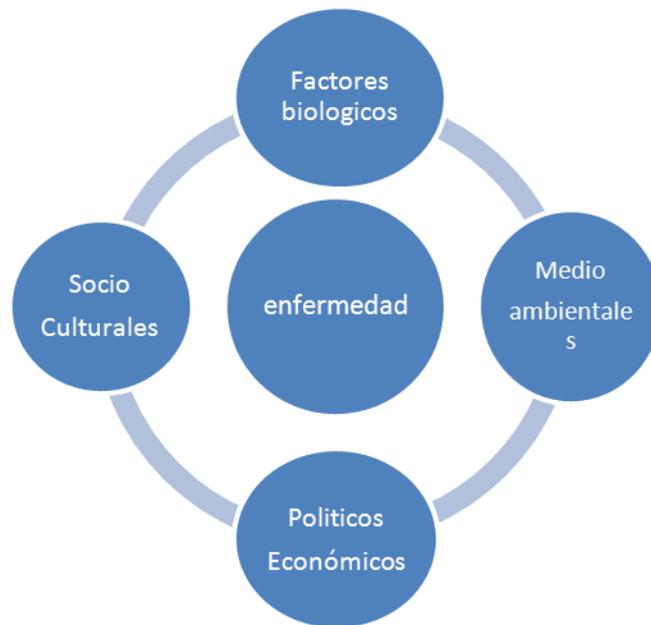
Una comunidad biótica comprende la realidad social, su historia, el medio y el tiempo en que se desarrolla y van a determinar a la enfermedad, como resultado de una etiología multicausal.

Ejemplo de esta interrelación es la formulación del carácter social de la enfermedad. Como en el caso de pobreza, enfermedad donde la pobreza no solo supone un empobrecimiento de la persona, sino que es causal de enfermedad.

Las condiciones sociales pueden:

- 1- Crear o favorecer la predisposición a la enfermedad.
- 2- Ser causa directa de la enfermedad.
- 3- Transmitir las causas.
- 4- Influir en el curso de la enfermedad.
- 5- La salud es un problema tan complejo que se hace necesario plantear el concepto de equipo para afrontar esa tarea.

LA ENFERMEDAD Y FACTORES RELACIONADOS



La función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas tareas que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila, actividades que el individuo llevaría a cabo sólo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

La enfermería funciona dentro del marco de salud pública utilizando sus conocimientos en forma eficaz para servir al individuo, al paciente, a la familia y la comunidad.

La actuación de la enfermera contribuye a la salud de la población total, reconociendo la influencia de tipo social y ecológico, prestando atención a las poblaciones en peligro y utilizando las fuerzas que influyen en el cambio.

Los profesionales de enfermería debemos ante este panorama desarrollar y aplicar de forma integral aquellos saberes en los cuales estamos preparados, para aplicarlos al cuidados de los individuos, las familias y la comunidad en un marco de crisis para que estos adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado, en el marco de la promoción y prevención de la salud.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO TIPO DE ESTUDIO

En esta investigación se utilizó la metodología cuantitativa, de tipo observacional descriptivo y de corte transversal y se llevo a cabo durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año I 2010.

UNIVERSO

El universo estuvo compuesto por 60 trabajadores/as y sus núcleos familiares.

DESCRIPCION DE LA ZONA

Para llevar a cabo las encuestas se seleccionaron las zonas de Villa Atuel (Zona I), Cañada Seca (Zona II) y La Llave (Zona III).

PLAN DE RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se realizó una encuesta estructurada de 27 preguntas (**Ver Anexó II**).

ANALISIS DE VARIABLES

Unidad de análisis:

Cada uno de los obreros entrevistados que reunían las condiciones de trabajadores golondrinas (no residente permanente en el Departamento de San Rafael)

Se analizaron las siguientes variables:

Demográficas: Como edad, sexo, estado civil, grupo familiar, lugar de origen y nivel educativo..

Dependientes: Se indaga sobre la atención médica recibida, enfermedades padecidas, síntomas que se padecen actualmente, si esta sometido a tratamiento médico o toma medicamentos, si concurre a centros de salud u hospitales ya sea en el Departamento de San Rafael y en su lugar de origen y

si al ingresar al departamento o al país le fueron realizados exámenes o interrogatorios sobre su estado de salud.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES

Aspectos Demográficos

Sexo. Edad. Estado civil, conformación del grupo familiar, nivel de instrucción alcanzado y lugar de origen, grupo conviviente.

.

Aspectos sanitarios

Antecedentes de enfermedades, si esta en tratamiento, si esta medicado, si concurre a centros de salud u hospitales ya sea en el departamento de San Rafael o en su lugar de origen y si padece determinados síntomas que dan lugar a la presunción de que el entrevistado padece tuberculosis.

Aspectos Cualitativos

Tipo de vivienda, existencia de instalaciones sanitarias.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

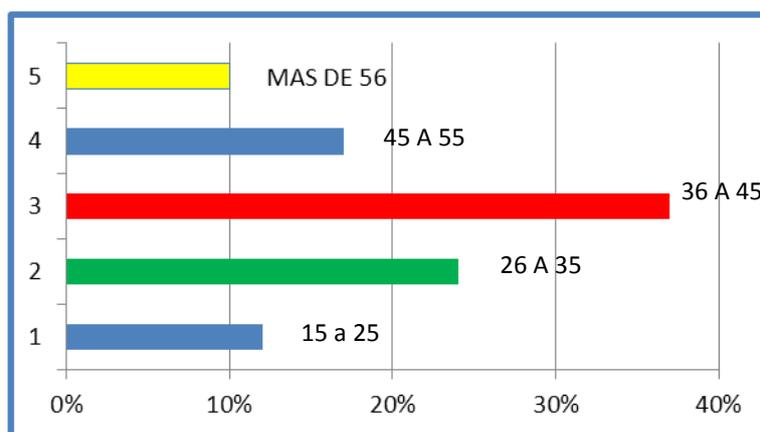
TABLA Nº 1

Distribución según edad

EDAD	F. A.	F.AC.	F. REL.	F. %
15 A 25 AÑOS	7	7	0,12	12%
26 A 35 AÑOS	15	22	0,24	24%
36 A 45 AÑOS	22	44	0,37	37%
46 A 55 AÑOS	10	54	0,17	17%
MAS DE 56	6	60	0,1	10%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 1



Análisis: El mayor porcentaje se encuentra en las edades comprendidas entre los 36 a 45 años (37%), le sigue los que se encuentran entre los 26 a 35 años (24%) la menor cantidad corresponde a los mayores de 56 años.

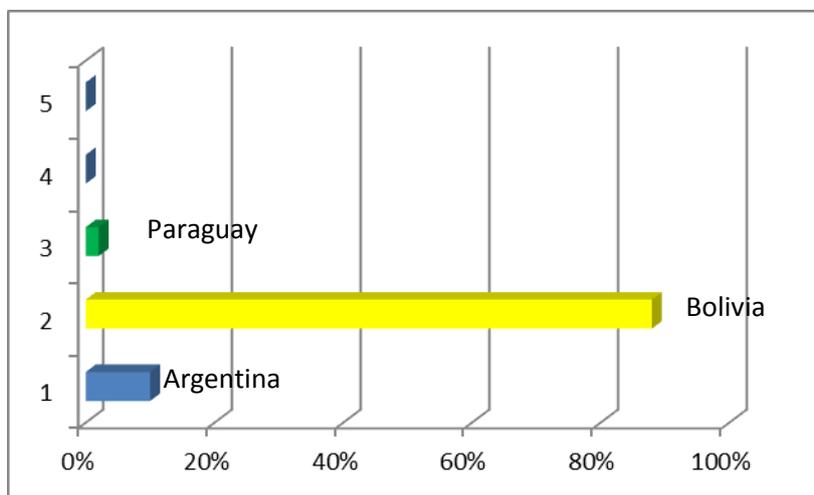
TABLA Nº 2

Distribución según origen

ORIGEN	F. A.	F.AC.	F. REL.	F. %
Argentina	6	6	0,1	10%
Bolivia	53	59	0,48	88%
Paraguay	1	60	0,02	2%
chile	0		0	0%
otros	0		0	0%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 2



Análisis:

La mayor parte de los trabajadores proceden de Bolivia (88%), le siguen en cantidad los que proceden de otras provincias y son argentinos (10%).

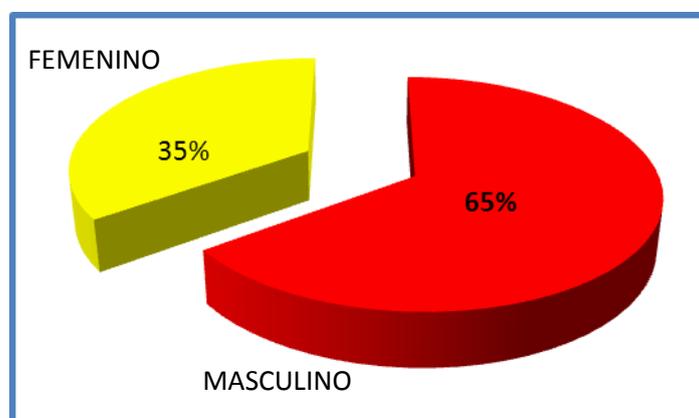
TABLA Nº 3

Distribución según sexo

SEXO	F. A.	F.AC.	F. REL.	F. %
MASCULINO	39	39	0,65	65%
FEMENINO	21	60	0,35	35%
TOTAL	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 3



Análisis: El 65% de la población encuestada corresponde al sexo masculino.

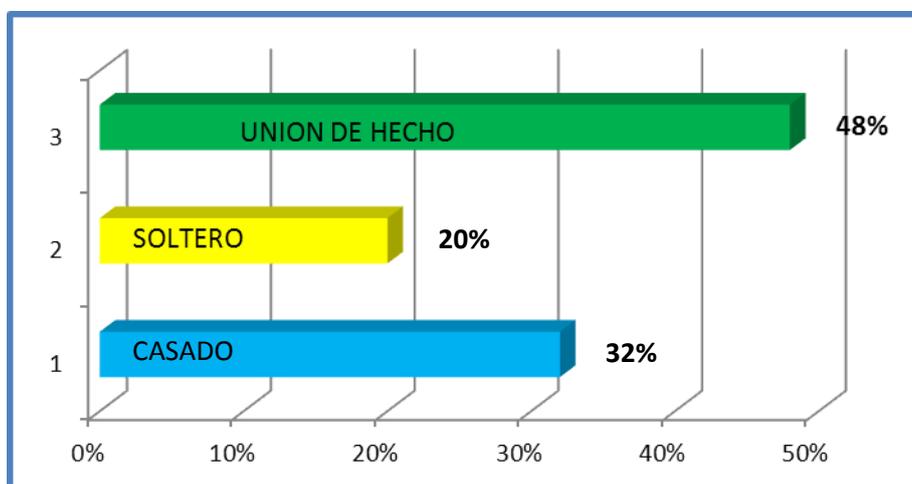
TABLA Nº 4

Distribución según estado civil

ESTADO CIVIL	F. A.	F.AC.	F. REL.	F. %
CASADO	19	19	0,32	32%
SOLTERO	12	31	0,2	20%
UNION DE HECHO	29	60	0,48	48%
TOTAL	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 4



Análisis: El mayor porcentaje se da entre quienes se hallan unidos de hecho con un 48%, le siguen los casados con un 32% y finalmente los solteros con un 20%

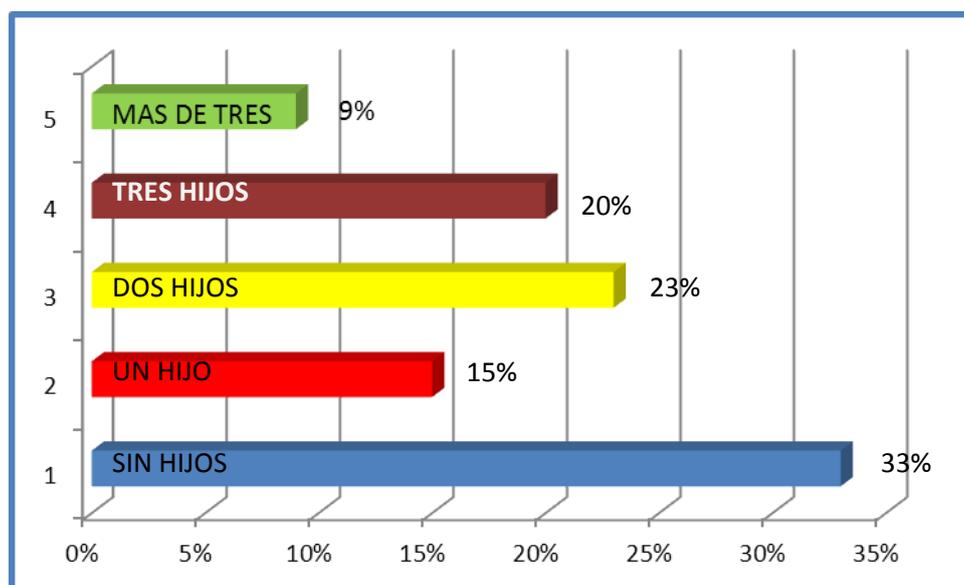
TABLA Nº 5

Distribución según cantidad de hijos

HIJOS	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
S/H	20	20	0,33	33%
1	9	29	0,15	15%
2	14	43	0,23	23%
3	12	55	0,2	20%
MAS DE 3	5	60	0,09	9%
TOTAL	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 5



Análisis: El mayor porcentaje corresponde a los encuestados que no tienen hijos 33%, los que tienen mas de tres hijos alcanzan solo al 9%, con dos hijos el 23%, el 20% con tres hijos.

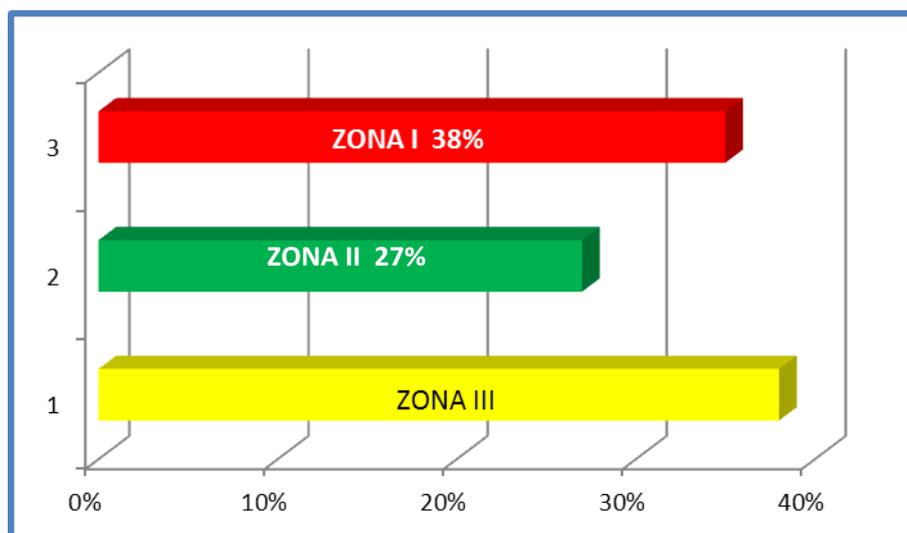
TABLA Nº 6

Distribución según zona de residencia

RESIDENCIA	F. A.	F.AC.	F. REL.	F. %
ZONA I	23	23	0,38	38%
ZONA II	16	39	0,27	27%
ZONA III	21	60	0,35	35%
TOTAL	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 6



Análisis: La zona I corresponde a Villa Atuel con el 38% de obreros, Zona II Cañada Seca con el 27% de obreros y la Zona III La Llave con el 35% de obreros encuestados.

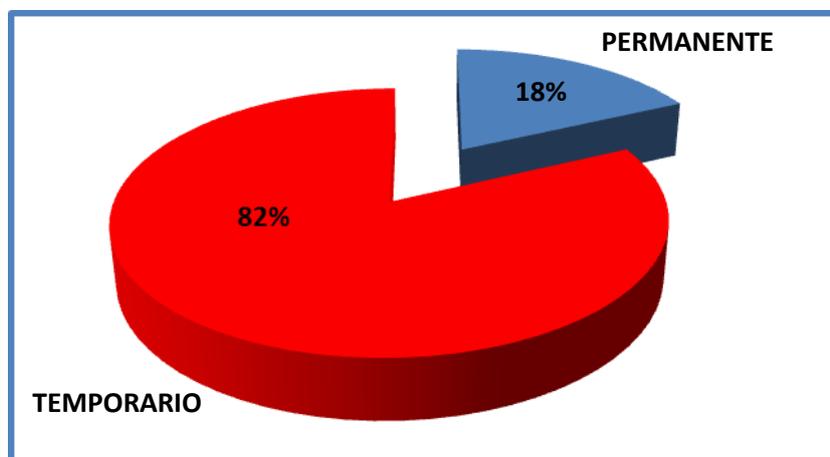
TABLA Nº 7

Distribución según situación como residente

SITUAC. RESIDENTE	F. A.	F.AC.	F. REL.	F. %
PERMANENTE	11	11	0,18	18%
TEMPORARIO	49	60	0,82	82%
TOTAL	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 7



Análisis: El 82% de los encuestados reside en forma transitoria y el resto tienen residencia permanente en la zona.

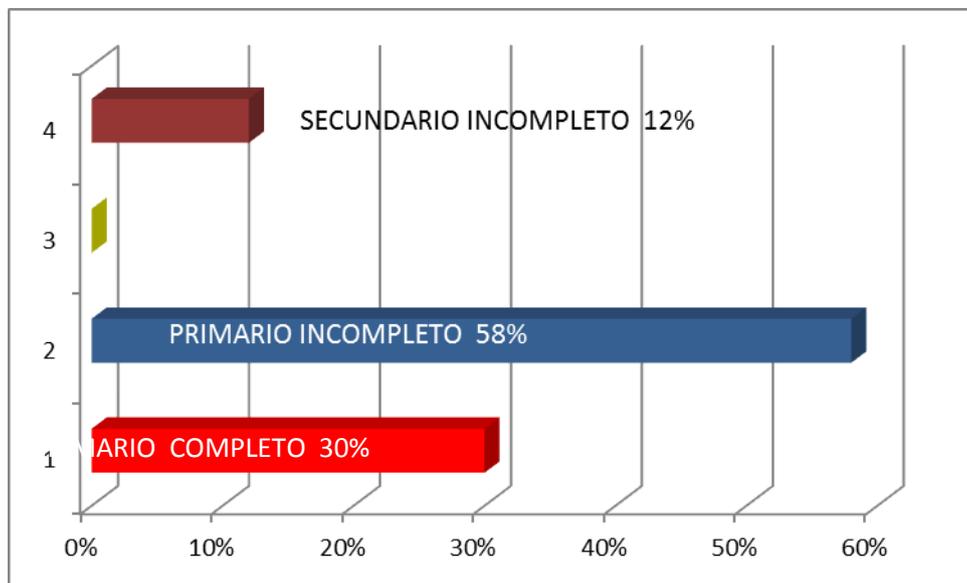
TABLA Nº 8

Distribución según nivel educativo

NIVEL EDUCAT.	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
PRIMARIO	18	18	0,3	30%
PRIMARIO INC.	35	53	0,58	58%
SECUNDARIO	0	53	0	0%
SECUNDARIO INC.	7	60	0,12	12%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 8



Análisis: El 58% de los encuestados no ha completado sus estudios primarios, solo el 30% los completo y un 12% curso estudios secundarios incompletos.

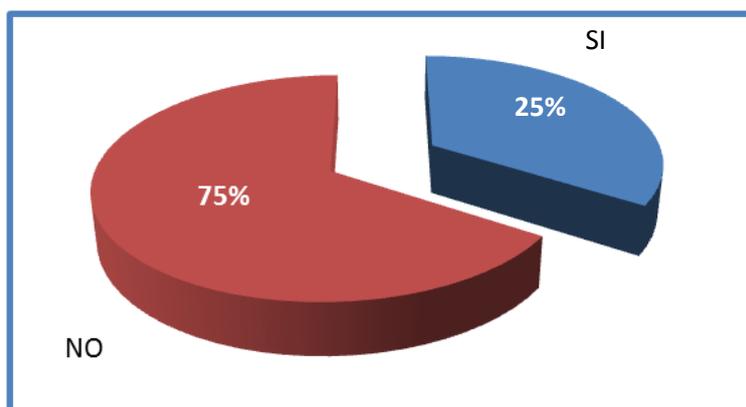
TABLA Nº 9

Distribución según su concurrencia a centros de salud u hospitales

CONCURRE A C. S.	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	15	18	0,25	25%
NO	45	60	0,75	75%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 9



Análisis: El 75% de los encuestados no concurre a Centros de Salud ni Hospitales, el 25% restante si lo hace.

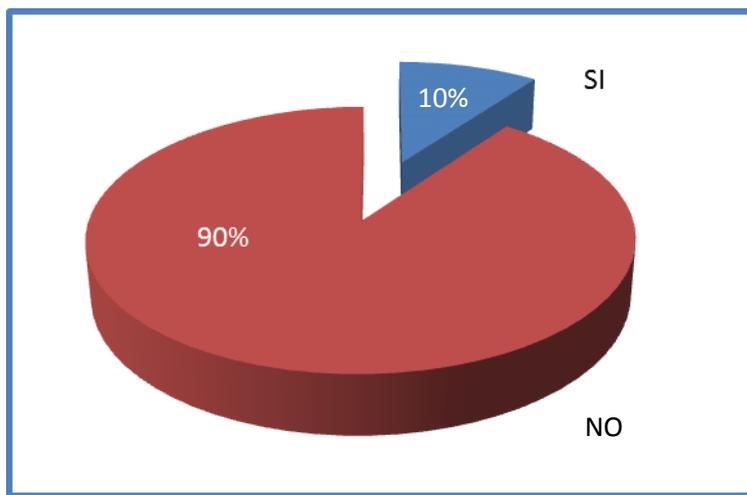
TABLA Nº 10

Distribución según padecimiento actual de enfermedad

PADECE ENFERMEDADES	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	6	6	0,1	10%
NO	54	60	0,9	90%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 10



Análisis: el 90% no padece enfermedades, el 10% restante padece de alguna enfermedad.

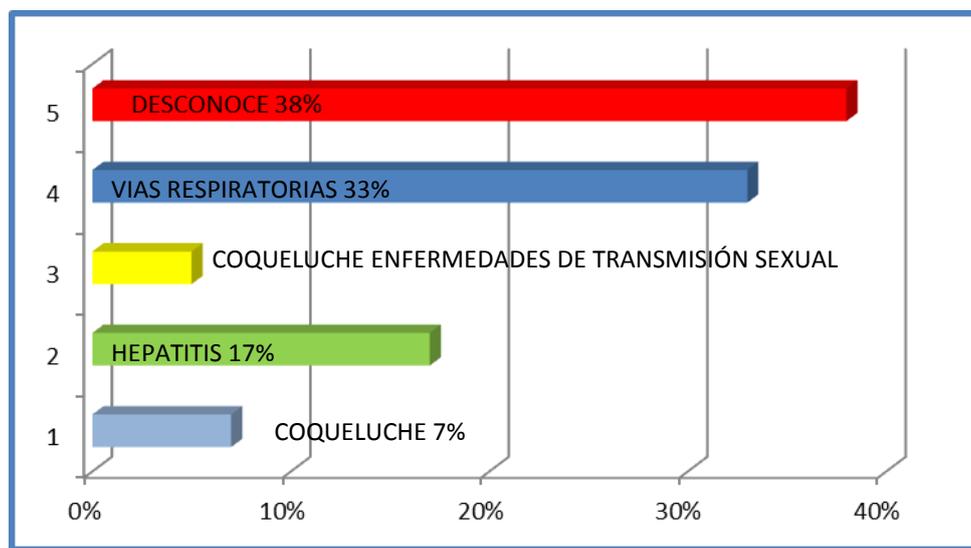
TABLA Nº 11

Distribución según enfermedades padecidas

ENFERMEDADES PADECIDAS	F. A.	F.AC	F. REL	F. %
COQUELUCHE	4	4	0,07	7%
HEPATITIS	10	14	0,17	17%
ETS	3	17	0,05	5%
VIAS RESP.	20	37	0,33	33%
DESCONOCE	23	60	0,38	38%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 11



Análisis:

El 38% manifiesta desconocer que enfermedades ha padecido, el 33% ha padecido enfermedades de las vías respiratorias, hepatitis el 17% y coqueluche el 7%.

TABLA N° 12

Distribución desagregada de la pregunta sobre síntomas que se presentan en los encuestados.

SINTOMAS	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
TOS	20			
DECAIMIENTO	19			
FALTA APETITO	10			
EXPECTORA SANGRE	1			
FIEBRE	16			
SUDORACION NOCTURNA	19			
FATIGA	38			

Análisis: Los síntomas manifestados por los encuestados se corresponden en gran medida con lo que corresponden a las enfermedades citadas en este estudio.

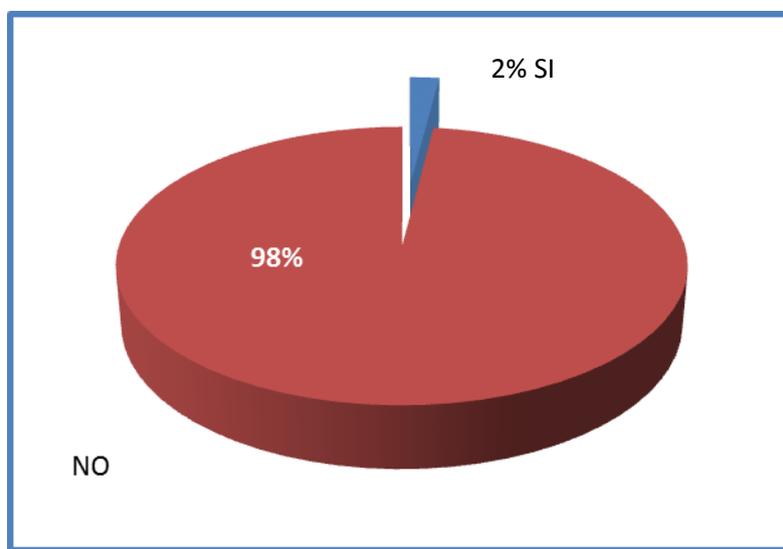
TABLA N° 13

Distribución según tratamiento médico recibido

ESTA EN TRATAMIENTO	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	1	1	0,02	2%
NO	59	60	0,98	98%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO N° 13



Análisis: el 98% no recibe tratamiento médico, sólo el 2% manifiesta recibirlo.

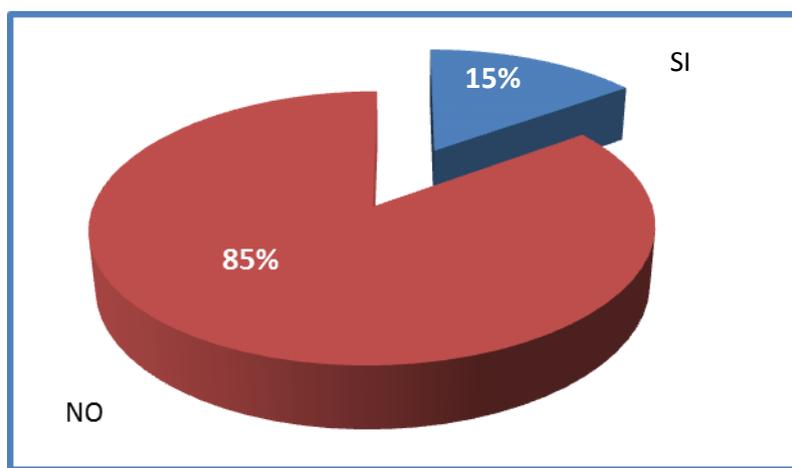
TABLA Nº 14

Distribución según si se administra medicamentos

TOMA MEDICAMENTOS	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	9	9	0,15	15%
NO	51	60	0,85	85%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 14



Análisis: El 85% de los encuestados no toma medicamentos y el 15% restante si los toma.

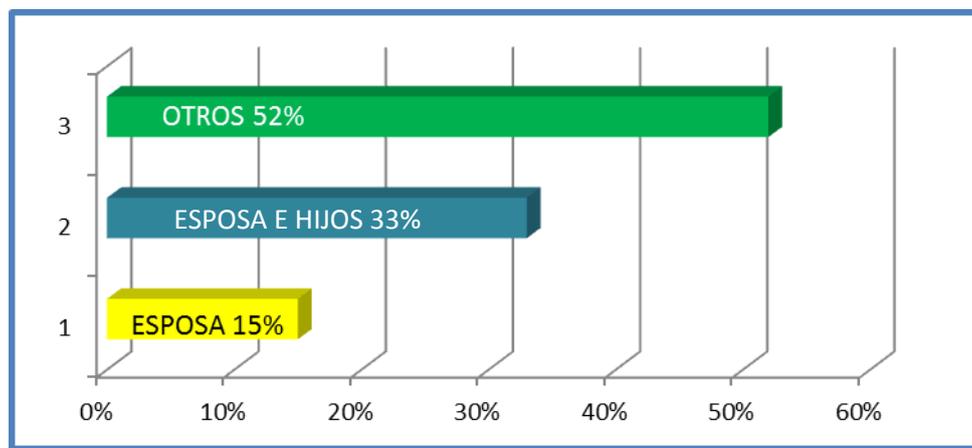
TABLA Nº 15

Distribución según grupo conviviente

GRUPO CONVIVIENTE	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
ESPOSA	9	9	0,15	15%
ESPOSA E HIJOS	20	29	0,33	33%
OTROS	31	60	0,52	52%
TOTALES	6	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 15



Análisis: El 15% de los encuestados vive con su esposa, el 33% con su esposa e hijos y el 52% con otras personas.

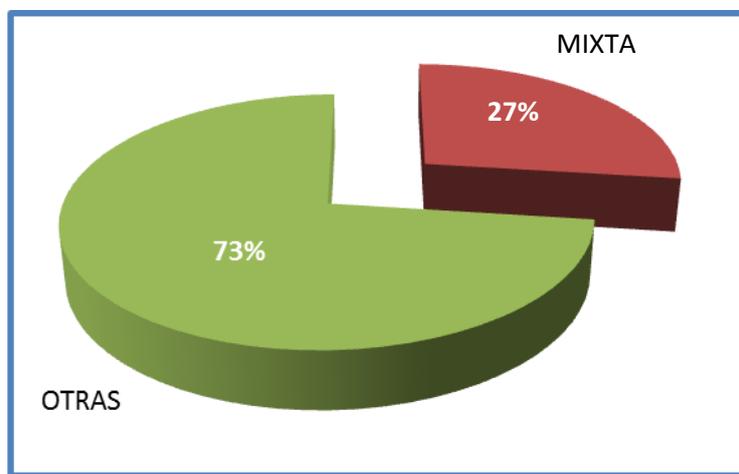
TABLA Nº 16

Distribución según tipo de vivienda habitada

TIPO DE VIVIENDA	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
MATERIAL	0	0	0	0%
MIXTA	16	16	0,27	27%
OTRAS	44	60	0,73	73%
TOTALES	6	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 16



Análisis: El 27% de los encuestados vive en viviendas construidas mixtas (adobe) y el resto en viviendas precarias.

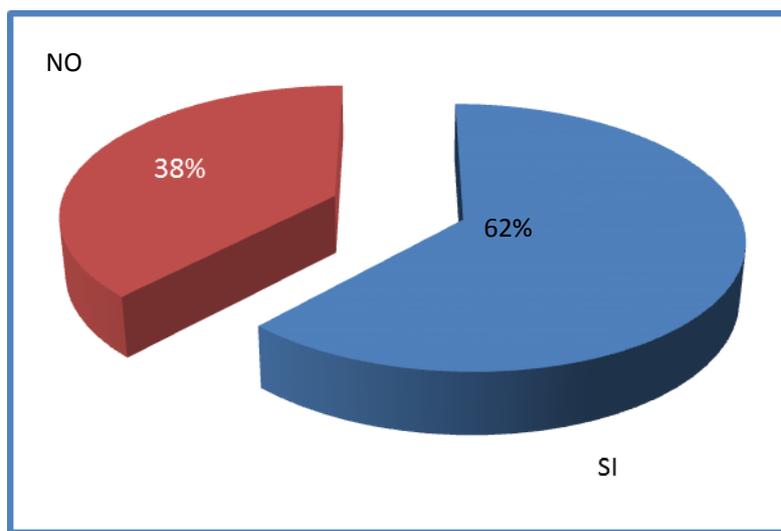
TABLA N° 17

Distribución según disponibilidad de instalaciones sanitarias (baños).

POSEE INST. SANITARIAS	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	37	37	0,62	62%
NO	23	60	0,38	38%
OTRAS	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO N° 17



Análisis: El 38% de los encuestados respondió no disponer de baños en sus viviendas, y el 62% restante contestó afirmativamente

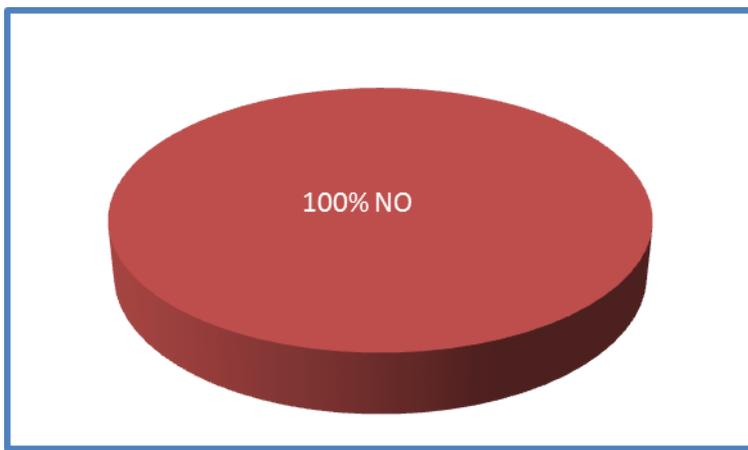
TABLA Nº 18

Distribución según ubicación de los sanitarios en la vivienda.

SE HALLAN DENTRO DE LA VIVIENDA	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	0	0	0	0%
NO	60	60	1	100%
OTRAS	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 18



ANÁLISIS: El 100% de los encuestados respondió que los baños se encontraban fuera de la vivienda.

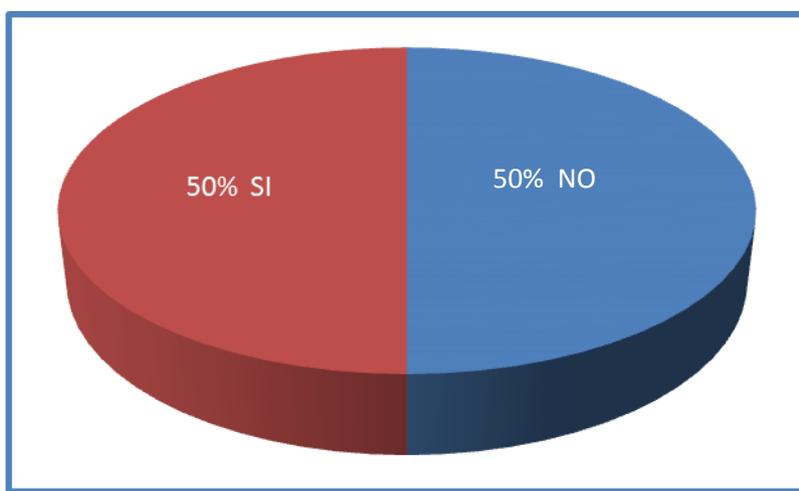
TABLA Nº 19

Distribución según atención médica recibida en su lugar de origen.

RECIBE ATENCION MEDICA EN SU LUGARDE ORIGEN	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	30	30	0,5	50%
NO	30	60	0,5	50%
TOTALES	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 19



Análisis: La respuesta de los encuestados respecto a si recibía atención médica en su lugar de origen se reparte en partes iguales 50% por si y 50% por no.

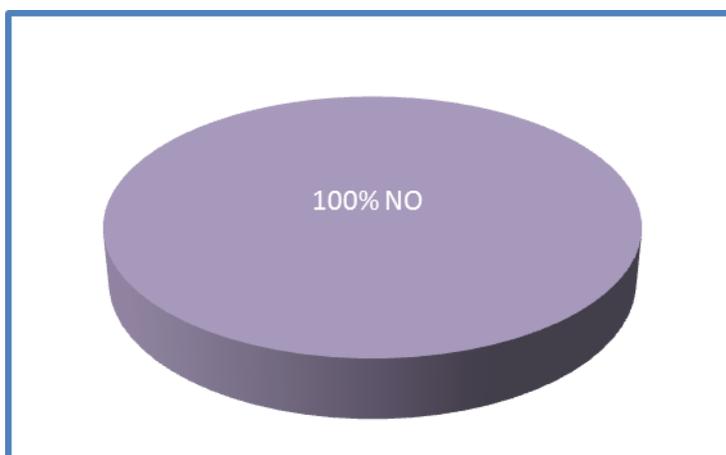
TABLA Nº 20

Distribución según si informo o le fue solicitada información sobre su estado de salud al ingresar al país o al departamento.

INFORMO SOBRE SU ESTADO DE SALUD	F. A.	F. AC.	F. REL.	F. %
SI	0	0	0	0%
NO	60	60	1	100%
OTRAS	60	60	1	100%

Fuente: resultados de las encuestas realizadas por los autores durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2010, en las zonas de Villa Atuel, Cañada Seca y La Llave, Depto. San Rafael, Prov. De Mendoza

GRAFICO Nº 20



Análisis: El 100% de los encuestados respondió en forma negativa a la pregunta sobre si debió brindar información sobre su estado de salud

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y PROPUESTAS

RESULTADOS

Debido a la falta de datos estadísticos oficiales se debió recurrir a una encuesta que pudiera ser llevada a cabo entre una población con muy escaso nivel educativo y que además en su mayoría se encuentra en condiciones de residencia clandestina lo que motivo que algunas preguntas como las referidas a su estado de salud no fueran formuladas en forma directa y si consultando sobre síntomas que el encuestado pudiera presentar.

Consultados sobre la edad se establece que en su mayoría tienen edades que van desde los 26 a 45 años, y un 12% menores de 25 años. "(Tabla N°1).

En cuanto al lugar de origen la mayoría son de procedencia boliviana 88% (Tabla N° 2).

El 65% de los encuestados es de sexo masculino (Tabla N°3).

Respecto al estado civil un 32% es casado, un 20% soltero y el 48% restante es una unión de hecho.

Según los datos obtenidos solo el 18% de los encuestados reside en el país en forma permanente, mientras que el resto es temporario 82%. (Tabla N° 7).

Solo un 25% concurre a Centros de salud u hospitales y el resto no lo hace 75% (Tabla N°9).

En cuanto a si tienen problemas de salud o si están enfermos solo un 10% respondió afirmativamente y el 90% restante dice no estar enfermo.

(Tabla n° 10)

Los encuestados respondieron haber padecido las siguientes enfermedades; coqueluche 7%, hepatitis 17%, Enfermedades de transmisión sexual 5%, vías respiratorias 33%. y desconoce que enfermedades ha padecido un 38%. (Tabla N° 11).

Los datos obtenidos sobre la sintomatología presentada por los encuestados todos refieren presentar alguno o varios de los siguientes síntomas indicativos de tuberculosis. Tos, decaimiento, falta de apetito, fiebre, sudoración nocturna y fatiga, no responden sobre expectoración con sangre.(Tabla N° 12).

No reciben tratamiento médico el 98% de los encuestados. (Tabla N° 13).

Se administran medicamentos un 15% de los encuestados y el 85% restante no lo hace. (Tabla N° 14).

En cuanto a los convivientes con los encuestados los resultados son: con la esposa 15%, con esposa e hijos 33% y con otras personas el 52%.

(Tabla N°15)

Respecto al tipo de vivienda que habitan la encuesta arroja lo siguientes resultados; mixta (adobe y ladrillos) 27%, y otras un 73%.(Tabla N°16)

La disponibilidad de instalaciones sanitarias en las viviendas arroja el siguiente resultado, si posee 62% y no posee el 38%.(Tabla N° 17)

El 100% de las instalaciones sanitarias no se hallan dentro de la vivienda.

(Tabla n° 18)

El 50% de los encuestados reciben atención médica en su lugar de origen y la otra mitad no. (Tabla N° 19)

El 100% de los encuestados manifestó no haber sido consultado sobre sus antecedentes de salud al ingresar al país o al departamento.

CONCLUSIONES Y PROPUESTA

De acuerdo a los resultados obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

Las condiciones de habitabilidad de las viviendas de los obreros golondrinas presentan condiciones de precariedad que se constituyen en un factor de riesgo en tema de las denominadas Enfermedades de la Pobreza (Chagas, Tuberculosis, Hepatitis y Triquinosis).

Las condiciones de hacinamiento también son otro factor de riesgo por el alto grado de transmisibilidad de las enfermedades citadas.

Si bien se hace difícil obtener una conclusión cierta en cuanto a la cantidad de obreros enfermos debido a la falta de diagnósticos médicos, la presencia de algunos de los síntomas típicos de estas enfermedades hacen presumir la existencia de las mismas

De acuerdo a lo expresado creemos que existe una correlación entre las condiciones en que viven los obreros golondrinas y enfermedades como Chagas, Tuberculosis, Hepatitis y Triquinosis si bien no son datos que puedan ser tomados como fehacientes debido a la carencia de datos oficiales, también es cierto que este tema reviste gran importancia debido a las repercusiones que sobre la población local puede tener y en el aspecto humano a la necesidad de atender a aquellos que trabajan y son explotados por su condición social y por la situación irregular en lo legal en que se mueven en nuestro departamento.

PROPUESTA

Nuestra propuesta se basa fundamentalmente en que el Ministerio de Salud de la Provincia en forma conjunta con el Área departamental de Salud y el Municipio de San Rafael lleven a cabo acciones destinadas a relevar a la población “golondrina” en San Rafael a efectos de poder implementar con posterioridad acciones como:

- Campaña de detección de Chagas, Tuberculosis, Hepatitis y Triquinosis.
- Seguimiento de los pacientes detectados con Chagas, Tuberculosis , Hepatitis y Triquinosis
- Administración controlada de medicamentos.
- Administrar información a los pacientes y a sus familiares.
- Evaluación clínica mensual.
- Controles baciloscópicos periódicos.
- Control de diseminación de la enfermedad.
- Evaluación de los contactos de los pacientes con otras personas.
- Registrar estos contactos.
- Evaluación personal de los contactos del paciente.
- Controlar vacunación con BCG. Y Hepatitis.
- Notificación de los casos de tuberculosis.

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

1. **CARCAVALLO, R., I. GALLINDEZ GIRÓN, J. JURBERG & H. LENT.** (Organizadores) 1998. Atlas dos Vetores da Doença de Chagas nas Américas. Vol. 1 y 2. Fiocruz, Río de Janeiro.
2. **OMS. 2007. Reporte sobre la enfermedad de Chagas. Grupo de trabajo científico.** OMS- . Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
3. **DIAS, J. C. P. 1997.** Presente y futuro de la Tuberculosis, Inst. Oswaldo Cruz 92: 13-15.
- 4 **OMS. 2007. Reporte sobre la Tuberculosis. Grupo de trabajo científico.** OMS-TDR/GTC/09. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 5 **J Jaime E. Ollé-Goig** Los pacientes con tuberculosis en Bolivia: ¿por qué mueren?

ANEXO I

Los pacientes con tuberculosis en Bolivia: ¿por qué mueren?

Jaime E. Ollé-Goig

Un estudio observacional transversal de cruz se llevó a cabo de los pacientes con TBC activa o secuelas ingresados en la planta de TBC del principal hospital público de la ciudad de Santa Cruz, Bolivia, durante un período de 29 meses, de octubre de 1993 hasta febrero de 1996. Los números de teléfono a disposición de los pacientes que fallecieron durante la hospitalización fueron revisados.

De los 597 pacientes, 94 de ellos (15,7%) fallecieron. Se examinaron los registros de 90 de estos 94 pacientes. Su edad media fue de 35,1 años (desviación estándar de 16,7 años), y 45 de los pacientes (50,0%) eran varones. En la admisión 42 de los 90 pacientes (46,7%) nunca habían sido tratados contra la tuberculosis o habían recibido tratamiento anti-TB por menos de un mes, 23 (25,6%) había regresado después de haber abandonado el tratamiento, 8 (8,9%) tenían recibido un diagnóstico equivocado, 6 (6,7%) tuvieron secuelas de tuberculosis, 6 (6,7%) fueron sometidos a tratamiento de la tuberculosis, y 5 (5,6%) se sabe que tienen tuberculosis resistente a múltiples fármacos. De los 90 pacientes, 83 (92,2%) con tuberculosis pulmonar (mediana de lóbulos afectados, 4), 6 (6,7%) TBC pleural, y 12 (13,3%) TBC extra pulmonar (algunos pacientes tenían más de una forma de tuberculosis) .

Los pacientes que murieron una media de 5,5 días después de entrar en la sala de la tuberculosis. Las causas de muerte fueron: hemoptisis en 6 casos (6,7%), otras causas relacionadas con la tuberculosis, 65 pacientes (72,2%), reacciones a medicamentos, 6 pacientes (6,7%), las causas no tuberculosis, 6 pacientes (6,7%) e indeterminado causas, 7 pacientes (7,8%).

Factores que posiblemente contribuyeron a la muerte fueron el diagnóstico tardío (38,9%), los errores en el seguimiento (14,4%), y los errores en el tratamiento (24,4%).

En conclusión, la mayoría de los pacientes con tuberculosis activa o inactiva ingresados en nuestra planta fallecieron a consecuencia de la tuberculosis.

Dividimos las causas de muerte en cinco categorías:

- Hemoptisis: un paciente moribundo con una hemorragia pulmonar masiva
- Otras causas relacionadas con la tuberculosis: un paciente morir por cualquier otra causa que pudiera atribuirse a la tuberculosis
- Reacción a los medicamentos anti-TB, cuando el paciente sufre una reacción adversa a un medicamento anti-TB y la muerte de ella
- No causa la tuberculosis, cuando el paciente muere de una enfermedad no relacionada con la tuberculosis
- Indeterminado, cuando el paciente muere por una causa que no pudieron ser identificados.

ANEXO II

PLANILLA DE ENCUESTA

Los datos recogidos en esta encuesta son de carácter personal y anónimos, no serán utilizados para informar sobre situaciones referidas a estados legales respecto a residencia en nuestro país.

01. Sexo M F

02. País de origen

Argentina Paraguay Bolivia Chile Otros.

03. Estado Civil

Casado/a Soltero/a U. de hecho

04. Hijos

s/h 1 2 3 mas de 3

05. Zona de residencia

Zona I Zona II Zona III

06. Situación como residente

Permanente Temporario

07. Concorre a Centro de Salud u Hospital en caso de necesidad

Si No

08. Padece alguna enfermedad

Si No

09. Cual de las siguientes enfermedades ha padecido Ud.

Coqueluche Hepatitis ETS Vías resp.

Otras

10- Actualmente ¿tiene alguno de los siguientes síntomas?

Tos Decaimiento falta de apetito

Expectoración sanguinolenta Fiebre

Sudoración nocturna Fatiga

11. ¿Esta en tratamiento?

Si No

12. Toma medicamentos

Si No

13. Grupo conviviente

Esposa Hijos Otros

14. Tipo de vivienda

Material Mixta Otras

15. ¿Posee instalaciones sanitarias?

Si No

16. ¿Se hallan dentro de la vivienda?

Si No

17. En su país de origen ¿recibe atención médica?

Si No

18. Al ingresar al país ¿se le pidieron datos sobre su situación de salud?

Si No

19. ¿Qué tipo de tarea desarrolla habitualmente?

Hornos de ladrillo Cosecha Construcción
Otras

20. ¿Ha debido faltar a sus tareas habituales por motivos de salud?

Si No

ANEXO III

MATRIZ DE DATOS

