

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
DISEÑO DE POLITICAS EN EL SECTOR SALUD EN
EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

LUZ MARINA CHARRIS RIAZA

EVA ROSA GARCIA RAMOS

MARGARITA ISABEL TORRES ARGEL

Trabajo de Grado presentado co
mo requisito para optar el título
de Trabajador Social.

Asesor: CARLOS OSORIO

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1.987

RECTOR : Dr. José Consuegra H.
VICERECTOR : Dr. Leonelo Marthe.
SECRETARIO GENERAL : Dr. Rafael Bolaño.
DECANO : Dr. Jorge Torres.
VICE-DECANO : Dr. Carlos Osorio.
SECRETARIA ACADEMICA: Dra. Nohemí Ramos Cepeda.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1.987

Nota de Aceptación:

Presidente del Jurado:

Jurado:

Jurado:

Barranquilla, Mayo de 1.987

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos :

Al Dr. ROBERTO VASQUEZ, Epidemiólogo de la Seccional del Atlántico, catedrático de la Universidad Metropolitana, Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, quien nos suministró información y datos de gran importancia para la organización del trabajo.

Igualmente hacemos extensos éstos a nuestro asesor, el Dr. CARLOS OSORIO de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar, por las sugerencias y estímulos en la investigación realizada.

A MIRNA TORRES ARGEL, Secretaria Ejecutiva egresada de la Corporación Universitaria de la Costa, por contribuir a través de sus contactos sociales.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág |
|---|-----|
| INTRODUCCION. | i |
| 1. ¿QUE ES LA SALUD Y CUAL ES LA INGERENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO? | 4 |
| 1.1. ¿QUE ES LA SALUD? | 4 |
| 1.2. ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD | 11 |
| 1.2.1. Sub-sector Oficial. | 11 |
| 1.2.2. Sub-sector de la Seguridad Social. | 30 |
| 1.2.3. Sub-sector Privado. | 32 |
| 1.2.4. Sub-sector Misceláneo. | 33 |
| 1.3. EL ASPECTO ECONOMICO Y POLITICO DE LA SALUD. | 33 |
| 1.4. LA SALUD EN EL ATLANTICO Y LA PARTICI- PACION DEL TRABAJADOR SOCIAL. | 43 |
| 2. PLANEACION EN SALUD. | 57 |

| | |
|--|-----|
| 2.1. ¿QUE ES LA PLANEACION EN SALUD Y COMO SE DESARROLLA? | 57 |
| 2.2. PLANEACION NACIONAL. | 65 |
| 2.3. PLANEACION REGIONAL. | 69 |
| 2.3.1. Identificación y caracterización de los problemas de salud en una área determinada. | 70 |
| 2.3.2. Priorización de los problemas. | 70 |
| 2.3.3. Selección de soluciones. | 71 |
| 2.3.4. Formulación del Plan. | 72 |
| 2.3.5. Programación. | 75 |
| 2.3.6. Descripción de las actividades predominantes a nivel regional. | 75 |
| 2.3.7. Estrategia de los servicios. | 75 |
| 2.4. PLANEACION LOCAL. | 83 |
| 2.4.1. Programación local de recursos y actividades para atención de la demanda. | 90 |
| 2.4.2. Descripción del proceso de programación de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. | 90 |
| 2.4.3. Programación de actividades de apoyo común a los programas. | 91 |
| 2.4.4. Programas y estrategias del nivel local en el Departamento del Atlántico (Atención Primaria). | 91 |
| 2.5. EL TRABAJO SOCIAL EN LA PLANEACION EN SALUD. | 93 |
| 2.6. DIFICULTADES DEL TRABAJADOR SOCIAL PARA PARTICIPAR EN LA POLITICA SOCIAL. | 115 |
| 3. ¿QUE JUSTIFICA LA PRESENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PLANEACION EN SALUD? | 119 |
| 3.1. LA PLANEACION EN TRABAJO SOCIAL. | 119 |

| | | |
|------|---|-----|
| 3.2. | LA COMPETENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DIAGNOSTICO SOCIAL DE LA SALUD. | 134 |
| 3.3. | LA COMPETENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA DEFINICION DE METAS Y PRIORIDADES. | 140 |
| 3.4. | LA COMPETENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DISEÑO DE POLITICAS Y ORGANIZA- CION DE PLANES EN EL NIVEL NACIONAL, RE GIONAL Y LOCAL. | 144 |
| | CONCLUSIONES. | 156 |
| | RECOMENDACIONES. | 160 |
| | BIBLIOGRAFIA. | 163 |

LISTA DE CUADROS

| | | Pág |
|--------------------|--|-----|
| CUADRO N° 1 | Nivel directivo. | 13 |
| CUADRO N° 2 | Organigrama del Servicio de Salud del Atlántico. | 19 |
| CUADRO N° 3 | Organigrama de la Unidad Regional del Atlántico. | 23 |
| CUADRO N° 4 | Nivel operativo. | 24 |
| CUADROS N° 5 al 12 | Objetivos, estrategias, actividades y acciones de apoyo de los programas de atención a las personas. | 96 |
| CUADRO N° 13 | Matríz de la sociedad. | 124 |

LISTA DE GRAFICOS

| | | Pág. |
|--------------|---|------|
| GRAFICO N° 1 | Cobertura del sector salud por subsectores, Colombia 1.983. | 31 |
| GRAFICO N° 2 | Demanda, Oferta y Factores condicionantes. | 62 |
| GRAFICO N° 3 | Definición del Problema. | 73 |
| GRAFICO N° 4 | Formulación del problema. | 76 |
| GRAFICO N° 5 | Ambito del modelo de programación. | 84 |
| GRAFICO N° 6 | Proceso de programación. | 89 |

INTRODUCCION

El presente estudio trata sobre: LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DISEÑO DE POLITICAS EN EL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. La escogencia de éste tema se debe a la preocupación reinante entre los profesionales de Trabajo Social, sobre la necesidad que existe de su ubicación en el nivel administrativo, ya que con dicha ubicación se logrará una de las metas que conlleven al desarrollo deseado de la profesión.

Los objetivos trazados para el desarrollo de ésta investigación fueron: Los de analizar el grado de participación del Trabajador Social en el sector salud en el diseño de políticas, el cual nos ayuda a elaborar una serie de elementos conceptuales, analizar la estructura del sector salud y ver las garantías que ofrece el profesional de Trabajo Social; así mismo demostrar la competencia que posee el Trabajador Social para intervenir en el diseño de políticas jun-

to con los limitantes, y así poder dar aportes específicos a la facultad de Trabajo Social y a los estudiantes en lo referente a la participación del Trabajador Social en forma efectiva en el diseño de políticas en el sector salud.

El Método a seguir es el Dialéctico, por cuanto nos permite asumir la realidad en una forma objetiva ya que el tema que se trata es preciso ubicarlo dentro del marco de la estructura económica y social del país y de los cambios que se han producido en el sistema Nacional de Salud a nivel nacional, regional y local.

El Trabajo social hace uso de la metodología científica propia de la investigación social para intervenir en la realidad, utilizando técnicas como la observación, el sondeo de opiniones y otros que facilitan el conocimiento de la problemática que se atiende.

El desarrollo de la tesis contiene los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se analiza el término Salud, su desarrollo, la organización del sector salud, su incidencia social en la estructura colombiana y la participación del Trabajo Social en ella.

En el segundo capítulo se estudio el Proceso de la Planeación en Salud, con el fin de precisar como se planea a nivel nacional, re-

gional y local y el grado de participación del Trabajador Social en este proceso.

El tercer capítulo trata sobre los aspectos teóricos de la Planeación en Trabajo Social, en el cual se analiza la competencia del profesional para poder participar en el diseño de políticas, en este se hace referencia a los antecedentes de nuestra profesión, cuestionando su posible intervención en forma directa como miembro del grupo multidisciplinario en el diseño de políticas del sector salud, ya que el Trabajador Social posee una serie de conocimientos de tipo social para realizar su intervención a nivel macro y micro, puesto que su vagaje teórico-práctico le permite poner al servicio de la población toda una serie de metodología y técnica que sumado al conocimiento y querer participar se constituye en elementos que facilitan su intervención.

Finalizamos ésta investigación con las conclusiones y recomendaciones sobre los aspectos más importantes tratados a través del estudio y como aporte a la Facultad de Trabajo Social y sus alumnos.

El hombre ha luchado por mantener la salud desde su existir, ya que desde entonces ha padecido de enfermedades. Partimos de la siguiente pregunta: ¿Cómo el hombre prehistórico se enfrentó con la realidad de sus afecciones patológicas?. No se sabe, pero se nos presenta un recurso que se podría estudiar en los pueblos primitivos actuales, cuya forma de vida es la que más se aproxima a la del hombre prehistórico. En todas las tierras del planeta existían al comienzo de nuestro siglo (y en alguna medida siguen existiendo hoy) tales pueblos primitivos; en buena parte de Africa, en América del Norte los pieles rojas; en Sur América, en el interior de Australia, en muchísimas islas del pacífico y en todos estos sitios existían diferentes culturas. En base a esto se hace necesario formular esta pregunta: ¿Cómo se enfrentaron estos hombres con la enfermedad? A continuación enunciaremos las formas de Medicina Preventiva.

Se logró este fin ordenando las formas particulares desde cuatro puntos de vista :

- 1) Orientación general de actividades terapéuticas.
- 2) Interpretación de la enfermedad.
- 3) Tipología social del sanador.
- 4) Situación social del enfermo.

I. ¿QUE ES LA SALUD Y CUAL ES LA INGENIERIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO?

1.1. ¿QUE ES LA SALUD?

El concepto de Salud no es estático, esto va evolucionando de acuerdo con las ideas predominantes de cada sociedad; si se realiza una breve historia de lo que ha sido salud y la interacción que existe entre enfermedad y medicina notamos el cambio que ha sufrido el concepto Salud. Medicina es la ciencia que tiene por objeto la conservación y restablecimiento de la salud; y la enfermedad es la alteración de la salud. De ahí la relación existente entre medicina, enfermedad y salud.

"La Salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, todos vivimos en un mundo específico determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos"¹

¹ UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Introducción a la Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública, 1.981.

Seguidamente detallaremos cómo se dieron cada una de éstas formas :

1) El primer criterio que hace referencia a la orientación general de actividades terapéuticas, se distinguía por sus dos líneas de conducta: El Empirismo y La Magia. El empirismo consiste en recurrir a un remedio solo porque su empleo ha sido o ha parecido ser favorable en casos semejantes al que se contempla; el azar y la observación de la conducta de los animales fueron las dos fuentes importantes de la antigua medicina empírica. Las actividades quirúrgicas de los pueblos primitivos se basaban en la extracción de proyectiles penetrantes, reducción de fracturas, coaptación de los bordes de las heridas y otro recurso terapéutico y preventivo fué la ingestión de hierbas, el manejo del barro, la cauterización, etc. Por medio de la magia se tenía la convicción de que los fenómenos naturales favorables o desfavorables tenían que ver mucho con la salud de los individuos; las brujas decían que las enfermedades eran un hechizo enviado por los demonios.

2) Este criterio se basaba específicamente en la interpretación de la enfermedad: entre los primitivos vigentes la enfermedad se veía desde cinco formas:

- a. El hechizo nocivo.
- b. La infracción de un tabú.

- c. La penetración mágica de un objeto al cuerpo.
- d. La posesión por espíritus malignos.
- e. La pérdida del alma

El no poseer una buena salud era considerado como un castigo, cólera de los dioses, impureza y pecado.

3) El tercer criterio corresponde a la situación social del Sanador: los pueblos de cultura más rudimentaria, como eran los nómadas, colectores y cazadores, en los cuales no existían los sanadores o curanderos, el enfermo es tratado por cualquiera de sus compañeros de tribu o abandonado a su suerte. Las tribus sedentarias se caracterizan por la existencia de un sanador especializado, también reciben el nombre de hechiceros, brujos, videntes, chamanes, curanderos y maestros de la vida.

4) El cuarto y último criterio se refiere a la Situación social del enfermo, la cual variaba de acuerdo a la tribu; en los casos de los enfermos leves el individuo no es objeto de consideración especial. Otros son los casos cuando la enfermedad es grave y de causa no comprensible, al enfermo se le tilda de impuro, castigado por los dioses, poseído por un espíritu maligno, etc., se le ve como un espanto que en ocasiones es abandonado en cualquier parte del bosque, se le mata o lo que es más frecuente, se le somete a un rito

mágico terapéutico cuya forma depende del modo de atender su situación.

De esto se puede decir que a medida que transcurre el tiempo estas ideas, creencias o tabús se van anulando, el observador de los síntomas de la enfermedad se convierte en diagnosticador cuando relaciona científicamente la lesión con la enfermedad para optimizar el futuro de la salud.

Es así como en la cultura contemporánea se considera sano al individuo que no presenta molestias o síntomas, pareciendo estar libre de enfermedad. El nuevo concepto de salud reintroduce nociones y actitudes de la antigüedad clásica hacia el cuerpo humano para definir la salud como algo distinto, como una condición de bienestar mental y físico. Todavía avanza hasta incluir algo tan difícil de precisar como el bienestar social, en un mundo formado por nociones de tan distinto nivel y en su mayoría internamente estratificados en clases y grupos de extremos grados de bienestar social. En la época contemporánea se define la salud como el estado de bienestar físico y mental en el individuo, los encargados de velar por la salud en ese momento percibían la necesidad de introducir un aspecto de vital importancia, con el cual se iban a alcanzar mayores beneficios de los que hasta el momento se habían lo-

grado; de allí que el factor social llegara a ser un elemento importante para mantener el bienestar que se perseguía hasta entonces en la salud, y es así como en la época moderna, por la década del 40, la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) constituyó un gran progreso "es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. En relación a este enunciado por la O.M.S. muchos profesionales dedicados a la rama de la salud lo han criticado, pues se considera que es algo utópico, la idea y la expresión de "completo estado de bienestar" se evidenció pronto como irreal.

Salud y enfermedad no son categorías o estados nítidamente diferenciados, sino que son parte de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción; no existe un completo estado de bienestar, sino grados variables de bienestar individual influenciada por una serie de factores o fuerzas que se entretienen por años en la historia personal frente a su medio ambiente físico y social. Luego la salud no es un fin como parece sugerir la definición; lo que se quiere en sí es al hombre sano en el goce pleno y equilibrado de sus facultades, para que disfrute el bienestar y la felicidad individual y para que contribuya con alegría al progreso colectivo.

Sander Kelman destaca la necesidad de reconocer que en cualquier sociedad la definición de "salud no es estrictamente biológica sino primariamente social". La idea que las gentes tienen de la salud está limitada por el marco social, al punto que pueden verse obligados a actuar en contra de sus conocimientos sobre el modo de mantenerse sanos o privados de nociones científicas sobre los síntomas y causas de la enfermedad. Por lo tanto, si examinamos las relaciones recíprocas en la salud y el desarrollo, desde el punto de vista del progreso social y su analogía con las prácticas de salud en los países adelantados y los que tienen en la mira el progreso como Colombia, la salud nacional deficiente es el resultado de la compleja interacción de varios factores (bajos ingresos, sub-empleo, inestabilidad familiar, falta de acceso a servicios médicos) relacionados internamente con el sistema social. Por otro lado, la salud es uno de los aspectos del desarrollo social que va de la mano con el desarrollo económico; en los países que disfrutaron el progreso el mejoramiento de las condiciones de salud ha incidido en el restablecimiento del bienestar físico y la productividad en amplios sectores de la población.

Lo contrario a esto ocurre en los países que van camino al progreso, existiendo así un subempleo masivo y trabajadores en ocupaciones de rendimiento marginal, es posible que la salud no se con-

considerare como uno de los factores importantes del desarrollo nacional. Se han realizado muchos estudios que han intentado cuantificar la economía de la enfermedad en términos de la productividad, entre los cuales se destaca el que la enfermedad reduce la mano de obra y la capacidad productiva de los trabajadores e impide procesos que a su vez estimulan el desarrollo económico.

En general, las instituciones encargadas de la salud no han podido modificar aquellas circunstancias sociales que son la causa de la mala salud; sin embargo, se han acumulado datos demostrativos sobre las mejoras que se pueden producir en la salud a un ritmo más rápido que en otros sectores de la sociedad. A este respecto el fomento de la salud, sobre todo a nivel personal y comunitario, ofrecería grandes probabilidades como agente del desarrollo en su sentido más amplio.

1.2. ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD:

En Colombia el sector salud posee una estructura muy diversa, consta de por lo menos cuatro sub-sectores bien definidos, así:

1.2.1. Sub-Sector Oficial:

El Decreto 056 estableció y definió al Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) como el conjunto de organismos, instituciones, agen-

cias y entidades que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de prevención, recuperación y rehabilitación, así mismo determinó las normas de adscripción y vinculación al S.N.S., estableciendo :

a. Entidades Adscritas:

Son todas las personas jurídicas de derecho público que prestan o servicios de salud a la comunidad, reciban o no aportes del estado.

b. Entidades Vinculadas :

Serán entidades Vinculadas como instituciones de asistencia pública, todas las personas jurídicas de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, reciban o no aportes del Estado.

Tal decreto (056) definió así mismo, que estarán adscritas al S.N.S. todas las entidades del sector público independientemente a la rama legislativa que las creó y que presten servicios de atención médica, exceptuando las dependencias del Ministerio de Defensa. El sistema de Salud se divide, a su vez, en dos grandes niveles, los cuales se han establecido para un buen manejo y funcionamiento del sector salud :

1.2.1.1. Nivel Directivo.

1.2.1.2. Nivel Operativo.

1.2.1.1. Nivel Directivo:

El nivel directivo representa los organismos de conducción, orientación, decisión, normatización y control. Este nivel se divide a su vez en tres estratos, como podemos observar en el cuadro N° 1:

Cuadro N° 1
NIVEL DIRECTIVO

| NIVEL | ORGANISMOS | FUNCIONES |
|-----------|--|---|
| Nacional | Ministerio de Salud. | <ul style="list-style-type: none"> - Formulación de políticas. - Normatización de aspectos del sistema. - Planeación, vigilancia y control. - Supervisión del nivel seccional. - Realización de campañas directivas. |
| Seccional | Servicio seccional de salud de departamentos, intendencias y comisarías. | <ul style="list-style-type: none"> - Cumple por delegación del Ministerio las mismas funciones de éste, compatibilizándolas a las características de cada sección del país. - Control y supervisión del nivel regional. |
| Regional | Unidades regionales de salud, en zonas de departamentos, intendencias y comisarías con cierta homogeneidad relacionada con aspectos demográficos, económicos | Cumple por delegación del Nivel Seccional con las mismas funciones de éste, adaptándolas a las condiciones de la zona, vigila y controla el funcionamiento de las instituciones de salud de la región. En este nivel se formaliza y organizan los diferentes niveles operacionales. |

a. Nivel Nacional:

El concepto de sistema de servicio de salud surgió al multiplicarse y diferenciarse las funciones del Estado. En éste preciso momento donde se hizo necesario establecer los organismos encargados de orientar, dar normas, coordinar y llevar a cabo las nuevas actividades de salud, en las cuales se acuñaron las expresiones "Sector Salud" y "Sistema de Servicio de Salud" a nivel nacional. Sin embargo, la existencia de un organismo de alto nivel en las jerarquías del aparato estatal al cual la constitución y la ley otorgaban responsabilidad y competencia, conducción, a veces hace suponer vigente una red de relaciones y ordenamientos jerárquicos que no siempre reflejaba la realidad; y es así como se hace necesario el Ministerio de Salud para atender los problemas de salud en la población, ocupando el nivel directivo del sector salud representando el organismo de responsabilidad, conducción, orientación, decisión, normatización y control.

- Características del Sistema Nacional de Salud :

Para ser operativo el Sistema Nacional de Salud ha adoptado una serie de criterios cuya aplicación permite la efectividad y flexibilidad necesarias para atender oportunamente las necesidades derivadas de la política Nacional y a los planes correspondientes, Estos criterios atienden individualmente diferentes áreas de aplicación

de tal forma que complementen entre sí para contribuir entre todos a la eficacia del sistema, ellos son:

- Regionalización:

Pretende la descentralización administrativa, se organizan unidades técnicas y administrativas para zonas geográficas homogéneas que faciliten la administración y programación de servicios, tienen como sede el hospital regional.

- Niveles de Atención:

La atención de servicios en cada una de las regiones se efectúa en términos escalonados y ascendentes, teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad, la coordinación técnica y administrativa según los recursos con que se cuenta en la institución.

- Trabajo de Equipo Interdisciplinario:

Debido a que la atención en salud exige atenciones integradas, se pretende la integración interactuante de las diversas áreas del conocimiento a nivel profesional, técnico y auxiliar.

- Desarrollo Administrativo:

Pretende la implantación y evolución de normas y procedimientos administrativos, la racionalidad y productividad en la utilización

de los recursos del desarrollo de la legislación de la salud. Comprende todos los aspectos pertenecientes a la administración como un todo, pero dada la importancia de algunos sub-sistemas su papel estratégico determinaron seis sub-sistemas del Sistema Nacional de salud, a saber:

- Sub-sistema de Planeación.
- Sub-sistema de Información.
- Sub-sistema de Investigación.
- Sub-sistema de Suministro.
- Sub-sistema de Inversión.
- Sub-sistema de Personal.

- Articulación Intersectorial :

El Sistema Nacional de Salud, como parte integrante del Estado, debe estar relacionado con los otros sectores económicos y sociales en sus distintos niveles, ésta articulación se realiza por medio de mecanismos que aseguren la incorporación de sus políticas y planes al proceso de desarrollo económico y social del país, tales como:

- Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (P.A.N.).
- Desarrollo Rural Integrado (D.R.I.).
- Programa de Integración de Servicios.
- Participación Comunitaria en Zonas marginadas Urbanas.

- Plan de Zona Fronteriza.

- Participación de la Comunidad:

Estimular, aceptar y aprovechar la participación de la comunidad en la Planeación, la toma de decisiones, vigilancia, ejecución, financiamiento y evaluación de las acciones en salud.

El Ministerio de Salud no es el único organismo de derecho público existente a nivel Nacional, tenemos también entes con régimen jurídico como son:

- Superintendencias de Seguros de Salud.
- Instituto de Fomento Municipal (INSFOPAL).
- Instituto Nacional de Cancerología.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Caja Nacional de Previsión.
- Instituto Nacional de Salud.
- Fondo Rotatorio de Estupefacientes.
- Fondo Nacional Hospitalario, los cuales ejercen dirección normativa y técnica en los aspectos, competencia y funciones de su especialidad.

b. Nivel Seccional:

Corresponde a los departamentos y territorios nacionales, en cu-

Las capitales funcionan los denominados Servicios Seccionales de Salud, los cuales representan la organización rectora de salud en cada una de estas jurisdicciones. Este nivel cumple, por delegación del Nivel Nacional, las mismas funciones dentro de los propósitos de compatibilización y adaptación a las realidades de cada sección del país.

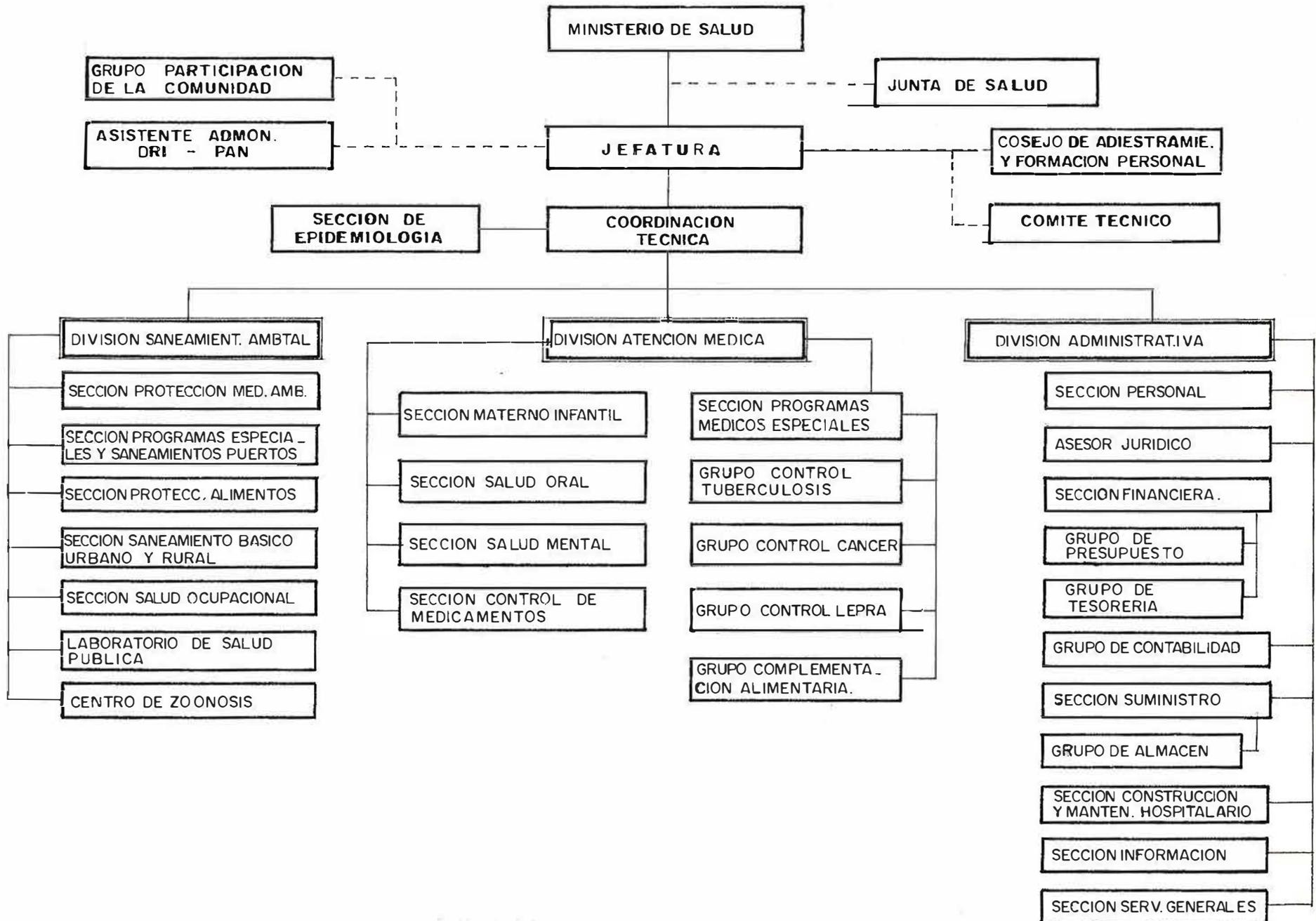
En relación al Servicio Seccional del Atlántico, la máxima autoridad es la Junta de Salud del Departamento, presidida por el gobernador y su delegado e integrada por un representante de la comunidad, un representante del Ministerio de Salud, el gerente de la Beneficiencia del Atlántico, la Jefe de la División Administrativa y el Jefe del Servicio de Salud del Atlántico.

La organización ejecutiva es dirigida por el Jefe del Servicio de Salud; en su orden jerárquico le sigue el coordinador técnico, seguidamente los jefes de atención médica, saneamiento ambiental y administrativo. De cada división dependen las secciones de ésta, los grupos y en algunos casos se presprienden programas (Ver cuadro N° 2).

c. Nivel Regional:

Cada una de las divisiones política-administrativas del país (depar-

CUADRO N° 2
ORGANIGRAMA SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO



tamentos, intendencias y comisarias), éstas a su vez se dividen en áreas que por reunir ciertos requisitos geográficos las hacen homogéneas y toman el nombre de Unidades Regionales. Cuentan con una ciudad de cierto grado de desarrollo que representa funcionalmente, no formalmente, la capital de la región. El hospital correspondiente a éste tipo de ciudades toma el nombre de REGIONAL y representa el organismo directivo de todo el área y el de mayor complejidad para la atención de la salud en la misma.

Por otra parte, dentro de éste nivel se formalizarán y organizan los diferentes niveles operativos del sistema, quiere decir que el Nivel Regional además de tener la dirección y coordinación de los diferentes servicios de salud de la región, los ejecuta y los ofrece a sus comunidades, constituyéndose en el centro de referencia de pacientes en mayor complejidad en su zona.

La Unidad Regional en Barranquilla es una institución de carácter oficial, depende por orden de jerarquía del Ministerio de Gobierno, Gobernación, Alcaldía y Consejos, los cuales a través de los recursos obtenidos a nivel municipal y con aprobación que se le haga a los acuerdos presupuestales, se determina su dotación física y orgánica para el funcionamiento de la unidad regional; por consiguiente ésta entidad no tiene un control y supervisión por parte de

los Servicios Seccionales de Salud, sino que su vinculación es indirecta en la realización de algunas actividades (campañas de vacunación, brigadas de salud, etc).

- Administración, Funcionamiento y Organización :

La dirección de la Unidad Regional de Salud está a cargo del doctor Emiro Gastelbondo; tiene un tipo de administración directa, el manejo de presupuesto para gastos de inversión es regulado de acuerdo a las disposiciones legales hechas por la Alcaldía y Consejo.

Según la organización y régimen de funcionamiento de las Unidades Regionales de Salud, cuya definición y organización básica es tan señaladas en el Decreto ley 056 de 1.975, fija las siguientes funciones :

- Ejercer la dirección del hospital y de la Unidad Regional.
- Actuar como agente del Servicio Seccional de Salud para el cumplimiento de las políticas y normas de salud.
- Vigilar y coordinar las dependencias y entidades adscritas y vinculadas al S. N. S.
- Someter a la aprobación del Servicio Seccional de Salud los planes, programas y proyectos de presupuestos para la Unidad Regional, con base a los planes, programas y proyectos de las uni

dades ejecutoras, previo concepto de la Junta Asesora Regional.

- Evaluar el desarrollo de los programas de salud de la Unidad y presentar el informe correspondiente a la Junta Asesora y al Jefe del Servicio Seccional.
- Proponer las medidas convenientes para el adecuado funcionamiento de la Unidad Regional y sus entidades adscritas y vinculadas.
- Estudiar los programas y proyectos de las entidades descentralizadas, adscritas y vinculadas al Ministerio de Salud.

Dentro de la organización administrativa y funcionamiento de la unidad, encontramos los mandos medios representados por los siguientes Jefes de Sección:

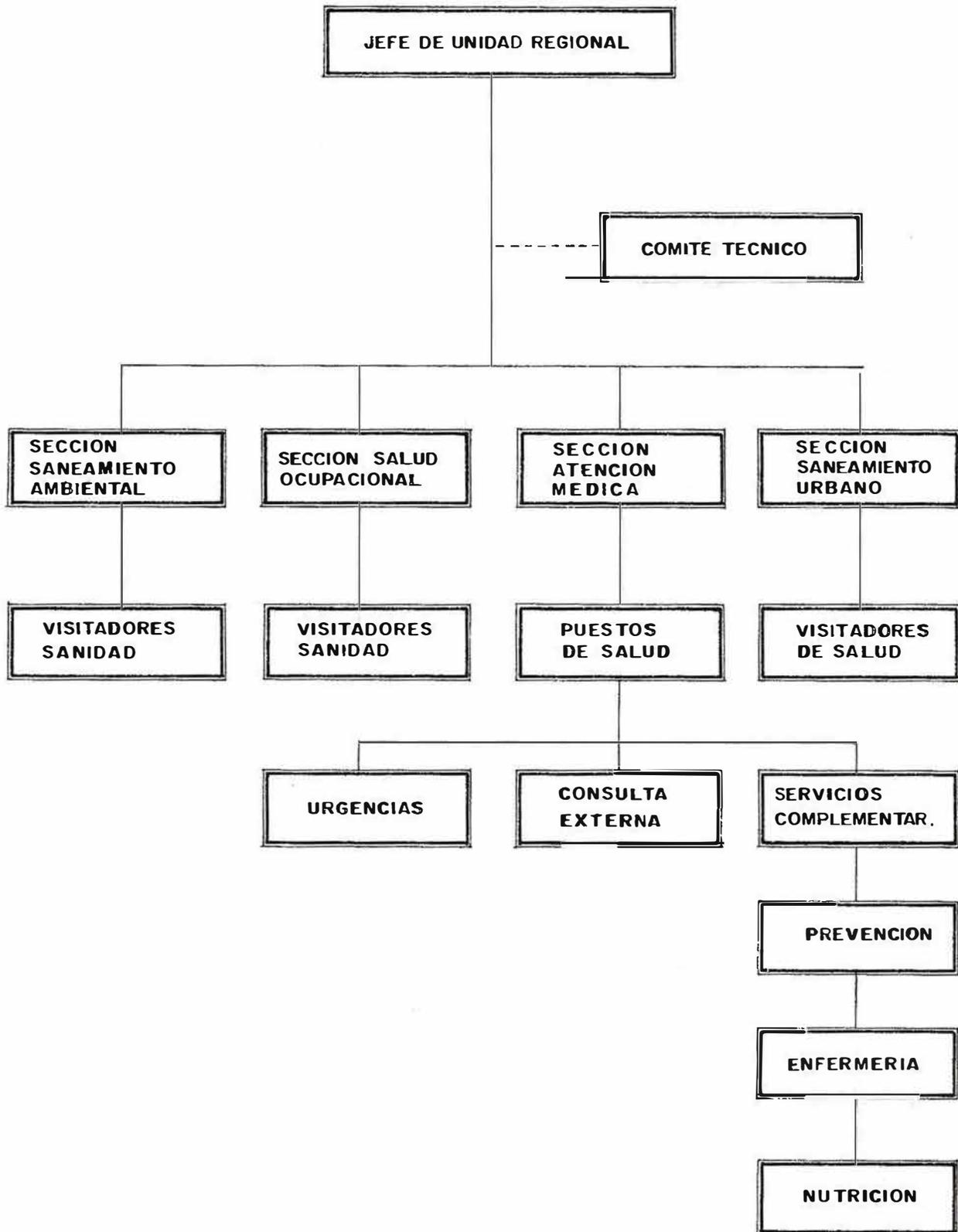
- Saneamiento Urbano : William Barros.
- Saneamiento Ambiental : Ramiro Castro.
- Atención Médica :
Maritza Sarmiento.
- Salud Ocupacional :

Cada jefe cumple y delega funciones a sus subalternos de acuerdo a la realidad del departamento (Ver cuadro N° 3).

1.2.1.2. Nivel Operativo:

Representa los organismos de ejecución y dispensadores de los

CUADRO N° 3
ORGANIGRAMA UNIDAD REGIONAL DEL ATLANTICO



Servicios de Salud a las personas y al ambiente en los niveles de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Este nivel se ha estructurado en forma piramidal de acuerdo a la complejidad de la atención que ofrecen, con tres segmentos a saber: Local, Regional y Universitario. Los tres niveles deben organizar y prestar los servicios tanto a las personas como al medio ambiente, en los aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. El cumplimiento de ésta disposición permite desarrollar el propósito de una atención integral de tipo horizontal la cual se complementa con aquellas de tipo vertical dada por el mismo sistema de regionalización y niveles de atención que permite una referencia de pacientes acorde con la gravedad de la enfermedad y estado del paciente.

Cuadro N° 4
NIVEL OPERATIVO

| NIVEL | ORGANISMOS | FUNCIONES |
|-------|---|--|
| Local | <ul style="list-style-type: none">- Hospital local.- Organismos ambulatorios: Centros y puestos de salud.- Atención domiciliaria con promotora. | <ul style="list-style-type: none">- Promoción y prevención.- Diagnóstico, tratamiento y urgencias en medicina general, dadas por personal profesional no especializado y personal técnico y auxiliar. |

| NIVEL | ORGANISMOS | FUNCIONES |
|---------------|---|--|
| Regional | Hospital Regional de Salud con las especialidades básicas: Medicina interna, pediatría, cirugía, gineco-obstetricia, radiología, patología y salud pública. | Centro de referencia para pacientes referidos por el nivel local; brindan atención general y algunas especialidades básicas, además de las propias de saneamiento ambiental. |
| Universitario | Hospital Universitario con capacidad técnica dotación y personal especializados. | Centro de referencia final dentro de la cadena de remisión de paciente, generalmente sede de las facultades de ciencias de la salud; atención muy especializada. |

a. Nivel Operativo Local :

Es el órgano operativo del sector salud, éste nivel se subdivide a su vez en tres niveles :

- 1) Aquel tipificado por el propio hospital, rector de éste nivel y ubicado en cabeceras municipales.
- 2) Aquel representado por organismos ambulatorios, denominados puestos de salud, que cuentan con auxiliar de enfermería permanente y atención médica periódica.
- 3) Unidades de cobertura que son conglomerado de población rural (200 casas y 1000 apóximadamente), atendidas por promotoras de salud, quienes brindan el servicio de atención prima

primaria en forma domiciliaria.

En éste nivel local se encuentran todos los centros y puestos de salud de la ciudad de Barranquilla, los cuales dependen administrativamente de la unidad local de Nazareth, el cual presta los siguientes servicios: Atención médica general y gineco-obstetricia. De igual manera cobija en su seno administrativo 14 centros de salud quienes realizan labores de medicina general, enfermería, laboratorio, odontología y promoción social.

El Servicio de Salud tiene en sus planes a corto plazo, convertir la Unidad Local de Nazareth en Unidad Intermedia. Todos los organismos pertenecientes al Servicio Seccional de Salud, que conforman teóricamente la regional de Barranquilla, es decir las Unidades Locales de:

Nazareth.

Niño Jesús.

Soledad.

Baranoa.

Santo Tomas.

En la ciudad de Barranquilla funcionan más puestos de salud dependientes de la Secretaría Municipal de Salud; están funcionando co

mo entidad aislada del Sistema de Salud y dependientes de la Alcaldía Municipal y el gobierno de Barranquilla. El Servicio Seccional ha hecho esfuerzos para la integración, invitando al Secretario de la Salud Pública Municipal a formar parte del Comité Técnico del Servicio y tratando de que las actividades que cumplan los puestos y centros de salud del municipio, formen parte de la programación del Servicio de Salud frente al Ministerio y sean, por tanto, objetivos de evaluación.

- Cobertura de la Entidad :

La Unidad de Salud del municipio de Barranquilla brinda servicios de atención médica al sector urbano de la ciudad, a través de 22 puestos de salud y un hospital sede. Los puestos de salud se encuentran ubicados en los siguientes barrios :

Simón Bolívar, Pasadena, La Chinita, Rio Montes, Las Flores, Juan Mina, El Pueblo, Las Américas, Santa Maria, Santo Domingo, Carrisal, Buena Esperanza, La Ceiba, Nueva Colombia, Santino, San José, Ebaristo Surdíz, Los Rosales, Bosque Centro, Bosque, Alfonso López, San Felipe y el Hospital Pediátrico ubicado en el barrio El Carmen.

En relación a la atención primaria que hace parte del nivel local

de la ciudad de Barranquilla, ésta se orienta esencialmente hacia las comunidades, atendiendo los problemas sanitarios que padecen, prestan los siguientes servicios: Preventivo, curativo, rehabilitación y fomento de salud. Estos servicios están condicionados a la estructura económica del Ministerio de Salud, como los recursos que prestan las comunidades, éstos varían de una comunidad a otra.

El nivel primario se basa en la definición nacional de políticas y programas de desarrollo del recurso humano, incluyendo su formación, actualización y utilización, con base a las estrategias del Gobierno Nacional de acuerdo a las necesidades de salud que presenta cada comunidad; se da énfasis en el desarrollo de nuevos tipos, incluyendo la incorporación y mejoramiento de los agentes comunitarios y la creación y desarrollo de métodos no convencionales de capacitación.

b. Nivel Operativo Regional :

En el Departamento del Atlántico solo existe legalmente constituida una regional: La Unidad Regional de Sabanalarga, establecida mediante Resolución N° 004772 del 23 de octubre de 1.975. Esta regional está conformada por las unidades locales de: Sabanalarga, Tumaco, Repelón y Campo de La Cruz.

La sede de la unidad regional es el Hospital de Sabanalarga. El único hospital local es el de Campo de la Cruz; aunque en diversos documentos oficiales se les han venido llamando hospitales locales a los centros de salud con camas para atención de partos normales del Uruaco y Repelón.

La llamada Regional de Barranquilla no ha sido establecida legalmente, desde el punto de vista teórico tiene como sede el Hospital de Barranquilla y mediante un insipiente sistema de referencia a éste hospital deben enviar los pacientes las unidades locales de Nazareth, Puerto Colombia, Baranoa, Soledad, Santo Tomás y el Niño Jesús.

c. Nivel Operativo Universitario:

Constituído por hospitales con capacidad, tanto técnica como de dotación y de personal, para atender las diversas patologías que necesitan atención muy especializada. Son, por tanto, los centros de referencia finales dentro de la cadena de revisión de pacientes. Generalmente son sedes de las diferentes facultades de ciencias de la salud, sin que por ello se contradiga una de las disposiciones más importantes que se han tomado dentro de la política de integración docente-asistencial, relacionado con la descentralización de la docencia y el aprendizaje en los otros niveles operativos del sis

tema.

1.2.2. Sub-Sector de la Seguridad Social:

El sub-sector de la seguridad social en Colombia está representado por más de 100 instituciones de orden nacional, departamental, municipal y submunicipal, con diferentes regímenes prestacionales; éstas solo alcanzan a cubrir un 15.8% de la población. Estas instituciones tienen diversas normas prestacionales, diferente solidez financiera y variado sistema administrativo. (Ver gráfico N° 1).

La población con alguna norma de seguridad social se concentra principalmente en los grandes centros urbanos, coincidiendo con la concentración del sector moderno de la economía. El más importante de las instituciones de éste sub-sector es el Instituto de Seguros Sociales, el cual fué creado por el Decreto Ley N° 2324 de 1946 en desarrollo de la Ley 9 del mismo año, inició operaciones en el año de 1.948, entidad adscrita al Ministerio de Trabajo presta servicios al trabajador, a la esposa o compañera en maternidad y al hijo menor de 18 años; además cubre riesgos de vejez, invalidez y muerte; así mismo facilita la prestación de servicios de diferentes modalidades por intermedio de instituciones del sector público y privado.

**COBERTURA DEL SECTOR POR SUBSECTORES
COLOMBIA, 1983**

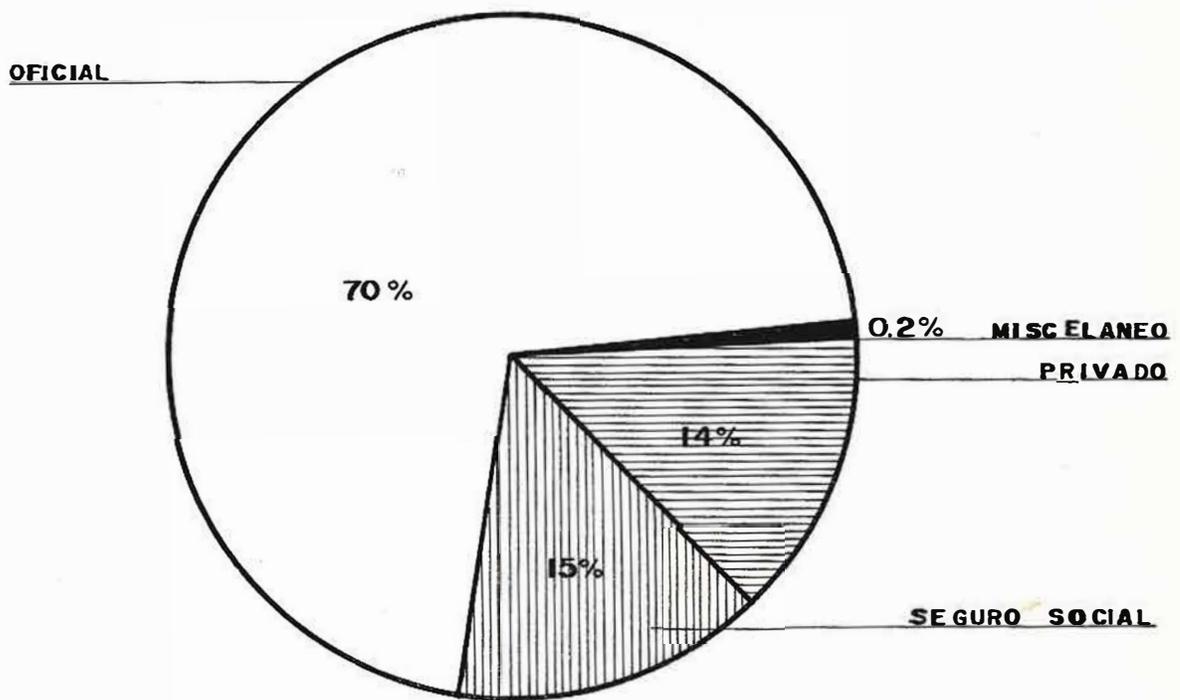


GRAFICO N. 1

La Caja Nacional de Previsión Social es otra entidad de éste sub-sector, también adscrita al Ministerio de Trabajo y que cubre a la mayoría de los trabajadores del estado del orden nacional. La Caja cubre los riesgos de enfermedad profesional, no profesional, indemnización por accidente de trabajo, pensión de invalidez, jubilación y seguro de muerte, que consiste en un año de salario si es muerte natural y dos años si es enfermedad profesional o accidente de trabajo. El funcionamiento de la Caja es tripartida, por aporte del empleado, empleadores y presupuesto nacional.

Además de las entidades antes mencionadas y adscritas al sub-sector de Seguridad Social, existen otras como son: La Caja Departamental y Municipal de Previsión Social, Servicios de Atención Médica de otros Ministerios.

1.2.3. Sub-Sector Privado:

Está constituido por clínicas particulares, consultorios médicos, odontológicos y los laboratorios privados. En éste sub-sector tienen cabida algunos sistemas de pago, los cuales se han venido desarrollando en los últimos años, e igualmente en los Servicios de Salud de las Cajas de Compensación Familiar; la mayoría de las empresas afiliadas a éstas cajas son de origen privado. El 95% de las cajas ofrecen algunos servicios de salud: Consulta médica general

y especializada, medicina preventiva, servicios auxiliares de diagnóstico y una de ella hospitalización y pediatría.

Las Cajas de Compensación, si bien es cierto que se financian con un 4% de la nómina de la empresa y cumplen funciones complementarias de la seguridad social, se inscriben en su funcionamiento y en el sector privado.

1.2.4. Sub-Sector Misceláneo :

Este sub-sector está constituido por servicios de salud de diferentes organizaciones del gobierno como: Ministerio de Justicia para las cárceles e INCORA para las áreas de colonización, su incidencia es muy limitada.

1.3. EL ASPECTO ECONOMICO Y POLITICO DE LA SALUD :

El estado de la salud de una población es el reflejo de las condiciones socio-económicas de la región, el nivel de vida y el grado de desarrollo que se esté presentando en un país y sus habitantes, ya sea a nivel intelectual o físico. Por lo tanto, el sector salud no puede ser estudiado aisladamente, sino enfocado dentro del contexto social como parte integrante en la búsqueda del desarrollo social y económico de un país.

En las naciones ricas y cultas se ha logrado plena realización en los sectores de la educación y salud; en el tercer mundo no solo hay todavía sectores de la población marginados y alejados de estas conquistas, sino paradójicamente no reciben los servicios mínimos para responder a las necesidades básicas. En Colombia el porcentaje de población factible de atender no llega al 60%. La situación observada en el año de 1.986 muestra claramente un serio problema de deficiencia en la prestación de los servicios de salud, debido principalmente a la ausencia de un mecanismo permanente de supervisión y control de gestión en todos los niveles de la organización de salud, a la falta de adecuado sistema de suministros, dotación y mantenimiento, y a horario de prestación de servicios que no corresponden a las características de la comunidad.

"Por todas éstas razones la salud despierta hoy día gran interés por el papel que cumplen en el desarrollo económico y social de un país; en materia de salud Colombia no posee todavía un nivel aceptable para el desarrollo general del país, el sector cuenta con muy buenos recursos tecnológicos y humanos, aunque carece de dineros adecuados para mejorar instalaciones hospitalarias ya existentes o para combatir enfermedades que causen la muerte a miles de colombianos; de ahí que el sector salud se ha convertido, con el pasar de los tiempos, en una necesidad social y el Estado como motor del

desarrollo tiene el deber de crear y ejecutar una política de salud que responda a la demanda del servicio de la población dirigida y a la vez estimular al mejoramiento administrativo de los organismos encargados de la prestación del servicio, mediante el establecimiento de funciones claramente definidas, basadas en una adecuada descentralización administrativa y financiera; fortalecimiento del sistema de regionalización para alcanzar una adecuada oferta de servicios, con el propósito de proporcionar a la población una atención integral y oportuna en el nivel de complejidad que le corresponde de acuerdo a la severidad de los problemas de salud, prioridad especial se dará al nivel de atención primaria, entendiendo ésta al conjunto de acciones tanto a las personas como el medio ambiente tendientes a satisfacer las necesidades básicas de la comunidad en relación con promoción, prevención de las enfermedades más frecuentes y prestación del servicio mínimo de recuperación y rehabilitación"

Con la disposición de buenos programas de salud el Estado puede incidir eficazmente en la conformación de un hombre que actúe di-

² CENTRO LATINOAMERICANO DE T.S., Trabajo Social en la Política del Estado, Editorial Humanitas, Pág: 110.

námicamente en las actividades económicas, productivas y desempeñando un papel positivo en el proceso del desarrollo que varía de acuerdo a las estructuras sociopolíticas vigentes.

La salud tendrá un carácter clasista o dependiente del tipo de Estado del que se trate, es decir, en los países como el nuestro difícilmente pueden ofrecer un servicio de salud que responda a las necesidades de la población porque ésta no tiene igualdad de oportunidades en el aparato de la producción y además porque se da prioridad a otros servicios de importancia general. Sin embargo, en Colombia se realizan programas de salud dirigidos a la población, los cuales contienen programas encaminados a satisfacer las necesidades de salud en forma parcial.

En salud existe un sector privado y uno público. Al sector privado no le interesa satisfacer las necesidades básicas de la salud sino incrementar la tasa media de ganancias; en este sentido las altas tarifas que maneja el sector privado afecta el núcleo de la salud, excluyendo al grupo de la población de bajos recursos que solo tendrá acceso a ella como una participación creciente del Estado bajo una óptica de equidad mediante el manejo de tarifas subsidiadas.

"Haciendo relación a lo que compete al aspecto financiero del sector salud, el cual ha diseñado un marco teórico conceptual e identificado los centros de decisión, dirección y operación del sistema de salud que actúa en la gestión financiera, se han descrito las actividades que tienen un reflejo en lo económico, estableciendo para cada uno el componente del área financiera en el cual se circunscriben y es así como el sector salud ha diseñado un modelo que comprende los requerimientos de información financiera de los diversos centros de decisión, dirección, operación, normas, procedimientos e instrumentos para la captación, elaboración, análisis y utilización de dicha información. Sumado a esto el Ministerio de Salud está sistematizando, en su centro de computos, la información presupuestal básica de los servicios seccionales de salud y las modificaciones habituales posteriores, de tal manera que se obtenga un verdadero análisis financiero"³

En la gestión financiera el sector salud también tiene en cuenta todas las instituciones de salud, por sus implicaciones para todo el proceso de administración financiera.

³ JARAMILLO SALAZAR, Alfonso, Desarrollo de una Política de Salud, Ministerio de Salud, Pág: 222.

- La legislación y las condiciones de trabajo.
- Los gastos de funcionamiento de los servicios.
- La organización interna de los efectores.
- Las características de los programas.
- Las actitudes y conductas apropiadas que se requieren.

Sólo así se puede vencer la improvisación".⁴

Muchos de los conflictos existentes en el sector salud son causados por el desequilibrio entre la oferta y la demanda que se detectan como áreas críticas debido a una deficiente planificación. El alto grado de empirismo en el personal auxiliar de las áreas de administración, mantenimiento, hospitalario, enfermería, odontología, promoción social se reflejan hoy día en los hospitales que durante mucho tiempo han padecido este problema.

La administración es el primer factor que explica el problema hospitalario, el no contar con administradores eficientes es una de las causas que origina el quiebre de los hospitales.

⁴ KISNERMAN, Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Editorial Humanitas, págs: 54 - 55.

El exceso de demanda de servicios es el segundo de los factores que han contribuído a crear la situación deficitaria de los grandes hospitales paralelamente al gran crecimiento demográfico de la nación, la demanda de los servicios médicos aumentó por la migración del campo a la ciudad.

El clima laboral y la incomodidad de los estudiantes de Medicina forman el tercer elemento de la problemática hospitalaria; las leyes de Colombia prohíben las huelgas en los servicios públicos, sin embargo, en el país se han hecho corriente los paros en los centros hospitalarios para solucionar los conflictos laborales. Al estado de constante enfrentamiento se agrega el ingrediente político que se encuentra en las instituciones de salud como en las del sector de educación; el ambiente y las condiciones propicias para tocar la sensibilidad social propia de nuestros tiempos, con el propósito de desmeritar los progresos que se van logrando, estimular las críticas y fomentar el estado de caos en instituciones tan vitales para la sociedad. A ésta mezcla explosiva se agrega el fomento de la inconformidad estudiantil que se expresa hoy con mayor intensidad en los grupos de internos y especialistas.

El aumento desproporcionado de los costos de operación es el cuarto factor del problema que estudiamos; la devaluación de la moneda

su poder adquisitivo han sido una constante económica en las últimas décadas, fenómeno que afecta en mayor o menor grado a las naciones del Occidente.

Los efectos de ésta realidad están expresados con gran fuerza en la órbita de los hospitales.

"La solución hospitalaria del país tiene que partir del cambio de actitud de sus propios estamentos, mejorando la calidad de la administración, procurando un clima sin confrontaciones entre directivas y sindicatos, evitando la burocracia excesiva que los arruina y acatando las pautas del ministerio de salud que ha establecido rigurosos sistemas standarizados para las operaciones de los grandes hospitales. La reducción del gasto y el ordenamiento racional de la estancia del enfermo son factores indispensable de establecer"⁵

De ésta forma podemos observar que el sector salud siempre ha padecido los mismos problemas de improvisación, generando desajustes los cuales se reflejan con más fuerza en los centros hospitalarios; la problemática de las instituciones de salud se deja sentir ya

⁵ CALVO, Haroldo, DUEÑAS P., Abel y PORRA, José Armando, El Nuevo Enfoque de la Salud en Colombia, Pág: 28

que son éstas entidades las encargadas de prestar un servicio a la comunidad, el cual carece de deficiencias y recursos humanos, físicos y económicos suficientes para su mantenimiento.

Los distintos gobiernos aplican posibles alternativas de solución para superar de una u otra forma el problema del sector salud. A continuación se realizará un bosquejo general del cuatrenio presidencial reciente: Para el gobierno conservador del Dr. Belisario Betancour, la política de salud es apoyada por otros sectores los cuales han enfocado su solución en forma integral, como es el caso del mejoramiento de la vivienda campesina, la provisión de la vivienda urbana, la dotación de agua potable y la producción de alimentos. Todos estos elementos son componentes de la política económica que disminuirá los riesgos de enfermar y morir.

Por otra parte una política de empleo e ingreso que beneficie los sectores marginados, una educación continua e integral y una política de justicia y seguridad ciudadana son estrategias de ordenamiento del cambio social que apoyaron la salud pública con la prevención social de enfermedades. De éste modo la política de salud sería coherente con el conjunto de la política económica y social expuesta en el Plan.

La prevención de las enfermedades, el aumento de las coberturas de servicios asistenciales más desfavorecidos y la mejora de su calidad de una parte, objetivos que tienden a lograr mayor equidad social y de otros objetivos estratégicos para elevar la productividad del trabajo, lo cual depende en buena medida de la salud de la población.

En éste gobierno también se le dió importancia a la construcción de la vivienda sin cuota inicial para la población menos favorecida, ya que de una cuarta parte de la población reside en chozas o tugurios. El mejoramiento de la calidad de la vivienda campesina y urbana contribuirá a la prevención de enfermedades infecciosas, intestinales y asinamientos familiares, el cual facilita la transmisión de enfermedades y eleva los riesgos de accidentes domésticos.

Para concluir podemos decir que la organización política y económica de nuestro país tiene una conexión íntima con el desarrollo de la salud; para lo cual se hace necesario que el sector financiero de la salud junto con el recurso humano satisfagan realmente las necesidades de la población para darle un viraje diferente a la salud de nuestro pueblo.

1.4. LA SALUD EN EL ATLÁNTICO Y LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL :

El Departamento del Atlántico está localizado en la Costa Norte de Colombia, limita al Norte con el Mar Caribe; al Oriente con el departamento del Magdalena, limite marcado por el río del mismo nombre; al Suroccidente con el departamento de Bolívar, separado de él por el Canal del Dique.

La población calculada según cifras arrojadas por el DANE en el censo realizado en el año 1.985 es de 1'564.409 habitantes, de los cuales el 67.8% se concentra en su capital Barranquilla, el otro 32% residen en los restantes 22 municipios.

El departamento del Atlántico es una de las regiones colombianas que presentan grandes problemas en cuanto a salubridad se refiere, hasta el punto que la sola ciudad de Barranquilla se encuentra asfixiada por una población enferma y afectada por la constante proliferación de epidemias infectocontagiosas que hacen verdaderos estragos en la población adulta e infantil. Esto se demuestra en la información que presentaron los Servicios Seccionales (departamento de Estadística) de Salud del Atlántico de este primer trimestre de 1.987.

Las cifras que presentan las epidemias de Gastroenteritis y Polio en la población infantil tienen invadido la ciudad de Barranqui

lla, especialmente al Sur. "Todos los virus que causan una determinada enfermedad necesitan un hábitat para reproducirse en el medio ambiente; es lo que al parecer ha encontrado en el sur de Barranquilla, donde no hay infraestructura sanitaria, el microorganismo patógeno que produce la Poliomiélitis", señaló el jefe departamental de atención médica Jorge Biñao Ramírez.

En el presente año, hasta el 15 de junio, han sido detectados ocho casos de Poliomiélitis. Este año la incidencia de la parálisis ha subido, lo más probable es que ésta situación se este registrando por las bajas coberturas que existen en las vacunaciones contra esta enfermedad. Toda esta situación se debe a que el Ministerio de Salud ordenó hace unos meses, deducir todo el recurso humano a la vacunación contra el Sarampión, enfermedad que también ocasionó una gran epidemia; este trabajo de emergencia mitigó a que en cierta forma se disminuyera la atención sobre la vacunación contra el Polio.

La Gastroenteritis es una enfermedad que también está mareando niveles epidémicos y su aparición en forma fuerte puede ser un factor influyente en que el virus de la parálisis infantil este presente en el ambiente, ya que la transmisión de esta enfermedad es por la vía fecal-oral. En este momento hay una epidemia de Gastroenteritis y sabemos que es por la deficiente infraestructura sanita-

ria, las materias fecales son arrojadas en el Sur de la ciudad a los arroyos o cualquier lugar encontrado, el virus de la polio es evacuado por un niño portador portador del virus en las materias fecales; además, este agente patógeno vive y se reproduce en aguas negras. Así que puede considerarse que la Gastroenteritis, en cierta forma, está influyendo para la aparición de casos de parálisis infantil, partiendo del punto de vista de la transmisión oral-fecal de ésta enfermedad.

Los síntomas que presentan estas epidemias son cada vez más alarmantes, de ahí la razón de implantar campañas tendientes a la erradicación de tales enfermedades, o por lo menos controlar en gran medida la expansión.

Muchas personas consideran que la proliferación de este tipo de enfermedades transmisibles pueden evitarse intensificando las campañas de vacunación para prevenirlas, pero el surgimiento de numerosos casos de diarrea aguda y poliomielitis nos dá una idea del fracaso de las campañas de prevención de enfermedades transmisibles cuando se trata de una ciudad como Barranquilla, cuyas consideraciones, en cuanto a salubridad, son cada día peores.

El primer trimestre de 1.987 es considerado por los medios de comunicaciones y por los Servicios de Salud del Atlántico, como difi

cil para la población infantil del departamento, ya que se han presentado alrededor de 5.841 casos de enfermedad gastrointestinal. La aparición de ésta enfermedad fué el tema noticioso más importante durante el período antes señalado. Esta epidemia ha cobrado, hasta el momento, muchas víctimas y tal parece que las autoridades sanitarias del departamento, como son los Servicios Seccionales de Salud, no son la respuesta a las políticas de desarrollo que deben caracterizar a una comunidad en plan de transformación social. Los Servicios de Salud del Atlántico obedecen más al incremento de la burocracia que al bienestar de la población más necesitada de nuestro departamento; es por esta razón que una de las principales causas que generan el problema de salud en el Atlántico es el mal manejo que hacen diversos grupos de las instituciones gubernamentales que en gran parte les corresponde vigilar, prevenir y atender la salud de los niños y adultos. Esta situación más que una particularidad es una constante a toda la problemática de la salud.

Las instituciones de salud en nuestra ciudad no cuentan con suficientes equipos de laboratorio especializados que permitan intervenir a nivel científico para el control de epidemias transmisibles, así mismo se dá la insuficiencia de recursos como también el mal manejo de los existentes.

La solución a toda esta problemática relacionada con el aspecto salud están ubicadas a partir de un presupuesto que responda a las exigencias de la población y en su correcta utilización, es decir, crear los mecanismos que permitan que las estructuras existentes del Sistema Nacional de Salud den salida a ésta situación, ya que la atención en salud está directamente relacionada con la existencia de recursos que respondan a las necesidades de la población.

Sin embargo, en nuestro medio suele suceder que no existen los recursos institucionales suficientes para la atención de la población, caso particular en la ciudad de Barranquilla en donde las instituciones públicas existentes no alcanzan a cubrir la demanda de la población donde se observan cantidades de enfermos en espera de atención alguna, a pesar de todos los esfuerzos que se están realizando para que se obtengan resultados diferentes en cuanto a la atención médica.

Además de darse la insuficiencia de establecimientos e instituciones encargadas de la prestación de los servicios de salud, nos encontramos frente a una serie de factores sociales condicionantes como son: Las diferencias económicas y culturales entre los grupos sociales, figurando como la gran causa de la patología social.

Los defectos de la organización social, tales como las contradicciones culturales en nuestra sociedad producen conflictos psicológicos en los individuos, siendo estos fuentes de desórdenes mentales condicionando una vez más la salud de nuestra población.

En ésta medida podemos decir que: "La salud en primera instancia vinculada a la esfera de la producción como una forma de consumo y reproducción de la fuerza de trabajo, y por otra parte como un proceso productivo cuyos resultados son la producción de los Servicios de Salud"⁶.

Si miramos este concepto con el vivir cotidiano nos muestra que en nuestro país, Colombia, aunque una persona goce de salud por lo menos hay otras que no tienen capacidad para comprarla.

A pesar de toda ésta situación, "actualmente en el departamento del Atlántico se está realizando una serie de programas de salud, ya sean de atención a las personas o al medio, son éstos el grupo de participación de la comunidad con los programas de promoción

⁶ SEMINARIO LATINOAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL, México, pág: 1.

de la salud e información y consideraciones, y la sección de epidemiología".⁷

En el programa de participación de la comunidad en salud, el cual tiene como objetivo lograr que cada una de las personas asuma como propio el cuidado de sí mismo y del medio ambiente que lo rodea, impulsando el incremento en la demanda por servicios preventivos y racionalizando la demanda por servicios asistenciales, además se busca transformar a través de talleres educativos y otros medios los conocimientos relacionados con las enfermedades.

En el área de atención a las personas, la comunidad participa en la organización de las jornadas de salud, en los programas de rehidratación oral y creación de fondos comunales de salud.

En la sección de Epidemiología entre sus actividades están la observación del comportamiento de enfermedades prevalentes mediante el análisis de la información estadística, con el fin de mejorar el conocimiento de la situación de salud del departamento y diseñar programas de prevención y control de esas enfermedades, así como la evaluación de resultados de las medidas que se aplican.

⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO, Agosto de 1.986, Pág: 31.

La división de atención médica tiene a su cargo la prevención y tratamiento de las enfermedades y de la rehabilitación de las personas. Dirige la atención ambulatoria e intrahospitalaria, se encarga de las actividades de enfermería, de los programas de atención a la madre y al niño, salud oral, salud mental, control de medicamentos y programas médicos especiales.

En atención a las personas durante 1.985 se produjeron 34.206 egresos hospitalarios; 63.484 consultas médicas; 88.651 controles de enfermería; 166.170 visitas familiares a cargo de las promotoras de salud; se vacunaron 68.649 niños menores de 4 años y mujeres en edad reproductiva 122.137.

Desde el año 1.985 el departamento del Atlántico por intermedio del Doctor Rosanía Vitola, Jefe del Servicio de Salud del Atlántico, inició el manejo del nuevo Programa Plan Nacional para la supervivencia y el desarrollo infantil que se cumple en Colombia atendiendo el decreto presidencial N° 534 del 22 de febrero de 1.985 mediante el cual los Ministerios de Salud y Educación orientarían un plan a través del sector salud, los maestros y los estudiantes de noveno grado, tendientes a educar a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades perinatales, inmunoprevenibles, respiratorios, la enfermedad diarréica aguda, la mal nutrición y la

deprivación psicoafectiva.

"El Plan Nacional para la Supervivencia de la Infancia (P.N.S.D.I) está dirigido en el Departamento del Atlántico por un comité departamental presidido por el Jefe del Servicio de Salud y el Secretario Departamental de Educación, e integrados por representantes de esas dos dependencias".⁸

Las entidades de salud tienen a su cargo la preparación de los maestros para la planeación, desarrollo y evaluación de la capacitación teórica de los estudiantes de noveno grado sobre las enfermedades que se tratan de evitar con el P.N.S.D.I. Los estudiantes fueron supervisados por los maestros y los coordinadores de área, 120 para el Departamento del Atlántico, constituidos por profesionales de la enfermería, trabajo social, medicina, arquitectura, nutrición y veterinaria.

Para el logro de las metas anteriores en las áreas de atención a las personas, las acciones sobre el medio ambiente y el P.N.S.D.I,

⁸ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO, Agosto de 1986, Pág: 47.

es necesario el funcionamiento de una buena administración en el Servicio de Salud del Atlántico.

En el año de 1.986 el presupuesto del Servicio de Salud está tasado en \$1'839.231,000, de los cuales \$ 68.100,000 están destinados a gastos de funcionamiento. Su financiación corresponde en un 42.8% a la nación y en el 57.2% a recursos departamentales y municipales, incluyendo en el primero los aportes provenientes de la beneficencia, lotería, licorera e impuestos a la cerveza; y al segundo el de registro y de anotación, también se obtienen dineros por venta de servicio.

- Participación del Trabajador Social en Salud en el Departamento del Atlántico :

Entendiéndose Salud como: "el resultado de la combinación de muchas fuerzas intrínsecas y extrínsecas, heredadas y adquiridas, individuales y colectivas, público y privado, médicas, ambientales y sociales; condicionados por la cultura y la economía, por la ley y el gobierno".⁹

La intervención del Trabajador Social no puede entenderse aislada

⁹ MEMORIA DEL IV CONGRESO DE TRABAJO SOCIAL, Medellín, Octubre 21 al 24 de 1.981.

de un equipo interdisciplinario donde cada uno aporte sus conocimientos y experiencias hacia el logro de un objetivo común, claro y definido, conoce el campo de acción del otro y acepta a plenitud la cooperación de los miembros integrantes del mismo.

La participación del Trabajador Social en el Departamento del Atlántico se da en todos los sistemas de salud, tanto administrativo como operativos y en las acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud; investigando necesidades y características de las comunidades y población beneficiaria, definiendo y ejecutando políticas, normas y programas orientados a brindar una atención integral a los usuarios de los servicios de acuerdo con sus necesidades, recursos, su situación social y la económica; promoviendo y orientando la participación activa y consciente de la comunidad en los programas, asesorando al equipo de salud en el trabajo y la relación con la comunidad, estableciendo relaciones de coordinación intersectorial y participando en las evaluaciones de las acciones de salud.

Todas las funciones que el Trabajador Social realiza en el sector salud en el Departamento del Atlántico muestran un campo de acción muy amplio que está condicionado a la integración que éste realice en el equipo de salud, aportando sus conocimientos y expe-

riencias en el área social con el fin de que los programas y servicios respondan a las condiciones y necesidades reales de la población a la cual van dirigidas.

Entre las funciones que el Trabajador Social realiza tenemos :

- A nivel Seccional:

Los trabajadores sociales ubicados a nivel de los servicios seccionales se integran al equipo de salud cumpliendo , por delegación, las mismas funciones del Ministerio de Salud, adoptándolas a las costumbres y realidades de los departamentos, intendencias ó comisarías; especialmente al Trabajador Social le corresponde :

- Incorporar a los programas y servicios de salud el componente de participación de la comunidad y el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas sociales que impiden la conservación y restauración de la salud.
- Relacionar las instituciones de salud con las instituciones de prevención, rehabilitación y protección, a fin de cooperar para el logro de una atención integral.
- Asesorar y supervisar las unidades operativas en la ejecución de las funciones del Trabajador Social.
- Asesora y coordina al equipo en la promoción, organización y participación de la comunidad en las acciones de salud.

- Evaluar los resultados del programa de participación de la comunidad en salud y proponer cambios o modificaciones.
- Coordinar acciones de educación, promoción, organización y participación social con los diferentes reparticiones que precisen de éstas acciones en el desarrollo de sus programas específicos (materno-infantil, venéreas, tuberculosis, salud mental, saneamiento ambiental e inmunización).
- Realizar investigaciones acerca de la incidencia de los problemas sociales en salud.
- Establecer normas en materia de Bienestar Social para los grupos de población atendidos por el sistema (niños, adultos y ancianos), de acuerdo con sus características y patologías.
- Diseñar, promover y ejecutar actividades de educación y capacitación en los diferentes programas de salud.
- Participar en las actividades de asesoría y supervisión de las unidades de salud del nivel inferior, en cuanto a las relaciones intra y extrainstitucionales.
- Participar en la programación, ejecución y evaluación de los programas de bienestar social laboral.

- A Nivel Regional :

El Trabajador Social cumple por delegación del nivel seccional las funciones de éstos, adaptándolas a las condiciones de la región, a-

demás por estar en un nivel operativo cumple con funciones de ejecución, así:

- Promover y organizar las comunidades de su área para obtener la participación activa en las acciones de salud.
- Realizar estudios socio-económicos y culturales del área de influencia de la regional y para programar servicios.
- Realizar estudios, diagnósticos y tratamientos de los problemas sociales que incidan en la institución de salud o recuperación de los pacientes que sean remitidos por atención médica, de acuerdo con la patología, características y problemas de los pacientes, conformar grupos terapéuticos o de promoción. Actúa a nivel individual con el paciente ó interviene a nivel familiar.
- Orientar a la población acerca de la adecuada utilización de los servicios.
- Programar y coordinar las acciones de promoción y educación en salud.
- Establecer las políticas y mecanismos de clasificación socio-económica que regulan el pago de servicios, supervisar y controlar las actividades de las auxiliares de Trabajo Social en éste aspecto.

2. PLANEACION EN SALUD

2.1. ¿QUE ES LA PLANEACION EN SALUD Y COMO SE DESARROLLA?

"La planeación es un continuo proceso de toma de decisiones en el cual a partir del estudio de los problemas se determinan las políticas, estrategias, se definen los objetivos y metas involucradas en él, se diseñan los programas y actividades para llevar a cabo las estrategias y se elaboran planes operacionales para hacer efectivo los programas"¹⁰

La planeación en salud ha sido un tema de bastante discusión en los últimos años. Se han registrado expectativas y frustraciones, enfrentamientos ideológicos, interpretaciones diversas, innumerables definiciones desde la más escueta hasta la más elaborada; es por esto que se hace necesario referirnos al diagnóstico ya que el

¹⁰ SUMIS, Abram, Medicina Sanitaria y Administración de Salud, Tomo II, pág: 137.

proceso de planeación y programación con el diagnóstico de la situación y la toma de decisión de planeamiento por parte del nivel político y administrativo es responsable en la conducción y orientación del sistema. Por lo tanto, el diagnóstico consiste en recoger, procesar y analizar la información necesaria que muestre en forma integral la real imagen de una comunidad, tanto los aspectos específicos de salud como de aquellos otros factores que influyen y condicionan el estado y nivel de salud de dicha comunidad.

A continuación enunciaremos en forma simplificada las áreas que se deben tener en cuenta para la elaboración del diagnóstico :

DEMANDA

OBJETIVO :

Conocer las necesidades de salud de la población en términos de volumen y características de dichas necesidades, para lo cual se hace necesario :

- Delimitar el área geográfica, servicio seccional y Ministerio de Salud.
- Análisis del volumen y características de la población en dicha área.
- Conocer la situación de salud de dicha población.

VARIABLES :

- Población: permitirá el estudio de todo lo relacionado con aspectos demográficos involucrados en la interacción entre la oferta y la demanda.
- Riesgos: posibilita el análisis de los daños cuya acción pretende controlar.
- Población y Riesgos: constituye una circunstancia inestable, susceptible a cambios determinados por la evolución natural o por la intervención activa del sector salud.

Para la elaboración del diagnóstico y el desarrollo de la planificación, ésta área es de vital importancia ya que es aquí donde la comunidad va a participar, pues ella es rector principal en la enunciación de sus necesidades y de su participación, ya sea activa o pasiva va a influir en la formulación de una buena política que contenga programas para salvar en gran medida los problemas de la población en relación con la salud.

Cuando nos referimos a la comunidad no podemos dejar pasar por alto la participación de ésta y más aún cuando es el mismo estado quien le dá vida jurídica por medio del decreto ley N° 350 del 4 de marzo de 1.975, insertando dentro de los planes de salud el proyecto de participación comunitaria a nivel Nacional. Es así como la participación comunitaria se entiende como una estrategia dirigida para que las comunidades consideren la salud como una responsabilidad compartida y no exclusiva del personal de salud y del estado, permitiéndose la participación consciente y permanente de la comunidad.

El S.N.S. vió la necesidad de incluir la participación comunitaria como un elemento que tuviese derechos y obligaciones de conocer y analizar críticamente todos los aspectos de su propia realidad para transformarlo e inducir cambios que armonicen el crecimiento

económico en el progreso social y asimismo se organicen y participen en el diagnóstico, ejecución, supervisión y evaluación de los planes y programas encaminados a mejorar sus condiciones de salud. En la medida que la participación comunitaria se realice de ésta forma, todos los objetivos y metas que se proponen en la planeación se materializarán, pero existe un problema, que la comunidad se sienta en un momento dado sin el espíritu crítico, analítico y emprendedor que se requiere y caiga en el activismo puro, ha cedores de cosas que les ordena por una determinada institución que los dirige; es aquí donde se va a originar una participación comunitaria pasiva carente de autonomía y autenticidad, cuya actividad no convendría en un momento dado para una eficaz planificación.

Sintetizando se puede decir que la comunidad es elemento más importante, ya que el diagnóstico como etapa principal de la planeación surge de ésta y los planes y programas insertos en la planificación se van a aplicar a la comunidad. Por todo esto es necesario luchar para el logro de una verdadera participación comunitaria.

OFERTA

OBJETIVO:

Conocer el volumen y tipo de servicio que presta el sector salud y la infraestructura que permita entregar estos servicios en representación de las necesidades de salud de la población.

VARIABLES:

- Servicio: Estudia los productos del S.N.S. a través de los programas de atención a las personas y al ambiente.
- Infraestructura: Constituida por los insumos que permiten producir servicios clasificados en humanos, físicos y económicos.

FACTORES CONDICIONANTES:

Incluyen factores propios de las circunstancias que vive el país y que son condicionantes, no sólo de la oferta y la demanda sino del mismo nivel de salud y se realiza mediante indicadores relacionados con trabajo, vivienda, sociales, económicos, educación, alimentación, comunicación, biológicos y geográficos.

La información necesaria que alimenta el diagnóstico de estos tres elementos proviene fundamentalmente de estudios epidemiológicos de morbilidad, mortalidad, encuestas de salud, etc.

El siguiente gráfico refleja la interacción existente entre los tres componentes antes enunciados y que van a dar como resultado la realización de un diagnóstico social, objetivo y consciente.

GRAFICO N° 2
DEMANDA, OFERTA Y FACTORES CONDICIONANTES

Todo este vagaje teórico antes mencionado demuestra que si su aplicación fuera real el país colombiano no padecería de problemas de salud, pero la realidad es otra, ya que la situación actual que se presenta en los diferentes subsectores de la salud deja mucho que desear. Tomamos, por ejemplo, el caso que presentan los hospitales, la escases de recursos humanos, materiales, físicos y los deficientes servicios que se le prestan a la comunidad, sumado a esto las epidemias, contaminación, desnutrición y muchos otros problemas de salud que padece la población colombiana.

Lo anterior demuestra que los diagnósticos de salud están hábidos de una eficaz coordinación intersectorial (directivo y operativo) e

interdisciplinario y lo más importante que su realización se haga de una forma consciente y responsable, sin olvidar que el diagnóstico debe estar inserto en la política global que a la vez hace parte de lo social para que compatibilice con lo sectorial.

Por todo esto se puede decir que la planeación se concibe como el instrumento de recoger, procesar y analizar la información necesaria que muestre en forma integral la real imagen de una comunidad, tanto en los aspectos específicos de salud como de aquellos otros factores que influyen y condicionan el estado y nivel de salud de dicha comunidad.

De ésta área esencialmente polémica, donde confluyen la planificación, la política y la administración, cuyos procesos y actividades presentan zonas compartidas respecto de los cuales nadie podría establecer con absoluta certeza donde comienza y donde termina cada una de ellas; es aquí donde se desprende buena parte de los problemas que la planeación ha encontrado, sin embargo todo este intrincado proceso podría comprenderse mejor si se tuviera en cuenta que en este caso confluyen y deben coexistir la racionalidad: política, técnica y administrativa, en el cual no solo se vinculan estos procesos sino que también se relacionan los grupos humanos que son sus agentes: políticas, burócratas, grupos sociales

organizados; lo importante en sí es lograr que las racionalidades y los grupos humanos actúen armónicamente sustituyendo las situaciones de conflicto por situaciones de entendimiento, naturalmente el supuesto básico para que eso pueda darse es la aceptación de un marco ideológico común. Es difícil que los planeadores y los administradores de plana mayor puedan instrumentar decisiones políticas cuyo fundamento esencial el ideológico no comparten; es obvio que tales conductas son inaceptables, pues habitualmente llevan consigo el propósito definido de hacer que determinadas políticas fracases, lo cual será inevitable si los encargados de instrumentarlas no solo la comparten sino que en muchos casos son muy decididos opositores.

En definitiva lo que interesa es evitar excesivas sutilezas que intenten señalar donde termina la política y donde comienza la planeación, por el contrario, es preciso percibir que la planeación es el instrumento para la racionalidad técnica y viabilidad, mediante el proceso administrativo al conjunto de proposiciones contenidas en la política formulada, en donde se establecen prioridades y se diseña la imagen de la sociedad que se desea alcanzar.

La planeación es, por tanto, mucho más que una metodología de formulación de planes, debiendo visualizar tal como lo expresa

SONIS: "Una búsqueda racional de mecanismos para administrar el futuro".

2.2. PLANEACION NACIONAL :

En la actualidad el Ministerio de Salud aspira a organizar, coordinar o conducir el sector salud sobre la base constitucional legal.

Sin embargo, el poder real que posee sólo abarca el subsector público o incluso, a veces, sólo parte del mismo.

En los últimos años el Ministerio de Salud ocupado en administrar, desarrollar y dirigir servicios propios que representan proporciones cada vez menores de la capacidad instalada total , incorporar organismos de insumos o productos intermedios descuidando el desarrollo de técnicas y procedimientos aptos para orientar y regular el desarrollo del sistema en su conjunto.

En la nueva era política el Ministerio de Salud se comporta con coerta rigidez tecnocrática, acostumbrado a manejarse con un tiempo técnico le resulta difícil adaptarse a las exigencias del tiempo político, "paradójicamente, cuando la salida inserción del Ministerio de la cúspide política nacional, como miembro del gabinete que rodea el poder ejecutivo, permite superar la situación, algunas gestiones caen en lo que podría llamarse la trampa de la puer-

ta giratoria, como lo denominó Van Weis Zaacker: La visión de un nuevo panorama se hace pagando el precio de dejar de ver el que antes dominaba"¹¹

La incorporación de los criterios políticos desplaza a los criterios técnicos y frecuentemente realiza los componentes tácticos de la lucha política, de ésta manera se pierde la percepción de los componentes estratégicos de más largo plazo que son la marca distintiva de los gobernantes. Ante ésta situación de complejidad creciente y cambio institucional velóz, la burocracia ministerial no responde con agilidad sino que cada vez complica más las cosas y crea una dependencia tras otra (oficina de organización y método de control de gestión, desarrollo institucional, etc), de ahí que lo que sucede realmente en el Ministerio de Salud es que reestructura la estructura burocrática existente y no se desecha nada; ésta es una de las causas principales para que las políticas en el sector salud sean con secuencia de los programas de gobierno. Sumado a toda esta problemática del Ministerio de salud, le agregamos la burocratización que poseen la mayoría de los profesionales que intervienen en la organización, planeación y coordinación de las políticas de salud, como son los médicos y los sanitarios, elemento técnico en el Mi-

¹¹ BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, Volumen 100, Enero de 1.986, Pág: 15

nisterio, los cuales cambian su comportamiento adoptando una conducta más fácil y no comprometidos, lo que lleva a confirmar que en el Ministerio de Salud se ponen de relieve los componentes políticos y se atenúa el perfil de los procesos. La politización del ámbito de la salud lleva, a pesar que las respuestas e intervenciones van actuando cada vez más, su carácter político ya que las decisiones que se toman en el sector salud pertenecen ideológicamente a la política.

La realidad es que el poder de los servicios de salud, al igual que el Ministerio, se va haciendo más exiguo cuando más densa y sólida es la red de los intereses, tejida alrededor del sistema real. En lo que respecta a la planificación, programación y evaluación del sector salud a nivel nacional, tenemos que el Departamento Nacional de Planeación (DNP) es la entidad gubernamental encargada de preparar las opciones de política para las deliberaciones pertinentes, en primer :

- Al Consejo Nacional de políticas y economía social (CONPES).
- Congreso.

El Plan Nacional es responsabilidad conjunta de la oficina de planeación del Ministerio de Salud y la División de Salud de D.N.P. Cada nivel del sistema de salud (ministerios y servicios secciona

les) consolida la información y los planes dentro de la jurisdicción y los envía a análisis y aprobación del siguiente nivel; el Ministerio de Salud los examina a fin de asegurar su cohesión interna y su articulación con el Plan Nacional de Salud y el Plan Naciones de Desarrollo. Los planes así elaborados están dirigidos a brindar cobertura a la población que es responsabilidad del sector.

Es estado de ejecución es variable según el servicio de salud respectivo, ya que el desarrollo de ellos no es similar, encontrándose servicios con alto grado de organización y procesos de planificación, programación y evaluación definidos como son los de: Antioquia, Caldas, Quindio, Valle y otros con desarrollo intermedio como: Cauca, Risaralda, Cundinamarca, Bogotá, y las demás con poco desarrollo o dependencia del nivel Nacional, como en el caso de los servicios de salud (intendencias y comisarias) denominados territorios nacionales.

Para concluir podemos afirmar que la crisis económica actual del sector salud induce a plantear nuevos problemas y soluciones. En los últimos 20 años nuestro país ha ido asumiendo el compromiso de atender al mantenimiento y al mejoramiento de la salud de toda la población colombiana; se tiene consciencia de que este compromiso exige la utilización ordenada de los recursos, ésto, a su vez,

hace más urgente la necesidad de un liderazgo efectivo para el sector. Históricamente la salud ha sido un medio para la ampliación del del papel y de la autoridad del Estado, y aunque suscita un amplio consenso, también provoca divergencias y conflictos acerca de los medios para obtenerla.

Dada la situación actual se puede utilizar el consenso que suscita para reforzar relaciones nuevas entre Estado, ciudadano y sociedad civil, profundizando la individualización de los servicios y la participación de la sociedad en la orientación del desarrollo y funcionamiento del sistema y, lo que es más importante, que el organismo encargado de la responsabilidad, conducción, orientación, normatización y control del sector salud, como en el Ministerio de Salud a Nivel Nacional, tenga en cuenta realmente las necesidades de la población sin olvidar el carácter de dependencia de alto rango dentro del poder ejecutivo que posee el Ministerio.

2.3. PLANEACION REGIONAL :

En el Plan Regional se definen los objetivos específicos o metas, las estrategias de acción que resulten de la adaptación de las estrategias globales y las actividades que se deben ejecutar en un período determinado de tiempo. Para la formulación del Plan Regional de Salud se señalan las siguientes etapas:

2.3.1. Identificación y Caracterización de los Problemas de Salud en un Área Determinada :

Se inicia con el análisis de información que se obtuvo en el diagnóstico sobre la población, organización y producción de los servicios y los factores socioeconómicos que actúan condicionando tanto la demanda como la oferta de los servicios de salud.

Los problemas identificados suelen referirse a áreas que tienen que ver con atención a las personas, atención al medio ambiente y a la propia estructura, y funcionamiento del Servicio de Salud; los problemas tienen que caracterizarse lo más completamente posible a base de la información existente proveniente del diagnóstico y mediante la nueva información que se considera como indispensable, para el análisis de ésta información debe utilizarse el método epidemiológico con el fin de definir la magnitud de los problemas, su periodicidad, los agentes causales, los huéspedes susceptibles y las relaciones de causa y efecto, así como la precisión de factores condicionantes que favorecen la aparición de los problemas y facilitan o dificultan su solución.

2.3.2. Priorización de los Problemas :

Los problemas que se identifican y caracterizan suelen ser de todo orden y magnitud. La jerarquización de los problemas es necesari-

rio porque es aquí donde se toman decisiones sobre los prioritarios, ante la incapacidad para resolverlos todos simultáneamente.

2.3.3. Selección de soluciones :

Los problemas de salud, dependiendo de sus características, tienen formas alternativas o combinadas de solución; también es frecuente que varios problemas tengan la misma solución. Cada una de las soluciones debe pasar por un análisis de factibilidad y viabilidad. En el primero se analiza la solución en función de:

- Existencia de tecnología para solucionar problemas.
- Existencia de una organización capaz de instrumentar las decisiones que se tomen.
- Existencia de recursos humanos, materiales y financieros para instrumentar las decisiones.

En el estudio de viabilidad se analiza la aceptación por parte del gobierno y de los niveles políticos de decisión, de la población y de los factores que intervienen en la solución. Una solución será más factible cuanto más positivo sean estos valores.

El hecho de que una solución no sea factible en el momento actual no quiere decir que no lo será en un futuro, ya que la factibilidad

puede y debe ser construída cuando se hace necesario resolver el problema y no existe ningún otro tipo de solución; se constituirá ésta factibilidad desarrollando la tecnología apropiada, incrementando la capacidad operativa de la organización e incrementando o adoptando los recursos en el campo de la viabilidad, deben realizarse acciones tendientes a cambiar la aceptación por parte de los niveles de decisión de la población y de los actores involucrados en la solución.

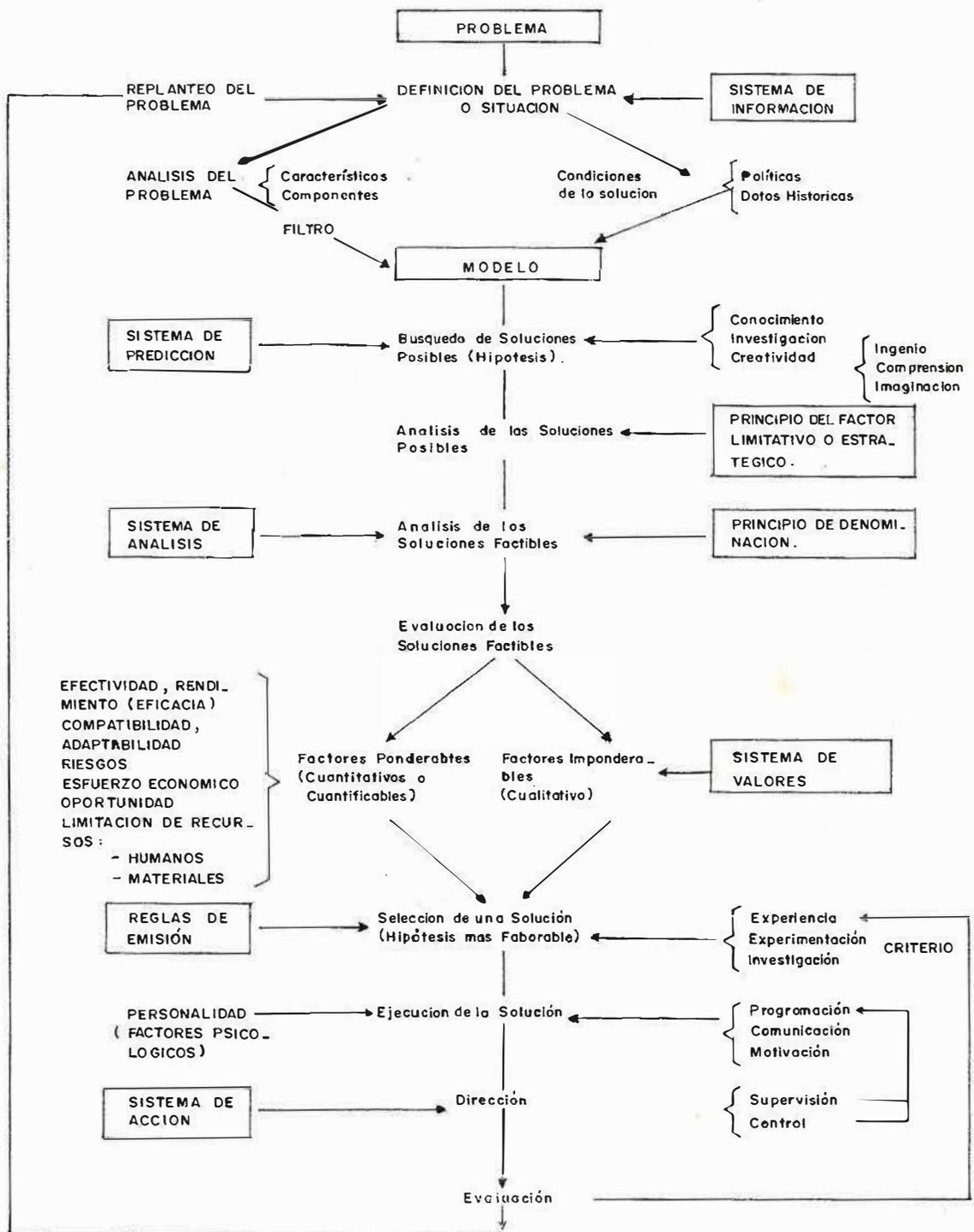
Una vez determinadas las soluciones factibles cuando existe más de una parte para solucionar un problema de salud, es necesario seleccionar la mejor solución en función de criterios de: riesgo, costo, oportunidad, compatibilidad, limitación de recursos disponibles, eficacia y efectividad (Ver grafico N° 3).

2.3.4. Formulación del Plan :

El Plan Nacional de Salud, los programas nacionales y los planes seccionales identifican las grandes políticas, estrategias y objetivos específicos o metas, las estrategias de acción que resultan de la adaptación de las estrategias globales y las actividades que se ejecutan en un período determinado de tiempo.

Para la elaboración de los objetivos específicos que significan la

GRAFICO N° 3



determinación a priori de lo que se espera lograr luego que las actividades sean ejecutadas, se hace necesario que se tengan en cuenta lo siguiente :

- Que los objetivos describan los cambios o realizaciones esperadas.
- Que se defina quién o qué se beneficiará en la consecución del objetivo.
- Definir claramente los límites geográficos.
- Incluir el período de tiempo en el cual el objetivo será alcanzado.

Una vez definidos los objetivos se establecen las estrategias regionales en las cuales se definen el cómo llegar a los objetivos; éstas estrategias deben ser analizadas de acuerdo con los criterios de viabilidad y factibilidad para seleccionar la mejor.

La definición de las actividades para cumplir las estrategias seleccionadas constituyen el Plan Operativo. Dentro del Plan Operativo es frecuente clasificar las actividades en dos grandes grupos: Los que ejecutan los servicios dirigidos hacia las personas y el medio ambiente y que constituyen la materia prima de la programación y las de desarrollo del propio sistema del Servicio de salud, éstas últimas conforman la gestión de las estructuras administra-

tivas de la región y se refieren a la coordinación extra e intraseccional, planificación y programación, análisis y desarrollo de la red de servicios, desarrollo de métodos e instrumentos administrativos, control y evaluación de las actividades (Ver gráfico N° 4).

2.3.5. Programación :

La programación en el Departamento del Atlántico, a nivel regional, depende de cada sección como son: Saneamiento Urbano, Saneamiento Ambiental, Atención Médica y Salud Ocupacional, los cuales se unifican para la programación general de la unidad regional.

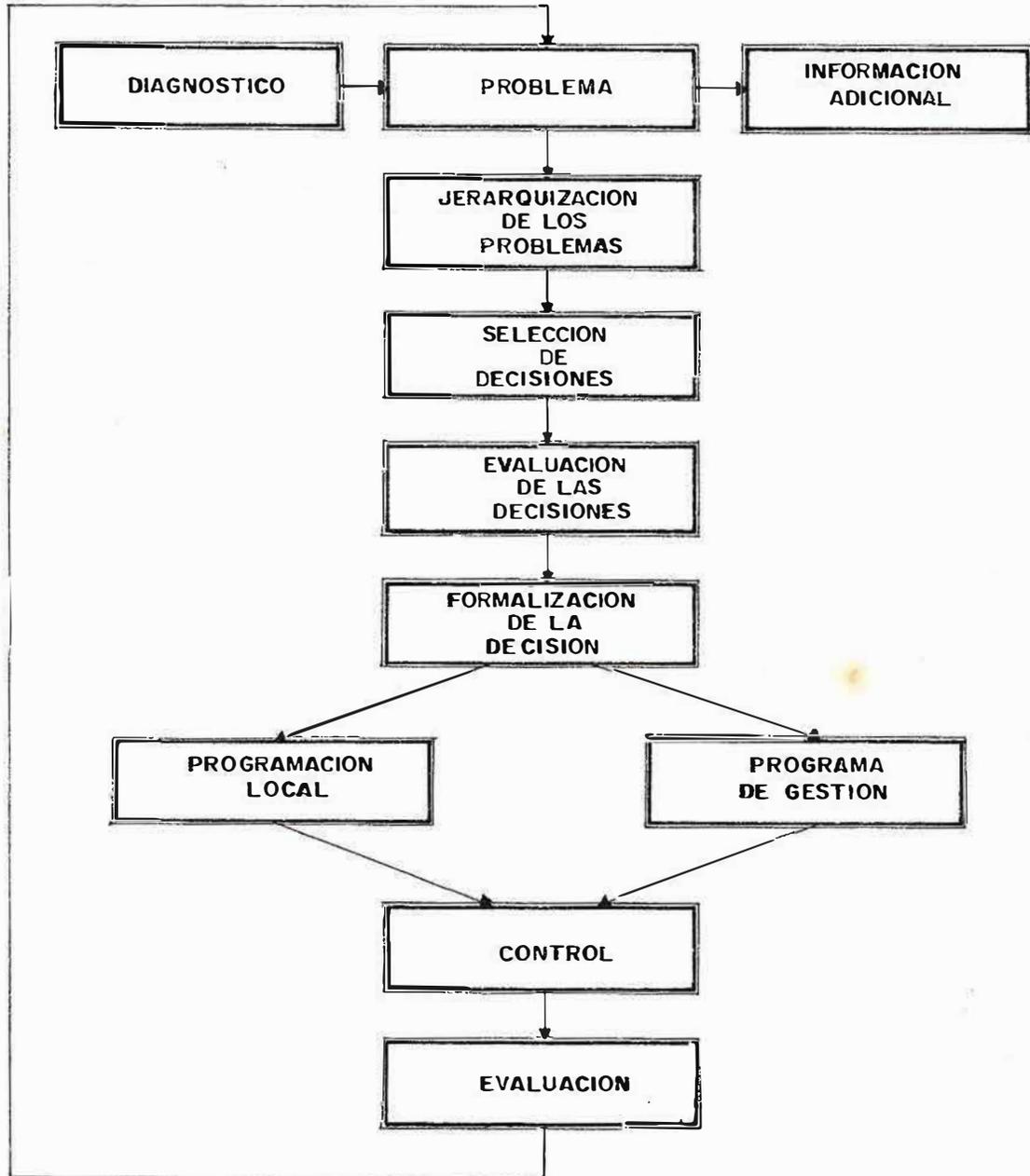
2.3.6. Descripción de las Actividades Predominantes a Nivel Regional :

La actividad predominante es prestar los servicios de atención primaria a través de los puestos de salud y en atención secundaria a través del Hospital Pediátrico en la sección que corresponde a la atención médica. En las secciones de salud ocupacional, saneamiento ambiental y saneamiento urbano, sus actividades sanitarias específicas están dirigidas al componente individuo-medio ambiente.

2.3.7. Estrategia de los Servicios :

Se clasifican según los objetivos y actividades de cada sección :

FORMULACION DEL PLAN



a. Sección de Saneamiento Urbano :

Objetivo General:

Mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad de Barranquilla en todos los aspectos.

Objetivos Específicos:

- Controlar las condiciones sanitarias de los establecimientos comerciales, viviendas y colegios.
- Controlar las condiciones sanitarias de los establecimientos comerciales, viviendas y colegios.
- Controlar la salida de aguas de los establecimientos públicos y educativos

Actividades:

- Practicar visitas sanitarias.
- Controlar las salidas de agua a las vías públicas.
- Coordinar con las empresas públicas municipales el buen funcionamiento del acueducto, alcantarillado y reducción de basuras.
- Controlar conjuntamente con la comisaría de aseo y ornato lo referente a solares enmontados.
- Coordinar con el SEM las campañas de fumigación.

Estrategias :

En el caso que exista alguna anomalía que impida el cumplimiento de las actividades anteriores, en cualquier sector de la comunidad, se aplica el siguiente procedimiento: Al diligenciar el informe e indique que existe alguna anomalía en el establecimiento o entidad visitada se le hace firmar una diligencia conminatoria donde se le indica las recomendaciones para que cumpla con los requisitos exigidos en materia de higiene. En caso de no cumplirse dichas recomendaciones, la Ley 90 del Código Sanitario Nacional de 1.979 impondrá sanciones consistentes en multas y cierre temporal del establecimiento, en caso contrario, al cumplir el establecimiento con los requisitos, se le otorgará la respectiva patente de sanidad.

b. Sección de Saneamiento Ambiental :

Esta sección dentro de la ubicación que tiene en la unidad regional de salud no está ejerciendo sus funciones de acuerdo al Decreto 002 del 12 de enero de 1.982, en la cual dicha sección dependería de los servicios seccionales de salud y mediante el artículo 179, donde se estipula que ésta debe ejercer el control de inspección indispensable para que se cumplan de manera permanente los requisitos y prescripciones que para cada caso se estipulan. En caso particular el control y calidad de agua potable con la supervisión directa del acueducto municipal; control y disposición de las

basuras, como también el de cumplir con los siguientes objetivos:

- Desarrollar los programas de saneamiento ambiental y hacer censos requeridos para la formulación, procurando que ésta se sujete a las prioridades del caso.
- Ejecutar y controlar directamente la construcción de obras sanitarias, especialmente las relacionadas con programas de abastecimiento de agua y disposición de excretas que se realizan por acción comunal.
- Vigilar la correcta recolección y disposición final de basuras, ejecutando campañas tendientes a evitar la proliferación de insectos.
- Organizar y dirigir las campañas sobre control del estatuto higiénico de las fincas urbanas y de los establecimientos comerciales e industriales, practicando en ellos las inspecciones de rigor.

De tal manera la sección de saneamiento ambiental no cumple con los objetivos antes mencionados, a causa de que existen influencias políticas de acuerdo al movimiento político predominante, ocasionando el cambio constante de los funcionarios no permitiéndoles cumplir a cabalidad las funciones registradas, limitándolos a la simple elaboración de patentes de sanidad y por ende a la no ejecución de los programas en su totalidad.

c. Sección de Atención Médica:

Objetivos Generales:

- Velar por la salud de los habitantes de Barranquilla a través de los recursos con que cuenta la institución.
- Cumplir principalmente, a través de los puestos de salud, con la prestación de servicios médicos generales y servicios materno-infantil, así como el de mantener un control riguroso sobre las enfermedades transmitibles.

Objetivos Específicos:

- Disminuir la morbi-mortalidad de la población.
- Brindar asistencia médica a bajo costo a los ciudadanos de pocos recursos económicos.

Actividades:

- Consulta médica.
- Vacunación,
- Atención a la desnutrición.
- Control de natalidad.
- Supervisión a los puestos de salud.
- Visitas domiciliarias.

Estrategias:

La sección de atención médica utiliza como estrategia los servicios de los puestos de salud adscritos a la unidad regional de salud, en lo que corresponde a la atención primaria; en caso de presentarse enfermedades de mayor complejidad utiliza los servicios del Hospital Pediátrico donde se le brinda una atención secundaria, como también el de orientación, tratamiento, recuperación, rehabilitación al paciente; además se les hace un estudio socioeconómico al paciente remitido, para conocer sus ingresos y estipular así una tarifa acorde con sus capacidades económicas.

d. Sección de Salud Ocupacional :

Objetivo General:

En éste se tiene la finalidad de promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones, evitar el desmejoramiento de la salud causados por las condiciones de trabajo.

Objetivo Específico:

Conseguir que los trabajadores se vean libres, a lo largo de su vida laboral, de cualquier daño a su salud ocasionado por las sustancias que manipulan o elaboran los equipos, maquinarias o herramientas que utilizan ó por las condiciones en el ambiente donde

desarrollan sus actividades.

Actividades:

- Investigar causas de accidentes de trabajo.
- Visitar a las diferentes empresas o entidades para que exista seguridad industrial e higiene para los trabajadores.
- Atender conminatorias.
- Coordinación de reuniones para elaborar y ejecutar programas de salud ocupacional.
- Dictar cursos de capacitación sobre Salud Ocupacional.

Estrategias:

Al observar, a través de sus visitas, que no se ha cumplido con las recomendaciones dadas por motivo de accidentes no provocados por parte del trabajador, se utilizarán las siguientes estrategias: Se elaborará una conminatoria de prevención, lo cual consiste en solucionar el problema que ocasione el accidente en un tiempo determinado; si al cumplirse éste no se ha dado ninguna solución, se procederá a sancionar la empresa mediante multas en dinero por los días que transcurran después de la fecha de vencimiento de la conminatoria, al ser efectivo en dineros éstas multas serán utilizadas para el desarrollo de los programas de cada sección y dotación de los puestos de salud.

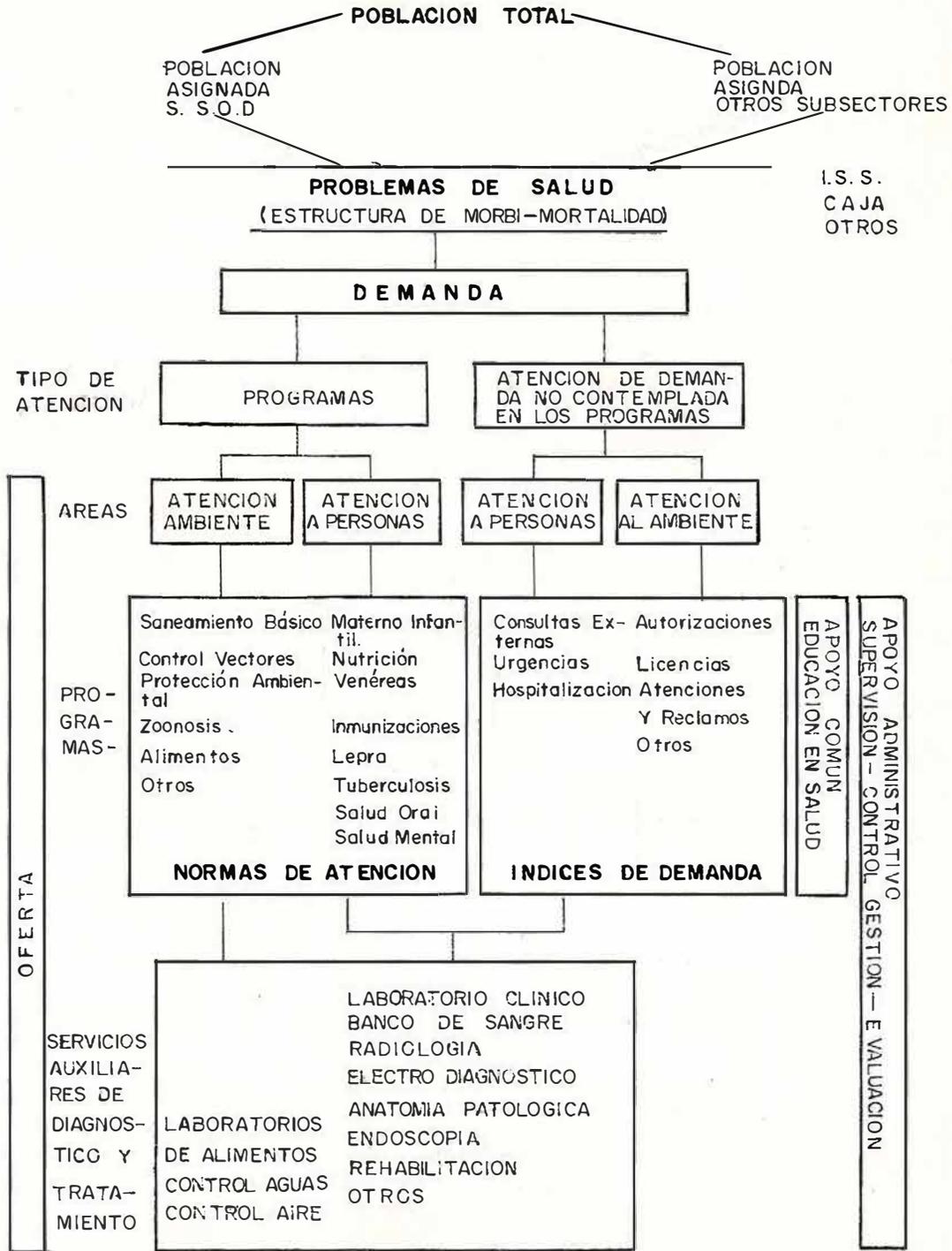
2.4. PLANEACION LOCAL :

La programación local , enmarcada dentro del proceso de planeación, tiene como principal insumo el diagnóstico y la evaluación de las acciones desarrolladas. La oferta y la demanda juegan un papel importante en el nivel local, ya que es aquí donde se determinan los problemas y necesidades de la comunidad para responder a la demanda de servicios. Se priorizan los programas y se establecen las metas para cada una de ellas, correspondiendo estos pasos al proceso de toma de decisiones y formulación del nivel regional.

Con base a las metas fijadas por programas y aplicando las normas de atención ó índices de demanda, se calculan las actividades y recursos necesarios para realizarlos. De la confrontación entre recursos necesarios y existentes resultará una reorientación racional de recursos, basada en el ordenamiento prioritario de servicios y con criterios de delegación de funciones establecidas por las normas de atención de cada programa. Esta reorientación conduce a la asignación de recursos por programas, para atender la demanda espontánea de servicios (Ver gráfico N° 5).

En la medida en que se desarrollan los programas y respondan a las necesidades de la población, deberá disminuirse la demanda espontánea y por lo tanto los recursos que se le deban asignar a

GRAFICO N° 5
AMBITO DEL MODELO DE PROGRAMACION



ésta disminuirán hasta un punto aceptable, concordante con el nivel de desarrollo de los diferentes sectores del país. Una vez asignados los recursos se inicia la programación específica de actividades y cumplimiento de los objetivos :

- Orientar los recursos hacia los mayores riesgos de enfermar y morir.
- Servir como instrumento de referencia para el proceso de evaluación y control periódico, tanto en los programas como de las acciones que en conjunto realizan las instituciones de salud del sub-sector oficial directo. De la ejecución de lo programado se espera lograr resultados que modifiquen algunas características no deseables en la demanda, se mantengan y fortalezcan aquellas deseables.

El proceso de Planeación Local consta de cuatro etapas que son:

- a. Primera Etapa: Evaluación y Propuestas de Metas para el Período del Plan Cuatrenial :

El objetivo de ésta etapa es analizar los programas alcanzados por cada programa de servicio durante el período programático anterior, utilizando los indicadores que más se ajustan a las necesidades de evaluación de cada programa.

En términos generales se analizan las siguientes variables :

Cobertura:

Analizada en tres aspectos:

- Cobertura Programada :

Sirve como referencia para preveer lo mínimo a alcanzarse, si se mantiene igual volumen de recursos e igual tecnología.

- Cobertura Observada:

Indica lo alcanzado realmente en la ejecución durante el período que se analiza.

- Cobertura Meta:

El dato meta de cobertura por sujeto o por programa, debe obtener en lo posible (a nivel local) de la meta de cobertura fijada para el período del plan por la unidad regional, lo que implica la elaboración de planes regionales. Si no se obtienen estos planes, se debe obtener de la meta de la cobertura fijada a través del Plan Seccional de Salud.

Cada programa en el nivel local se adecúa según la institución, dependiendo de su situación particular de operación; es precisamente aquí donde deben surgir metas, fundamentalmente coberturas, concentración y rendimiento a alcanzar en cada uno de los períodos programáticos (anuales del plan). La meta propuesta al finalizar el período del plan regional ó en su defecto el plan seccional; en

caso tal que la unidad local esté en capacidad de superar dicha meta, propondrá metas superiores ya que lo fijado por el Plan Regional o Seccional es un promedio de lo que debe alcanzar en los organismos de Salud.

b. Segunda Etapa: Cálculo de Actividades y Recursos Necesarios para el Período del Plan :

El objetivo de ésta etapa es el de cuantificar las actividades y recursos necesarios para alcanzar la meta de cobertura anual propuesta en la etapa anterior. Esa etapa se desarrolla aplicando fundamentalmente las normas de atención de cada programa; se cuantifican los sujetos a atender según la cobertura, si son de mayor riesgo o menor, luego se aplica a éstos la concentración de actividades establecidas por normas para cada sujeto y riesgo, con el fin de cuantificar las actividades. Una vez cuantificadas en ésta forma las actividades a realizar en los sujetos a cubrir, se originan responsabilidades por su ejecución a los diferentes tipos de recursos, lo cual permiten aplicar los criterios de delegación de funciones en el proceso de programación.

Definidas las actividades a realizar por tipos de instrumento, se calcula el número de instrumentos o recursos necesarios aplicando el parámetro de rendimiento.

c. Tercera Etapa: Asignación Anual de Recursos :

El objetivo de ésta etapa es el de reorientar los recursos existentes en función de los programas prioritarios y de las metas fijadas por la unidad local en cumplimiento de la política de salud, definida a nivel nacional y adecuada a nivel seccional y regional.

En ésta etapa se dá el análisis de ejecución del año anterior, el cual suministra información sobre los recursos disponibles y utilizados en el desarrollo de los programas, este proceso de reorientación de recursos es responsabilidad del rector de la unidad local con participación de los responsables de cada uno de los programas, de atención a las personas y al medio ambiente, teniendo en cuenta las implicaciones sumministrativas que se derivan de las decisiones que se toman.

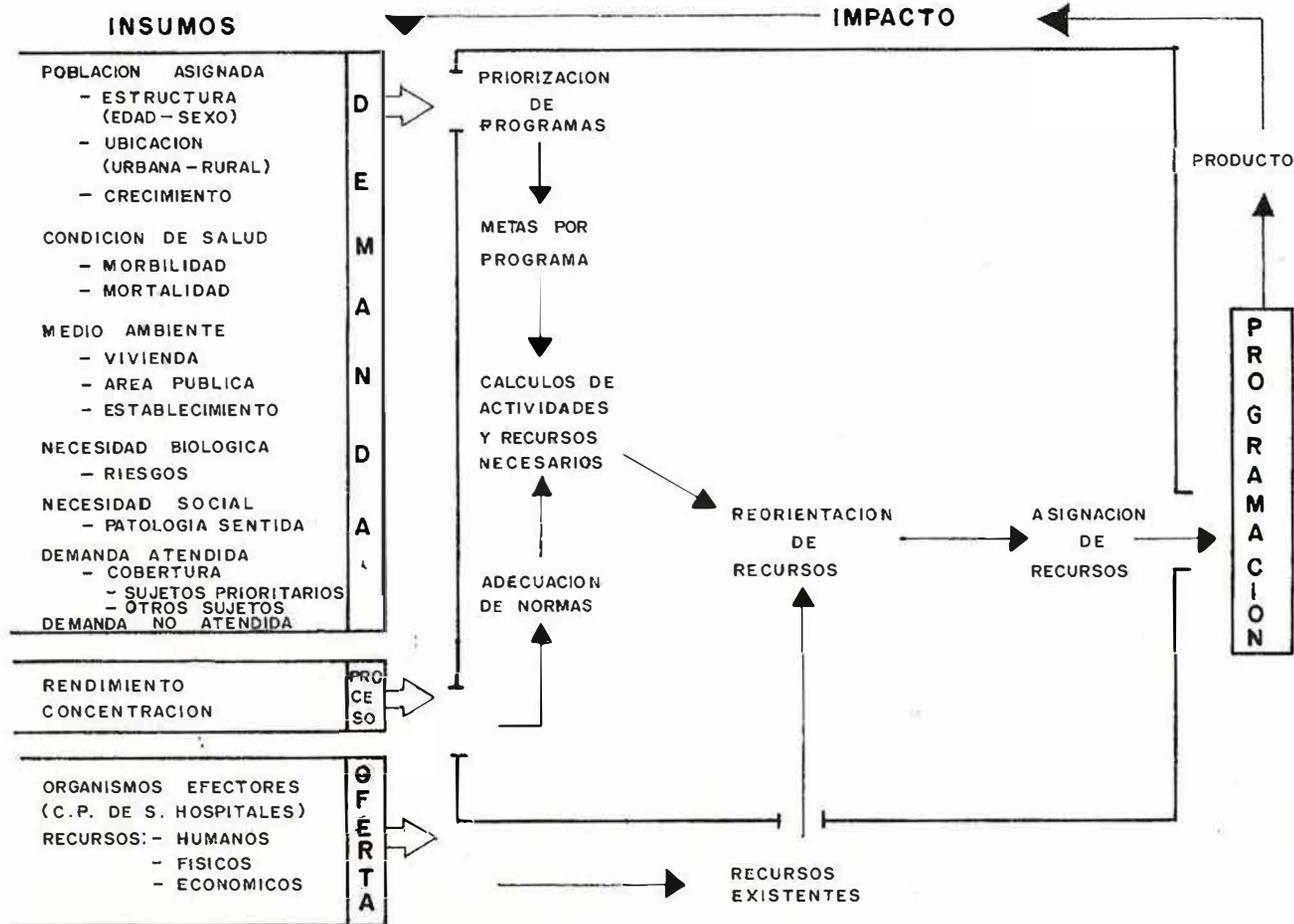
d. Cuarta Etapa : Programación Anual por Programas :

Es aquí donde se asignan responsabilidad en los diferentes tipos de recursos, en la ejecución de las actividades de los diferentes programas, lo cual sirve, a la vez, como instrumento de referencia para el control y evaluación de cada programa de atención.

Cada programa define la periodicidad requerida para dicho control el cual puede ser mensual, trimestral o por semestre. (Ver gráfico N° 6).

GRAFICO N° 6

PROCESO DE PROGRAMACION



En la primera y segunda etapa se cumplen cada cuatro años (período del plan), pero con los ajustes que se consideran necesarios a los dos años, o sea a la mitad del plan. La tercera y cuarta etapa se cumplen anualmente.

2.4.1. Programación Local de Recursos y Actividades para Atención de la Demanda :

La programación local de actividades para atender la demanda es la siguiente: En primer lugar los indicadores de evaluación que se utilizan se relacionan con índices de utilización o demanda de servicios. En segundo lugar, las posibles metas a alcanzar en el período del plan, lo cual se establece en base a un análisis de tendencias y teniendo en cuenta la estructuración de nuevos programas.

2.4.2. Descripción del Proceso de Programación de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento :

Para atender la demanda, la programación de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se basa en la utilización de índices. Como éstos servicios sirven de apoyo a tres grandes áreas de servicios finales como son: Consulta interna, urgencias, hospitalización; deben conocerse los índices de demanda por cada uno de ellos

En el caso de Saneamiento Ambiental este tipo de apoyo consiste

en el procesamiento y análisis de muestra de agua, aire y alimentos para determinar la calidad de los mismos. De acuerdo con el volumen de prestación de servicios finales realizados en un período programático y el volumen de exámenes o procedimientos de ayuda diagnóstica o tratamiento que fuera necesario, sostiene un índice de demanda.

2.4.3. Programación de Actividades de Apoyo Común a los Programas:

Esta programación se relaciona fundamentalmente con la asignación de tiempos específicos al equipo de salud del nivel local, para la realización de actividades, de promoción y educación en salud en cumplimiento de las estrategias definidas en el plan de participación de la comunidad. En ésta programación quedan incluidas gran parte de las actividades de la promotora rural de salud, exceptuando el tiempo que deba dedicar a la actividad de vacunación.

2.4.4. Programas y Estrategias del Nivel Local en el Departamento del Atlántico (Atención Primaria):

El gobierno ha establecido programas y estrategias los cuales permiten la ampliación de coberturas con énfasis en la atención primaria; estos permiten identificar los componentes estratégicos y prioritarios que son comunes para las comunidades.

Todos los países del mundo reafirman que estos programas y estrategias son básicos para obtener la salud comunitaria en el año 2000 especificando los grupos poblacionales prioritarios que deben estar orientados hacia la existencia y extensión de cobertura y las características que las definen como son: Accesibilidad, oportunidad, eficiencia, impacto y aceptación; en éste sentido se afianzan los contenidos programáticos y especifican lineamientos estratégicos para afianzar la justa producción de servicios en cantidad y estructura, como también la productividad de los recursos, abarcando el mantenimiento, recuperación de diseños, remodelación y extensión de la capacidad instalada.

La política general del Servicio de Salud del Atlántico se dirige a modificar la morbi-mortalidad del departamento, en lo referente al nivel de estructura. Las acciones y programas se orientan prioritariamente hacia los grupos más vulnerables a los riesgos de enfermar y morir, sector primario. Se busca, mediante acciones de concertación multisectorial, disminuir el peso de los factores críticos condicionantes de la morbi-mortalidad, especialmente los económicos y socio-culturales, hábitos y comportamientos de la población, estado del medio ambiente y lo relacionado con la oferta y funcionamiento de los Servicios de Salud. Las comunidades juegan un papel importante en este sentido, ya que son ellas las que

se van a beneficiar en cuanto a la satisfacción de sus necesidades y es por ello que se hace necesario que las comunidades, al igual que los medios de comunicación, comprendan que la solución de los problemas de saneamiento básico no corresponden solo a los Servicios de Salud, sino a las entidades como la Empresas Públicas Municipales, INAS, Empresas de Obras Sanitarias Municipales que son los responsables del suministro de agua potable, construcción de alcantarillado y disposición de residuos sólidos, igualmente es importante el logro de la coordinación de acciones de todas las entidades destinadas a contribuir en los programas del sector primario.

En el Departamento del Atlántico se han puesto en marcha una serie de programas de atención primaria, en el área de atención a las personas, de las cuales ordenaremos en una forma sistemática y ordenada, sus objetivos, estrategias, actividades y acciones de apoyo (Ver cuadros).

2.5. EL TRABAJO SOCIAL EN LA PLANEACION EN SALUD:

La organización del sector salud implica que cada uno de los profesionales que en él participan, tengan como propio los objetivos de salud que el mismo sistema plante, por lo tanto, cada quehacer está determinado, supervisado y evaluado. Esto se puede corro-

borar en la definición de lo que es el Sistema Nacional de Salud, en el cual el Trabajo Social se le tiene como elemento de apoyo a los programas de salud, le corresponde integrarse a los diferentes niveles con el fin de que estos incorporen los factores socio-económicos y culturales de la población al estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas en salud, y de las comunidades utilizando adecuadamente los servicios mediante su participación activa, consciente y sistemática en la prestación de los mismos.

Es importante precisar que no cuestionamos la modernización y racionalización del sector salud, ni tampoco una mejora cualitativa y cuantitativa en la prestación del servicio, sino que nuestro cuestionamiento va dirigido a los logros y dificultades del profesional de trabajo social en planeación en el área de salud.

Podemos decir que la planificación social, lo cual forma parte de la planeación global estatal, aparece ante todo como la planificación de los sectores sociales de la economía: vivienda, salud, bienestar familiar, etc. A cada uno de éstos sectores corresponden inversiones y costos de funcionamiento específicos, de acuerdo a un plan general; los planes sectoriales por lo general se hayan integrados a la política global del estado, es decir, se busca su com

paginación con los objetivos estrictamente económicos, tales como el crecimiento del producto por habitante.

Para especificar un poco más podemos hablar de tres niveles de política social:

- 1) El nivel de la planeación social sectorial que forma parte de la política global estatal:

Este nivel corresponde básicamente al departamento Nacional de Planeación y a los Ministerios. En la elaboración de éstos planes participan técnicos de alto nivel que en este país generalmente han sido economistas y científicos sociales; en éste nivel trabajo social no ha participado directamente, en razón principal de no haber alcanzado éste nivel la preparación científica-técnica.

- 2) El nivel de la planeación social-institucional:

Los Trabajadores Sociales ubicados en las diferentes instituciones del sector salud deben ejecutar los planes y programas señalados por ellos en las políticas sectoriales correspondientes. Por lo general casi siempre queda un margen de acción dentro de las instituciones que permiten a su personal directivo fijar objetivos, metas, programas o diseñar determinadas acciones, señalar mecanismos para el logro de las mismas, etc. Se tratan de adoptar las políticas nacionales de acuerdo a los recursos institucionales

CUADRO N° 5

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y ACCIONES DE APOYO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION A LAS PERSONAS

PROGRAMA O SUBPROGRAMA: FARMACODEPENDENCIA

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|---|--|---|--|
| <p>PREVENCION PRIMARIA : <u>Objetivo General:</u> Reducir la incidencia de la Farmacodependencia en la población expuesta a riesgos.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la aparición de nuevos casos. - Controlar la difusión y gravedad de los trastornos causados por el abuso de drogas psicoactivas. - Difundir conocimientos e información adecuada sobre los daños de la Farmacodependencia y desarrollar actitudes sanas hacia ella en la población general. | <p>Conocimiento del problema de la Farmacodependencia en nuestro medio.</p> <p>Evaluación de las acciones a nivel preventivo y terapéutico.</p> <p>Descubrir necesidades en investigación y promover su realización mediante asesoría.</p> <p>Promover acciones que busquen la reducción de la demanda de drogas mediante la implantación de valores y actitudes que desalienten el abuso de las mismas.</p> | <p>PREVENCION PRIMARIA :</p> <p>Conferencias y charlas informativas a escuelas y colegios.</p> <p>Cursillos para profesores de primaria y secundaria y otras entidades cívicas.</p> <p>Afiches, sonovisos, vidrios para cine, curules radiales con información pertinente.</p> <p>Capacitación del personal auxiliar, supervisión y evaluación.</p> | <p>Docencia.</p> <p>Investigación.</p> |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|---|--|---|-------------------|
| <p>PREVENCION SECUNDARIA : Restaurar la salud del drogadicto eliminando los efectos inmediatos o tardíos del abuso de droga.</p> <p>Buscar como meta ideal la abstinencia total del adicto.</p> <p>Reducción o control de los comportamientos anormales generados por el abuso de sustancias psicoactivas.</p> <p>Promover la autonomía psicológica y el ajuste social del ex-adicto.</p> | <p>Orientar a familiares y adictos hacia la correcta utilización de los recursos existentes.</p> | <p>PREVENCION SECUNDARIA : Consulta externa y hospitalaria.</p> <p>Hospitalización agudos, tratamiento y seguimiento al adicto y a su familia.</p> <p>REHABILITACION : Fomentar hogares sustitutos. Creación de Granja. Taller protegido.</p> | |

CUADRO N° 6

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y ACCIONES DE APOYO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION A LAS PERSONAS

PROGRAMA O SUBPROGRAMA: INMUNIZACIONES

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES BASICAS | ACCIONES DE APOYO |
|--|---|--|--|
| <p>Vacunar al 100% de la población susceptible menores de cuatro años, con D.P.T., Antipolio, Antisarampianosa, según normas.</p> <p>Vacunar al 100% de las embarazadas con T.T.</p> <p>Mantener en todos los hospitales locales, centros y puestos de salud un sistema adecuado de Conservación de vacunas.</p> | <p>Demanda institución. Canalización.</p> | <p>Educación individual y comunitaria.</p> <p>Educación a profesionales rurales: médicos y enfermeras.</p> <p>Programación y ejecución de nuevos cursos de inmunización.</p> <p>Educación en masa a la comunidad por funcionarios y Promotoras de salud.</p> | <p>Propaganda a través de los diferentes medios de comunicación: radios, afiches, pasacalles, boletines.</p> <p>Promotoras de salud.</p> |

CUADRO N° 7

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y ACCIONES DE APOYO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION A LAS PERSONAS

PROGRAMA O SUBPROGRAMA: REHIDRATACION ORAL

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|---|--|---|-------------------|
| <p>Promover la participación activa de la comunidad a incrementar la Atención Primaria en Salud.</p> <p>Implementar, fomentar y mejorar la red de laboratorios en el departamento, con el objeto de contribuir al diagnóstico eficaz y tratamiento oportuno de EDA.</p> | <p>Asegurarse que las sales hidratantes estén disponibles a necesidad de la comunidad (tenderos, comité de salud, Organismo de Salud).</p> | <p>Educación individual y en masa sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna. - Complementación alimentaria. - Alimentación durante la E.D.A. - Realizar controles según normas. - Mantener inventarios de sales hidratantes. - Diligenciar registros estadísticos correspondientes. <p><u>Actividades de la Promotora:</u> Hidrata oralmente al niño con E.D.A., con deshidratación grado I según normas.</p> | |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|-------------|---|-------------------|
| | | <p>Imparte educación sobre medidas higiénicas para prevenir la diarrea.</p> <p>Entrega sales a las personas que lo requieran.</p> <p>Realiza control según normas.</p> <p>Diligencia registros estadísticos correspondientes.</p> <p><u>Actividades Médicas:</u> Hidrata oralmente al niño con E.D.A., según normas.</p> <p>Coordina con enfermería la educación a la comunidad.</p> <p>Orienta y supervisa al equipo de salud sobre el manejo del programa.</p> | |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|-------------|---|-------------------|
| | | <p>Lleva registros estadísticos.</p> <p>Establece vigilancia epidemiológica de los brotes de diarrea en su área de influencia.</p> <p><u>Actividades Administrativas:</u></p> <p>Realiza el diagnóstico causal de E.D.A.</p> <p>Da educación a la madre sobre medidas higiénicas y dietéticas adecuadas.</p> <p>Realiza control según normas.</p> | |

CUADRO N° 8

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y ACCIONES DE APOYO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION A LAS PERSONAS

PROGRAMA O SUBPROGRAMA: CONTROL DE LEpra

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|--|--|--|---|
| <p>Evitar la transmisión de la Lepra mediante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento y control de los enfermos inscritos. - Búsqueda intensiva de casos. - Propiciar la mejora de la habitación del enfermo. <p>Proteger la población más expuesta al riesgo, contactos y otros.</p> <p>Establecer la prevención primaria y secundaria de las incapacidades físicas, psíquicas y sociales.</p> <p>Obtener la capacitación en Lepra de los funcionarios de Salud.</p> <p>Establecer divulgación a la comunidad sobre los aspectos sociales de la Lepra</p> | <p>Para cumplir con los objetivos del programa se ha procurado la integración de las actividades del mismo a todos los organismos de salud, para utilizar sus recursos y estructura, estableciendo de ésta manera tres niveles de Operación :</p> <p>1) Nivel Operativo Superior: Los constituye el recurso especializado del Programa Médico, Dermatoleprólogo y auxiliares técnicos en control de la Lepra; Organismo Consultorio Dermatológico.</p> <p>2) Nivel Operativo Intermedio : Con recurso médico permanente: comprende centros de salud, hospital local y hos-</p> | <p>Búsqueda de casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen de convivientes o contactos intradomiciliarios. - Examen de contactos extradomiciliarios o investigaciones epidemiológicas. - Examen de colectividades. - Consulta dermatológica. - Verificación de notificaciones. - Consulta general. <p>Diagnóstico e inscripción de casos nuevos.</p> <p>Control y tratamiento de casos inscritos.</p> <p>Capacitación de per-</p> | <p>Para auxiliares del control de Lepra y Promotoras de Salud, práctica de visitas para la búsqueda de sintomáticos con lesiones de piel o sistema nervioso periférico.</p> <p>Para el médico: establecimiento del diagnóstico de Lepra, clasificación clínica del caso o inscripción del mismo para tratamiento y control.</p> <p>Toma y procesamiento de muestras de linfa y moco para las Baciloscopias de diagnósticos y control.</p> |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|--|---|--|
| | <p>pital regional (sin especialistas del Programa).</p> <p>3) Nivel Operativo Mínimo: El que no cuenta con recurso médico a permanencia y cuyos recursos humanos permanentes son: Promotoras ayudantes o auxiliares de enfermería.</p> | <p>sonal.</p> <p>Educación y divulgación sobre Lepra y el programa de control.</p> <p>Programación de actividades.</p> <p>Tabulación e información de las actividades.</p> <p>Evaluación de metas y procedimientos.</p> | <p>Aplicación, lectura y registro de Lepromina a contactos.</p> <p>Localización y orientación de los contactos de enfermos de Lepra.</p> <p>Suministro de drogas y control de tratamiento prescrito.</p> <p>Búsqueda de enfermos inasistentes, no controlados o perdidos.</p> <p>Información al enfermo y familiares sobre las características de la Lepra y ejercicios de prevención.</p> <p>Registro diario de actividades del Programa.</p> |

CUADRO N° 9
OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y ACCIONES DE APOYO DE LOS
PROGRAMAS DE ATENCION A LAS PERSONAS

PROGRAMA O SUBPROGRAMA: CONTROL DE TUBERCULOSIS

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|---|--|---|---|
| <p>Incorporar a todos los Organismos de atención a las personas del sector oficial y privado a realizar las acciones antituberculosas de búsqueda de tratamiento y control de la enfermedad.</p> <p>Captar, mediante la atención médica de los sintomáticos respiratorios, los casos epidemiológicos capaces de mantener la cadena de transmisión o sean los pacientes bacilíferos y los potencialmente bacilíferos y sus contactos.</p> <p>Tratar adecuadamente los casos bacilíferos y no bacilíferos y mantener sobre ellos una buena vigilancia epidemiológica.</p> | <p>Establecer un censo actualizado de los organismos que realizan actividades de la lucha antituberculosis, para identificar aquellos donde se pueden integrar las acciones.</p> <p>Informar, inducir y capacitar a todo el personal del área de la Salud y a los Universitarios sobre la problemática de la Tuberculosis y los medios modernos de lucha antituberculosa de que se disponen en el Departamento del Atlántico.</p> <p>Divulgar, por medio de publicaciones y los diversos medios de comunicación, las actividades que se realizan y conducen al control de la enfermedad.</p> | <p>Examinar, en todos los organismos de atención a las personas al 100% de los sintomáticos respiratorios crónicos o con un mínimo de 2 semanas de evolución.</p> <p>Realizar a los sintomáticos respiratorios Baciloscopias seriadas en esputo y/o cultivo del mismo, si el caso lo requiere.</p> <p>Examinar con la prueba de Mantoux a los contactos de pacientes Tuberculosos no vacunados con BOG.</p> | <p>Implementar los Organismos de Atención a las personas de los recursos materiales y económicos, para poder realizar las acciones programadas.</p> <p>Capacitar, mediante Educación Continuada, al personal de trabajadores del área de la salud y a los estudiantes universitarios.</p> <p>Mantener una estricta y sistemática supervisión en los Organismos para que las acciones realizadas se ejecuten según las normas del Ministerio de Salud y poder evaluar su rela-</p> |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|---|---|---|--|
| <p>Incrementar las medidas de prevención de la Tuberculosis.</p> <p>Establecer niveles de educación en salud específica, tendiente a concientizar la comunidad en todos los estamentos sobre el problema de la tuberculosis y la necesidad de buenas coberturas en la búsqueda y tratamiento de los casos contagiantes.</p> <p>Disminuir las tasas de morbimortalidad, mediante el uso racional y sistemático de los recursos humanos y materiales disponibles.</p> | <p>Demostrar los beneficios de una oportuna y adecuada atención del paciente Tuberculoso y sus contactos.</p> | <p>Examinar con fotofluorografía de tórax donde existe el recurso a los contactos mayores de cinco años con sintomatología respiratoria persistente y Baciloscopia negativa.</p> <p>Tratar con los esquemas antituberculosos normados por el Ministerio, todos los casos bacilíferos, no bacilíferos y contactos, con el fin de cortar la cadena de transmisión</p> <p>Realizar una vigilancia epidemiológica y tratamientos quimioprolifácticos en los</p> | <p>ción costo-efecto.</p> <p>Elaborar material educativo, mediante afiche, cartillas, cassettes, películas, etc., con el fin de ampliar el conocimiento sobre el problema de la Tuberculosis y obtener una mayor participación de la comunidad para solucionarlo.</p> <p>Suministrar buenos medios de comunicación, no solo mediante vehículos automotores sino audiovisuales, para poder llegar a la comunidad y buscar los casos reuertes a los tratamientos o los casos perdidos bacilíferos.</p> |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|-------------|--|-------------------|
| | | <p>contactos que lo ameriten.</p> <p>Realizar la vacunación con BCG en los grupos susceptibles y de alto riesgo de enfermar.</p> <p>Dictar charlas mediante personal técnicamente preparado, para conseguir la aceptación y participación de la comunidad.</p> | |

CUADRO N° 10
 OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y ACCIONES DE APOYO DE LOS
 PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS

PROGRAMA O SUBPROGRAMA: MATERNAL INFANTIL

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|---|--|--|-------------------|
| <p>ATENCION A LA MADRE : Para el grupo de madres se propone disminuir la morbimortalidad específica, reduciendo prioritariamente en un 100% la mortalidad por complicaciones del embarazo, parto, puerperio, aborto y el cáncer de cérvix.</p> | <p>Incremento de la atención institucional del parto por niveles de atención según el riesgo, para lograr coberturas entre el 70% y el 80% del control prenatal, utilizando el método de clasificación del riesgo para lograr coberturas de atención del 70% de la atención en Planificación Familiar con base en la clasificación del riesgo reproductivo para lograr coberturas del 20% al 25% de las acciones para detección precoz del cáncer de cérvix, utilizando los servicios de atención antes mencionados.</p> | <p>Rehidratación oral. Inmunización en menores de 5 años. Charlas educativas a grupos. Remisión al grupo Madre-niño al Organismo.</p> <p><u>Actividades de Capacitación:</u> Médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería Promotoras, nutricionistas, trabajadores sociales.</p> <p><u>Actividad del Médico:</u> Atiende a la madre durante los siguiente períodos: Embarazo, puerperio y Planifica-</p> | |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|-------------|--|-------------------|
| | | <p>ción Familiar; al niño realizando control de crecimiento y desarrollo hasta los 5 años y atención de morbilidad al lactante, preescolar y escolar.</p> <p><u>Actividades Administrativas:</u></p> <p>Control de los elementos de consumo y devolutivos enviados por el Ministerio.</p> <p>Compra y entrega de elementos de consumo a los organismos de salud para la buena marcha del programa.</p> <p>Recolección oportuna de información referente al programa.</p> | |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|-------------|---|-------------------|
| | | Manejo de los aportes enviados por el Ministerio al programa. | |

CUADRO N° 11

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y ACCIONES DE APOYO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION A LAS PERSONAS

PROGRAMA O SUBPROGRAMA: MATERNAL INFANTIL

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|--|--|--|--|
| <p>ATENCION AL NIÑO: En éste grupo, que comprende los menores de 5 años, se propone disminuir la morbilidad infantil para lograr niveles de mortalidad entre 40 y 45 por mil, reduciendo en un 50% la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, intestinales inmuno-prevenibles, respiratorias y perinatales.</p> <p>Así mismo, para el grupo de 1 a 4 años, se propone lograr niveles de mortalidad entre 5 y 7 por mil, reduciendo en un 50% la mortalidad por enfermedades diarreicas.</p> | <p>Aumento de las acciones de crecimiento y desarrollo en menores de cinco años para lograr coberturas entre el 60% y 70% de las acciones.</p> <p>Inmunizaciones contra todas las enfermedades objeto del P.A.I.</p> <p>Obtención de niveles de cobertura de Atención Médica para el menor de un año, el 100%. Para el grupo de 1 a 4 años el 80%.</p> | <p><u>Actividades de Enfermería:</u> Controles a embarazadas. Controles a menores de cinco años. Controles de Planificación Familiar. Visitas a inasistentes a los sub-programas. Educación individual y a grupos de madres sobre los sub-programas. Entrevistas a obstétricas, planificación familiar y grupos de 0 a 14 años. Toma de citologías a mujeres en edad reproductiva.</p> | <p>Grupos de Promotoras. Estudiantes de enfermería. Componente de participación de la comunidad. Sección de información. Sección de suministros. Sección de imprenta. Sección de comunicaciones.</p> |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|-------------|---|-------------------|
| | | <p>Diligenciar registros estadísticos, inmunizaciones a menores de cinco años.</p> <p>Visitas domiciliarias a puérperas.</p> <p>Supervisión a Promotoras.</p> <p>Visitas a embarazadas, puérperas y niños.</p> <p>Remitir partos al Hospital.</p> | |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|---|---|--|
| | <p>mir la responsabilidad que le compete a cada sector.</p> | <p>cambio (Comunidad Equipo de Salud).</p> <p>Establecimiento de programas experimentales sobre organización de la comunidad para el manejo de FO COSA.</p> <p>Suministro de material a la comunidad, para el desarrollo de su labor como agentes de cambio (Material Educativo).</p> <p>Desarrollo de acciones de apoyo a la iniciativa de la comunidad para el cambio de factores condicionantes de su nivel de sa-</p> | <p>de las acciones desarrolladas en conjunto.</p> <p>Evaluación periódica del trabajo efectuado y establecimiento de medidas correctivas.</p> <p>Establecimiento de mecanismos de coordinación intra e intersectorial.</p> |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | ACCIONES DE APOYO |
|-----------|-------------|---|--|
| | | <p>lud (construcción de alcantarillados, etc).</p> <p>Capacitación a líderes de la comunidad sobre la morbilidad más frecuente en el área, su papel frente a ésta y los servicios ofrecidos por el Centro ó Puesto de Salud.</p> <p>Apoyo a las labores educativas emprendidas por las Universidades para la preparación de los estudiantes en Atención Primaria.</p> | <p>Suministro de material educativo.</p> <p>Desarrollo de acciones de coordinación intra e intersectorial.</p> |

y las necesidades del sector correspondiente. En éste nivel el Trabajador Social frecuentemente participa con su conocimiento concreto de las situaciones diversas en que ha ejercido la profesión, su contacto directo con los sectores pobres y desposeídos, sin duda es una valiosa fuente de conocimiento para poder señalar directrices y líneas de acción institucionales que contribuyan a que las acciones sean más eficaces en cuanto se refiere a proporcionar beneficios directos a estos grupos. Es evidente que para que el Trabajador Social pueda aportar a éste nivel de política social, debe tener competencia, experiencia profesional y estudios especializados en el área respectiva que le permitan participar en equipos multidisciplinarios con un aporte específico.

3) Nivel de la política social: Ejecución:

Este nivel se refiere a las acciones profesionales directas que el Trabajador Social siempre desempeña como individuo, grupo o comunidad, dentro de una institución o sector social. Es evidente que la mayoría de los trabajadores sociales se ubican en éste nivel que corresponde a la preparación básica profesional.

2.6. DIFICULTADES DEL TRABAJADOR SOCIAL PARA PARTICIPAR EN LA POLÍTICA SOCIAL :

La deficiencia en la formación profesional básica es el principal

obstáculo para logra la participación en la elaboración de políticas sociales y en general para otras áreas de su acción profesional. Las fallas específicas en la formación profesional se refiere a la carencia de claridad acerca de los objetivos del Trabajador Social y sus presupuestos metodológicos y teórico, sus modalidades operativas, técnicos de sistematización de la información y hasta las mismas técnicas de intervención profesional.

La escasa comprensión nacional que se atribuye, en parte, a la desvinculación existente entre las unidades docentes de Trabajo Social acerca del desempeño profesional, es decir, la carencia de una mayor ligazón entre las universidades y los campos de práctica; así como la improvisación corriente en los planes de estudio. Toda ésta situación se añade a la confusión parcial existente entre los docentes, ya que hay egresados recién egresados sin experiencia.

La carencia de una actitud fundamental investigativa científica que condyuve a un proceso crítico que permite una mayor eficacia profesional, para lo cual se hace necesario participar en cursos de post-grado que consoliden todos los conocimientos que tienen.

Otra dificultad para trabajo social es el desconocimiento que tiene la profesión en medios profesionales y técnicos diversos y la ima-

gen que todavía existe del trabajador social como persona que ejecuta acciones paleativas, asistenciales, auxiliares y lo más triste es la falta de esfuerzos por parte de los profesionales para cambiar la imagen, especialmente los Trabajadores Sociales tradicionales ya ubicados en un puesto y que no les interesa actualizar sus conocimientos obsoletos. Esta es una de las causas por las cuales no se le dá acceso en la toma de decisiones en su campo de acción, a excepción del Instituto de Bienestar Familiar y el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito Especial de Bogotá donde los Trabajadores Sociales tienen una posición de reconocimiento a su aporte, han llegado a niveles administrativos más altos y su opinión profesional es tomada en cuenta en general.

El ingreso a las instituciones se toma como una situación que puede conducir fácilmente a la rutinización ó burocracia del Trabajador Social, en éstas condiciones no se desarrolla, obviamente, el interés por participar en la formulación de políticas, ni siquiera a nivel programático ó institucional, por lo cual no se hacen esfuerzos correspondientes que implican estudio, reflexión, responsabilidad en el trabajo, es decir, se opta por la línea del menor esfuerzo.

Otra dificultad son las limitaciones inherentes a las mismas insti-

tuciones tales como su rigidez administrativa, las presiones políticas, los grupos de poder que existen en ellos, los crónicos déficits presupuestales, las exiguas sumas asignadas a los servicios directos, etc.

La deficiencia de las asociaciones gremiales, tanto regionales como nacionales, impiden una toma de decisiones sobre diferentes políticas, la vocería de la profesión, cooperación en cuanto a materiales de estudio, apoyo a las acciones profesionales, el fomento en relaciones interpersonales.

Una última dificultad señalada se refiere a la inseguridad profesional de muchos trabajadores sociales, que es el resultado de los factores enunciados anteriormente y que se relacionan también con la falta de identidad profesional que se ha agudizado en los últimos años.

3. ¿QUE JUSTIFICA LA PRESENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PLANEACION EN SALUD?

3.1. LA PLANEACION EN EL TRABAJO SOCIAL :

Estimamos sumamente importante tratar la perspectiva de la acción profesional del Trabajador Social en el marco de la planificación en cuanto al diseño de política del sector salud, por cuanto la planeación es un instrumento de la política social, de un sistema de medidas orientadas e integradas por un concepto comprensivo de desarrollo social. Por lo tanto, para tratar la planeación en el Trabajo Social es preciso referirnos a la política social, ya que ambas significan un medio para lograr el desarrollo eficaz de la sociedad.

En suma, referirse al desarrollo social equivale a la preocupación por lo social, el cual es un signo de nuestra época la expresión: "desarrollo social o bienestar social". A todo esto debemos añadir que estos términos son utilizados frecuentemente como "expresión de relleno" con variedad de significado y lleno de contradic-

ciones circunstanciales; su expresión permite que cada uno lo utilice a sus anchas y con un contenido bastante vago que se note la necesidad de la presencia de los profesionales en las ciencias sociales, entre ellos los Trabajadores Sociales que pretenden ser una respuesta a los problemas latentes dentro del ámbito de acción propia de ésta profesión, de ahí que se le atribuya una función de concientización, organización y movilización del pueblo, función que es compartida por otros ámbitos profesionales y otras esferas de actuación. Lo específico son los proyectos o intervenciones propias, ya sea en la prestación de servicios o en la acción social que procuran generar un proceso o promoción del autodesarrollo interdependiente de individuos, grupos y comunidades, para que incertamente críticamente, y de los posibles actuando y participando en sus propias organizaciones, contribuyan a la transformación social.

En la medida que toda acción social tiene su significación última, considerada a partir del marco ideológico-político desde el que se promueve o realiza, el Trabajador Social apunta a la realización de un proyecto político que significa el tránsito de una situación de dominación y marginalidad, y otra de plena participación del pueblo en la vida política, económica, social y cultural del país. Esta participación y este modo de actuación deben ayudar a crear las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre.

Históricamente ésta disciplina ha estado relacionada con la reforma social y ésta tendencia, dejada de lado por largos años, se manifiesta con mucha intensidad en los países subdesarrollados.

El modelo actual está cuestionado porque los profesionales han tomado conciencia de que los problemas individuales tienen su causa en la condición económica, social y cultural de la sociedad y en el acondicionamiento de ellas. La solución de los problemas debe ser buscada fuera de los límites de su campo sectorial específico.

El Trabajador Social ya no puede estar aprisionado dentro de los organismos de bienestar social, cumpliendo funciones, objetivos y programas que le imponen que nada o casi nada tienen que ver con objetivos reales del desarrollo. Es necesario que asuma tareas y responsabilidades que trasciendan el marco de los organismos y que sus conocimientos y técnicas sean demostrados, practicados y desarrollados en las amplias bases de la comunidad nacional.

Hoy día se subraya que los programas de bienestar social y el propio Trabajador Social deben ser un instrumento orientado hacia el desarrollo, al mejoramiento de los niveles de vida, hacer realidad la justicia social dentro de los planes nacionales que apunten a

estos objetivos. Esto abre una alternativa a la profesión, servir como medio para alcanzar el desarrollo nacional, con el fin de hacer amplios y profundos cambios en el sistema económico-social. Lo cual significa integrarse a las condiciones y requerimientos del plan de desarrollo vigente, integración sustantiva de las políticas, las metas al conjunto de medidas concebidas y proyectadas a escala Nacional, afirmando en sus valores, en su estudio, en su ideología, en sus métodos que hará válidos en nuestra sociedad adoptándolos, innovándolos y modificando conceptos y principios a nuestros elementos sociales, económicos, culturales y políticos en la búsqueda de una reorientación y de su propia identidad.

Estas alternativas ofrecen varias opciones a los profesionales que puedan contribuir como área especializada de actividades:

- Participación en la elaboración de política nacional, sectorial y locales para el desarrollo nacional.
- Participar en la elaboración de planes, programas e implementación de las políticas trazadas para cumplir objetivos de orden nacional.
- Intervenir como administradores y programadores en organismos sociales.
- Proporcionar los servicios directos a los individuos y su comunidad a través de estos programas que satisfagan las ver-

daderas necesidades del pueblo.

Ahora bien, con el objeto de discutir los límites, objetivos de lo que puede hacerse después de ésto, los intereses que se requieren realizar, hay que considerar que: la planificación, la política social y el Trabajo Social no son categorías aisladas del proceso socio-económico y político que vive cada país y en consecuencia solo pueden explicarse en función de cada realidad en particular. Es sabido entonces que no hay una política social o un Trabajador Social permanente e igual en todos los momentos históricos y políticos.

El siguiente esquema o matriz trata de representar el campo dentro del cual se realiza la acción humana y, por tanto, el marco en que se dá la planificación social y la política social. Es lo suficientemente general como para servir de marco de referencia para el estudio de la política social con independencia de los sistemas económicos, sociales y políticos. (Cuadro N° 13).

El Trabajador social en su contexto teórico-práctico necesita comprender las variables que conforman la matriz de la sociedad, especialmente los del medio ambiente social para diseñar planes que

Cuadro N° 13
MATRIZ DE LA SOCIEDAD

| MEDIO AMBIENTE | CONCIENCIA | INTERACCION | INSTITUCIONES |
|---|---|---|---|
| Natural Clima Geografía Ecología Humano Demografía Patología Habilidad Material Herramientas Transporte Armas Social Sistema Familiar Dirección de trabajo Estructura de clase | Semántica Intención Comprensión Comunicación Normativo Valores Convenciones Leyes Cognoscitivos Mitos Filosofía Ciencia Intereses Motivos Necesidad Aspiración | Dependencia Poder Servidumbre Libertad Independencia Cooperación Amistad Enemistad Igualdad Conflictos | Simbólicas Idiomas Matemáticas Artes Regulativas Religión Gobierno Recreacional Información Defensivas Productivas Bienes materiales S. Materiales Asociaciones Administrativas |

expresen un aporte a los grupos y comunidades. También al Trabajador Social le corresponde tener en cuenta los principios de la planeación, ya que necesariamente debe partir de una decisión anticipada que exprese lo que va hacer y cómo lo va hacer, es decir, el plan debe ir orientado al logro de un objetivo, especificando la utilización de recursos necesarios.

La formulación de objetivos es el primer paso que debe darse en el proceso de planeación ó el logro al cual tienden todos los esfuerzos del grupo a su cargo, de ahí que estos deben ser claros y precisos

partiendo de un objetivo general, fijar los objetivos o metas de una organización o una institución, éstas pueden ser de naturaleza social, económica y física. También debe tener en cuenta el principio que hace relación al compromiso del tiempo y que normalmente comprende la fecha de iniciación y finalización de la toma de decisiones y la flexibilidad o la posibilidad de cambiar la dirección en un momento dado cuando la circunstancia lo exigen.

El uso del proceso metodológico debe también planearse lo mismo que sus alternativas y sus respectivas evaluaciones. Las siguientes son cuatro razones concretas de importancia en la función de planear :

1) Eliminar la incertidumbre :

Lo incierto del futuro y del cambio hacen de la planeación una necesidad para el buen funcionamiento de las políticas sociales trazadas por el Estado. Aun cuando hay seguridad en el futuro, se requiere de alguna planeación. En primer término existe la necesidad de escoger la mejor forma de cumplir un objetivo, con condiciones de seguridad, ésto se vuelve un problema fundamental con base en hechos conocidos. En segundo término, después que se haya escogido la vía, hay que formular los planes de modo que en cada campo se contribuya al logro de los objetivos propuestos¹²

2) Enfocar la atención hacia los objetivos :

A causa de que toda la planeación se orienta hacia la consecución de los objetivos, el simple acto de planear llama la atención sobre los otros objetivos. Los planes globales bien estudiados unifican las actividades interdepartamentales y municipales; teniendo en cuenta que ésta unificación obliga a los organismos de planeación a considerar el futuro y aún las necesidades periódicas de revisiones y ampliar los planes con el interés de alcanzar sus objetivos.

3) Realizar una operación económica:

La planeación reduce los costos al mínimo, a causa del énfasis que le imprimen a la operación eficaz y sólida. Sustituye la actividad inconexa por un esfuerzo dirigido y conjunto, con flujo desigual de trabajo por uno uniforme y los juicios irreflexivos por las decisiones meditadas.

4) Facilitar el control :

"Al que planea le preocupa solo lo que pueda suceder mañana o al año siguiente, porque en tales casos si puede hacer algo. Quizás sea una opinión exagerada, pero destaca el punto que un control

¹² GOETZ E, Billy, Planeación y Control en la Administración, New York, 1.949, Pág: 2.

efectivo es el que mira hacia el futuro"¹³

La planeación se aprovecha de las actividades expresas y adecuadas; todos los esfuerzos se dirigen hacia los resultados deseados y se logra una secuencia de esfuerzos efectivos. Se minimiza la ejecución del trabajo y su enfoque en forma vigorosa, se reduce el mínimo de tiempo, el trabajo no productivo, además los esfuerzos que van a emplearse son revisados cuidadosamente y los gastos totales para la terminación de las actividades planeadas se fijan al mínimo o dentro de un orden conocido y aceptado, se coordinan las actividades de manera que una combinación de fuerzas se mueven hacia el objetivo predeterminado.

La planeación en salud puede indicar la necesidad de cambios futuros, tales como la búsqueda de nuevas direcciones en el proceso de nuevas actividades para nuevas fuentes de utilidad de servicios. La planeación ayuda a visualizar futuras posibilidades entre cursos, alternativas; sirve para identificar y evaluar nuevos campos para posible participación en ellos; guía el pensamiento administra

¹³ TÉCNICAS ADMINISTRATIVAS, CAMARA DE COMERCIO: La Naturaleza y el propósito de la planeación, Revista N° 38, Barranquilla, 1.979, Pág: 128.

tivo hacia el futuro de actividades convenientes, indicando la forma de hacer el cambio y lo que debe hacerse para lograrlas.

En relación a la intervención del Trabajador Social en la planeación en salud, en primer término deben tener en cuenta las políticas estatales en salud y su incidencia en la estructura colombiana, los cuales presentan una estrecha cobertura en recursos que obstaculizan la satisfacción de las necesidades de la población en la demanda de servicios, así mismo el papel que desempeña el profesional de Trabajo Social en el sector salud en la actualidad. La misma estructura de la salud en su aspecto legal, político y organizacional se hace necesaria la participación del Trabajador Social y le brinda la oportunidad de laborar en las diferentes áreas y niveles del sector legalmente, como por ejemplo en el área de la salud mental.

"El Ministro de Salud en uso de sus facultades legales y en especial las establecidas en el decreto 1188 de 1.979 en el cual se resuelve adoptar para el S.N.S. el documento que contiene el "Manual general de organización, modelo normativo para Trabajo Social en el programa de salud mental según atención, organización y funciones" preparado por la dirección de atención médica-divi-

sión de salud mental".¹⁴

Es evidente que para que para que un Trabajador Social pueda ejercer su papel es necesario la presencia de un individuo o comunidad que demanden su servicio frente a determinada situación-problema.

Nosotros entendemos que el Trabajador Social procura crear una actitud crítica acerca de las causas, efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles, con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada, preventiva y transformadora que los supere. Para ello el Trabajador Social deberá :

- Conocer científicamente esos problemas.
- Determinar cómo los hombres los enfrentan y qué alternativas de solución arbitran.
- Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.

¹⁴ REPUBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD DIRECCION ATENCION MEDICA, DIVISION SALUD MENTAL, Manual General de organización modelo normativo para Trabajo Social en el programa de salud mental, según niveles de atención, organización y funciones., Editado con apoyo OPS, Bogotá, 1.985, Pág: 1-24.

El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitario a través de los programas integrales y nunca acciones aisladas del todo en la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaria de Salud, coordinación sanitaria regional y hospital.

Los objetivos del Trabajador Social se incertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forma parte enfocados desde el punto de vista de las necesidades de los problemas sociales, como son tan complejas debe ser alcanzados en forma progresiva, mediante objetivos específicos que necesariamente tienen relación ante ellos para poder cumplir los generales de promover, preveer, recuperar y rehabilitar la salud. Estos objetivos específicos son :

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socio-económicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y la enfermedad, sus consecuencias localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de servicios, así como localizando e identificando los que favorecen sus logros.

- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general sobre los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción y rehabilitación de salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud, desde el punto de vista de su competencia.

De otra parte, el profesional de Trabajo Social aspira a participar como miembro del equipo de salud encargado del diseño de políticas para realizar su intervención en forma directa, es decir, como miembro de un grupo especialista en el que cada uno se integren los conocimientos específicos de su disciplina para lograr en gran parte la satisfacción de las necesidades de la población en el sector salud. El Trabajador Social aportaría los conocimientos que él posee como generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida, el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordados. Es el que aporta al equipo datos epidemiológicos y el que capacita con el ejemplo demostrativo.

Todo lo señalado anteriormente tiene que ver con el encuadre de tarea a partir del momento en que comenzamos a trabajar para participar en el diseño de políticas en el sector salud y el perfil profesional, explicitando su rol con el fin de evitar ambigüedades, ya que cuando el papel no es explicado por el mismo profesional es lógico suponer que otro se lo definirá y esto es precisamente lo que se debe evitar para no caer en la institucionalización, lo cual impide la participación en forma directa en la planeación global.

Entendemos que el Trabajador Social en el área de la salud tiene mucho que hacer pero ocurre un problema, que en la práctica viene demostrándose que la mayoría de los Trabajadores Sociales se limitan a actuar intramuros en el hospital, así como son los contados los que lo hacen en los niveles de planificación. No ignoramos que existe una falsa imagen de lo que debe hacer un Trabajador Social, pero esa imagen la han dado los mismos profesionales por lo tanto, solo a nosotros nos compete cambiarla y no la cambiaremos con reclamaciones de profesionalización y mejores salarios, sino sólo y exclusivamente demostrando que sabemos trabajar con individuos, grupos y comunidades, así como sabemos investigar y planificar actividades.

De otra parte, se necesita que el Trabajador Social en el sector

salud se organice en agremiaciones y solicite supervisión del Ministerio para informar sobre las anomalías existentes; estudiar y analizar las posibles reestructuraciones, como también buscar la forma de insertarnos en la planeación a nivel nacional, buscar el establecimiento de relaciones más directas entre los Trabajadores Sociales que laboran en el área de la salud, para que exista una coordinación, coherencia entre los programas a desarrollar y por lo tanto el proceso de planeación tenga mayor eficiencia y esté más acorde a las necesidades de la población en general.

El Trabajador Social progresista que cree en el cambio de la presente situación, procura utilizar los medios de la burocracia y sus conocimientos técnicos para lograr cambios de actitudes en las personas aprovechando las condiciones del sistema para poder intervenir en el proceso de planeación de sus acciones y lograr el progreso de la misma disciplina, un mejor bienestar para las personas ya que la planeación promueve el uso de una medida del funcionamiento, hace más definitivo al trabajo dentro de las limitaciones del espacio tiempo. El nivel de las realizaciones tiende a elevarse con la buena planeación, ya que se minimiza el confiarse en las realizaciones pasadas o dormirse en los laureles. Además la planeación tiende a mejorar la orientación, motivación y comunicación.

3.2. LA COMPETENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DIAGNOSTICO DE LA SALUD :

El diagnóstico social es un procedimiento por el cual se sistematizan datos e información sobre la situación problema de una determinada realidad, estudiando cómo se ha llegado a ella y cuales son las tendencias dinámicas que en ella se manifiestan.

En el diagnóstico se intenta determinar la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan el aspecto, sector ó situación de la realidad social estudiada; como en la planeación se han de establecer prioridades, en el diagnóstico hay que establecer también la jerarquización de las necesidades y problemas en función de ciertos criterios políticos, ideológicos y técnicos. Comprende asimismo el conocimiento de las diferentes fuerzas en conflicto y de los factores que actúan de manera favorable, neutra ó desfavorable, para alcanzar los objetivos o la finalidad propuesta; y de las tendencias dinámicas, armónicas o contradictorias que se dan en el seno de una realidad determinada; también incluye la determinación de los recursos disponibles.

Todo diagnóstico se apoya en un estudio investigación y sirve de apoyo para la programación. Tiene por finalidad proporcionar una información adecuada y confiable que sirve de base de informa-

ción para una acción (realización de un plan, programa o proyecto) y para fundamentar las estrategias que se han de expresar en la práctica concreta.

Por lo tanto, el diagnóstico de salud, tanto a nivel individual, grupal y comunal, debe responder a la interacción de los elementos de salud; elementos técnicos, elementos del diagnóstico, de la planificación, del control de tratamiento de la salud con la sociedad, a la cual ella debe responder como recurso de esa sociedad para desarrollar los niveles deseables de la salud, por eso un proceso que lleve a considerar como elementos objetivos para la planificación, para el diseño de políticas y planes de salud deben consultar las condiciones materiales de existencia de la población, la cultura, la historia, los recursos de ésta población y debe hacerse una racionalización extrema de sus recursos, para no imitar modelos que si bien responden a sociedades relativamente más desarrolladas, dejan por un lado lo que es nuestra realidad. En cuanto a estos elementos particulares que han sido señalados anteriormente, la salud requiere, para ser una interpretación adecuada, de esas condiciones materiales, históricas, sociales, culturales y económicas de la existencia y participación de los profesionales como: el sociólogo, trabajador social, nutricionista y el planificador social. Ya que los equipos médicos y auxiliares a nivel de la comu-

nidad tienen dos tareas: Una de carácter predominante, técnico médico y otra predominante social. Frente a ésta última los equipos se quejan de la falta de elementos en su formación académica que le permitan adelantar tareas tales como:

- Estudio y diagnóstico de la situación de salud.
- Educación para prevención.
- Promoción para lograr organización de las comunidades en salud.

En éste sentido se veía el aporte de Trabajo Social como parte del equipo, sin embargo llama la atención que también es este momento se entiende que éste no es exclusivo de Trabajo Social, por lo tanto se hace necesario su participación activa dentro de este grupo multidisciplinario para aportar sus conocimientos de tipo social por el contacto directo que el profesional mantiene con las comunidades.

El profesional de las Ciencias Sociales y en especial el aquí tratado, el Trabajador Social, tiene las facultades tanto intelectuales y prácticas de trabajar en consonancia con el elemento médico y paramédico para la elaboración del diagnóstico social que interprete adecuadamente la problemática social y cultural de la pobla

ción y contribuya a señalar los métodos, técnicas y los procedimientos adecuados para que la alta tecnología y los avances de la medicina sean comprendidos y adoptados por la población dentro del proceso histórico del aprendizaje y beneficio social.

El profesional de Trabajo Social es capacitado por medio de una práctica comunitaria e institucional para la realización de microdiagnósticos, pero si analizamos estos con los macrodiagnósticos nos podemos dar cuenta que la relación es muy estrecha, la única diferencia es el contexto o la dimensión de éste en que se aplica cada uno de estos diagnósticos.

En los niveles de desarrollo de las prácticas se han definido dos:

Nivel 1: Inducción y Planeación de la Práctica:

Los alumnos parten del conocimiento de las políticas sociales; se es conciente del nexo que ha existido desde el mismo surgimiento de la profesión hasta nuestros días con la política social, ya que su área específica de trabajo se ubica en la política social del Estado, es decir, se ha considerado al Trabajador Social en la esfera técnica-administrativa y en la técnica-operativa de la políticas sociales.

En la esfera técnica-administrativa se concreta la administración

social de los programas sociales que a su vez implica: Investigación, planeación, ejecución, evaluación, coordinación, supervisión y asesoría.

La esfera técnica se concreta en los siguientes componentes :

- Organización de promoción de grupo y comunidades.
- Capacitación social y educación social.

El estudiante relaciona estas políticas sociales con las institucionales, se inicia en un proceso del conocimiento del marco institucional y la problemática que atiende. El conocimiento institucional incluye la ubicación de los antecedentes históricos, objetivos, organización interna, sistemas administrativos, así como también los programas que implementan.

Cuando el estudiante haya evolucionado en éste conocimiento elaborará un diagnóstico que le permita identificar la problemática sobre la cual va a intervenir, lograr hacer un análisis amplio de los recursos y potencialidades que necesita y define un plan de trabajo que presentará para discusión con los objetivos de la institución y profesor de práctica.

En éste plan se incluyen los programas y proyectos y la hoja pro

gramática; los que le ayudarán a definir en qué área específica se ubicará para intervenir, establece una formulación racional de actividades específicas graduadas y sistemáticas para cumplir los objetivos pedagógicos que se han establecido, definirá programas y proyectos a corto y mediano plazo, sus objetivos, actividades, recursos, técnicas utilizadas y mecanismos de evaluación y control.

Esta presentación del plan evita el activismo, la improvisación y facilita la labor de orientación y educación del estudiante.

Nivel 2: Ejecución:

En éste período se pone en marcha el plan de trabajo; se espera que los alumnos den su aporte personal, creativo y crítico, transformado en sujetos creadores de su propia experiencia; va descubriendo problemas y a través de la acción-reflexión se los explica.

- Aspectos Administrativos de la Práctica:

En este sentido nos referimos a los tópicos que tienen que ver con los niveles de ejecución de la práctica, es decir, lo relacionado con la :

- Planeación.
- Administración.
- Evaluación.
- Control.

Todo este bagaje teórico y experiencia que ha adquirido el profesional en el transcurso de su carrera le dan meritos para que el Trabajador Social sea competente para poder participar en el diagnóstico del sector salud a nivel macrosocial.

Su participación en el diagnóstico hasta el momento no es suficiente, ya que su capacidad diagnóstica solo abarca el nivel micro y medio social, los planes y programas que surgen de estos diagnósticos solo se desarrollan en estos niveles sin trascender el nivel nacional. De ahí la necesidad de generalizar y ampliar la capacidad diagnóstica del profesional de Trabajo Social a nivel macrosocial, con el fin de generar una participación efectiva en el proceso de la planeación a nivel global.

3.3. LA COMPETENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA DEFINICION DE METAS Y PRIORIDADES:

El profesional de Trabajo Social para poder intervenir en el diseño de políticas en el sector salud a nivel nacional, regional o local,

tiene que trasarse unas metas, las cuales están implicadas en el desarrollo de la profesión.

El Trabajador Social que aspira a participar en la formulación de políticas no puede estancarse en la formulación de diagnósticos, es decir, tiene que ser un profesional capaz de hacer la recolección de datos, realizar el análisis de esa información y en base a esto establecer los diagnósticos que señalen las alternativas a los problemas existentes y los diversos procesos que a nivel micro y macro deban realizarse y puedan contribuir a la producción de salidas y programas de atención, control y prevención de los problemas.

Para el Trabajador Social alcanzar el nivel de formulación de políticas es indispensable que tenga capacidad para tomar decisiones, es decir, capacidad directiva, capacidad de sopesar las metas establecidas, las prioridades, las limitaciones y recursos existentes y las posibilidades que ofrece cada situación en particular y la situación global en general, para que en base a ella definir las políticas del caso.

Solo en la medida que se haya desarrollado la capacidad de generalización en la definición de políticas, puede pensarse en un Trabajador social capaz de establecer políticas a nivel macro, por

que es su capacidad de estudio, diagnóstica y la de solucionar metas en el nivel micro, la que lo ha llevado a demostrar su capacidad para intervenir en el diseño de políticas y lo que es más importante, que el profesional de Trabajo Social va a ubicarse con mayor facilidad dentro de los niveles operativos y ejecutivos dentro de la organización de la salud para poder llegar al nivel directivo.

Otra de las metas del Trabajo Social para llegar al nivel directivo es precisamente capacitarse, desarrollarse y adquirir destreza en el nivel macro, tanto del estudio del diagnóstico como de la planificación, para una mejor utilización de la infraestructura del bienestar social. De igual forma promoverá la participación de la población en el proceso de planeamiento.

Otra expectativa que se tiene es la de asumir una actitud diferente frente a materias como la organización administrativa, la dirección de oficinas, el manejo de personal, de secciones inherentes a la vida social de las instituciones y organizaciones, ya que la adscripción a cargos diferentes al Trabajo Social supone, además, que de los conocimientos, habilidades y destrezas propias de la profesión se deben poseer otros elementos que le permitan intervenir directamente en la planeación en el sector salud.

Otro reto que plantea la profesión es que el Trabajador Social como persona debe asimilar conocimientos cada vez más, para poder desarrollar nuevas funciones en ésta jerarquía.

La intervención que anima al Trabajador Social a plantearse éstas metas es que el Trabajador Social es un profesional que se considera por su capacidad para intervenir como un miembro del grupo interdisciplinario encargado del planteamiento de las políticas, es necesario cuidar y desarrollar más intensamente lo que posee. Es indudable que su integración en forma planificada puede ser suficiente para el desarrollo de nuestra sociedad y contribuir al expansionamiento de ésta.

Si el Trabajador Social interviene en el diseño de políticas en el sector salud directamente, le va a dar a la profesión un mayor estatus, por cuanto su intervención de hará a nivel macrosocial, participando en planes, programas y proyectos en el diseño de políticas a nivel nacional, regional o local.

3.4. LA COMPETENCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DISEÑO DE POLÍTICAS Y ORGANIZACIÓN DE PLANES EN EL NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL :

Entender la intervención del Trabajador Social en la política de

salud de manera muy general, tiene que ver con el accionar del Trabajo Social en el ámbito institucional, es decir, referirse a la competencia profesional en los distintos aparatos institucionales, que de una u otra manera objetivan la política social en el país. Exceptuando su ubicación en los subcentros de salud, Trabajo Social participa en los hospitales de base, generales, especializados así como en los centros de salud.

Ahora bien, se precisa reflexionar sobre los aspectos que se consideran necesarios y responsables en el desempeño de la acción profesional:

- La Coherencia de la Acción Profesional con los Objetivos Profesionales:

Estas deben ser abordadas en dos direcciones: En términos generales aquellos en los cuales la profesión se formula frente a la realidad social (es decir, aquellos derivados del compromiso con la materia objeto-sujeto). Los específicos al área, aquellos que se formulan frente a la problemática que atiende a la institución y que en último término atienden a la política social que incrementan.

Sin embargo, en el caso de salud los objetivos profesionales ha-

cen referencia a la consecución del bienestar social individual, familiar, grupal y aún comunal, pero en una perspectiva unidimensional, es decir, plenamente en el campo de la salud, sin llegar a una visión integral del bienestar social. Concretamente los objetivos específicos de Trabajo Social en salud responden de manera preponderante a una restitución de la salud en sus distintas áreas (preventiva, curativa y rehabilitativa), pero sin reflexionar profundamente en los objetivos, planteamiento y metas de la política social. Precisamente este desfase entre objetivos determina que la acción profesional sea sistemática y profundamente emergente.

- El Compromiso con la Materia Objeto-Sujeto del Trabajo Social: Frente a este aspecto debe considerarse que el Trabajo Social, por su ubicación en la mayoría de las instituciones que ejecutan e implementan una política social, es un ejecutor de dichas políticas, por tanto liga su acción profesional directamente con los usuarios o beneficiarios de los servicios de la política social, más aún cuando se habla de beneficiarios y usuarios se precisa reflexionar sobre los sectores sociales que ello involucra y es así como los sectores mayoritarios de nuestro país por sus características de desventajas y riesgos frente a los otros sectores, definen el impacto social de la política social y por tanto la vinculación del Trabajador Social en lo institucional. Sin embargo, a nivel del país dada

las características del modelo y nivel de desarrollo los sectores populares y urbanos acceden de modo distinto a los servicios y bienes de la política social en relación a los sectores tradicionalmente marginados como el campesinado y otros.

Se insiste además que el compromiso es de modo general con los sectores populares, pero también que el nivel específico se verifica con la práctica profesional, que dicho planteamiento solo puede materializarse vinculando la acción profesional con lo que se consideren grupos estratégicos. Se entienden grupos estratégicos aquellos que por su posición de riqueza social en el proceso productivo asumen un papel esencial en los procesos de cambio y que pueden irradiar más fácilmente la acción transformadora a otros grupos.

En la gran mayoría de las instituciones el compromiso profesional se reduce a la atención del sujeto que aparece identificado como un ser individual que demanda un servicio o beneficio de la institución sin reconocer en él su ubicación dentro de la estructura social. El objetivo que anima a éste tratamiento institucionalizado conlleva a la posibilidad de alcanzar el bienestar colectivo a través del simple mejoramiento de la situación individual, las mismas que adquieren significación en el plano de la planificación de datos sin llegar a una sistematización ni cuantitativa (estadística) mucho menos

cuantitativa (caracterización del sector), de modo que el compromiso profesional sustenta su validación únicamente en las expresiones específicas de los casos individuales.

En estas condiciones, entonces, no se desarrolla el interés por participar en la formulación de políticas institucionales ni la necesidad de incorporar los grupos beneficiarios, para que a través de la reflexión crítica de su situación sean capaces de ejercer presión o aumentar su capacidad de transacción con la institución.

- Las Formas de Intervención Profesional (Problema metodológico y técnico):

Concretamente el desempeño profesional está dado en relación con la problemática que aborda. Sin embargo, señalaremos que estos se caracterizan por una actuación microsocial, de modo que la acción profesional bien podría ubicarse con los siguientes aportes:

1) Las denominadas gestiones y actividades específicas y aún inespecíficas para la satisfacción de necesidades y requerimientos específicos e inmediatos (inmediato a la acción, atención de situaciones emergentes).

2) Prestaciones de los servicios directos al individuo en los ca-

casos que ameritan un seguimiento, éste se extiende a la familia.

El carácter de éstas prestaciones puede ser de los siguientes tipos: Asistencial, búsqueda de recursos para la solución de los problemas a través de la participación del individuo, orientación con una ligazón al individuo y terapéutico.

3) Participación en los equipos interdisciplinarios en los cuales el Trabajador Social cumple un papel paramédico; su aporte será a través de los criterios sobre la realidad social del individuo.

4) Realización de estudios y elaboración de diagnósticos sociales. A nivel individual éstos obedecen a problemas específicos pues pretenden emitir los denominados informes sociales que justifican la prestación de los servicios de la institución.

El trabajador social tiene una directa responsabilidad en la planificación de programas nacionales, sectoriales y locales, previniendo las necesidades de la salud que pueden surgir, éste debe actuar como miembro del grupo interdisciplinario en el diseño de políticas del sector salud ejerciendo presión para que adopte una política nacional, donde los esfuerzos de los organismos gubernamentales, privados e internacionales actúen coordinadamente y convergen en objetivos e instrumentos de acción.

De otra parte, necesitan una posición definida ante los cambios sociales ya que su acción profesional es amplia, exigente y tiene competencia para demostrar, con acciones, las razones de su existencia y así no defraudar las masas.

El Trabajador Social puede y debe ser una de las guías que permita llegar a participar en la elaboración de planes y desarrollo, posición clave para conseguir sus propósitos y ocupar el lugar que le corresponde en el desarrollo nacional, además debe adoptar un método analítico que en forma estable, perdurable y definitiva lo consiga.

El Trabajador Social utiliza métodos y técnicas para guiar el proceso de desarrollo y el modo de ampliar el acceso a oportunidades en la calidad de vida a grupos menos favorecidos, teniendo en cuenta la estructura social que le permitirá ir más allá sin afectar los intereses del grupo dominante dentro de una planeación indicativa característica de nuestro país.

El ejercicio de la profesión de Trabajo Social se da en el escenario mismo en el que se caracterizan las políticas sociales; ello lo privilegia para percibir más propiamente el estudio y comprensión de los variados elementos que constituyen el sector de las

políticas si se arman de nuevas perspectivas de análisis y de acción.

El Trabajador Social debe generalizar y planificar, cuantificar y cualificar las propuestas de políticas sociales y hacerlo en la caracterización y reflexión de la propia institución o agencia en que actúa.

Comprendemos que el Trabajador Social para intervenir en la planificación como actividad científica y en el diseño de políticas del sector salud a nivel local, regional o nacional, debe tener claramente definido y comprendido que dicha acción trascienda del marco de la problemática, lo cual debe ser bien abordado para no quedar en desventaja con los otros especialistas que intervienen en el diseño de políticas del sector salud.

El Trabajador Social en cualquiera de sus áreas de acción debe estar seguro absolutamente, ligado al "que" y al "como", desempeñar su función en el mismo espacio de análisis.

De ésta situación caracterizada por casi una nula participación del Trabajador Social en la planificación global, no debe esperarse a la brevedad, cambios cuantitativos y cualitativos, pero tampoco

debe asumir una posición pasiva y decepcionar a los Trabajadores Sociales progresistas que creen que ésta situación va a cambiar.

No estamos tratando de reclamar la aceptación de los Trabajadores Sociales, ya que ésta se debe conquistar poco a poco y como es natural se necesita de un proceso en el cual idóneamente se deben conquistar tales cargos y demostrar con sus acciones capacitación oportuna para cumplir esa función. En éste sentido las universidades tienen la responsabilidad en la capacitación de los Trabajadores Sociales para intervenir eficazmente en la planificación del bienestar social. Constituirá una garantía eficaz siempre que la preparación deba programarse para brindar adecuada cobertura a los distintos niveles de intervención como son: Nacional, regional y local.

A pesar de las debilidades de la formación académica, de las dificultades institucionales y de la competencia ejercida por otros especialistas de las ciencias sociales.

El Trabajador Social tiene asignado un puesto por encontrarse vinculado a los problemas sociales, ya que el Trabajador Social labora con los individuos y conoce sus necesidades, aspiraciones, su inte

res de participar o no en un programa de bienestar social.

La política social, al igual que el Trabajo Social, está regido por dos grandes orientaciones a saber: La oligarquía, la popular y la tecnocrática. Cabe puntualizar los efectos de los señalados procedimientos, la necesidad de que la facultad de Trabajo Social ofrezca apropiada y profunda formación histórica y política imprescindible para su desempeño profesional.

Se necesita que el Trabajador Social en el sector salud en el Departamento del Atlántico se organice en agremiaciones y solicite supervisión al Ministerio para informar de las anomalías existentes, estudiar y analizar las posibles reestructuraciones, aprovechando que el mismo Estado tiene una ley para los Trabajadores Sociales que es la ley N° 53 del año de 1.977, la cual dice que por cada 100 trabajadores en una empresa debe existir un Trabajador Social, como también presentar las sugerencias necesarias, buscar el establecimiento de relaciones más directas entre los Trabajadores Sociales que laboran en el área de la salud, para que exista una coordinación y coherencia entre los programas ha desarrollar y el proceso de planeación tenga mayor eficiencia y esté más acorde a las necesidades de salud en el departamento.

La problemática del Trabajador Social que atiende a las necesidades de salud en el departamento, se dá a través de funciones y el desarrollo de programas y actividades tales como:

- Programa de hipertensión.
- Club de diabéticos.
- Programa de pediatría: comprende recreación dirigida a la sala de pediatría, elaboración de historia social y estudio socioeconómico a pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, también organiza actividades dirigidas a la familia, de pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría.
- Consulta externa y urgencias (servicios ambulatorios). Programas especiales: Venéreas, vías respiratorias (TBC), materno infantil, programas de participación de la comunidad, programa de bienestar social.

Actividades Básicas:

- Coordinación de actividades con el equipo multidisciplinario.
- Clasificación socioeconómica.
- Elaboración de historias sociales.
- Visitas domiciliarias.
- Trámite para remisión y reubicación de pacientes a instituciones competentes según el caso de su residencia.

- Elaboración de informes de actividades.
- Promoción de programas y servicios de la institución.

En síntesis se puede decir que el Trabajador Social para intervenir en el diseño de políticas en el sector salud, sea a nivel nacional, regional o local, requiere de una retroalimentación permanente entre escuelas, universidades e instituciones que permitan una elevación sustantiva y una integración recíproca entre la formación académica y el desempeño profesional. En ello es importante "limpiar" de una serie de actividades administrativas el rol del trabajador social, reforzándolo en su quehacer específico y propio de la intervención profesional misma.

En el actual contexto regional es posible aprovechar en un sentido dialéctico los espacios que habra las políticas sociales del Estado como expresión de la co-relación de fuerzas sociales existentes en el país, a través de una mayor claridad teórica, metodológica, efectividad técnica y compromiso profesional con los sectores populares.

CONCLUSIONES

Este compendio de teoría y experiencias expuestas en los tres capítulos anteriores, los cuales sirven para analizar cuál ha sido el accionar del profesional de Trabajo Social en el sector salud y lo que se relaciona a la estructura organizacional del sector, los cuales tomamos de base para concluir sobre la situación del Trabajador Social en el diseño de políticas en el sector salud:

- Por lo tanto podemos afirmar que la evolución sufrida en el concepto de Salud, el cual tradicionalmente se le tomaba como una carencia de enfermedad y actualmente se define como la ausencia de enfermedad tanto física como mental y social, por la misma naturaleza de la profesión, por su filosofía que está encaminada al estudio, prevención, control y tratamiento de aquellas situaciones de índole social y cultural que contribuyen a la preservación del individuo, al desarrollo de los grupos y, a partir de ellos, al mejoramiento de los colectivos sociales. A partir de ésta idea y hacien-

do una ampliación de éste análisis puede el lector encontrar elementos en cuanto a la concepción de la salud y a la profesión de Trabajo Social, ya que sus objetivos contribuyen a hacer de la profesión de Trabajo Social, conjuntamente con profesionales de otras ciencias, un elemento valioso en la salud y por ende en la definición de políticas y metas que contribuyen al logro del bienestar social.

- De acuerdo a la estructura organizacional del Sistema Nacional de Salud podemos decir que la participación del Trabajador Social en los diferentes niveles (directivo y operativo) es necesaria, y para el Trabajador Social participar en el nivel directivo debe capacitarse más, adquirir destreza en el nivel macro, tanto del estudio del diagnóstico como de la planificación, para una mejor utilización de la infraestructura de bienestar social porque sólo en la medida que se haya desarrollado una capacidad de generalización de la definición de políticas puede pensarse en un Trabajador Social capaz de establecer políticas a nivel macro.

- De otra parte se ha logrado constatar que el profesional de Trabajo Social, como generalista de los problemas comunitarios, tiene competencia para poder intervenir en el diseño de políticas del sector salud y que su capacidad de estudio, diagnóstico y la de so-

lucionar metas en el nivel micro y medio, lo han llevado a demostrar su capacidad para poder intervenir en forma efectiva, por sus conocimientos teóricos y prácticos, en su formación profesional.

- A pesar de todos estos conocimientos que el profesional de Trabajo Social posee se nos presentan obstáculos para participar en el nivel directivo del diseño de políticas del sector salud.

- La labor del Trabajador Social en las instituciones de salud se perfila a nivel intramural y son contados los que lo hacen en la planificación.

- La imagen que existe del Trabajador Social como persona que ejecuta acciones paliativas, asistenciales y auxiliares, son obstáculos para intervenir en el nivel nacional en el diseño de políticas.

- La carencia de una actitud fundamental investigativa que coadyuve a un proceso crítico que permita una mayor eficacia profesional.

- La carencia de una mayor ligazón entre las universidades y los campos de práctica, así como la improvisación en los planes de estudio.

- Las fallas específicas principales en la formación profesional en cuanto a presupuesto teórico, metodológico, sus modalidades operativas, técnicas de sistematización de la información y hasta las mismas técnicas de intervención profesional.
- Otro aspecto importante que influye de manera preponderante es la deficiencia de asociaciones gremiales, tanto regionales como nacionales, en cuanto a una toma de decisiones sobre diferentes políticas, la vocería de la profesión, cooperación en cuanto a materiales de estudio, apoyo a las acciones profesionales, el fomento de relaciones interprofesionales.

PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS PARA QUE EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDA PARTICIPAR EN EL DISEÑO DE POLÍTICAS EN EL SECTOR SALUD

- El Trabajador Social no debe encasillarse en los muros institucionales, por el contrario, el trabajo tendrá que ser hacia afuera, en la búsqueda de grupos sociales estratégicos, a través de la participación en la planificación integral y sectorial, reivindicando la satisfacción de las necesidades no sólo como exigencia individual, sino como exigencia colectiva y que en última instancia sea un aporte al mejoramiento de las condiciones generales de vida.

Dentro de ésta propuesta cabe, de manera muy importante, la participación de los Trabajadores Sociales desde diferentes perspectivas de trabajo: La primera a partir de su identificación con el sector social beneficiario de la política social, y por tanto a través de su incorporación en la demanda por la restitución y mayoría del nivel de vida de la población.

De otra parte a través de un ejercicio científico en cuanto a la ac-

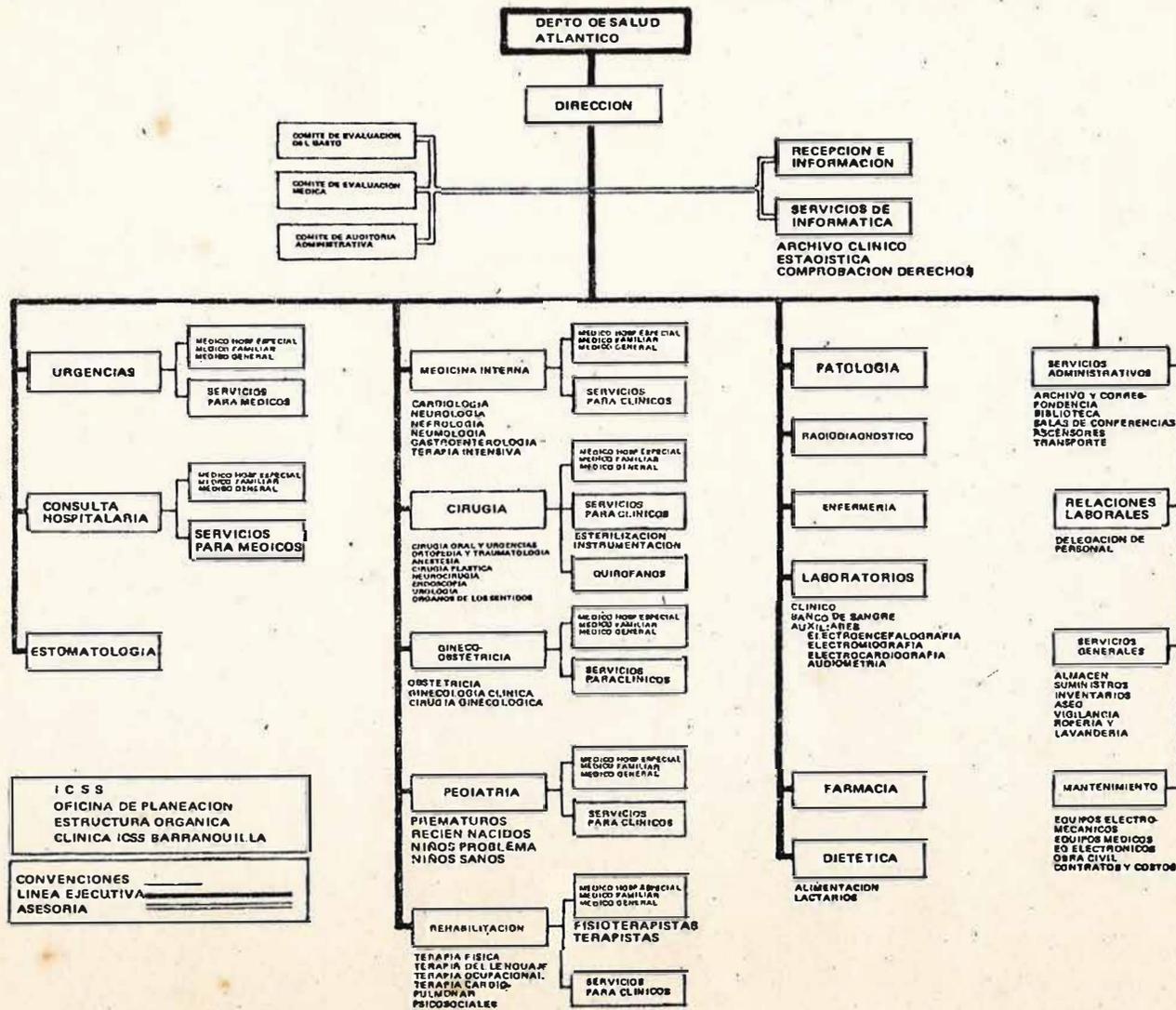
ción profesional, definiendo su posición al servicio de la población que recibe la prestación de salud, esto significa que para un trabajo científico no se deje al azar ni a la buena voluntad el resultado de los programas sin la existencia de una debida sistematización. Esta propuesta debe respaldarse en las organizaciones gremiales existentes que son el intelecto orgánico y que a pesar de las divergentes posiciones políticas la organización debe moverse a realizar un esfuerzo para jugar conjuntamente el papel que nos corresponde desempeñar.

- Las asociaciones gremiales de Trabajo Social deben recomendar al Ministerio de Salud ampliar la cobertura de inserción de Trabajo Social, para que éste a través de su contexto teórico-práctico justifique su acción social.
- El Trabajador Social en nuestro sistema debe tomar acción en la planificación nacional y en las instituciones encargadas de prestar servicios en el área de salud, con el objeto de contribuir a un mejor nivel de salud a la población.
- La facultad de Trabajo Social debe inculcarle a los estudiantes su ingerencia en el nivel directivo de la política social, tanto teórico como práctico y desechar la teoría de que el Trabajador So-

cial es ejecutor de las acciones que otros trazan.

- Al personal docente encargado de dictar las cátedras de política y bienestar social y planificación social, que sean profesionales que estén en constante capacitación para poder transmitir esos conocimientos a los estudiantes.

- A los estudiantes, luchar por una posición a nivel directivo, ya que por lo general siempre se nos dá el nivel de ejecución y esto no contribuye a la participación en el nivel directivo.



BIBLIOGRAFIA

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, Oficina Regional de la O.M.S., Washington D.C., E.U.A., Volumen 94, N⁴, Abril de 1.983, Págs: 440.

_____, Volumen 95, N⁴, Octubre de 1.983, Págs: 392.

_____, Volumen 100, N¹, Enero de 1.986, Págs: 127.

CALVO NUÑEZ, Haroldo, DUEÑAS PADRON, Abel y PORRAS N., José Armando, Nuevo Enfoque de la Salud en Colombia, Editorial Antares, Bogotá (Col), 1.979, Pág: 187.

CALUDE B., Blowin, Enciclopedia Médica Familiar: La Salud, Círculo de Lectores, S.A., Valencia, 344 Barcelona, Pág:480

DEL TORO, Miguel, Pequeño Larousse Ilustrado, Editorial Larousse, Pág: 1662.

ENTRALGO P., Loin, Historia de la Medicina, Editoriales Salvat S.A., Mallorca, 41 Barcelona (España).

FACULTAD NACIONAL DE LA SALUD PUBLICA, Participación de la Comunidad en Salud, resultados de una experiencia, Medellín, Colombia, 1.979, Pág: 262.

GALOFRE, Orlando, Arquitectura de la Salud, Editor Arquitectónica, Ltda., Volumen II, Barranquilla 1.980, Pág: 276.

- JARAMILLO SALAZAR, Alfonso, Desarrollo de una política de Salud, Informe al honorable Congreso de la República de Colombia, Ministerio de Salud, Agosto 1.978-1.981, Pág: 262.
- KISNERMAN, Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Editorial Humanitas, Noviembre de 1.983, Pág: 246.
- LOPEZ PIÑERO, José Maria, La Medicina en la Historia, Colección Salvat, Temas claves Salvat Editores, S.A.
- MOLINA G., Gustavo, Introducción a la Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 1.981.
- MINISTERIO DE SALUD, Cambio con Equidad, Políticas y Realizaciones, República de Colombia, 1.983-1.984.
- _____, Proceso de Planeación, Bogotá, D.E., Diciembre de 1.985, Pág: 260
- _____, Manual de Organización, Modelo normativo para el Trabajo Social en el programa de Salud Mental, según niveles de atención, organización y funciones, Editado por la O.P.S., Bogotá, 1.985.
- PAGANINI, José Maria, Diagnóstico de Salud, Políticas y Estrategias, Bogotá, D.E., Representante de la O.P.S. y O.M.S. Junio de 1.984, Pág: 179.
- PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS EN EL ESTUDIO DE PROCESOS Y POLITICAS SOCIALES, N° 15, Bogotá, Abril y Junio de 1.982.
- REVISTA ACCION CRITICA N° 16, Salud Popular y Medicina Capitalista, Editorial Dina Sal de Villa, a.c. Celatse - Alaets, Diciembre de 1.984.
- REVISTA DE LA CAMARA DE COMERCIO, Técnicas Administrativas, La Naturaleza y el propósito de la Planeación, N° 38, Barranquilla, 1.979, Pág: 128.
- SALAZAR, Maria Cristina y VALDIRI, Cecilia, Trabajo Social en la Política Social del Estado, Editorial Humanitas, Primera edición, Lima, Perú, Diciembre 1.979, Pág: 237.

SANTAMARIA ESPINOZA, Alberto, Trabajo Social en Salud.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD, SERVICIO SECCIONAL DEL ATLANTICO, Barranquilla, Diciembre de 1.983, Pág: 172.

TESIS DE GRADO N° 0031, Los Servicios Seccionales de Salud del Departamento del Atlántico y Trabajo Social, 1.981.

_____, N° 0036, Acción del Trabajador Social en el Area de la Salud.

_____, N° 0033, Intervención de Trabajo Social frente a los programas planteados por la Unidad Regional del Municipio de Barranquilla y su proyección a la comunidad, 1.986.