

REPERCUSIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y PSICOLOGICAS EN LA FAMILIA  
DEL PACIENTE CON CANCER EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

REPERCUSIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y PSICOLOGICAS EN LA FAMILIA  
DEL PACIENTE CON CANCER EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

Autores:

ILEANA ARRIETA MONTERROZA

NELLY BENAVIDES MENDO

MERY CANCHILLA HERNANDEZ

Asesora:

MIRNA STAND DE AGUILAR (T.S.)

Requisito para optar el Título de :

TRABAJADOR SOCIAL

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FAULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Barranquilla, Diciembre de 1.984

REPERCUSIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y PSICOLOGICAS EN LA FAMILIA  
DEL PACIENTE CON CANCER EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

Rector: Dr. JOSE CONSUEGRA H.  
Secretario General: Dr. RAFAEL BOLAÑOS  
Decano Facultad: Dr. JORGE TORRES DIAZ  
Vice - Decano Facultad: Dr. CARLOS OSORIO TORRES  
Secretaria Académica: Dra. MARIA TORRES AVILA  
Asesora: Dra. MIRNA STAND DE AGUILA

CORPORACION EDUCATIVO MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FAULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Barranquilla, Diciembre de 1. 9 8 4

HOJA DE APROBACION

---

Jurado :

---

Jurado :

---

Presidente del Jurado:

## AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros agradecimientos :

A MIRNA SATAD DE AGUILAR, Asesora; quién con su experiencia y sus conocimientos contribuyó significativamente al desarrollo de esta investigación .

Al Presidente de la Liga de Lucha contra el Cáncer del departamento de Sucre, Doctor. SALVADOR RUEDA .

A los profesionales de los diferentes Hospitales Regionales del departamento de Sucre por su colaboración .

Al doctor DAVID ARRIETA FUENTES, Director de Salud Pública.

Al doctor RAMIRO MERLANO, Subdirector de Salud Pública .

Igualmente agradecemos a todas aquellas personas quienes en una u otra forma nos colaboraron en la realización en este Trabajo de Grado .

Ileana - Nelly y Mery

## DEDICATORIAS

Con todo cariño dedicamos nuestro Trabajo de Grado a nuestros queridos padres y hermanos, quienes con su comprensión y apoyo nos permitieron alcanzar la meta fijada .

Que los esfuerzos y obstáculos que hemos afrontado sirvan de estímulo a nuestros hermanos para seguir adelante .

Como demostración de nuestro sincero cariño .

Ileana - Nelly - Mery

## INDICE

	Págs.
INTRODUCCION .....	1
1. SALUD EN AMERICA .....	5
1.1. LA SALUD EN COLOMBIA .....	12
1.1.1. Planteamiento del Gobierno actual en el campo de la salud	24
1.1.2. Políticas y Estrategias .....	26
1.1.2.1. Política General .....	27
1.1.2.2. Objetivos Generales .....	27
1.1.2.3. Estrategias Generales .....	29
1.1.2.4. Objetivos Específicos .....	32
1.2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	35
1.2.1. Estructura y Organización del Sistema Nacional de Salud,	39
1.2.2. Características del Sistema Nacional de Salud .....	41
1.2.2.1. Regionalización .....	42
1.2.2.2. Niveles de atención .....	42
1.2.3. Desarrollo Administrativo .....	42
1.2.4. Articulación Sectorial .....	43

	Pags.
1.2.5. Niveles de atención según coberturas del Sistema Nacional de Salud .....	44
2. LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE .....	46
2.1. ASPECTOS DE SALUD .....	46
2.2. RECURSOS FISICOS Y HUMANOS EN SALUD .....	51
2.3. SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE .....	56
2.3.1. Objetivos y Funciones Institucionales del Servicio Nacional de Salud en Sucre .....	64
2.3.1.1. Objetivo General .....	64
2.3.1.2. Objetivos subsidiarios .....	64
2.3.1.3. Funciones .....	66
2.4. PROGRAMAS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE .....	67
2.4.1. Programa Materno - Infantil .....	68
2.4.2. Control de la Tuberculosis .....	69
2.4.3. Control de enfermedades venéreas .....	69
2.4.4. Campaña Anti-malárica .....	70
2.4.5. Campaña contra la fiebre, dengue y otros arbovirus .....	71
2.4.6. Control de la Lepra .....	72
2.4.7. Atención al medio ambiente .....	73
2.4.8. Programas de fluoruración de aguas de consumo .....	74
2.4.9. Programa de control de alimentos .....	75
2.4.10. Participación de la comunidad .....	76
2.4.10.1. Objetivos del componente de la participación comunitaria .....	76

	Págs.
2.4.11. Programa de Cancerología en el departamento de Sucre....	77
2.5. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE CAN CEROLOGIA EN SUCRE .....	78
3. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER .....	80
3.1. ORIGEN E HISTORIA DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER A NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL .....	80
3.2. OBJETIVOS DEL VOLUNTARIADO DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER .....	85
3.3. OBJETIVOS DE LA LIGA .....	86
3.4. POLITICAS .....	87
3.5. PROGRAMA DE LA LIGA ZONAL DE LUCHA CONTRA EL CANCER EN EL DE PARTAMENTO DE SUCRE .....	87
3.5.1. Programa de Cancerología (Intra y Extramurales ) .....	88
3.6. RECURSOS DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER EN EL DEPARTA MENTO DE SUCRE .....	90
3.6.1. Recursos Financieros .....	90
3.6.2. Recursos Humanos .....	91
3.7. COMITES DE TRABAJO INTEGRADO POR VOLUNTARIAS .....	91
3.7.1. Comité de Citología .....	91
3.7.2. Comité de Educación y Promoción .....	92
3.7.3. Comité de Relaciones Públicas .....	93
3.7.4. Comité de Quimioterapia .....	93
3.8. SERVICIOS QUE PRESTAN DENTRO DEL VOLUNTARIADO .....	94

	Págs.
4. EL CANCER, LA FAMILIA Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ... ..	95
4.1. EL CANCER .....	95
4.1.1. Diferentes tipos de Cáncer .....	99
4.2. NUEVOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICADOS PARA COMBATIR EL CANCER .....	101
4.3. EL PACIENTE CANCEROSO Y FASES EMOCIONALES POR LAS QUE ATRAVIESA .....	103
4.4. FASES DEL PACIENTE CON CANCER .....	104
4.4.1. Primera Fase : Negación y Aislamiento .....	104
4.4.2. Segunda Fase : Ira .....	105
4.4.3. Tercera Fase : Pacto .....	106
4.4.4. Cuarta Fase : Depresión .....	107
4.4.5. Quinta Fase : Aceptación .....	107
4.5. LA FAMILIA DEL PACIENTE CON CANCER .....	108
4.6. REPERCUSIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE CON CANCER .....	114
4.7. RELACION DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO .....	118
4.8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION...	124
5. ALTERNATIVAS DE ACCION DISEÑADAS POR EL TRABAJADOR SOCIAL PARA ATENDER LA PROBLEMATICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE - CON CANCER .....	132
5.2. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD EN EL DE	

	Págs.
PARTAMENTO DE SUCRE .....	132
5.2. ALTERNATIVAS ESPECIFICAS A NIVEL HOSPITALARIO .....	137
5.3. ALTERNATIVAS ESPECIFICAS A NIVEL DE LA COMUNIDAD .....	139
5.4. ALTERNATIVAS ESPECIFICAS A NIVEL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLI NARIO .....	140
5.5. PROGRAMAS QUE SE PUEDEN DESARROLLAR EN LOS HOSPITALES DE SUCRE .....	141
5.5.1. Programa de Salud para la familia del paciente con cáncer	141
5.5.1.1. Proyecto 1: Estudio psicosocial a la familia del pa - ciente con cáncer .....	141
5.5.1.2. Proyecto 2: Orientación y capacitación a la familia del paciente sobre prevención del cáncer .....	142
5.5.1.3. Proyecto 3: Formación educativa en salud a la familia del paciente con cáncer .....	144
CONCLUSIONES .....	147
BIBLIOGRAFIA .....	150

## LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS

	Págs.
Tablas	
1. Recursos Humanos del sector salud oficial de Sucre .....	53
2. Principales causas de morbilidad y mortalidad y grupos de edades prioritariamente afectados .....	54
3. Disponibilidad de recursos institucionales para atención ambulatoria .....	56
Gráficas	
1. Tipos de Cáncer - Incidencia .....	125
2. Creencias de la comunidad en relación al cáncer- Nivel educacional que posee la comunidad .....	127
3. Tipo de personas a que acuden para solicitar atención médica. Niveles sociales .....	129
4. Reacción de la familia al conocer el diagnóstico .....	131

## INTRODUCCION

Colombia, como la mayoría de los países subdesarrollados, presenta una serie de necesidades y problemas que se manifiestan en el malestar social reflejándose en el desempleo, vagancia, alcoholismo, drogadicción, prostitución, demencia, entre otros. Podemos afirmar que en nuestro país, a pesar de los planes elaborados por los diferentes gobernantes no se han podido desterrar los grandes y graves problemas sociales por la inoperancia de los mismos, ya que, el Estado no proporciona los recursos económicos para la ejecución de los programas y por lo tanto la situación tiende a ser cada día más grave, especialmente en el campo de la salud; considerando que esta es de vital importancia para el ser humano en la realización de sus actividades, por lo tanto debe encontrarse en un buen estado físico, mental y biológico.

Nuestro estudio de Tesis lo centramos en el sector salud, concretamente en el cáncer ubicándonos para ello en el Departamento de Sucre, con el objetivo de poderle aportar a nuestro departamento elementos teóricos, que le permitan atender de una manera más amplia dicha problemática.

Es así como estudiamos la problemática que presentan los familiares de -

los pacientes con cáncer, pues, en su gran mayoría son personas de escasos recursos económicos, debido a esto no pueden o no saben darle una solución adecuada a su problema y buscan el camino "más fácil" para ellos, esto es, olvidarse del paciente, abandonarlo, marginarlo o sobreprotegerlo. Pretenden engañar al paciente con falsos diagnósticos y éste a su vez se deja engañar para no "angustiar" más a su familia.

El departamento de Sucre, no cuenta con los equipos necesarios para aplicar tratamiento cancerológico por lo que es necesario remitir al paciente a las ciudades de Cartagena o Barranquilla ocasionado con ello gastos adicionales al precario presupuesto económico, los cuales no pueden ser cubiertos y optan por recurrir al "curandero" o "tegua" depositando en ellos su confianza.

Entendemos que el problema de salud al igual que la enfermedad no depende sólo de los factores ecológicos, sino también de las relaciones sociales vigentes en un momento determinado ya que, son productos de determinadas características estructurales bajo determinantes históricos, sociales, económicos, políticos y educativos dominantes, evidenciándose más - cuando se analizan aquellos grupos sociales que permanecen al margen de las relaciones y de los medios de producción no contando con los suficientes recursos para pagar los servicios de salud, y además, restándole importancia a ciertas enfermedades como el cáncer, que ocupa el segundo lugar de mortandad en el mundo, por no poseer los conocimientos adecuados para la prevención y curación de los mismos, aumentando cada día más el

alto índice de mortalidad.

Frente a estos aspectos, nos preguntamos primero, Cómo interviene el equipo multidisciplinario en los diferentes hospitales de Sucre? Qué es la labor del Trabajador Social en el sector salud en Sucre? y nos propusimos analizar la efectividad de los planes y programas de salud específicamente en el cáncer, si estos cubren toda la población necesitada y si la familia del paciente con cáncer cuenta con toda la orientación necesaria en el momento que se le informa el diagnóstico por parte del equipo multidisciplinario, con el fin de presentar alternativas que se ajusten a las necesidades reales y sentidas de la comunidad .

Para tal efecto nos trasladamos a los 3 hospitales Regionales que existen en el departamento en donde detectamos a través de la revisión a - historias clínicas un total de 238 pacientes de los cuales escogimos como muestra 150 para aplicarle encuestas a los familiares de éstos. Conociendo así las inquietudes, reacciones, temores, creencias de los familiares, además de la proyección comunitaria que las diferentes instituciones en salud desarrollan.

El trabajo lo desarrollamos analizando lo que es el Sistema Nacional de Salud, con sus características, niveles de atención, recursos a nivel general, para llegar a particularizar en los aspectos de salud que atañen directamente al departamento de Sucre y que repercuten en los diferentes programas incluyendo el de Cancerología y las instituciones en cargadas de ejecutar dichos programas .

De igual manera analizamos lo que significa el cáncer para el paciente y su familia y las diferentes fases por las que éstos deben pasar: la relación que debe existir entre la familia del paciente y el equipo multidisciplinario para diseñar alternativas de acción que atiendan efectivamente la problemática en estudio.

## 1. SALUD EN AMERICA

La Carta Magna de la Organización Mundial de la Salud definió la salud como "el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1)

Esta definición indudablemente constituye un avance en la concepción universal de la salud, puesto que salta del estrecho marco físico somático como se le pensaba en los siglos anteriores a los aspectos mentales y sociales, un campo de superación y enfatización de lo psíquico, como un todo armónico y conjugado, surge la imprescindible necesidad de reconocer a un hombre sano como aquel que puede mantenerse en un estado de bienestar no sólo en su anatomía y fisiología, sino también en sus defectos, en sus mentes, en su vida de relación, se deduce de esto que el bienestar físico no es adaptación, sino una lucha constante por superar y me

---

(1) Crónica la Organización Mundial de la Salud, p. 2 .

jorar o modificar los conflictos que genera el medio en el cual se desenvuelve .

Hace más de diez años, los gobiernos de las Américas fijaron como meta para el decenio de 1.977, la ampliación de la cobertura de la población mediante servicios de salud.

Esta declaración resultó profética, porque en 1.978, la Asamblea Mundial de la Salud resolvió que la principal meta social de sus Estados Miembros sería el logro por todos los ciudadanos del mundo, en el año 2.000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

En 1.978 se decidió además que la clave para el logro de esta meta, actualmente conocida como "salud para todos en el año 2.000", sería el acceso a servicios de atención primaria de salud mediante una cobertura total.

A raíz de esas decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud, la Asamblea General de la Naciones Unidas declaró oficialmente que la salud era parte integrante del desarrollo social y económico. En la resolución correspondiente se destaca que la "salud para todos", constituye una meta no sólo para el sector salud sino para todos los sectores. Su logro exige una voluntad política, la adopción de decisiones difíciles y la participación de cada ciudadano y cada comunidad. Ello exigirá la revisión

de las órdenes de prioridad y una redistribución de los recursos, tanto humanos como financieros.

En las Américas, hay una gran diversidad de condiciones de salud y remedios para mejorarlas. En cierto sentido, cada país tiene su propia situación particular que afrontar y resolver. La Organización Panamericana de la Salud, a petición de sus Gobiernos Miembros, ha colaborado con estos en la formulación de estrategias que les permitan alcanzar sus metas nacionales de salud para todos. Un total de 24 países ya han establecido estrategias propias. La Organización ha concedido la máxima prioridad a la integración de esos componentes nacionales en estrategias regionales ajustadas a la realidad. Actualmente está preparándose un plan de acción para presentarlo en el curso del presente año a los Cuerpos Directivos de la Organización. Huelga decir que el plan se revisará adecuadamente conforme a la experiencia que vaya obteniéndose en los próximos años.

Faltan menos de dos decenios para el año 2.000. La meta de salud para todos se presenta en las Américas en momentos de diversidad económica y de crecimiento demográfico ininterrumpido. Sin embargo, ya hubo otra ocasión en que se pudieran vencer dificultades de esa índole. En efecto, este continente fué el primero en erradicar la viruela, y el espíritu que solo hizo posible y persiste todavía, reforzado por el conocimiento de que ya se ha logrado abrir la brecha mediante programas destinados a grupos muy expuestos, en particular madre y niños, trabajadores y personas de edad .

Para algunos, la "salud para todos", quizás sea un lema propagandístico sin mayor importancia. Para las naciones de las Américas, individual y colectivamente por conducto de su Organización Panamericana de la Salud, es un llamamiento al sacrificio, la determinación, la innovación, la revisión de ideas, la autorresponsabilidad, el intercambio de experiencias y la cooperación, cuyos frutos encierran la promesa de dar a todos los pueblos del continente un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

La Asamblea Mundial de la salud definió la "Salud para todos", como la meta consistente en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Ello significa, simplemente que el grado de salud de los individuos y las comunidades ha de permitirles explotar su potencial de energía económica y extraer su satisfacción social del hecho de poder aprovechar todas sus aptitudes latentes en el orden intelectual, cultural y espiritual.

La salud para todos no significa que en el año 2.000 los médicos y las enfermeras deben proporcionar remedios para todos los males que afectan a todos los habitantes del mundo, ni quiere decir, por supuesto, que en el año 2.000 nadie padecerá los efectos de la enfermedad o la invalidez. Significa, en realidad, que la salud empieza en el hogar, en la escuela y en la fábrica. Es ahí, donde vive y trabaja la gente, donde se forja o se destruye la salud. Significa que las personas comprenderán que es

tá en sus manos el poder de moldear sus vidas y las de sus familias, de modo que se liberen de la carga inevitable de enfermedades, una vez persuadidas de que la salud no es inevitable. Significa que las personas aplicarán mejores medios que ahora, para prevenir las afecciones y aliviar las enfermedades y la invalidez inevitables, y descubrirán mejores maneras de desarrollarse, de envejecer y morir. Significa que los recursos disponibles para la salud, cualesquiera que sean, estarán distribuidos equitativamente entre la población. Y significa que los recursos para la atención de la salud indispensable será accesible a todos los individuos y las familias, de manera que les resulte aceptable y a su alcance, y con su plena participación.

La falta de una atención organizada en muchas zonas de los países en desarrollo han puesto de manifiesto la poca adecuación de sus sistemas de salud, centrados en la construcción de nuevos hospitales y en la ampliación de los antiguos, que atienden principalmente a la población urbana y acaparan la mayor parte del presupuesto nacional de salud, Además, la forma en que funcionan los hospitales donde se hace principal hincapie en la atención curativa más que en la preventiva, no podía influir mucho en las principales causas de las deficiencias que hacen estragos en los países en desarrollo, tales como la malnutrición, las enfermedades transmisibles y la falta de salud de las madres. Frente a estos sistemas, incapaces de resolver los problemas del mundo cada vez más graves en materia de salud, la solución está en el criterio de atención primaria en salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se celebró en Alma - Ata (URSS) en 1978, publicó una Declaración en la que se afirma que la atención primaria en salud es la clave para alcanzar la salud para todos en el año 2.000. La misma Conferencia formuló un llamamiento para que se emprendieran en el plano internacional y de los países una acción urgente y eficaz encaminada a desarrollar y aplicar la atención primaria de salud en todo el mundo y en particular en los países en desarrollo, según un espíritu de cooperación técnica y en armonía con un nuevo orden económico internacional. Los Estados Miembros de la OMS no fueron lentos en responder al llamamiento, y actualmente están elaborando sus estrategias para alcanzar la salud para todos, por medio de un nuevo tipo de desarrollo de la salud basado en la atención primaria. Lo hacen cada uno de ellos individualmente, para sus propios países, y también colectivamente para asegurar así el apoyo regional y mundial a sus estrategias nacionales. Pero esto no es más que el comienzo del camino. Esas estrategias se convertirán en planes de acción que, a su vez, se llevarán gradualmente a ejecución en el curso de los dos próximos decenios. El Foro Supremo de las Naciones Unidas, su Asamblea General, ha escogido con satisfacción esos esfuerzos y la exhortado a los demás sectores a que les presten su apoyo.

Todo ello constituye un excelente augurio para el desarrollo del movimiento nacional e internacional encaminado a alcanzar la salud para todos. A pesar de la difícil situación que impera en muchos lugares del mundo y del inquietante clima económico, el compromiso político general de los gobiernos y el apoyo entusiasta de las poblaciones, pueden hacer reali-

dad ese sueño. Podemos triunfar. Debemos triunfar. Si no lo lográramos, los niños de hoy, y los que aún no han nacido pero que constituirán más de una tercera parte de los habitantes del mundo en el año 2.000, nunca nos lo perdonarían.

En la Conferencia Internacional sobre el tema, celebrado en Alma-Ata (URSS) en 1978, definió la atención primaria de salud, como asistencia sanitaria esencial, compuesta por lo menos de los ocho elementos siguientes: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y luchas contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento aplicado de las enfermedades y los traumatismos comunes, y suministro de medicamentos esenciales. En todos esos sectores, los servicios deberán facilitarse como se subraya en la Declaración de Alma-Ata, "a todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación.... con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación .

Ese criterio basado en consideraciones prácticas y en la energía potencial de la población autorresponsable movilizadada que participa en una actividad en la que tiene fé, es el que se ha considerado como la clave para alcanzar la meta de la "salud para todos en el año 2.000". Con la a

tención primaria como principal instrumento, la "salud para todos" deja de ser un piadoso deseo para convertirse en una propuesta práctica. Equivale a esfuerzos planeados para crear las mejores condiciones posibles con miras a prevenir las enfermedades y fomentar la salud con la plena participación de las poblaciones, de conformidad con las actuales realidades socio-económicas. Significa que la atención de la salud esencial debe ser accesible a todas las personas y en particular a los sectores de la comunidad que han permanecido aprisionado durante generaciones en la pobreza y la mala salud, Ofrece a cada individuo la oportunidad de realizar su propio potencial como miembro útil de la sociedad.

#### 1.1. LA SALUD EN COLOMBIA

En los últimos años, el país ha venido realizando grandes esfuerzos para lograr un cambio en la situación de la salud de la población. Se ha estimado que en la actualidad existen 26.194.000 habitantes y se espera que en 1986 la población llegue a 29.194.000 personas. Se observa una marcada tendencia hacia la disminución de la natalidad (2.1%) y la mortalidad (5.8%) en la población, así como el aumento de la expectativa de vida y modificaciones en la estructura de la población, con aumento sistemático de los grupos de mayor edad (4.8%) y disminución del peso relativo de los menores (37.7%). Es de anotar que en la actualidad el 43% de la población habita en las áreas rurales y el 57% restantes en las zonas urbanas incrementándose cada día más esta última tendencia.

Las principales causas de enfermedad y muerte en los menores de 5 años

continúan siendo las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias y las prevenibles por vacunación. En los niños de 5 a 14 años los principales problemas son los accidentes en el hogar y los causados por vehículos automotor; la violencia y los accidentes por vehículo automotor generan la mayor mortalidad en los hombres de 15 a 44 años y en las mujeres de la misma edad, los tumores malignos y las enfermedades crónicas y degenerativas. Existen además, 2.5 millones de personas con limitaciones físicas y mentales. Las enfermedades tropicales están afectando a toda la población, especialmente en áreas geográficas por debajo de 2.500 metros de altura sobre el nivel del mar.

Incidén además en el estado de salud de la población factores socio-económicos, culturales, ambientales, de comportamiento y problemas en la oferta y funcionamiento de los servicios de salud.

Entre estos factores caben destacar los siguientes:

- a) Sólo el 81% de los habitantes de la zona urbana, el 20% de los habitantes de la zona rural y el 7% de quienes habitan en la zona rural dispersa cuentan con servicios de acueducto; el 65% de la población urbana y el 14% de la población rural disponen de servicios de alcantarillado.
- b) Corresponde a las instituciones oficiales entender aproximadamente el 75% de la población del país; en 1.981 se dispuso de recursos para ofrecer servicios de consulta médica al 31.4% de esta po

blación, de hospitalización el 34.2%, de odontología el 5.9% y de vacunación el 54%, lo cual muestra una gran brecha entre la responsabilidad del sector y la capacidad de atención con los recursos - disponibles; sin embargo, estos recursos no fueron eficientemente utilizados. Situación similar presenta el Instituto Colombiano de Seguros "Sociales", que tan sólo alcanza una cobertura entre el 7% y 8% de su población objetivo. De otra parte, los servicios de la seguridad social, únicamente alcanzan una cobertura igual al 16% del total de la población del país, quedando un altísimo porcentaje de población sin recibir ningún servicio de salud (2)

El análisis del nivel de salud durante los últimos 10 años señala que a pesar de la disminución sistemática de la mortalidad de los cambios de la estructura de la mortalidad y del aumento en la expectativa de vida, el problema de salud sigue siendo de gran magnitud y tiene las características propias de los países en transición hacia el desarrollo.

La tasa de mortalidad general (3) es de 5.8 defunciones por cada 1.000 habitantes ó 156.400 defunciones en 1.982, nivel ciertamente muy bajo pero de carácter eminentemente transitorio, debido principalmente a la rápida disminución de la natalidad, al aumento en la expectativa de vida y al cambio en la composición de la población por grupos de edad. A su vez

---

(2) Estudio Nacional de Salud. Minsalud. INAS, ASCOFAME, Nov. 1.982

(3) BAYONA, Alberto. La Mortalidad en Colombia 1.970 - 1982. Niveles

Ajustados por secciones del País.

la mortalidad infantil (4) ha alcanzado 63 defunciones, de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos ó 41,500 defunciones, lo cual representa una reducción de casi el 50% en un lapso de 15 años; sin embargo, la cifra alcanzada dista de la existente en los países desarrollados, siendo en la mayoría de ellos inferior al 15 por 1.000.

Del análisis del estado de salud de la población colombiana se concluye que las enfermedades infecciosas intestinales, respiratorias agudas y la desnutrición, siguen siendo las causas principales de morbi-mortalidad en los menores de 5 años, no obstante su sistemática disminución, lo mismo que las enfermedades prevenibles por vacunación.

La violencia y los accidentes por vehículo automotor generan la mayor mortalidad en los hombres de 15 a 44 años y los tumores malignos (cáncer del cuello uterino y del seno) en las mujeres de la misma edad; los accidentes de trabajo, a su vez ocasionan una alta tasa de incapacidad en la población laboral.

En la población de 45 años y más, los tumores malignos y las enfermedades crónicas y degenerativas constituyen los problemas fundamentales.

Afectando prácticamente a todos los grupos de edad, las enfermedades endé

---

(4) BAYONA, Alberto. Estudio Nacional de Salud. INAS, ASCOFAME, Octubre de 1.982.

micas tropicales, particularmente la malaria, tienen implicaciones especiales en las zonas de colonización y en las áreas con dificultades de orden público.

Con relación a las enfermedades transmitidas por los animales (zoonosis) sobresale la rabia, por su reconocida letalidad y su tendencia ascendente.

Un consolidado de indicadores de prevalencia de mortalidad en función de las acciones de rehabilitación física y mental permite señalar que existen en el país 150.000 personas con percepción de invalidez total para el desempeño de sus actividades habituales y alrededor de 2.430.000 con limitaciones neurológicas, osteomusculares, de órganos de los sentidos y mentales, que requieren procesos de rehabilitación de alto o mediana complejidad.

#### a) Factores Condicionantes

Un cuidadoso análisis de las relaciones entre el estado de salud, los factores condicionantes de tipo socio-económico, cultural, ambiental y el comportamiento de la población, y la oferta funcionamiento de los servicios de salud, ha permitido identificar los siguientes aspectos especialmente críticos:

- El bajo ingreso económico familiar, está altamente correlacionado con la calidad de la vivienda, el tipo de acceso a los servicios de a -

ducto, alcantarillado, la disponibilidad y calidad de alimentos y las oportunidades de educación. Esto a su vez, está asociado con las enfermedades respiratorias, la patología dental, la desnutrición y la malaria. Además, limita la capacidad de compra de drogas y el acceso a los servicios de salud por parte de la familia.

El bajo nivel de Educación Básica, la falta de conocimientos específicos sobre la salud y la aptitud negativa hacia los servicios de Salud del Estado, son condicionantes de las acciones de prevención y control de las enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, las prevenibles por vacunación, los accidentes, el aborto, los tumores malignos y las enfermedades del aparato genito-urinario.

El alcoholismo y la drogadicción no ha logrado llegar a niveles realmente preocupantes en la población adulta del país y están estrechamente relacionados con la morbi-mortalidad por accidentes y homicidios, el tabaquismo está muy relacionado con los problemas respiratorios y algunos tumores malignos.

Los hábitos alimentarios inadecuados, por su reconocida asociación con la desnutrición, las enfermedades de los dientes y la diabetes, al igual que con algunas de las enfermedades intestinales del aparato digestivo.

La descomposición y desintegración de la Unidad Social Básica, la familia, asociados con múltiples factores tales como el bajo nivel educativo, el cambio de algunos valores, la urbanización, la liberación de la mujer, y

su acelerada vinculación a la fuerza de trabajo, la paternidad irresponsable y el abandono de menores, son también condicionantes notables del nivel de salud, particularmente de la población menor de edad.

La calidad del medicamento físico, es uno de los principales factores - condicionantes de las enfermedades más frecuentes en la población menor de 15 años.

Las enfermedades infecciosas intestinales y la desnutrición están íntimamente correlacionadas con la disponibilidad y calidad de agua de consumo, con los sistemas de descomposición de excretas y basuras, con la cantidad y calidad de los alimentos y con la contaminación de las fuentes hídricas, a su vez las enfermedades respiratorias tienen que ver con la contaminación del aire y la calidad de la vivienda, los accidentes, con la situación de seguridad industrial y los problemas de agudeza auditiva con el ruido.

De otra parte, la gran manifestación de mosquitos como el anofeles y el aedes- aegyptus es causa importante de la incidencia de la malaria, dengue y fiebre amarilla.

Las características de la vivienda asociada con las posibilidades de control de los citados sectores y las enfermedades respiratorias tipifica un factor condicionante de amplias consecuencias, dado que el 25% de la población reside en chozas y tugurios, Esta tasa varía con el nivel de urbanización de 53.4% en la población rural dispersa al 3.8% en los gran

des centros urbanos.

Adicionalmente, la altísima tasa de convivencia de las familias con animales domésticos, particularmente con perros (59%) y gatos (36%), están correlacionados con la incidencia de las zoonosis, situación que se agrava por la limitada vacunación animal y la falta de control periódico de salud de la población.

Esta estrecha asociación de los factores socio-económicos, culturales, de comportamiento y del ambiente físico, con las enfermedades más prevalentes en nuestro estudio, señala la importancia de la coordinación intersectorial para efectos de una modificación de los citados factores, la cual debe lograrse mediante la ejecución de los proyectos específicamente de acción, que comprometan recursos y tecnologías disponibles en los diferentes sectores.

#### b) Recursos Financieros

Los recursos asignados al sector salud en 1,982 a través del presupuesto nacional ascienden a \$ 19.982 millones, de los cuales \$ 15.478 millones son para atención a las personas., \$ 2.469 millones para atención al ambiente y \$ 2.035 millones para desarrollo de la infraestructura. El proyecto de presupuestos básicos para 1,983 contempla un total de \$ 20.367 millones para este sector.

### c) Recursos Físicos

La oferta de recursos físicos hospitalarios y ambulatorios asciende a 864 instituciones y 44.164 camas hospitalarias, de las cuales 662 instituciones o el 72% cuentan con 29.150 camas y pertenecen al sector oficial. De estas 136 instituciones tienen capacidad menor de 10 camas, lo cual hace pensar en su poca capacidad técnica y científica. El resto discriminado por niveles muestra un porcentaje de ocupación del 59.1% en promedio, con variaciones del 41.2% para el nivel local hasta el 76.4% para los hospitales universitarios o de máxima tecnología. Esta situación indica nuevamente la sub-utilización de los recursos existentes, especialmente en el nivel local.

Para atención ambulatoria existen 2.440 centros y puestos de salud oficiales y 422 consultorios de la seguridad social.

En el área de Bienestar Familiar se cuenta con 1.320 instituciones de atención integral al pre-escolar, 464 instituciones de protección, 90 instituciones de rehabilitación y 97 instituciones de educación especial.

Las áreas críticas detectadas en el área de recursos físicos se refieren a la ausencia de un ágil y racional sistema de toma de decisiones para la identificación, elaboración y ejecución de nuevos proyectos hospitalarios y de infraestructura sanitaria, que consulte las necesidades de la comunidad y las posibilidades del país..

Esta ausencia ha determinado que en la actualidad se requieran \$ 9.700 millones para la finalización de las obras hospitalarias en ejecución. Así, como a la falta de un eficiente proceso de control de ejecución de los proyectos de inversión y de un sistema de información que apoye adecuadamente los procesos decisorios y de control de gestión.

El grave deterioro de la infraestructura física de atención a las personas, al ambiente e instituciones de protección y rehabilitación social, debido a la inadecuada operación y a la falta de mantenimiento de instalaciones, equipos y dotación, es otro de los aspectos críticos detectados.

#### d) Recursos Tecnológicos

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de organismos y entidades que tienen por finalidad específica procurar la salud de la población, mediante acciones de promoción, protección, recuperación o rehabilitación.

Los mecanismos reguladores del Sistema de Salud son: Las normas legales que dan su base jurídica; la organización básica para su dirección; los regímenes de adscripción y vinculación que definen las relaciones con las entidades de salud según su origen oficial o privado; y los subsistemas de planeación, inversiones, suministros, personal, información e investigaciones, que en forma especializada definen las normas de operación de los componentes más críticos de la infraestructura.

Las principales áreas problemas se relacionan con la parcial implantación y funcionamiento de los modelos de organización de los niveles regional y local, debido a la excesiva centralización administrativa propiciada desde los servicios secciones de salud, así, como a la falta de desarrollo y operación del subsistema de suministros a nivel regional y local, fundamentalmente debido a la diversidad de regímenes administrativos sobre el tema, y por problemas generales por la baja calidad del personal del área.

La problemática de la salud que vive América Latina y Colombia en particular, es preocupante y grave, donde se calcula que más del 90% de la población está afectada por estados de enfermedad creciente de tipo endémico o epidémico.

En esas condiciones el Estado se ve obligado a desarrollar programas nacionales de salud, que van desde la implantación infraestructural, centros médicos e instrumentación científica, hasta la ejecución de campañas de salud en barrios y corregimientos.

Pero esto no es suficiente, las soluciones reformistas de carácter desarrollista no conllevan a soluciones reales, el problema continúa mientras persista la sociedad de la desigualdad, la injusticia y la explotación despiada que absorbe la poca salud del obrero por un salario ínfimo para compensar en algo la salud y devolverla otra vez a su patrón, no significa que anteriormente los gobiernos no se hubieran trazado planes específicos sobre el campo de la salud, cada gobierno en una u otra forma

ha tenido que hacer referencia a la salud, pero con más énfasis en la última década al incrementarse los problemas sociales en cada vez más individuos creándose la necesidad de atender mínimamente esta problemática con el objeto de evitar el caos alarmante y la improductividad de la fuerza de trabajo .

La salud como el elemento indispensable para obtener la productividad económica de la empresa privada o socializada merece atención como factor determinante para lograr óptimos índices de producción material y mental.

La salud física, mental y social en nuestro medio está determinada por los múltiples problemas que la aquejan donde la superexplotación de las energías de trabajo a que es sometido el trabajador con ínfimos ingresos se convierte en el principal móvil.

El Estado frente a esta situación plantea como único recurso programas sectoriales tendientes a disminuir paulatinamente la aguda crisis de la salud en Colombia, donde mueren anualmente más de 350.000 niños, los ancianos mueren en las calles sin la mínima atención. Estos planes estatales presentan sin lugar a dudas un instrumento de gran valor en la racionalización del proceso económico y social por cuanto crea la necesidad de la investigación y el diagnóstico macro-social de la situación actual y la evolución de la economía nacional permitiendo el establecimiento en diversos niveles y metas de desarrollo. Fija alternativas de acción y supone una consideración cuidadosa sobre las principales interrelaciones entre los diversos sectores de la sociedad.

Consideramos que el estudio de salud no debe enfocarse en los individuos mismos y su trabajo a nivel individual, sino que se hace necesario ubicar el estudio en un plano social en el cual se puede contemplar el significado de una actividad, sus relaciones con las demás actividades y en fin, con la totalidad de ellas para que de esta manera determinas las repercusiones que dicha actividad tiene en la sociedad teniendo en cuenta no sólo una característica específica sino el hecho mismo de ser una relación social.

La situación económica, política y social de Colombia, configuran nuestro sistema social como capitalista dependiente, razón por la cual el Estado plantea una planificación en el campo de la salud de acuerdo con intereses de la clase dominante y enmarcadas bajo el imperialismo norteamericano.

#### 1.1.1. Planteamiento del Gobierno actual en el campo de la Salud

El análisis de la situación de la población colombiana, muestra claramente que los grandes esfuerzos realizados en las dos últimas décadas han operado algunos cambios en las condiciones de salud de los colombianos. Sin embargo, por razones de su crecimiento, persisten situaciones inadecuadas como son las bajas coberturas, problemas de calidad en la prestación de los servicios y sobre todo, insuficiente utilización de los recursos disponibles.

Esta situación, requiere de un esfuerzo nacional para contribuir a satis

facilitar las necesidades básicas, de los sectores de menores ingresos de la población, lo cual implica sacrificios y la necesidad de un cambio de conciencia y de aptitud de parte de todos los estamentos oficiales y privados y la comunidad en general, como única forma de ofrecer verdaderos y efectivos servicios de salud de la población.

El reto es por lo tanto grande, hay mucho que hacer, los recursos económicos son insuficientes, son insuficientes pero con la voluntad y ayuda de los funcionarios del sector y de todo el pueblo colombiano, se logrará, el cumplimiento de las metas propuestas.

El propósito fundamental de la actual administración es ejecutar el Plan que se presenta, el cual ha tenido en cuenta los recursos disponibles en el país y sobre todo, las necesidades reales de la comunidad, se requiere entonces que todos los funcionarios del sector conjuntamente con la comunidad sea los guardianes de los servicios para garantizar el uso adecuado irracional evitando la duplicidad; se requiere de sacrificios, pero se conseguirán una mejor calidad de vida de la población Colombiana, especialmente lo que en la actualidad no cuenta con servicios de salud,

Los fundamentos de política de la actual administración como son; la equidad, la austeridad en el gasto, la moralización de la administración, la concentración intra e intersectorial, el desarrollo y tecnificación de las instituciones y el máximo, aprovechamiento de los recursos existentes, fueron la base para que el Ministro de Salud conjuntamente con el Departamento Nacional de Planeación, formularan la política Nacional de Salud -

contenida en el plan nacional para el período de 1.983 - 1.986 y denominada "HACIA LA EQUIDAD EN SALUD".

Contempla el plan como grupo prioritario de las acciones propuestas a desarrollar: la madre y los niños, la población laboral, los limitados, los ancianos, los indígenas, la población que habita en zonas marginadas urbanas y rurales y la ubica en áreas afectadas por la subversión y el enfrentamiento armado.

#### 1.1.2. Políticas y Estrategias

El Plan "Hacia la equidad en salud", se propone modificar el nivel de las causas de enfermedad y muerte de la población, atendiendo preferentemente con servicios de salud a los grupos identificados como prioritarios y combatiendo los riesgos más vulnerables, con el único propósito de lograr el bienestar de la población colombiana. El alcanzar dichos propósitos será posible, con el mejoramiento de la oferta y facilitando el acceso a los servicios de salud a las personas y al medio ambiente. Simultáneamente se mejorará la organización de los recursos disponibles y se fomentará a través del núcleo familiar, la participación activa de la comunidad en la detección de necesidades y en el planteamiento de alternativas de solución. Así, mismo se promoverá la realización de acciones conjuntas con otros sectores de la administración, para garantizar los cambios necesarios de los estados socio-económicos, culturales y de comportamiento de la población .

#### 1.1.2.1. Política General

Modificar el nivel y estructura de la morbilidad y la mortalidad de la población del país, con énfasis en los grupos y riesgos más vulnerables, para obtener su mayor bienestar, mediante acciones concertadas sobre los factores condicionantes especialmente críticos de tipo socio-cultural, de comportamiento de la población, del medio ambiente y de la oferta y funcionamiento de los Servicios de Salud, para estimular el desarrollo económico y social del país.

#### 1.1.2.2. Objetivos Generales

Para el cumplimiento de la política global se definen los siguientes objetivos generales:

- a) Mejorar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de Salud a las personas, interviniendo no solamente en la oferta sino facilitando la demanda de servicios, dando prioridad en la atención a los grupos de población de las áreas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en el grupo materno-infantil, los trabajadores, las personas de avanzada edad, los limitados, los indígenas y los habitantes de las áreas afectadas por la subversión y el enfrentamiento armado.
- b) Mejorar la cobertura, eficiencia y calidad de los servicios del área del medio ambiente, con énfasis en las acciones de saneamiento básico en zonas rurales y marginadas urbanas y en la preservación y

recuperación de los recursos hídricos y atmosféricos.

- c) Mejorar la organización, eficiencia y calidad de la infraestructura física, de recursos humanos, tecnológicos y financieros del Sistema Nacional de Salud.
- d) Impulsar la activa participación de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en el planteamiento de alternativas de solución, para la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios, estimulando a través del núcleo familiar la capacitación y vinculación voluntaria de sus miembros.
- e) Promover la concertación entre los diferentes sectores de la administración, para el diseño y ejecución de proyectos de acción que garanticen la efectiva modificación de aquellos factores condicionantes del estado de salud, cuya intervención supera la responsabilidad del sector salud.
- f) Orientar la contratación, programación y ejecución de los recursos de crédito y cooperación técnica nacional e internacional en función exclusiva de programas y proyectos contemplados en el Plan de Salud, evitando incoherencias y duplicaciones, y seleccionando aquellos aspectos que requieran más apremiantemente del apoyo financiero y tecnológico.

### 1.1.2.3. Estrategias Generales

Estos objetivos se lograrán mediante las siguientes estrategias :

- Desarrollo armónico de la organización del Sistema Nacional de Salud y de los subsistemas de inversiones, personal, suministros, investigaciones, planeación e información.
- Estímulo al mejoramiento administrativo de los organismos encargados de la prestación de servicios, mediante el establecimiento de funciones claramente definidas, basadas en una adecuada descentralización administrativa y financiera.
- Fortalecimiento de la capacidad gerencial para una mejor administración y control de gestión en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud, con especial énfasis en el desarrollo e implantación de un proceso de supervisión por niveles que garantice una adecuada aplicación de las normas que se establezcan.
- 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 con la severidad de los problemas de salud.

Prioridad especial se dará al nivel de atención primaria, entendida ésta

como el conjunto de acciones, tanto a las personas como al medio ambiente, tendientes a satisfacer las necesidades básicas de la comunidad en relación con promoción de la salud, prevención de las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación.

El funcionamiento del sistema regionalizado en atención requiere de la adecuada operación de la red de comunicaciones y de los sistemas de información y transporte en todos los niveles.

- Impulso a los mecanismos de concertación intra e intersectorial con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud de la población.
  
- Refuerzo del proceso de planificación del recurso humano del sector a través de la cuantificación de las necesidades de personal de salud; la revisión y actualización de los planes de formación y capacitación; el reforzamiento de los programas de la capacitación de las áreas de administración y mantenimiento; la integración docente asistencial en todos los niveles de regionalización; el impulso a la delegación de funciones, particularmente en personal auxiliar, para aumentar la cantidad y calidad de la oferta, y mejorar la distribución geográfica de los servicios y el establecimiento de programas masivos de educación a distancias para personal auxiliar.
  
- Racionalización del uso de los recursos de inversión destinados a la construcción, aplicación, remodelación y dotación de hospitales,

centros, puestos de salud y laboratorios, en coordinación con la seguridad social; en el área del medio ambiente la racionalización se buscará a través de la concertación con el sector privado. En ambos casos se dará prioridad a los proyectos que se encuentran en un estado avanzado de ejecución y a los que beneficien núcleos de población objetivo de la política .

- Montaje y funcionamiento efectivo de un sistema de mantenimiento de la infraestructura física del Sistema Nacional de Salud, que incluya la planta física, instalación y dotación de hospitales, centros y puestos de salud, laboratorios, acueductos, alcantarillado, plazas de mercado y sistemas de aseo, transporte y comunicaciones .
- Búsqueda de mecanismos de concertación y de oferta legal que garanticen recursos financieros, suficientes, estables y oportunos a nivel nacional, departamental, intendencial, comisarial y municipal; para asegurar la realización de las acciones previstas. Además se buscará, la racional utilización de éstos recursos, a través de la aplicación de normas e instrumentos adecuados de administración y control.
- Fortalecimiento e integración de acciones de educación en salud a toda la población, para lograr cambios de comportamiento, promoción y uso adecuado de los servicios, utilizando los medios masivos de comunicación (prensa, radio, t.v. cine, etc.)

- Desarrollo de tecnología apropiada mediante el estímulo a la investigación, en diseño y aplicación de métodos, técnicas y procedimientos sencillos y de bajo costo, para la solución de los principales problemas de salud.
- Fortalecimiento de las inversiones sociales, legales y nutricionales de la comunidad, con el fin de lograr el desarrollo armónico de la familia y una efectiva protección del menor.
- Establecimiento de un sistema de seguimiento, control y evaluación de desarrollo y cumplimiento de las metas y objetivos establecidos en la política nacional de salud.

#### 1.1.2.4. Objetivos Específicos

El cumplimiento de la política propuesta requiere, como se mencionó de la acción conjunta del sector salud y demás organismos del estado. Asimismo, la baja cobertura actual de los servicios de salud podrá modificarse si se obtiene un mayor rendimiento y mejor utilización de los recursos existentes. Sin embargo, un aumento significativo en esa cobertura implica una estrecha coordinación con la seguridad social y un incremento notable de los recursos financieros para el sector.

Las metas que se proponen en este plan consultan la aceptabilidad de la comunidad y son el resultado del análisis de factibilidad para su cumplimiento en el período, teniendo en cuenta los aspectos de mayor rendimiento

to, mejor utilización, adecuada coordinación e incremento de los recursos financieros.

a) Grupo Materno - Infantil

En este grupo que comprende los menores de 5 años y las madres, se propone disminuir la morbilidad infantil para lograr los niveles de mortalidad entre 40 y 45 por mil, reduciendo en un 50% la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias intestinales, inmunoprevenibles, respiratorias, perinatales. Asimismo, para el grupo de 1 a 4 años, se propone lograr niveles de mortalidad específica entre 5 y 7 por mil, reduciendo en un 50% la mortalidad por enfermedades diarreicas, inmunoprevenibles, y respiratorias agudas.

Para el grupo de madres se propone disminuir la morbimortalidad específica reduciendo prioritariamente en un 10% la mortalidad por complicaciones de embarazo, parto y puerperio, el aborto y el cáncer del cérvix.

El cumplimiento de los objetivos anteriores contribuirá a reducir el nivel de desnutrición en éste grupo.

b) Grupo de 5 a 14 años

Para este grupo se propone disminuir la morbimortalidad, reduciendo prioritariamente la mortalidad por accidentes entre 15 y 20%, la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas, de los órganos de los sentidos y

afecciones orales, para lograr niveles de mortalidad específica entre 0.5 y 1 por mil.

c) Grupos de 15 a 44 años

Para este grupo, del cual se excluyen las madres, se plantea contribuir en la disminución de la morbimortalidad por homicidios, accidentes, traumatismos, lesiones personales, tumores malignos y tuberculosis, a través de la reducción prioritaria de la mortalidad por homicidios, entre 20 y 25% y de tuberculosis en 18%, para lograr niveles de mortalidad específica del orden de 2.0 a 2.5 por mil.

d) Grupo de 45 años y más

Para este grupo se procurará reducir la morbimortalidad por enfermedades hipertensivas, neoplásicas, isquémicas del corazón, cerebrovasculares, del aparato osteomuscular, mentales, venéreas, diabetes y tuberculosis para lograr niveles de mortalidad específica de 8% para el grupo de 45 a 59 años para el grupo de 60 y más años.

e) Todos los grupos de población

En el control de enfermedades tropicales, se propone reducir la morbimortalidad por malaria al 50% en las áreas endémicas, erradicar el pian y la leishmaniasis visceral; instituir el diagnóstico y tratamiento oportuno de

los enfermos de leishmaniasis tegumentaria y prevenir la aparición de epidemias de fiebre amarilla selvática, de dengue hemorrágico y de fiebre amarilla urbana.

Se hará un gran esfuerzo por disminuir las situaciones de desintegración familiar y de abandono del menor, especialmente en los grandes centros urbanos de población.

## 1.2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud establecido por Decreto Ley 056 de 1.975 tiene como eje central el control de los servicios con los niveles de atención médica claramente definidos; rural, local, regional y universitario, la dotación de recursos humanos y técnicos, así, como la capacidad de prestación de servicios, se incrementa paulatinamente desde el rural, cuya unidad básica es un promotor de salud pasando por el regional donde se cuenta con un personal médico y paramédico especializado en algunas áreas básicas hasta el nivel universitario que dispone de personal altamente especializado se busca una utilización más eficiente de los recursos mediante la remisión del paciente al nivel que le corresponda de acuerdo a su estado de salud, así se evita la innecesaria congestión que se presenta en los centros hospitalarios de los grados más elevados por pacientes con patologías que pueden ser atendidos en los niveles más bajos.

Uno de los objetivos importantes del Sistema Nacional de Salud es: La definición de la Organización Social de las comunidades rurales, modalida-

des, mecanismos y procedimientos de participación para la institucionalización del plan objetivo cuyo desarrollo debe iniciar los servicios seccionales de salud, según las características de la población que les corresponde atender.

La situación de salud del país y su evolución han llevado al Gobierno Nacional a introducir los cambios fundamentales necesarios para el sistema y promover las transformaciones reales de la organización institucional imperante; para imprimir al sector salud una dinámica acorde con la realidad nacional en este campo y lograr los objetivos contenidos en la política de desarrollo económico y social del país.

Encontramos la atención a las personas de la siguiente forma :

Se prestará atención médica a través de las promotoras voluntarias de salud en cuanto se refiere a primeros auxilios (heridas, fracturas) detección y control del crecimiento y desarrollo del niño y atención directa a la diarrea, además se seleccionarán los casos que ameriten consulta por el médico en el puesto de salud, los casos de urgencia serán remitidos directamente al centro de salud y al hospital local según el caso.

La promotora voluntaria de salud administrará medicamentos elementales y de fácil manejo en caso de diarrea, neumonía, etc. controlará la aplicación de los tratamientos que formulen los médicos a los pacientes remitidos, impartirá educación nutricional y de alimentos a los miembros de la comunidad .

También encontramos en la política Nacional de Salud la atención al medio, donde la promotora voluntaria de salud llevará a cabo acciones de saneamiento a nivel de vivienda; se brindará asesoría según las condiciones de cada vivienda para la solución en primer lugar de la calidad de agua potable y la cantidad de la misma para satisfacer las necesidades, de igual manera dará asesoría para la construcción y el mantenimiento de letrinas campesinas según las condiciones locales en estrecha coordinación con el programa de saneamiento se promoverá y fomentará los medios adecuados para la recolección de basuras.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos técnicos de promoción, recuperación y rehabilitación, así como en las administrativas de dirección, ejecución y coordinación como forma de integrar más y mejorar los servicios de salud a la comunidad nacional.

El Plan Nacional de Salud, tiene como finalidad, contribuir a la recuperación de la salud en Colombia, adelantando tareas de salud rural y aperturas de programas nacionales, regionales y locales.

El Plan y el Sistema Nacional de Salud como producto de su respectiva política, no surgen como capricho del Gobierno Colombiano o de los Latinoamericanos; son exigencias concretas de un momento histórico donde a la vez los mismos utilizan los aspectos infraestructurales de la salud para respaldar la utilización de dineros con los cuales se incrementa el

capital.

El capitalismo mundial le interesan estas políticas, ya que, a través de ellas la deuda externa se hace mayor con base en el engaño del pueblo, de cimos estos pués, en ningún momento a las clases dominantes les interesan la salud de la comunidad, sino el aumento de riquezas con explotación del mismo. Esto lo podemos palpar cuando en los últimos años la mortalidad ha aumentado desenfrenadamente, especialmente en esfermedades gastrointestinales, diarreicas, tifos, TBC, ellos nos demuestran la irvalidez del plan, política y sistema nacional de salud cuando no se tienen en cuenta variables como la desnutrición, el hambre, hacinamientos, pésimos y caros servicios públicos, desempleo, miseria en el pueblo colombiano.

En Colombia se han dado diversos programas de atención de salud, pero se convierten en ineficaces por la no existencia del material adecuado tanto humano como técnico y científico para su implementación, pero más que todo, porque la atención médica se desarrolla en forma mecánica, sin hacer un estudio previo de las necesidades y sin haber la orientación social respectiva por parte de los profesionales en Trabajo Social.

Tanto el Sistema como la Política y el Plan Nacional de Salud en Colombia poco han aportado al problema de la salud de nuestro pueblo, reflejándose esto cuando en los últimos 5 años la morbi-mortalidad aumenta cada vez más, el crecimiento desenfrenado de las enfermedades, la contaminación de todo tipo. Es una prueba política que los instrumentos de salud mencionados no se cumplan en su totalidad, tenemos como muestra el hecho de que a

nivel nacional los servicios de erradicación de la malaria, han tenido que suspender los programas de fumigación por la inexistencia de la materia imprescindible para ello, esta situación muestra los factores patógenos para la presencia de enfermedades.

#### 1.2.1. Estructura y Organización del Sistema Nacional de Salud

Para el manejo y funcionamiento del sector, se establecen dos categorías de niveles a saber :

- Directivo: Que representan los organismos de conducción, orientación, decisión, normatización y control.
- Operativo: Representan los organismos de ejecución y dispensadores de los Servicios de Salud a las personas y al ambiente en los niveles de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Niveles Directivo :

Nivel	Organismos	Funciones
Nacional	Ministerio de Salud.	Formulación de políticas, Normatización de aspectos del Sistema. Planificación, vigilancia y control. Supervisión a nivel seccional. Realización de campañas directas .

Nivel	Organismos	Funciones
Seccional	Servicio Seccional de Salud de deptos. intendencias y comisarias.	Cumple por delegación del Ministerio las mismas funciones de éste compatibilizándolas y adaptándolas a las características de cada sección de salud.

Regional	Unidades regionales de salud, en zonas de deptos, intendencias, comisarias, con cierta homogeneidad relacionada con los aspectos geográficos, demográficos, económicos y culturales.	Control y supervisión del nivel regional. Cumple por delegación del nivel seccional, con las mismas funciones de ésta, adaptándolas a las condiciones de la zonas, vigila y controla el funcionamiento de las instituciones de salud de la región.
----------	--	---

Nivel Operativo

Nivel	Organismos	Funciones
Local	Hospital Local, Organismos ambulatorios: Centros y puestos de salud.	Promoción y prevención; diagnóstico, tratamiento y urgencias en medicina general dados por personal profesional no especializado.

Nivel	Organismos	Funciones
Regional	Hospital Regional de Salud con la especialidades básicas: medicina interna; pediatría, gineco-obstetricia, radiología y patología.	Centros de referencias para pacientes referidos por el nivel local. Brindan atención médica general y algunas básicas, además de los propios de saneamiento ambiental.
Universitario.	Hospitales Universitarios con capacidad técnica, dotación y personal especializado.	Centro de referencia final, dentro de la cadena de remisión de pacientes. Generalmente sede de las facultades de ciencias de la salud. Atención especializada.

#### 1.2.2. Características del Sistema Nacional de Salud

Para ser operativo el Sistema, se han adoptado una serie de criterios cuya aplicación permita la efectividad y flexibilidad necesarias para responder oportunamente a las necesidades derivadas de la política nacional y los planes correspondientes.

Estos criterios atienden individualmente a diferentes áreas de aplicación, en tal forma que se complementen entre sí, para contribuir entre todos a la

eficacia del sistema. Ellos son:

#### 1.2.2.1. Regionalización

Pretende descentralización administrativa se organizan unidades técnicas y administrativas por zonas geográficas homogéneas para facilitar la administración y programación de servicios. Tienen como sede el Hospital Regional.

#### 1.2.2.2. 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 y el Sistema de remisión según cinco niveles :

- Comunidad: Con promotoras rurales de salud.
- Puestos o Centros de Salud: Con auxilio de enfermedad y horas médicas.
- Hospital Local: Con médicos generales.
- Hospital Regional: Con especialidades básicas.
- Hospital Universitario: Con máxima tecnología y especialización.

#### 1.2.3. Desarrollo Administrativo

Pretende la implantación y evolución de normas y procedimientos administrativos, la racionalidad y productividad en la utilización de los recursos y el desarrollo de la Legislación de Salud.

Comprende todos los aspectos pertenecientes a la administración como un todo, pero dada la importancia de algunos subsistemas y su papel estratégico, se determinarán seis subsistemas, del Sistema Nacional de Salud a saber:

- Subsistema de Planeación
- Subsistema de Información
- Subsistema de Investigación
- Subsistema de Suministro
- Subsistema de Inversión

#### 1.2.4. 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; esta articulación se realiza por medio de mecanismos que aseguren la incorporación de políticas y planes al proceso de desarrollo económico y social del país tales como :

- Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, PAN
- Desarrollo Rural Integrado, DRI
- Programa de Integración de Servicios y Participación Comunitaria en zonas Marginales y Urbanas.

- Plan de zonas Fronterizas.

1.2.5. Niveles de Atención según coberturas del Sistema Nacional de Salud,

Comunidad	Voluntarios de salud. Equipos de salud.	Todo tipo de atención primaria, Atención de bajo riesgo .
1) Primario		
Puestos de Salud Centros de Salud Hospital Local.	Equipos de Salud, Comunidad, Promotoras .	Protección y fomento de la salud.
Servicios de Hospitalización .	Cirugía . Medicina Interna. Gineco - Obstetricia.	Atención de bajo y mediano riesgo.
2) Secundario		
Servicios Ambulatorios.	Consulta externa. Urgencias.	Diagnósticos y tratamientos para prevención de secuelas.
3) Terciarios		
Hospitales Uni-	Servicios de Hos-	Atención alto riesgo ,

versitarios de re  
ferencia.

pitalización espe  
cializados .

prevención, rehabili  
tación física y social  
para prevenir invali -  
dades y muertes prema  
turas.

Servicios Ambulato-  
rios. (5)

---

(5) BETANCUR, Belisario. Hacia la Equidad en Salud, República de Colombia  
Departamento Nacional de Planeación , 1983 - 85. Bogotá D.E., Ene  
ro de 1.983, ps. 13 - 40.

## 2. LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

El concepto de las necesidades de atención en salud han variado a lo largo de la historia humana, siguen las condiciones sociales económicas y culturales de la población, que recibieron esta atención en las poblaciones primitivas, la medicina y la atención médica poseían un carácter sacerdotal y mágico en su ejercicio, en el transcurso del tiempo y en la evolución de la sociedad, estos conceptos se han modificado y actualmente la salud se considera como un derecho humano fundamental para toda la población.

En Colombia y más específicamente en el departamento de Sucre, no se han logrado crear las condiciones para que la totalidad de la población disfrute del derecho de la salud, debido a que las Instituciones encargadas de hacerlo carecen de recursos humanos y financieros para prestar un buen servicio.

### 2.1. ASPECTOS DE SALUD

El análisis del nivel de salud durante los últimos diez años señala que a pesar de la disminución sistemática de la mortalidad y el ambiente de

la expectativa de la vida, el problema de salud sigue siendo de gran magnitud y tiene las características propias de los países en transición hacia el desarrollo.

La mortalidad es el reflejo directo del nivel de vida de la población, es decir, de sus condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales, así como de la disponibilidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud.

La mortalidad en Colombia es cada vez más homogénea desde el punto de vista regional; en la Costa Atlántica, los departamentos de Bolívar, Sucre y Magdalena se ubican en un nivel medio de mortalidad con tasas entre 6.4 y 6.0% en 1983; y casi el 70% de las defunciones se atribuyen a: las enfermedades infecciosas intestinales que constituye la primera causa de muerte en 1982; el 9.1 % del total de las defunciones, en 1983 estas tasas - han tenido un fuerte descenso y de importancia relativa ha venido disminuyendo.

La causa segunda de muerte correspondió al grupo de tumores malignos: el número de defunciones por esta causa aumentó de 13.000 a 15.000 entre 1982 y 1983; y pasó al segundo y al tercer lugar entre las causas de muerte en 1982 los descensos por tumores malignos fueron del 6.6 % del total de muertes, en 1983 las muertes por esta causa pasaron del 8.4% entre los mismos años la tasa aumentó de 577 a 619 por cada millón de habitantes.

La morbilidad nos proporciona un índice más sensible que la mortalidad; por tanto nos lleva a tomar acciones para controlar las enfermedades y disminuir la letalidad, esta a su vez es el único criterio disponible para determinar el problema de las afecciones que aunque no causen la muerte afectan la capacidad para el trabajo, disminuye la producción de bienes y servicios y aumenta la demanda de atención médica.

Teniendo en cuenta el sexo en 1982 egresaron 33.4% de cada mil habitantes hombres y 51.1% de cada mil mujeres para 1983 estas cifras son de 31.79% respectivamente.

El cáncer genital femino digno de destacar en la morbilidad constituía la neoplasia más frecuente en la población de mujeres de 25 años y más.

El departamento de Sucre, si bien es cierto, no dispone de registros estadísticos adecuados y completos se presentan datos de morbilidad desde 1.980 a 1983 suministrados por los hospitales regionales y seccionales de Salud del departamento que han elaborado un plan de salud de 1983 a 1986 como estrategia para lograr una integración armónica con el plan de "Equidad en Salud" y lograr así la reducción de los estados o factores que modifiquen el nivel y estructura de la salud.

En las diferentes causas de morbilidad las coberturas son muy bajas y el número de poblaciones, muy significativas, lo que hace pensar en la insuficiencia de los programas y campañas de vacunación que disminuye la ofer

ta del servicio y la falta de eficiencia, supervisión y dirección por parte del personal calificado en la prestación de los servicios de salud .

Las enfermedades como patologías del aparato digestivo, corazón, tumores, anemias, TBC son causas de morbilidad en los grupos de 15 a 60 años, es importante resaltar en este grupo la significativa importancia que tienen las enfermedades cerebro-vasculares especialmente de 60 años y más, tanto en la morbilidad hospitalaria como ambulatoria y su estrecha relación con la mortalidad.

Con relación a éstos estados morbosos podemos decir que su manejo en la oferta de servicios a la comunidad sólo se prestan servicios de consulta médica y hospitalización, no contándose con programas preventivos a nivel de consulta externa que ayuden a la participación comunitaria, promoción de la salud para lograr una mejor educación y manejo de la mayor parte de estas patologías y así reducirlas y establecer una mejor vigilancia y control de ellas.

A nivel hospitalario se adolece de una unidad de cuidados intensivos que permiten una mejor atención y evitar a sus remisiones o mortalidades.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual específicamente la sífilis e infecciones gonocócicas el estado de la población de nuestro departamento es crítica ya que a pesar de que funciona un subcontrol de enferme

dades venéreas, sus acciones de ofertas son casi nulas debido a la escasez de recursos humanos y en especial calificados que pueda brindar mejores programas de vigilancia y control.

De la morbilidad en general del departamento de Sucre se pueden señalar factores condicionantes los siguientes:

- El bajo nivel de escolaridad en nuestro departamento, además el escaso conocimiento de los aspectos de salud tanto preventivos como curativos y de control, predisponen y conllevan a la aparición de las patologías que afectan a nuestra población, agregados al bajo ingreso per cápita, contribuyen a que los procesos e infecciones intestinales ocupen destacada importancia .
- Los factores del medio ambiente condicionan fundamentalmente las enfermedades infecciosas determinadas por el deficiente abastecimiento de agua potable, disposición de excretas, basuras, control de alimentos y la contaminación hídrica .
- El desconocimiento de una alimentación balanceada condiciona directamente la aparición de las deficiencias nutricionales con mayor intensidad en los grupos de 4 años y más.
- El desequilibrio entre la oferta y la demanda de los servicios de salud afectados por la falta de personal calificado, para dirigir

y promover acciones de fomento, tratamiento y rehabilitación de la salud así como la continuidad de los programas preventivos.

- Dependiente del nivel educacional y cultural económico se encuentran deficientes hábitos higiénicos y patrones culturales, que condicionan a estados mórbidos.

## 2.2. RECURSOS FISICOS Y HUMANOS EN SALUD

La población del departamento de Sucre está conformada por 550.280 habitantes (proyección 84) en donde la oferta de servicios se haya distribuida de la siguiente manera : (Plan de Salud en Sucre 1.983 - 1986).

-	Caja Nacional de Previsión	15 %
-	Seguro Social	5 %
-	Cruz Roja	2 %
-	Clínicas y Consultorios particulares	5 %
-	Medicina Popular	3 %

Los servicios prestados a la capital se cubren en un 70% por los organismos de salud y un 30% comprenden las entidades y organizaciones ya descritas; en el resto de las localidades del departamento los servicios prestados por los organismos de salud cubren el 80% y el 20% corresponde a las entidades y organizaciones particulares.

El tipo de servicios prestados por las instituciones oficiales son:

- Consulta médica
- hospitalización,
- tratamiento odontológico
- control de enfermería,
- control prenatal,
- y algunos subprogramas como : vacunación, control de venéreas y TBC, lepra de medicamentos y del medio ambiente.

El tipo de servicios prestados por las instituciones adscritas y vinculadas al sector salud, enfatizan su oferta en atención médica, hospitalización y atención odontológica y no así en la medicina social y preventiva.

Sin embargo, aún cuando las coberturas logradas en consulta médica y hospitalización son satisfactorias respecto a lo programado corresponde a menos del 60% de la responsabilidad asignada, o sea, que en la oferta hay una clara limitante directa y es la escasez de recursos económicos para aumentar el instrumento para áreas afectadas, destacándose como aspecto crítico las responsabilidades asignadas en el área de enfermería (control).

El presupuesto programado para el servicio de salud en el año 1983 fue de \$ 397.549.180 y para el año de 1984 sube un incremento legal del 4.1% para un aumento total de \$ 509.349.838, siendo a pesar de esto insuficiente de acuerdo a la responsabilidad asignada a cada una de las áreas de la atención. Dada esta situación se puede concluir que para poder cum

plir siquiera el 80% de la responsabilidad, los presupuestos de los años correspondientes del Plan Seccional de Salud trazado 1983 - 1986 deberá subir la conexión en el sentido del incremento necesario ajustable a la programación para los mismos.

TABLA 1

RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD OFICIAL DE SUCRE 1.983

Profesiones u Oficios	Número	Tasa por 500.000
Médicos generales de planta	41	9.3
Médicos especialistas	27	6.1
Médicos rurales	42	3.5
Odontólogos	29	6.4
Veterinarios	5	1.1
Ingenieros Sanitarios	1	0.2
Bacteriólogos	7	3.1
Enfermeras Licenciadas	9	0.2
Enfermeras Rurales	8	1.8
Nutricionistas-Dietistas	3	0.7
Trabajadoras Sociales	7	1.6
Citólogas	5	1.1
Instrumentadoras	7	1.6
Promotoras de Saneamiento	60	13.6
Auxiliares de Enfermería	109	24.8
Ayudantes de Enfermería	269	61.1

Promotoras Rurales	92	20.9
Ayudantes de Odontología	20	4.5
Vacunadoras PAI	16	2.5

TABLA 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD Y GRUPOS DE EDADES PRIORITARIAMENTE AFECTADOS

Causas principales de morbi-mortalidad	-	Edad (Años)					-	=
		1	1-4	5-14	15-44	45-59		
Infecciones intestinales	300		133	17	-	-	-	
Otras enfer. del corazón	-	-	-	-	-	24	264	
Enferm. cerebro-vasculares	-	-	-	-	-	37	229	
Tumores malignos	-	-	-	7	-	50	198	
Enfermedad del corazón	-	-	-	-	-	43	203	
Enf. respirat. agudas	70		58	4	-	-	100	
Defic. Nutricionales	74		35	-	-	-	-	
Enf. hipertensivas	-	-	-	-	-	22	191	
Afec. respiratorias	39		-	-	-	-	-	
Otras enfermedades	16		-	9	-	15	-	

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD GRUPOS DE EDAD PRIORITARIAMENTE AFECTADOS Y FACTORES CONDICIONANTES ESPECIALMENTE CRITICOS :

Factores Socio-económicos y Culturales :

a) Ingreso Económico

El ingreso económico de la población de nuestro departamento influye considerablemente en estas patologías debido a la escasez de fuentes de trabajo de tal manera que el ingreso familiar anual en salario es menor de \$ 36,000 y constituye un 24.1% o sea, la cuarta parte de la población del departamento y como consecuencia mala alimentación, hacinamiento por falta de vivienda, etc.

b) Conocimiento en salud

Influye debido a la falta de conocimientos de los factores que predisponen la alteración del equilibrio a la triada ecológica, lo cual conlleva a no tener la necesidad sentida del proceso patológico que de haber conciencia de la importancia de la buena salud actuaría como un medio de prevención.

c) Educación

El bajo nivel educacional estable condicionante que predisponen la aparición de estos factores de nuestro departamento en 48% vive en población dispersa y en localidades de menos de 2,500 habitantes y un 38.6% sin instrucción.

d) Ocupación

La falta de fuente de trabajo en el departamento causa un alto grado de desempleo y subempleo que mantienen la inestabilidad emocional a las personas, a la población predispониéndolos a estas patologías.

TABLA 3  
 DISPONIBILIDAD DE RECURSOS INSTITUCIONALES PARA ATENCION  
 AMBULATORIA

Sub - sector	TIPO DE INSTITUCION
Oficial	Centro de Salud
	Puesto de Salud
	Unidades Móviles
	Otros.
Descentralizados	Consultorios y dispensarios.
	Unidad Móvil y otros.
Privado	Consultorios
	Dispensarios

### 2.3. SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE

Se destaca el interés del Gobierno departamental y del Servicio de Salud

para expandir y dotar los servicios a nivel local y rural, tratando de alcanzar la mayor cobertura posible, mediante el incremento constante de horas médicas, odontológicas, de enfermería y de Promotoras de saneamiento.

Se ha dado atención preferentemente a la designación de nuevo personal y a la capacitación y adiestramiento del mismo.

Se han racionalizado los procedimientos administrativos y estimulado el mejoramiento de los sistemas de estadísticas, para facilitar los análisis de los Servicios frente a las condiciones y hechos de salud.

Desde el punto de vista arquitectónico por contrato celebrado entre el Fondo Nacional Hospitalario, el Servicio de Salud de Sucre y la firma Blando y Rosales Ltda. de Barranquilla se proyectaron los acabados arquitectónicos del Hospital Regional de Sincólejo, con capacidad para 170 camas.

El Servicio de Salud de Sucre cuenta con tres Unidades Regionales, así:

- a) UNIDAD REGIONAL DE SINCOLEJO: Hospital Sede, Hospital Regional de Sincólejo,
- b) UNIDAD REGIONAL DE COROZAL: Hospital Sede, Hospital Regional Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal.

c) UNIDAD REGIONAL DE SAN MARCOS: Hospital Sede, Hospital Regional de San Marcos .

Cada Unidad Regional, tiene a su vez diferentes Unidades de Atención Primaria (UPA). Para una mejor prestación de los Servicios de Salud, como sigue:

a) Unidad Regional de Sincelejo:

Número de UPAS: 9 con sus respectivas Unidades de Cobertura (área de influencia de las Promotoras Rurales de Salud).

Sincelejo

- 1) La Laguna Flor
- 2) La Negra y Segovia
- 3) Sabanas del Petróleo - Buenos Aires - San Jacinto .
- 4) Gualón - Moquen - El Floral.
- 5) C.D.V. Zona de influencia Sincelejo (dos)
- 6) El Cerrito de la Palma - Matacaña Mateo Pérez .

Sampués

- 1) Huertas Chicas - El Guaimaro
- 2) Bossa Navarro - San Martín - Siloe
- 3) Achiote + El Pakin - Pan Señor
- 4) Corneta - El Pilón

- 5) Escobar Arriba - Escobar Abajo
- 6) San Luis - Ceja del Mango - Los Jaraba
- 7) Sabana Larga - Palito La Cruz - San José
- 8) Piedras Blancas - Calle Nueva - Arroyo Grande - Calle Larga .

San Benito

- 1) Jegua - La Ceiba
- 2) Cispataca - La Ventura - La Em presa.
- 3) Corral - San Isidro - La Tablitas.

Tolú

- 1) Santa Fé-Guayabal
- 2) Bellevista
- 3) La Represa
- 4) El Reparó - El Mamey
- 5) Isla de Gallinazo.

Tolú Viejo

- 1) La Sisira - Coraza
- 2) El Cerro
- 3) La Piche
- 4) Varsovia
- 5) Pueblecito - Aldodoncillo

San Onofre

- 1) Aguacate - La Ceiba
- 2) Berrugas
- 3) Plan Parejo - El Bajito - Las Brisas
- 4) El Rincón
- 5) Pita - Pita El Medio
- 6) El Polo - Boca de los Ojaz
- 7) Berlín - Palito - Aguas Negras

Sucre

- 1) Tómalá
- 2) Palmarito
- 3) Isla Grande
- 4) La Solera

Magagual

- 1) La Piza
- 2) Guaranda
- 3) Pampanilla
- 4) Guanipa
- 5) San Roque
- 6) Zapata - Zapatica

Regionales de Corozal : 7 con sus respectivas unidades de cobertura :

Corozal

- 1) Cantagallo
- 2) Chapinero

San Onofre

- 1) Aguacate - La Ceiba
- 2) Berrugas
- 3) Plan Parejo - El Bajito - Las  
Brisas
- 4) El Rincón
- 5) Pita - Pita El Medio
- 6) El Polo - Boca de los Cíaz
- 7) Berlín - Palito - Aguas Negras

Sucre

- 1) Tómalá
- 2) Palmarito
- 3) Isla Grande
- 4) La Solera

Magaqual

- 1) La Piza
- 2) Guarandé
- 3) Pampanilla
- 4) Guanipa
- 5) San Roque
- 6) Zapata - Zapatica

Regionales de Corozal : 7 con sus respectivas unidades de cobertura :

Corozal

- 1) Cantagallo
- 2) Chapinero

- 3) Hato Nuevo
- 4) Hato Viejo - Palmarito
- 5) Cambimba - El Coley - Sabanas de  
de Cali
- 6) Fincón de Pileta
- 7) El Mamón
- 8) Pileta
- 9) Capira - Calle Nueva
- 10) Las Florez - Bremen - La Comuna

Los Palmitos

- 1) Las Brujas
- 2) Sabanas de Pedro
- 3) El Rincón - Las Chanas - El Bo  
quito - Protexa
- 4) Quibcú - Hatillo - Membrillal
- 5) Nogal - Palmito - El Tigre - San  
José.

Sincé

- 1) Cayo La Palma
- 2) Valencia Velez
- 3) El Sitio
- 4) San Francisco

San Pedro

- 1) Sabaneta - Plan Parejo - Remolino-  
China Roja .

- 2) Santa Inés
- 3) San Mateo - Rovira
- 4) Doña Ana

Ovejas

- 1) La Peña - Bajo Grande - El Floral
- 2) Almagra - El Cielo - El Páramo -  
El Zapato.
- 3) Loma del Bongo - Las Babillas
- 4) La Invasión - Oso - La Avena

Chalán

- 1) Don Gabriel - Los Mártires - El  
Naranja
- 2) Salistral - Los Números
- 3) La Ceiba
- 4) Chengue

Regional de San Marcos : 3 con sus respectivas Unidades de cobertura :

San Marcos

- 1) 7 Palmas
- 2) Palo Alto - El Limón - Candelaria
- 3) El Llano
- 4) Platero
- 5) Cuenca - La Costera
- 6) Los Cayos - El Tablón

La Unión

- 1) Conguito . El Jobo - Las Latas
- 2) Vijagual - Las Mulas
- 3) Cayo Delgado - Chivato
- 4) Sabaneta - Boca Negra - Villa Fátima

Caimito

- 1) Molinero - Cedeño
- 2) Nueva Estación . y Alrededores
- 3) La Solera - La Mejía - Tofeme
- 4) Candelaria
- 5) Los Cayitos - Las Toluas

Las Promotoras rurales de salud; Atender a la Población inaccesible (Geográfica - Económicas - y Culturalmente). En el año de 1978 se integra al SNS a través de la prestación de los Servicios Básicos constituyéndose como un funcionario más del S.N.S.

Promotora:

Actividades:

- Visita domiciliaria
- Visita a embarazadas - a - Niños ===== Prevención  
===== Promoción
- Curaciones
- Coordinación con promotoras de Sa neamiento .

- Vacunaciones
- Inyecciones
- Primeros Auxilios
- Atención de partos
- Remisión de pacientes
- Charlas educativas
- Reunión con organizaciones comunales
- Planificación familiar.

### 2.3.1. Objetivos y funciones institucionales del Servicio Seccional de Salud de Sucre

#### 2.3.1.1. Objetivo General

- Integrar la prestación de los servicios para la prevención, promoción, mantenimiento y evolución de la salud de la población del área departamental: sistematizando los servicios de atención a las personas, atención al medio y de infraestructura de apoyo a las anteriores, a través de la planeación, coordinación y control de los servicios descritos, de tal forma que permita la fiel aplicación de las políticas emanadas del nivel seccional, en referencia a las condiciones específicas del departamento.

#### 2.3.1.2. Objetivos Sub-sidarios

a) Objetivo de operación: Instrumenta las políticas nacionales de salud

a través de los planes, programas y presupuestos que los adopten a las circunstancias de la realidad seccional y del establecimiento de mecanismos de coordinación y de la operación a nivel regional, de supervisión y de autoría administrativa y médica de las entidades y organismos que operan a la jurisdicción y de evaluación de resultados que operan a la jurisdicción y de evaluación de resultados con que canalizar y auxiliar la actuación comunitaria frente a las necesidades de salud a nivel seccional.

- b) **Objetivo de Organización :** Establecer la estructura de organización básica para la activación de los planes y programas de salud a nivel seccional a través de una dirección compartida entre la jefatura del servicio seccional y la Junta Seccional con representación del Gobierno, de la comunidad y de otros estamentos que directa o indirectamente prestan sus servicios de salud, y de una coordinación y asesoría por parte de una junta coordinadora y los comités y consejos del nivel; en función de sustentar la operación armónica de las entidades adscritas y vinculadas a fin de compatibilizar los planes seccionales con las políticas y planes nacionales.
- c) **Objetivo de Integración de Recursos :** Se propone desarrollar una infraestructura de administración, que permita la distribución de los recursos a los servicios de atención a las personas y al medio en el área seccional, con base en la compatibilización a nivel regional y local de la determinación de necesidades y asignación de recursos de

acuerdo a las áreas prioritarias, mediante la operación de los sub sistemas establecidos al efecto.

- d) Objetivo de Desarrollo de los Recursos Humanos : Procurar el incremento de los recursos humanos a nivel seccional, mediante el creciente participación de la comunidad y de la implementación de planes de formación y actualización y de sistemas de administración del personal a nivel de su jurisdicción; y la mayor y mejor cobertura de atención a las personas y al medio de acuerdo a las políticas y sistemas nacionales sobre el personal que produzca el mejoramiento de las condiciones de trabajo y remuneración.
  
- e) Objetivo de Relacionamiento : Dar coherencia intrasectorial a las actividades de los organismos que operan a nivel seccional a través de la compatibilización de los planes, programas y presupuestos dentro del marco de referencia del plan nacional de salud; y de supervisar la relación entre las entidades adscritas y vinculadas en los niveles regional y local, para lograr una coordinación efectiva de la operación.

#### 2.3.1.3. Funciones

- a) Adoptar la política nacional de salud a las características de la realidad seccional, mediante la elaboración de los planes, programas y presupuestos seccionales, a partir de los programas y presupuestos

regionales para sistematizar su implantación a nivel seccional y velar por el cumplimiento de sus contenidos en las unidades Regionales de Salud.

- b) Analizar los planes seccionales y compatibilizados con las políticas nacionales y analizar, y compatibilizar y aprobar los programas y presupuestos de las Unidades Regionales de Salud.
- c) Asesorar y coordinar y supervisar las Unidades Regionales y demás entidades públicas y privadas que actúan en el sector dentro de su jurisdicción sobre el cumplimiento de las disposiciones establecidas en cuanto a la prestación de los servicios el ejercicio de la profesión médica y auxiliar, la producción y manejo y expendio de drogas y productos alimenticios, el funcionamiento de las instituciones y su administración.
- d) Establecer mecanismos de coordinación en los organismos y entre sus programas específicos, y promover la incorporación y la armónica relación de las entidades adscritas y vinculadas dentro del sector, y con los organismos de los otros sectores, para garantizar que los servicios se adecúen a la realidad seccional como una solución integral .

#### 2.4. PROGRAMAS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

#### 2.4.1. Programa Materno Infantil

En 1968, Colombia, como país signatario de la Carta de Punta del Este, se comprometió a impulsar el desarrollo de programas intensivos de protección Materno - Infantil, para dar así cumplimiento a una de los objetivos del Primer Plan Decenal de Salud para las Américas.

Lo anterior debido al bajo nivel de salud en los grupos de población de mayor vulnerabilidad : madre - niño. En Abril de 1.969 se firmó un convenio entre el Gobierno y la OMS, para la realización de un programa tendiente a mejorar la salud de la citada población:

##### a) Objetivos generales:

- Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materna debido a la multiparidad, aborto provocado, cáncer cérvico uterino, y otras patologías ginecológicas .
- Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad del niño, principalmente en las edades de mayores exigencias para su desarrollo, incrementando en particular las acciones de prevención de daños reducidos.
- Contribuir a mejorar las condiciones de bienestar de la familia; mediante la educación y otorgamiento de servicios de regulación de la

fecundidad, que permitan ejercer el derecho de la paternidad responsable e influyan en los patrones de fecundidad con el fin de implementar las políticas demográficas nacional en lo pertinente al Ministerio de Salud.

#### 2.4.2. Control de la Tuberculosis

El objetivo general del programa de control de la tuberculosis es el de prestar atención médica y de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad, participando en el desarrollo global de las acciones de control de la tuberculosis en los aspectos de prevención y recuperación.

El programa de control de la TBC consiste en la prevención con vacunación BCG en niños de menor edad, esta se realiza por parte del Ministerio en todos los hospitales, puestos y centros de salud en forma gratuita y hace parte del programa ampliado de las inmunizaciones .

La otra forma de prevenir la enfermedad es examinar el esputo de todas las personas que tengan tos y expectoración para buscar posibles enfermos contagiantes.

#### 2.4.3. Control de enfermedades venéreas

Las enfermedades venéreas continúan siendo un grave problema de salud pública en el país, a tal punto que la infección gonocócica ocupa el tercer

lugar dentro de las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, después de las diarreas y el paludismo; la sífilis en todas las formas ocupa el sexto lugar.

Como estrategia el SSS a través del centro de enfermedades transmisibles brinda atención con normas y técnicas estandarizadas a todas las personas que demanda el servicio en los Organismos generales de salud, pero particularmente el grupo materno - infantil y haciendo promoción y educación sexual a toda la comunidad.

#### 2.4.4. Campaña Anti - Malárica

La campaña anti-malárica o contra el paludismo se realiza en zonas rurales a través del servicio de Erradicación de la Malaria Regional II que se opera en los departamentos de la Guajira, Norte del Magdalena, Atlántico y norte de Bolívar.

La Regional tiene dependencia directa del Ministerio de Salud y Trabajo con el apoyo e integración parcial del Servicio de Salud.

El programa busca controlar la presencia del mosquito anopheles, vector del parásito, plasmodium, causante del paludismo a través de las siguientes actividades :

- a) Erradicación del vector mediante la fumigación casa a casa de áreas

rurales cada 21 días .

- b) Eliminando depósitos de agua en las viviendas por medio de visitas domiciliarias por parte de 50 promotoras de malaria.
- c) Destrucción de recipientes innecesarios de aguas ñas cuales consti tuyen en hábitos para el vector.
- d) Aplicación de ACPM a estanques de agua no destinada al consumo humano.

Además el programa antimalárico responde por la totalidad de los tratamientos a las personas afectadas con paludismo, el cual abarca consulta médica exámenes de laboratorios, suministro de la totalidad del medicamento necesario .

La actividad se cumple con un recursos económico de \$ 26.835.000 anuales, 50 promotoras rurales de campaña, 50 máquinas mochila de espalda para fumigación y un adecuado sistema de transporte terrestre y acuático.

#### 2.4.5. Campaña contra la fiebre, el dengue, y otras arbovirosis

La campaña contra la fiebre amarilla, el dengue y otras arbovirosis se cumple a través del servicio de Erradicación de la Malaria, SEM, en localidades urbanas de la zona II.

El mejor interés de la campaña radica en la eliminación del mosquito *Aedes aegypti* transmisor de la fiebre amarilla y el dengue principalmente a través de las siguientes actividades :

- 1) Fumigación de áreas urbanas con DDT 2 veces al día
- 2) Eliminación de depósitos de agua en las viviendas
- 3) Recolección y destrucción de depósitos de aguas en las viviendas.

De igual manera el SEM y todos los organismos de Salud Pública Departamental realizan la prevención de la fiebre amarilla mediante vacunación urbana y rural; y tratamiento del dengue en personas afectadas .

La campaña se realiza con un presupuesto anual de \$ 38.104.000 con un recurso humano de 170 promotores urbanos, 20 máquinas mochila de espalda; recurso técnico de 7 máquinas de fumigación especial sobre vehículos y bombas de mano para fumigación intradomiciliaria y además de una adecuada red de vehículos para el acceso a las diferentes zonas de trabajo.

#### 2.4.6. Control de la Lepra

El objetivo principal del programa de la Lepra busca mediante el control y tratamiento de pacientes, erradicar la afección en el departamento de Sucre, tienen tres actividades básicas :

- a) Descubrimiento temprano de casos

- b) Control y tratamiento a través de quimio terapia
- c) Prevención de incapacidades y educación en educación y salud
- d) Rehabilitación

#### 2.4.7. Atención al medio ambiente

La inmigración permanente de la población rural del departamento y de otras seccionales hacia la ciudad de Sincelejo, su infraestructura y la generación de empleo han contribuido en gran medida al incremento de los problemas de contaminación ambiental, atmosférica hídrica o de alimentos, causando a manera de vectores de importantes daños en la salud de la comunidad.

El objetivo primordial de los programas de protección al ambiente es el de controlar la contaminación del aire y suelo, relacionándolo con la salud, bienestar y economía de la población; y condiciones ecológicas para preservar los recursos naturales como son el micro-clima, fauna, flora, recursos hídricos, paisajes, etc.

##### a) Funciones específicas

- Control de emisión de influentes líquidos, sólidos y gaseosos de fuentes fijas.
- Caracterización de influentes líquidos industriales

- medición de efluentes gaseosos
- Protección a la población que vive en las áreas de influencias por ciertos contaminantes atmosféricos.
- Promover la implantación de sistema de control de contaminantes nocivos presentes en los residuos líquidos y gaseosos industriales.
- Promover los tratamientos de aguas negras domésticas por parte de autoridades municipales.
- Proteger las aguas superficiales y subterráneas para evitar su contaminación .

Para el desarrollo de estos programas el Servicio de Salud de Sucre utiliza herramientas legal la ley 09 de 1.979 o código sanitario que se convierte en una dificultad para la ejecución y control de los programas por cuanto carece de claridad y falta de delegación a la Seccional de Salud Pública y por parte del Ministerio de ciertas funciones que deben ejercer directamente las autoridades seccionales, sumado a esto la insuficiencia de recursos humanos y técnicos; falta de presupuesto para el desarrollo de investigaciones .

#### 2.4.8. Programa de Fluoruración de aguas de consumo público

Con el objeto de disminuir los índices de morbilidad oral, en especial la

caries dental en la población menor de 15 años, se acogió como medio más eficaz, económico y seguro, el suministro de sales de flúor, a la población susceptible, a través del abastecimiento de agua potable de consumo público.

El Servicio de Salud de Sucre a través de las secciones de salud oral y saneamiento básico, gestionan el traslado de un dosificador de flúor instalado en Sincelejo y que resulta insuficiente para el tratamiento del caudal de agua suministrada .

#### 2.4.9. Programa de Control de Alimentos

Las intoxicaciones alimentarias causadas por productos de importaciones, las deficiencias sanitarias y tecnológicas de la industria nacional, la carencia de adecuados sistemas de comunicaciones y de medios de conservación, y la escasez de recursos humanos y medios de control, favorecen el deterioro y la contaminación de los productos alimenticios .

En cuanto a la leche, el 40% del consumo es producto crudo, para el cual el programa de control de alimentos ejerce vigilancia sobre los grados de acidez y densidad del mismo; el otro 60% de leche pasteurizada y su calidad es verificada en el laboratorio de Salud Pública.

El programa ejerce control sobre 15 supermercados de la ciudad de Sincelejo, sobre el estado de los alimentos e higiene de los locales comerciales,

aproximadamente media tonelada de alimentos es incinerada mensualmente por carecer de fecha de vencimiento o sobre pasar el tiempo establecido en los empaques del mismo.

#### 2.4.10. Participación de la Comunidad

La participación de la comunidad como componente de los programas de salud, fué definida, en 1974, de acuerdo con el contexto de Política Nacional de Salud en los siguientes puntos :

- a) Convertir al sector en instrumento de progreso social para lograr el alto grado de salud que sea compatible con el nivel de desarrollo de la comunidad, eliminando las desigualdades y facilitando el acceso de todos los habitantes a los servicios de salud.
- b) Aumentar la cobertura en la población especialmente en las áreas rurales y urbanas marginadas .
- c) Organizar la comunidad para obtener la participación en la difusión y evaluación de los programas y actividades del Plan Nacional de Salud.

##### 2.4.10.1. Objetivos del Componente de la participación Comunitaria

- 1) Lograr mediante la participación de la comunidad, el aumento de cober

tura de los Servicios de Salud, con prioridad a las comunidades rurales y población de áreas marginadas de zonas urbanas .

- 2) Lograr la máxima utilización de los servicios de salud consultando las necesidades reales de la población.
- 3) Lograr una adecuada capacitación a la comunidad para que halla un diagnóstico de su realidad .
- 4) Fomentar la organización de la comunidad para que con base a los objetivos específicos participen en la programación, ejecución y evaluación de las actividades orientadas a mejorar la situación sanitaria.
- 5) Educar a la comunidad en que la salud es un componente básico del proceso de desarrollo integral .

#### 2.4.11. Programas de cancerología en el departamento de Sucre

- 1) Educación y Difusión
- 2) Consultorio Ginecológico y Citológico
- 3) Consultorio de Medicina General
- 4) Consultorio de Colposcopia y Criocirugía
- 5) Control de seguimientos Citológicos y Rehabilitación
- 6) Atención Servicio de Quimioterapia
- 7) Atención a pacientes enviados a Albergues .

## 2.5. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE CANCEROLOGIA EN SUCRE

Es importante anotar que la institución encargada de ejecutar estos programas en el Departamento de Sucre es la Liga de Lucha contra el Cáncer. La Vice-Presidenta de la Liga Ana Josefina de Angulo es Trabajadora Social pero debido al exceso de trabajo en el Hospital Regional de Sincelejo, en donde ella labora, no participa en todos los programas, sin embargo cumple algunas funciones específicas que le atañen; entre estas tenemos: las de mantener una relación permanente con los pacientes y su familia, y así darles un apoyo profesional para que puedan superar situaciones que se presentan en el ámbito familiar relacionado con la pérdida de un miembro importante, ya sea padre o hermano, que en algunos casos supone el elemento vital para la familia, puesto que genera el recurso económico. También se encarga de realizar las entrevistas domiciliarias para verificar la incidencia que tiene la enfermedad y el tratamiento en la familia: elaborar fichas socio-económicas y hacer las remisiones de los pacientes a otras ciudades (B/quilla, Cartagena, Medellín), según lo requiera el caso.

Los servicios que le prestan al usuario que asiste a la Institución, o sea a nivel intramural, tiene gran éxito puesto que todos los programas se llevan en forma eficaz, originando que la gran parte de la población se informe sobre los medios de prevención y tratamiento de las enfermedades.

En cuanto al nivel extramural, la proyección de estos programas no ha sido

efectiva puesto que no existen recursos financieros para desplazarse a -  
las diferentes comunidades y ejecutarlos.

### 3. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Consideramos conveniente hacer un aparte en nuestro trabajo para presentar la única Institución (hasta el momento) que se encarga de desarrollar programas a nivel de prevención y detección precoz del cáncer en el Departamento de Sucre.

Damos a conocer su origen, organización, estructura, programas, proyecciones y las actividades realizadas durante el año 1.963.

#### 3.1. ORIGEN E HISTORIA DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER A NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL

En Colombia el 25 de Octubre de 1.960 se reunieron en la Biblioteca "Luis Angel Arango" en la ciudad de Bogotá, un grupo de personalidades motivadas para hacer efectiva en el país una labor encaminada a prevenir y combatir la enfermedad del Cáncer, constituida por disposición del Ministerio de Salud Pública según Decreto 1598 de 1.960, se creó la Institución denominada "Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer", que legalizó por Resolución No. 022 de Diciembre 13 de 1.960, y promulgó el Estatuto de la

Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer.

Esta se organizó con el objetivo de llenar un vacío en la educación a la Comunidad sobre el Cáncer.

Los médicos del Instituto de Cancerología estaban sorprendidos del gran número de casos de cáncer en estado avanzado y fue así como pasaron el problema a un grupo de personas no médicos, pero muy interesados en servir a la comunidad y le asignaron las siguientes funciones:

- a) Educar a la comunidad sobre el problema del cáncer
- b) Crear consultorios para el diagnóstico precoz del cáncer
- c) Facilitar a los pacientes con esta enfermedad los medios necesarios para ir a los centros de tratamiento.

Con esta filosofía el grupo de voluntarios de Bogotá iniciaron las labores y lo extendieron a las otras ciudades completando un número de 22 grupos voluntarios que hoy constituyen las seccionales de la Liga.

La Liga de Lucha contra el Cáncer, es una entidad a nivel nacional con seccionales y capítulo en todo el país. Centro de ellas tenemos a las del Departamento de Sucre que tiene su sede en Sincelejo, a la cual nos referimos analizando su origen y evolución.

La Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, es una entidad de utilidad

común, privada, sin ánimo de lucro; vinculada al Sistema Nacional de Salud conforme a la Resolución No. 015 del 22 de Mayo de 1,961 Minsalud.

Los Programas de la Liga de Lucha contra el Cáncer se iniciaron en nuestro departamento gracias a la loable acción de la doctora Alina de Bitar a través de las Damas Grises Voluntarias de la Cruz Roja de Sincelejo.

La doctora de Bitar recibió recomendaciones de María Paulina de López, en ese tiempo Presidenta Nacional de la Liga Colombiana de Cancerología, de fundar la Liga Seccional; fue así como el 19 de Febrero de 1.980, en reunión efectuada en casa del doctor Remberto Bitar, con la presencia de notables personalidades del Departamento, se constituyó la primera Junta Directiva quedando como Presidente el doctor Julio César Villalobos, Vice-presidente la doctora Julia Pérez, Presidente Honorario el doctor Mario Gaitán Chague, Secretaria la doctora Nora González, Tesorera doctora Rebeca Vergara; Revisor Fiscal doctor Ramiro Merlano.

En el año de 1.981 el Presidente de la Liga solicitó al Director del Hospital Regional, en ese entonces, Alfredo Quesep, la asignación del local sede, siempre y cuando la Liga se encargara de dotarlo materialmente, hecho este consolidado con la asignación provisional de lo que es hoy la Sala de Observación para adultos de la Unidad intermedia San Francisco de Asís, y en forma definitiva lo que era entonces la alacena del Hospital San Francisco de Asís.

La Liga Nacional apoyó materialmente la dotación de la sede de acuerdo con las necesidades para su funcionamiento. La inauguración se realizó el 5 de Marzo de 1.981 con la asistencia de la Presidenta y Coordinadora de Seccionales a nivel Nacional, constituyéndose por primera vez el Voluntariado de la Liga de Lucha contra el Cáncer Seccional de Sucre.

La Liga de Lucha contra el Cáncer en el Departamento de Sucre y de igual manera las diferentes regiones del país en que está constituida, tiene una estructura que obedece al patrón de Institución orden corporativo sin ánimo de lucro, y se constituye a partir de una Asamblea General, máxima autoridad de la Institución de las cuales forman parte cuatro clases de miembros, a los cuales nos referimos, y se tienen diferentes cargos y funciones.

Los miembros fundadores son aquellos que firmaron el Acta de Constitución; los miembros honorarios o aquellas personas que por su merecimiento y apoyo a la Liga, realizaron campañas contra el cáncer y han merecido la distinción; los miembros benefactores son aquellas personas naturales o jurídicas que aportan a la Liga auxilios o donaciones; y miembros activos que están catalogados como aquellas personas naturales que contribuyen en su trabajo personal a los fines de la Institución y son aceptados en calidad de tal por la Junta Directiva.

La Junta Directiva de la Liga de Lucha contra el Cáncer en el Departamento de Sucre, está constituida de la siguiente manera:

-	Presidente	Dr. Salvador Fueda
-	Vice-Presidente	Dra. Ana Josefina de Angulo
-	Presidente Honorario	Dr. Mario Gaitán Chague
-	Secretaria	Dra. Albertina Zucardi
-	Tesorera	Dra. Alba Buelvas Arrieta
-	Revisor Fiscal	Dr. Juan Valderrama
-	Vocales Principales	Lourdes A. de Pérez Ana María de Arrázola Luis Osorio Anaya María Elena Gamarra Lucy de Villalobos
-	Vocales Suplentes	Marta Tuirán Vergara Nora de Barrios Ana L. de Merlano

Esta Junta Directiva tiene a su cargo coordinar el trabajo del Voluntariado y el Comité Financiero, asisten a las reuniones y Supervisión de éstas y el manejo de los aspectos financieros, tanto de la Junta Directiva como de la Institución en general.

La Liga de Lucha contra el Cáncer Seccional Sucre, cuenta con una Unidad operativa a través de la cual realiza su labor de prevención y atención a la problemática del cáncer en el Departamento; ésta es el Centro de Unidad Operativa, institución dedicada a hacer los diferentes exámenes para

la detección y prevención del cáncer; esta Unidad está orientada por un -  
médico ginecólogo, un coordinador y funciona en ella la Sección de Citolo-  
gía, de Estadística, Archivo y la Sección de Voluntariado.

### 3.2. OBJETIVOS DEL VOLUNTARIADO DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER

- 1) Educar, elaborar y asesorar en los programas de prevención y tratamien-  
to del Cáncer en cualquiera de sus formas.
- 2) Orientar y coordinar todas aquellas actividades y programas que consi-  
dere pertinente para el control integral del cáncer con sus aplicacio-  
nes médicas, educativas, económicas y sociales.
- 3) Colaborar en las actividades de asistencia social de la Institución, -  
prestando ayuda en lo que se refiere a orientación de pacientes, así -  
como a sus familiares.
- 4) Impulsar las relaciones públicas de la Institución con los distintos -  
estamentos de la sociedad, con el fin de conseguir la mayor colabora -  
ción en bien del voluntariado y de la Liga.
- 5) Estimular y promover la participación activa de la comunidad en el de-  
sarrollo de dichas actividades y programas.

### 3.3. OBJETIVOS DE LA LISA

- 1) El objetivo principal es la lucha encaminada a orientar y combatir la enfermedad del cáncer, planificando, orientando, coordinando y dictando normas, evaluando y vigilando las actividades y programas que considere pertinentes para el control integral del cáncer, sus implicaciones médicas, educativas, económicas y sociales.
- 2) Estimular y promover la participación activa de la comunidad en el desarrollo de dichas actividades y programas.
- 3) Colaborar ampliamente en las actividades que en la materia desarrollen personas naturales y jurídicas, oficiales y privadas del departamento y la Nación.
- 4) Prevención y control precoz de la enfermedad del cáncer.
- 5) Darle un mejor servicio a las comunidades populares y rurales marginadas de escasez de recursos económicos.
- 6) Divulgar y dar a conocer a la Institución a través de los diferentes medios, como también por medio de folletos informativos, proyecciones de películas, charlas, etc.

### 3.4. POLITICAS

- Prestar un mejor servicio a la comunidad.
- Atender a los pacientes que asisten a la institución para detectar la presencia del cáncer y poder seguir el tratamiento adecuado.
- Disminuir el índice de cáncer en la Costa Atlántica.
- Realización de campañas en las comunidades, especialmente aquellas que se encuentran marginadas, para darles a conocer lo que es la enfermedad del cáncer, como se previene, y al mismo tiempo para que conozcan la existencia de esta Institución.

### 3.5. PROGRAMAS DE LA LIGA ZONAL DE LUCHA CONTRA EL CANCER EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

Dentro de la organización que se da en la Liga de Lucha contra el Cáncer, para hacer más efectiva la aplicación de recursos, se estableció un programa tentativo de trabajo que comprende la atención, educación y prevención del cáncer a nivel general.

según información estadística obtenida en la Seccional de Salud de Sucre y demostrado en la Tabla No. 2, este Departamento ocupa el cuarto lugar como causa de morbi-mortalidad en tumores malignos y se ha notado que la

mayoría se presentan en mujeres de 30 años y más, por lo que la Liga hace énfasis en los programas de divulgación a la comunidad, sobre todo en el área rural, en instituciones que forman parte de la estructura de la salud en el departamento, con el fin de disminuir la mortalidad por cáncer en el departamento.

Para tales efectos, contando con las limitaciones, intereses y recursos, que con el reconocimiento del Ministerio de Salud y toda la ciudadanía, - ha establecido un programa común que se va a describir más adelante y se coordina con las entidades de salud del Departamento de Sucre, tales como: Servicio de Salud de Sucre, la Alcaldía, Lotería la Sabanera, Gobernación y otros.

### 3.5.1. Programas de Cancerología (Intra y Extra Murales)

#### a) Educación y Difusión

Se realiza a través de las campañas educativas dentro de las cuales se -- tienen dos modalidades: la campaña educativa al público, la cual se lleva a cabo por medio de las voluntarias y a través de conferencias, películas folletos; la otra es la educación médica continuada, estos programas se -- ejecutan intra y extramural.

#### b) Consultorio Ginecológico y Citológico

La Liga-Voluntariado cuenta con una sala de Citología y Ginecología, aten

dido con la ayuda de varios médicos especialistas, citólogas, voluntarias.

Actualmente para su servicio se utiliza un Colposcopio, un criocirugía de 3 puntas, un esterilizador, un juego de pinzas cuello y ginecológicas, un proyector de cine, un proyector de dispositivos, una pantalla con trípode folletos y literaturas de la materia y otros elementos de uso para la prestación del servicio.

#### c) Control de Seguimientos Citológicos y Rehabilitación

Es un examen físico de la pelviz que se utiliza para obtener material celular de la vagina, el cuello uterino y su interior; en este examen minucioso que se le llama Citología, se estudia la calidad del material extraído para detectar un cáncer uterino. A los pacientes se les explica la importancia de hacerse esta clase de prueba anualmente con el fin de prevenir o detectar a tiempo el cáncer.

#### d) Atención de Servicios de Quimioterapia

Consiste en suministrar los drogas y hormonas para el tratamiento del cáncer, es un arma nueva que puede atacar aquellos cánceres que se han propagado más allá del alcance de la cirugía o radiación, y también para algunos que no se han propagado.

#### e) Atención a Pacientes enviados a Albergues

En cuanto al servicio de Albergues, se puede decir que no lo poseen, sino

que prestan servicios de remisión y reubicación de pacientes, se le hace terapia individual y familiar y se lleva un control de casos rehabilitados.

Los pacientes se remiten a Cartagena, Barranquilla y Medellín, en donde se les consigue cupo en el albergue cuando lo necesiten.

### 3.6. RECURSOS DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

#### 3.6.1. Recursos Financieros

A la fecha solamente ha recibido auxilio anual de orden parlamentario de \$200.000.00. Su sostenimiento se hace con el pago de los servicios que se cobran a precios fáciles a la gente pobre, pues en otros casos se exigen tarifas corrientes ya establecidas para consultorios generales.

Se programa para este año un plan de benefactores para obtener dineros que hagan posible y seguro el sostenimiento de los servicios que ofrece la Liga.

El día de la Espadita, es un día que se realiza anualmente y se recolectan dineros con la venta de insignias y contribuciones voluntarias, valores - estos que no han alcanzado a totalizar más de \$ 120.000.00. Este año ya -

se han realizado dos actividades con el mismo propósito y han producido -  
\$ 92.000.00.

### 3.6.2. Recursos Humanos

El voluntariado de la Liga de Lucha contra el Cáncer Seccional Sucre, constituye una agrupación a nivel departamental preocupada por el bienestar - de sus semejantes, es uno de los sentimientos más ennobecedores y que - más colocan al ser humano en capacidad de actuar contra el cáncer, como - problema grave y polifacético que abarca el ámbito de la Biología, de la Medicina y de toda la sociedad humana.

El voluntariado se encuentra interesado en formarse más técnicamente, definiendo y actualizando conocimientos adquiridos con el fin de organizar y movilizar todos los recursos humanos, financieros y materiales que tenga el Departamento para lograr la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer.

### 3.7. COMITES DE TRABAJO INTEGRADO PARA VOLUNTARIAS

Los comités de trabajo están organizados en base a las necesidades de la comunidad y circunstancias del medio, de la siguiente manera:

#### 3.7.1. Comité de Citología

Este cuenta con voluntarias para entrevistar al paciente, toma de citología y de seguimiento de casos que hace parte fundamental en el proceso de casos, ya que es indispensable e imprescindible para el control en estos pacientes.

Integrantes:        Ana Josefina de Angulo  
                          Elvira de Movilla  
                          María Guevara  
                          Gladys de Samarra

### 3.7.2. Comité de Educación y Promoción

En este comité las voluntarias realizan sus campañas educativas llevando - foco de acción al sector urbano marginado, barrios, colegios, juntas de - acción comunal, empresas, centros de salud, etc., divulgando nuestros objetivos y servicios a través de charlas, películas, médicas y radiales, - campañas citológicas.

Consideramos de mucha importancia estas funciones ya que precisamente es una forma de divulgar los servicios y que la comunidad conozca los objetivos, y es por ello que los resultados obtenidos han sido satisfactorios - ya que la gente ha tomado conciencia de la importancia que tiene la citología vaginal como medio preventivo del cáncer del cervix.

Integrantes:       Yadith Monte P.  
                      Rosario Venecia  
                      María Elena Guevara

### 3.7.3. Comité de Relaciones Públicas

Su función principal es la de mantener las buenas relaciones entre el grupo de Voluntarias, constatar personas y entidades que ayuden económicamente a la Liga.

Integrantes:       Olga de Angulo  
                      Neyla de Fernández  
                      Silvia de Fontalvo

### 3.7.4. Comité de Quimioterapia

Conformado por un grupo de voluntarias que tienen por objetivo servir de puente entre la Liga Nacional de Cancerología y los pacientes en tratamiento para la adquisición de la droga, teniendo la asesoría médica, ya que la quimioterapia se aplica a través de drogas de cuidado y muy costosas.

Integrantes:       Lourdes de Pérez  
                      María Mendoza  
                      Eline Buelvas

### 3.8. SERVICIOS QUE PRESTAN DENTRO DEL VOLUNTARIADO

- Servicio de Citología
- Servicio de consulta médica especializada
- Servicio de colposcopia
- Servicio de Biopsia
- Servicio de Quimioterapia
- Servicio educativo a las comunidades, proyección de películas.
- Reubicación y remisión de pacientes a otras seccionales del país, para el tratamiento de cobaltoterapia.

#### 4. EL CANCER, LA FAMILIA Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

##### 4.1. EL CANCER

El cáncer es un crecimiento desordenado de las células de los tejidos -- del cuerpo, crecimiento no controlado por las leyes que gobiernan esta -- función en las células normales.

Las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar cáncer que los hombres, pero la diferencia está disminuyendo debido al aumento de cáncer -- del pulmón en los hombres, con disminución de cáncer del cuello uterino -- en la mujer. En el sexo femenino las neoplasias más comunes son: mama, colon, útero y piel; en el sexo masculino: pulmón, tracto gastrointestinal, piel, próstata, cavidad oral, laringo-faringe y vejiga.

El cáncer en los niños es menor que en los adultos, pero está creciendo en importancia en cuanto a mortalidad se refiere. En Inglaterra, el cáncer es la primera causa de muerte en niños de 1 a 14 años; con excepción de accidentes, el cáncer mata más niños que ninguna otra enfermedad. Aproximadamente 4.500 niños menores de 15 años mueren anualmente en los Estados Uni

dos, siendo los factores causales más importantes: leucemia, tumores cerebrales, tumores renales y linfomas.

La causa exacta del cáncer, permanece sin ser determinada, aunque hay diferencias histopatológicas fáciles de reconocer entre las células normales y cancerosas, pocas diferencias metabólicas han sido determinadas. La estructura bioquímica de ácidos nucleicos es similar en los dos tipos de células, pero existe alguna reducción de proteínas vitales en las células cancerosas, por ejemplo: enzimas respiratorias, citocromo y citocromooxidasa.

Muchas personas creen que la solución del problema del cáncer es la bioquímica, por tal motivo extensos programas de investigación se están llevando a cabo en este aspecto. Actualmente, conocidos agentes carcinógenos tienen un circunspeto papel como factores químicos etiológicos definitivos.

Los hidrocarburos policíclicos han sido intensamente estudiados en animales, como inductores de neoplasias, y se les ha documentado como un factor de cáncer de piel, entre trabajadores industriales de productos petrolíferos. Al uso del cigarrillo se lo está combatiendo desde que ha sido considerado como un factor causal del cáncer del pulmón. El tabaco ha sido asociado con cáncer de la cavidad oral, orofaringe, laringe, esófago y vejiga. La B-netilamina y la Benzetrina, han sido implicadas como agentes en la inducción de cánceres de vejiga, aunque no se ha podido comprobar en -

la mayoría de estos tumores.

Existe gran preocupación a la exposición de las radiaciones, aunque tan - solo el 1% de las neoplasias es producida por éstas. Ha sido demostrado - que el uranio, estroncio, níquel y berilio, son agentes carcinógenos en a - nimalcs; como así también la probable causa de cáncer de pulmón en los mi - neros. El asbesto contribuye al desarrollo del mesotelioma, en los traba - jadores que están expuestos al mismo.

Las presentaciones típicas del cáncer son un bulto o nódulo en cualquier parte del cuerpo, particularmente si son indoloros y aumenta de tamaño - lentamente, presencia de hemorragia en orificios, dolor recurrente inex - plicable, fiebre, continua pérdida de peso, infecciones repetidas que pue - den o no mejorar antibióticos, en cuyo caso exigen un examen físico y una aclaración. Estos signos precoces de cáncer han sido recalcados en progra - mas educativos populares, pero el temor frente al diagnóstico puede ser - una barrera que demore al paciente en consultar al médico.

Todo médico debe aprender a indagar al paciente, por lesiones en la piel, útero, boca, mama, pulmón, recto, prostata y tiroides; tendiendo presente en especial a aquellos que sobrepasan los 40 años de edad. Tan solo un - constante estado de alerta logrará diagnosticar la enfermedad oculta en el paciente asintomático.

En este estado la terapia será exitosa en la mayoría de los casos.

Para lograr una detección temprana es importante concentrarse en los síntomas ocultos de la fase asintomática. En algunas localizaciones, es posible realizar pruebas indagatorias efectivas como citologías para cáncer de cuello uterino. Las pruebas citológicas de pesquisa no son tan efectivas en otras localizaciones del cuerpo, tales como pulmón, próstata, vejiga, etc.

Procedimientos de indagación como gastro-cámara, fibroscopio, son altamente efectivos para la detección temprana del cáncer de estómago, sin embargo son demasiados costosos para individuos que no tengan alto riesgo de padecer esta dolencia. La falta de métodos y la inaccesibilidad de algunas localizaciones del organismo, hacen que el diagnóstico precoz sea con frecuencia imposible.

Una vez sospechado el diagnóstico, es esencial un cuidadoso examen general, así como también una consulta apropiada. Los hallazgos dudosos, requieren un seguimiento periódico o intervención quirúrgica, para establecer o excluir el diagnóstico. Lo más importante es seguir la pista y no demorar indebidamente estudios de investigación.

Los patólogos clasifican los cánceres basándose en el tejido de que se forma. Hay divisiones principales, el primer tipo es el de los que surgen del epitelio, término que comprende la piel, las membranas mucosas y la mayor parte de las glándulas. Los tumores que se presentan en el epitelio se llaman: Carcinomas; los que aparecen en la piel o membrana mucosa se suelen -

distinguir por el tipo de células del cual proceden: Hay carcinomas de células escamosas, de célula basal o de células tradicional. La segunda división principal consiste en los tumores que se presentan en el tejido conectivo (los tejidos del soporte del cuerpo), se les llama: Sarcomas; el Fibrosarcoma procede del tejido fibroso. El osteosarcoma de los huesos y el linfosarcoma del tejido linfático.

Gran parte de la población opina que el cáncer es una enfermedad contagiosa que se propaga por contacto directo o indirecto, y otros casos por factores como ocupacionales, dietéticos, socioeconómicos, sustanciales, químicos, inmunidad, agentes físicos, etc. Otros opinan que es hereditario, en relación a esto debemos tener en cuenta que el cáncer no es hereditario, pero si existen algunos factores genéticos que hacen que en algunas familias sea más frecuente que en otras.

#### 4.1.1. Diferentes Tipos de Cáncer

Entre ellos tenemos los siguientes:

a) Cáncer del aparato reproductor: Cáncer de ovario

Cáncer de útero

Cáncer del cuerpo de la matriz

Cáncer de la vejiga

Cáncer de la vulva

Cáncer del testículo

Cáncer del pene.

b) Las Leucemias:

Leucemia mielogénica aguda

Leucemia mielogénica crónica

Leucemia linfática aguda

Leucemia linfática crónica.

c) Cáncer de las glándulas  
endocrinas:

Cáncer de la glándula tiroides

Cáncer de las glándulas suprarrenales

d) Cáncer de los huesos y de  
los tejidos blandos:

Cáncer primario de los huesos

Osteosarcoma

Condrosarcoma

e) Cáncer del aparato diges-  
tivo:

Cáncer de boca y garganta

Cáncer del estómago

Cáncer del esófago

Cáncer del intestino

Cáncer de las glándulas salivares

Cáncer del páncreas

Cáncer del hígado

Cáncer de la vesícula biliar.

f) Cáncer del aparato respiratorio:

Cáncer de la laringe

Cáncer del pulmón.

g) Cáncer del aparato urinario:

Cánceres del riñón

Cáncer de la vejiga y el uréter

Cáncer de la próstata.

h) Cáncer de la mama. (6)

#### 4.2. NUEVOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS PARA COMBATIR EL CANCER

Incluyen una serie de procedimientos de laboratorio tales como técnicas radiológicas sofisticadas, estudios con isótopos radioactivos, el nuevo campo del ultra sonido y la tomografía axial computada (CAT). Para evitar que el paciente deba pagar excesivas sumas de dinero, los estudios deben ordenarse de acuerdo a las necesidades y en forma discriminada. La búsqueda

---

(6) DOOLEY SCOTH, Sir Ronald. Que hay de cierto sobre el Cáncer. Edit. Norma, Oxford University Press, Estados Unidos, 1977, p. 83-172.

da del primario y su metástasis es importante. La arteriografía selectiva puede ser lo suficientemente precisa. Para diagnosticar tumores de cerebro, de riñón, del espacio retroperitoneal, de tejidos blandos y de sarcomas de los centellogramas, son la mayoría de las veces no específicos, sin embargo agentes tales como el galio o quimioterapéuticos marcados con sustancias radioactivas (por ejemplo: bleomicina marcada con indio), pueden concentrarse en determinados tumores con mayor exclusividad. Es así que el galio lo hace en la enfermedad de Hodgkin y el indio con bleomicina en el cáncer de pulmón.

Estos estudios isotópicos deben ser complementarios y dar detalles más precisos a los estudios radiológicos. La tomografía axial computada (CAT scan), es de inestimable valor en la detección de tumores de cerebro y se requiere más experiencia para determinar su utilidad en el resto del cuerpo.

Nuevos métodos diagnósticos de tipo inmunológico están siendo investigados, ejemplo de ello son CEA (antígeno carcino-embriogénico) y antígenos asociados al tumor en la enfermedad de Hodgkin. Aunque dichos métodos carecen de especificidad, pueden ser de gran valor conjugados con otros estudios para establecer el diagnóstico.

Se disponen de tres métodos terapéuticos para el tratamiento de cáncer:

- La radioterapia

- La quimioterapia

- La cirugía.

La radioterapia es el tratamiento por exposición a rayos ionizantes como los emitidos por un aparato de Rayos X. Consiste en exponer el tumor y su vecindad inmediata a los rayos emitidos por un aparato X, radio o un isótopo radioactivo de cobalto, ó por otros dispositivos como el acelerador lineal o el ciclotrón.

El tratamiento se aplica usualmente en una serie de dosis diaria con el fin de aprovechar la capacidad de recuperación del tejido sano.

#### 4.3. EL PACIENTE CANCEROSO Y FASES EMOCIONALES POR LAS QUE ATRAVIESA

El canceroso deja lentamente que se acumule alrededor toda la actividad de su núcleo familiar, de su grupo comunitario, de su grupo social. Convirtiéndose en el continente del sufrimiento de la familia, recibiendo silenciosa y heroicamente toda la carga emocional de su núcleo familiar. Este enfermo en el momento de dar su primera sintomatología se preocupa más de su trabajo y de su familia que de su enfermedad; se preocupa luego por los que va a dejar que por lo que va a pasar.

El canceroso vierte hacia los demás un gran deseo de ser aceptado, de ser reconocido. Es el tipo de hombre o de mujer que asimila la bipolaridad de

envidia y gratitud; en una palabra, es la imagen de lo que debe ser un elemento socializante, dando mucho y recibiendo muy poco, y con cierta capacidad de desolación destinista.

El enfermo canceroso es una manifestación individual de un proceso de interacciones sociales que comienza con su familia de origen, padres y hermanos, que sigue con su relación específica, pareja e hijos, y se proyecta a su relación ecológica, sociedad, tiempo y cultura.

La relación médico-paciente debe adaptarse a "las transformaciones de la personalidad del canceroso", que pasa por tres etapas que se corresponde perfectamente con los hallazgos anatomoclínicos, segundo la etapa del enfermo con cáncer avanzado y tercero la etapa del enfermo con cáncer desahuciado o final.

#### 4.4. FASES DEL PACIENTE CON CÁNCER

El enfermo canceroso al saberse enfermo pasa por las siguientes fases:

##### 4.4.1. Primera Fase: Negación y Aislamiento

La mayoría de las personas al enterarse que tiene una enfermedad mortal como el cáncer, reacciona diciendo: "No, yo no, no puede ser verdad, yo tengo cáncer y me mato"; esta negación inicial es común en los pacientes que

se les revela directamente desde el principio de su enfermedad, como aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por sí mismos, un poco más tarde. La negación parcial es habitual en casi todos los pacientes, no solo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico. La negación comúnmente se observa cuando vemos a los enfermos rechazar la realidad de sus propios hechos, adoptando posiciones de defensa psicológica muchas veces ilógicas.

Estos mecanismos le serán útiles en la reestructuración de su nueva verdad. Poco a poco van aceptando e integrando la realidad de la enfermedad y sus implicaciones.

#### 4.4.2. Segunda Fase: Ira

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimientos, lógicamente surge la segunda pregunta: "Por qué tengo que ser yo?"

En contraste con la negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar, para ellos los doctores no son buenos. La visita de los familiares es rechazada; ante cualquier observación responden de manera violenta para luego pasar al dolor, lagrimas, culpabilidad, vergüenza.

Quando la familia se toma esta ira como algo personal y reacciona en consecuencia con más ira, no hace mas que aumentar la conducta hostil del paciente. Los familiares tienen que aprender a escucharlo y a veces incluso aceptar u ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas.

Otro paciente problemático, es el hombre que ha ejercido el mando en su hogar toda la vida, que lo tiene todo y que reacciona con rabia e indignado cuando se ve obligado a cederlo a otro; estos pacientes generalmente difíciles de tratar, ya que por principios rechazan la autoridad de otras personas.

#### 4.4.3. Tercera Fase: Pacto

Esta fase es menos conocida, pero igualmente utilizada por el paciente, aunque solo durante breves períodos de tiempo. Si no han sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período y se han enojado con la gente, y con Dios, en el segundo, tal vez puedan llegar a una especie de acuerdo que posponga: "Si Dios ha decidido sacarme de este mundo y no ha respondido mis airadas súplicas, puede que se muestre más favorable si lo pido amablemente". Todos hemos tenido la oportunidad de oír estas súplicas, este pacto.

En realidad el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio a la buena conducta, además un plazo de vencimiento impuesto por él -

mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si le concede este plazo.

#### 4.4.4. Cuarta Fase: Depresión

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a notar más síntomas, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara, porque se añaden las cargas financieras, las inmensas sumas que cuestan estos tratamientos y hospitalizaciones, en los últimos años han obligado a muchos pacientes a vender todo lo que tenían; a esto puede añadirse la pérdida del empleo. debido a las muchas ausencias, a la incapacidad de trabajo.

#### 4.4.5. Quinta Fase: Aceptación

Esta fase es continuación de la fase anterior, cuando la persona lentamente reestructura sus nuevas condiciones de vida, con respecto al pronóstico y a las maneras de convivir con su problema. En esta fase es donde puede observarse las más variadas situaciones, el medio influye con gran intensidad. Un reajuste al trabajo habitual del paciente es uno de los elementos valiosos. La reintegración a la actividad productiva asegura al paciente - la capacidad de ser útil y sobre todo, estar ocupado.

Estamos convencidos de que a la "distracción" por el trabajo es más eficaz

pues, ofrece a la persona la seguridad de productividad y valor propio.(6)

#### 4.5. LA FAMILIA DEL PACIENTE CON CANCER

La familia es una estructura social formada por personas que se relacionan por lazo de sangre, matrimonio o adopción. Aunque los valores sobre los que está basada la familia varien de una cultura a otra, casi siempre influyen la reproducción y el crecimiento de los niños y la provisión de afecto para los miembros de la familia y relaciones sociales para los esposos.

La familia es una institución universal, está relacionada probablemente a las diversas funciones vitales que se cumplen para la sociedad:

- a) Servir como estructura social más influyente para socializar al niño hacia los caminos de la sociedad.
- b) Promover las necesidades básicas biológicas del niño como el alimento, el vestido, la protección y el cuidado de la salud.
- c) Ofrecer medios para satisfacer y regular los deseos de intimidad social

---

(6) Ibid, p. 153.

de los adultos, incluyendo la actividad sexual.

- d) Generar la descendencia, que es la base para la prolongación de la sociedad.

Tales funciones son muy generalizadas, se aplican a cualquier tipo de sociedad, y explican, en parte, la universalidad de la familia.

Las relaciones familiares, en general, están influenciadas ya sea por un ambiente social amistoso protector o por uno de hostilidad o peligroso; - así la familia está organizada internamente puede hacer frente a las vicisitudes que conlleva la vida cotidiana.

Un cambio de estructura familiar en respuesta a un cambio social puede fortalecer o debilitar las ligaduras de amor entre sus miembros y modificar el comportamiento de éstos. La corriente de sentimientos que se mueve entre los miembros de la familia son múltiples y de diferentes grados de intensidad, bajo condiciones alteradas cada una de estas corrientes emocionales puede hacer surgir otras antagónicas.

Los conflictos familiares ocasionan tensión que al no disminuirse se amenaza la desorganización. La desfunción familiar puede ser ocasionada tanto por factores internos externos, así: condiciones socio-económicas y - culturales que rodean a la familia, la actitud que asumen sus miembros, el tipo de interacción que se da entre ellos y entre éstos y el medio ambien

te. Podemos observar una gran variación entre la familia tradicional que aún subsiste en mayor o menor grado en varios países; la moderna, caracterizada por su reducido núcleo padre, madre e hijos; en esta última los contactos con los demás familiares son circunstanciales y hasta evitados, sin mencionar la disolución total de la familia en donde sus integrantes se encuentran alejados entre sí, desconociendo casi siempre su paradero.

El sistema familiar tradicional presenta características interesantes relacionadas por un miembro portador de cáncer. La fuerza de la organización interfiere con frecuencia sobre el enfermo, penetra en la relación médico-paciente y a veces altera el propio pronóstico del caso.

Una vez que recibe el rótulo portador de un cáncer, el paciente adquiere en su medio familiar, connotaciones propias que se repiten con frecuencia caso por caso. El individuo activo pasa ser considerado como una pieza defectuosa en el engranaje de la vida comunitaria. Sea por motivos reales de la propia enfermedad, de los tratamientos radicales y mutilantes que pueden recibir o aún por otras razones, más subjetivas, en general fruto de tabúes y preconcepciones del ambiente, el paciente se vuelve un elemento diferente del medio, siempre portando un mensaje velado (aparente) de enfermedad y muerte. Este proceso de desarrollo es un sistema de convivencia entre el paciente y la familia puede ser lento y durar muchos años, en los casos de agresividad mayor de la enfermedad.

La familia tiene un papel muy importante durante la enfermedad y sus reac

familia continúan, muchos de estos pueden disminuir cuando se habla de ellos antes de la muerte de un miembro de la familia. Desafortunadamente los miembros de ella tienen que disimular sus sentimientos ante el paciente, e intentan mantener una cara sonriente y una apariencia de falsa alegría que tarde o temprano se acaban .

Invariablemente los familiares demuestran gran interés por el pronóstico de la enfermedad, insisten en que desean el término de la misma o la supresión del dolor del paciente; otros aceptan mal la idea de la muerte , forzando posiciones iniciales de optimismo, así mismo en la fase semifi nal y/o final los familiares se encuentran tensos, presentando ocasional mente crisis emocionales (algunos de ellos), los problemas crónicos y habituales de la familia se agudizan precipitándose en sus aspectos relevantes; efectivo, sociales, culturales económicos .

De la misma manera que el paciente con cáncer, la familia pasa por las diferentes fases emocionales descritas anteriormente, la familia se enfrenta a ellos y si son capaces de compartir sus preocupaciones, temores, angustias, estos serán menos dramáticos y podrán llegar a aceptar la situación más rápidamente. Al principio, muchos no pueden creer de que exista esa enfermedad en la familia o vayan de médico en médico con la vana esperanza de escuchar que el diagnóstico era equivocado. Tal vez busquen ayuda y seguridad (no verdaderas) en adivinos y curanderos. Tal vez hagan viajes muy caros a clínicas famosas o consulten con médicos muy conocidos, y sólo gradualmente se enfrenten a la realidad, que va a cambiar

esa realidad en forma drástica. Entonces, la familia, que depende mucho de la actitud, la conciencia y la capacidad de comunicarse con el paciente pasa por una fase de ira, la familia inmediata experimentará la misma reacción emocional, se enfadarán consecutivamente con el médico que examinó primero al paciente y no hizo el diagnóstico y con el médico que les hizo enfrentarse con la triste realidad. Pueden proyectar la rabia con el personal del hospital, que en su opinión no se ocupa en forma eficiente de su labor; hay mucha envidia en esta reacción, pues los miembros de la familia a menudo se sienten frustrados al no poder estar con el paciente ni cuidarlo. También hay sentimientos de culpa y un deseo de compensar oportunidades pasadas perdidas. Cuando se pueda ayudar al paciente a expresar estas emociones antes de la muerte de un ser querido, más cómodo se encontrará el miembro de la familia .

Cuando la familia supera la ira, el resentimiento y la culpabilidad pasará por una fase de dolor preparatorio, al igual que lo hace el paciente. Quanto más puede expresarse este dolor de la muerte, menos insoportable resulta después; a menudo escuchamos a la familia muy satisfechos de sí mismo, que siempre trataron de mantener una cara sonriente cuando estaban con el paciente, hasta que un día sencillamente ya no pueden seguir disimulando, no se dan cuenta de que las emociones genuinas por parte de un miembro de la familia son mucho más fáciles que una máscara a través de la cual el paciente puede ver igualmente y que él siente con un fingimiento que impide compartir una situación triste. Si los miembros de la familia comparten estas emociones, gradualmente afrontarán la realidad de

la separación inminente y llegarán a aceptarla juntos. Quizás el período más doloroso para la familia es la fase final, cuando el paciente se desliga lentamente de su mundo, incluida su familia. Deben comprender que un paciente que ha encontrado la paz y la aceptación de su muerte, tendrá que separarse poco a poco de lo que lo rodea, incluido sus seres queridos .

#### 4.6. REPERCUSIONES ECONOMICAS SOCIALES Y PSICOLOGICAS DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON CANCER

En cuanto al aspecto económico influyen las posibilidades económicas que tenga la familia para hacerse cargo de un caso terminal de cáncer; sucede en algunos casos que enfermos que han venido siendo atendidos con gran afecto por sus familiares son dejados en el hospital tan pronto cuando reciben la información que el paciente tiene un cáncer avanzado; debido a que el aspecto económico de la familia en su gran mayoría es muy bajo, por lo tanto se han visto en la necesidad de desprenderse de sus bienes materiales para cubrir los gastos de tratamiento y en el caso cuando la familia depende económicamente del paciente trayendo consigo un desequilibrio de la economía familia puesto que disminuye su capacidad de trabajo y estado anímico principalmente cuando el paciente tiene que trasladarse a otra ciudad para continuar el tratamiento porque los hospitales del departamento de Sucre no poseen los medios adecuados para la aplicación del mismo (equipo médico especializado y las máquinas o equipo de cobaltoterapia) originando un gasto adicional y por ende una inestabi

lidad económica.

En el aspecto social existe una sobreprotección de la familia hacia el paciente creando en este una dependencia total marginándolo hasta el extremo de considerarlo inútil a la sociedad y a la vez ésta lo rechaza por creencias y tabúes que existen sobre la enfermedad; también cuando la comunicación del diagnóstico no ha sido precedida de un proceso de preparación y de educación al medio al cual forma parte .

Cuando un paciente está gravemente enfermo a menudo se le trata como una persona sin derecho a opinar, porque es otro quien toma la decisión de si hay que hospitalizarlo o no, cuándo y dónde, se debe recordar que la persona enferma también tiene sentimientos deseos y opiniones y lo más importante de todo, tiene derecho a ser oída y acatar sus decisiones .

La variedad de cáncer también tiene sus implicaciones en la sociedad según la clase de tratamiento a que debe someterse el paciente. Por ejemplo: en el caso de una mastectomía, un osteosarcoma, ritoblastoma, el útero, cuyos tratamientos exigen serias mutilaciones, es necesario casi siempre decir al paciente la gravedad del diagnóstico, lo que sucederá si no se hace el tratamiento adecuado y éste a su vez se cohibe del tratamiento por el rechazo de las personas del medio ambiente al cual forma parte .

Las repercusiones psicológicas del cáncer se hace presente en la familia

del paciente en varias ocasiones, que pueden resumirse en tres fundamentales:

- a) Cuando el paciente está sometido a procedimientos de estudios que pueden llegar a la confirmación del diagnóstico del cáncer.
- b) Cuando ya confirmado el diagnóstico, debe someterse a un tratamiento con la incertidumbre del resultado curativo.
- c) Cuando los tratamientos curativos se han mostrado ineficaces y el paciente se siente afrontado a la inminencia de la muerte en su plazo más o menos corto o largo, pero ineludible .

Naturalmente estas tres etapas no están completamente separadas en todos los casos. Todo depende de factores individuales, como son el grado de cultura de la familia, los conocimientos que tenga acerca del cáncer, la experiencia previa con personas o familiares que hayan tenido la enfermedad, la localización y gravedad de ella, su temperamento y las circunstancias emocionales que lo rodean y finalmente, algo quizás más importante que todo: la manera como el médico presente y maneje el problema y su capacidad de influir sobre el enfermo y su familia .

La importancia de los factores psicológicos y emocionales en la génesis de muchas enfermedades, debe ser considerado como una entidad psico-fisiológica, ya que en cualquier intento de comprender las enfermedades que lo

afligen debe tomar en cuenta el estado emocional en que se encuentra.

Parece a primera vista, que este concepto no tuviera importancia frente al cáncer, enfermedad considerada como de una génesis totalmente orgánica. Entre los agentes cancerígenos se mencionan los químicos, las radiaciones ionizantes, los traumatismos y cada vez con más fuerza los virales. Pero sólo muy rara vez se oye hablar de los factores emocionales como causa del cáncer. Y sin embargo, hoy en día existen pruebas evidentes de que las alteraciones psicoemocionales son un factor no despreciable en la génesis del cáncer; la primera reacción que se presenta en la familia es la de angustia y desesperación, que a veces llegan hasta un choque emocional tan grande que sirve como una especie de coraza mental que permite al paciente escaparse de la realidad del diagnóstico .

Pasado este primer período de violenta reacción, que generalmente es corto, de horas o pocos días, la familia entra gradualmente en un segundo período de dominio de la conciencia, en la cual comienza a darse cuenta de la realidad y empieza entonces a fabricar mecanismos de escape que le permitan alejarse de la realidad, el más común de estos mecanismos de defensa es la negación, la familia a pesar de saberlo y conocer la gravedad de la enfermedad y de haber temido tanto al diagnóstico, lo niega en su interior y busca disculpa que lo alejen de la verdad,

Otro mecanismo de escape muy frecuente especialmente entre nuestra población de arraigado ancestro católico es el Fatalismo (neurosis del destino

que llaman los psiquiatras). La familia atribuyen la enfermedad a una determinación de Dios, hasta el extremo de considerar la enfermedad como una prueba que le ha sido enviada para probar su fé y entonces luchan por demostrar que no la han perdido; la anulaci3n del YO, el olvido de si mismo, es otro mecanismo de escape frecuente, la familia procura evadir su problema despreciando su persona y dedicando su actividad a entender a otra persona o a otros asuntos .

#### 4.7. RELACION DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El problema del c3ncer en el paciente diagnosticado y en tratamiento desde el punto de vista de sus implicaciones econ3micas, sociales y psicol3gicas es muy complejo, ya que cada uno de ellos tiene sus caracteristicas propias que entrelazadas origina crisis en los diferentes miembros de la familia, de ahi deriva la necesidad de manejarlo en forma multidisciplinaria en donde intervengan los diferentes especialistas como el cirujano, el pat3logo, el radi3logo, internista, enfermera, inmun3logo, Trabajadora Social, psiquiatra y psic3logo, en donde exista una participaci3n activa en el proceso transformador, continuo y disciplinario, resultante de la influencia e interrelaci3n de los esfuerzos comunes e instrumentos cientificos humanizantes por un lado, y por otro la participaci3n del paciente como portador de la problem3tica a tratar .

Este equipo magnificado debe intercambiar sus puntos de vista con el fin

de proporcionarle al paciente el tratamiento eficaz y a la vez ayudar a la familia a examinar sus propios sentimientos y asegurarles que juega un papel muy importante en el cuidado del mismo, y así mitigar notablemente el sentimiento de culpa, pues, hemos visto a muchos familiares negarse a visitar a sus pacientes en el hospital o aún en su casa, cuando se sientan incómodos por los sentimientos de impotencia que experimentan en presencia de un paciente desconforme o exigente; este sentimiento de culpa, es la acumulación de errores reales o imaginarios .

El objetivo principal del equipo es atender la salud integral del paciente en los diferentes aspectos, biológicos, psicológicos y sociales, y de esta forma contribuir a mantener y recuperar la salud como también lograr la integración gradual entre éste y su familia y tratar de evadir el rechazo a que están sometidos algunos de los mitos y tabúes de su enfermedad, evaluando las defensas y estilos del paciente y ayudando a los miembros de la familia ha aceptar los cambios graduales que sufre él; ayudar en los sistemas de comunicación existentes entre los miembros de la familia y el paciente y a reconocer sus temores (cualesquiera que estos sean) sus depresiones, su sensación de impotencia; lograr establecer nuevas líneas de comunicación y de esta manera permitir que el paciente y su familia hablen entre si y compartan la experiencia de morir que mejora la sensación de unidad y de apoyo para él y sus seres queridos.

El equipo debe coordinar sus actividades y ayudar a los pacientes y familiares a sobrellevar la enfermedad y la tensión psicológica y también a

yudar a aceptar el plan de cuidados médicos y tolerar las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias para el tratamiento .

Los miembros del equipo (al igual que los familiares del paciente) están sujetos a trastornos emocionales por el constante cuidado del paciente con cáncer; los miembros del equipo multidisciplinario participan en el esfuerzo de mejorar la comunicación, a aceptar iras que es una etapa muy difícil de superar para la familia, puesto que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra los que les rodea; ayudar a la resignación en la cual el paciente ya no ve más posibilidades, la vida se ha acabado, todo está perdido para él y se aísla por completo, no desea hablar con nadie incluido su médico; la ayuda en esta etapa se hace particularmente difícil, se le puede auxiliar en cierta medida suministrándole medicamentos antidepresivos y no dejándolo en soledad, el equipo descubrirá donde se focaliza la causa de la depresión, puede ser que el paciente se sienta deprimido porque no ha seleccionado una serie de asuntos importantes y habrá que hacer lo posible para ayudarlo a esto, otra de las funciones del equipo es lograr la aceptación por parte del paciente y su familia de la enfermedad, no quiere decir que el paciente desea morir, se trata más bien de una aceptación en el sentido de ceder en la lucha por la vida y estar dispuesto para lo inevitable. Una vez que él y su familia han llegado a esta etapa, el equipo puede en buena parte retirarse ya, puesto que su tarea propiamente dicha ha culminado .

El trabajo médico en equipo que es la coordinación o integración de los

servicios en beneficios del paciente y su familia, han llegado a ser considerados como el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de la recuperación y el mantenimiento de la salud.

En la relación el equipo multidisciplinario - paciente - familia, el cáncer plantea dos problemas psicológicos; por un lado la adaptación del hombre a una enfermedad grave, y por el otro lado, el hecho de que se trata de una enfermedad considerada como un tabú a una sociedad cancerofóbica, de aquí se deriva la idea consciente extendida y totalmente irracional, de que pronunciar el diagnóstico es "matar al enfermo", de aquí surge el miedo del médico; hablar de cáncer es un decreto de muerte lo mismo ocurre con la familia. Entonces aparece la conspiración del silencio que va a transformar como es obvio, la relación del equipo multidisciplinario con el paciente, ya que el equipo mantiene en silencio algo tan importante como el diagnóstico : la relación se vicia inmediatamente el equipo se siente incómodo y el paciente sospecha el engaño. El problema de comunicar el diagnóstico es una situación tan cargada emocionalmente que los profesionales toman posiciones extremas y apriorísticas de todo o nada. La verdad diagnosticada, no implica tácitamente una necesidad de información explícita, dejando al paciente y a su familia desesperados y sólo con esa verdad. Por eso es cierto, lo mismo que el cáncer que para cualquier otra enfermedad "la manera en que el médico dé la información vale más que la información misma", se puede instrumentar y dosificar en medio de una relación equipo - paciente sincera que haya surgimiento en la medida que pueda ser tolerada .

Otro aspecto donde la relación equipo multidisciplinario se pone a prueba es con el paciente que está en su fase final. En este caso, es importante manejar no sólo al paciente sino también a la familia, que puede llegar a desgregarse o auto-destruirse en medio de las angustias que produce la presencia de un enfermo terminal en su seno. cuando ya el pronóstico de recuperación es casi nulo .

Todas las angustias y conflictos no sólo del enfermo, sino también de la familia, se sirven dentro de lo que se ha dado en llamarse relación médico-paciente, pero que en realidad es también relación familia -equipo multidisciplinario, sin embargo, la relación con el médico debe seguir siendo la más importante y el eje sobre el que giran las demás relaciones .

Los profesionales que atienden al paciente con cáncer no tiene este tipo de relación (familia - equipo multidisciplinario) en la cual el paciente no tiene un médico fijo lo que hace que ninguno de ellos asuma la responsabilidad del caso; también los médicos no se dedican a proporcionar asistencia al paciente en estado terminal, ya que, con esto está colaborando en forma decidida a que sus pacientes tengan una muerte aceptada, tranquila y fundamentalmente digna; sin embargo, cada día tienen menos tiempo e interés en dedicarse a esta labor; esto lleva a que en los momentos críticos de la enfermedad del paciente y su familia se encuentran sin a quién acudir en busca de ayuda real y efectiva para minimizar los estragos que causa esta enfermedad; además no existe una preparación adecuada a la fa

milia del paciente para proporcionarle el diagnóstico, debido a que los profesionales que posean las herramientas necesarias para dar la apropiada orientación son apáticos a esta situación por el exceso de trabajo o por la delegación de estas funciones .

Si los miembros del equipo llegaran a ser conscientes de la discrepancia entre el paciente y los que los rodean, podrán compartir sus conocimientos con la familia de sus pacientes y ser de gran ayuda para unos y para otros. Deberían comprender que las diferentes etapas por las que pasa el paciente y su familia necesitan un seguimiento adecuado, ya que, los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a la fase de aceptación y paz.

El aceptar dentro del seno familiar la idea de un tener un integrante canceroso es un lento proceso, en el que cada uno de ellos incorpora esa idea gradualmente, acelerar este proceso puede provocar sentimientos de impotencia y desesperación, el rol del médico, oncólogo y psiquiatra es apoyar este proceso gradual, evaluando defensas y estilos de la familia y ayudando a los miembros de ella a aceptar los cambios graduales, aunque imperceptibles que sufre el paciente. Ayudar en los sistemas de comunicación existentes entre los miembros de la familia y los pacientes uno de los roles vitales del Trabajador Social .

Orientar a un paciente o a un miembro de la familia a reconocer sus temores (cualesquiera que estos fueran), sus depresiones, su sensación de im

potencia, es un papel vital para el psicólogo. En la atención de pacientes cancerosos la relación familia - equipo multidisciplinario es fundamental, para satisfacer las necesidades emocionales, de comunicación y de interrelación, destruidos por el cáncer .

El papel del equipo no es tanto de "curador" sino de contribuir a resolver problemas de relaciones familiares que tienen a causa de la enfermedad .

Para tener una visión más concreta y real de la problemática estudiada aplicamos ciento cincuenta (150) encuestas a los familiares de los pacientes con cáncer diagnosticado en los tres (3) hospitales regionales del departamento. La muestra la obtuvimos de los 238 pacientes detectados en los hospitales distribuidos así:

- Hospital Regional de Sincelejo, en donde detectamos a través de la revisión a la historia clínica, un total de 123 pacientes;
- Hospital San Juan de Dios, en San Marcos, 35 pacientes,
- Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, en Corozal, 80 pacientes .

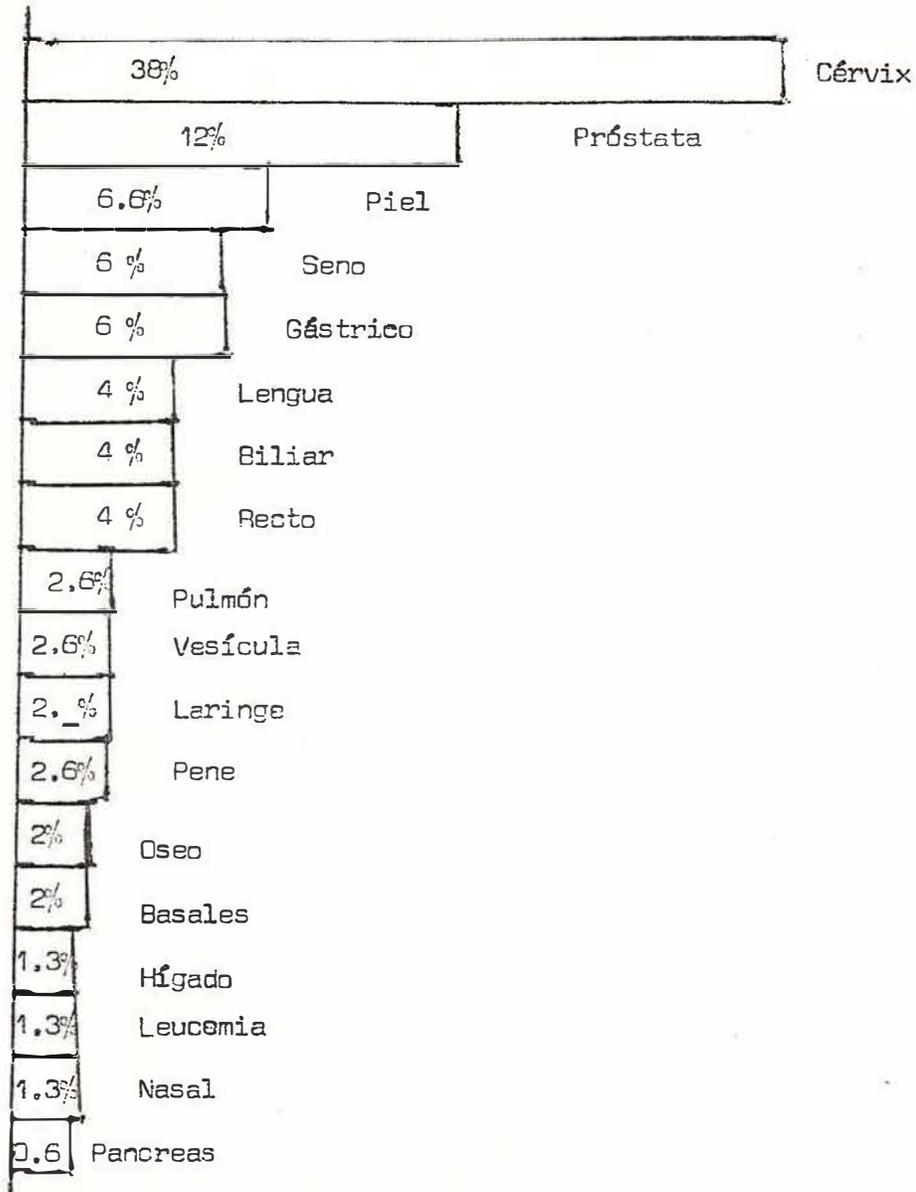
#### 4.8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION

Tipos de Cáncer - Incidencia :

El cáncer de cervix tiene mayor incidencia (385) sobre los demás tipos de cáncer que se presentan en el departamento, siguiéndole el cáncer de

GRAFICA 1

TIPOS DE CANCER . INCIDENCIA .



prostata (125), y el de menor incidencia es el pancrear (0.6%). Los de más presentan una incidencia similar (Ver gráfica 1).

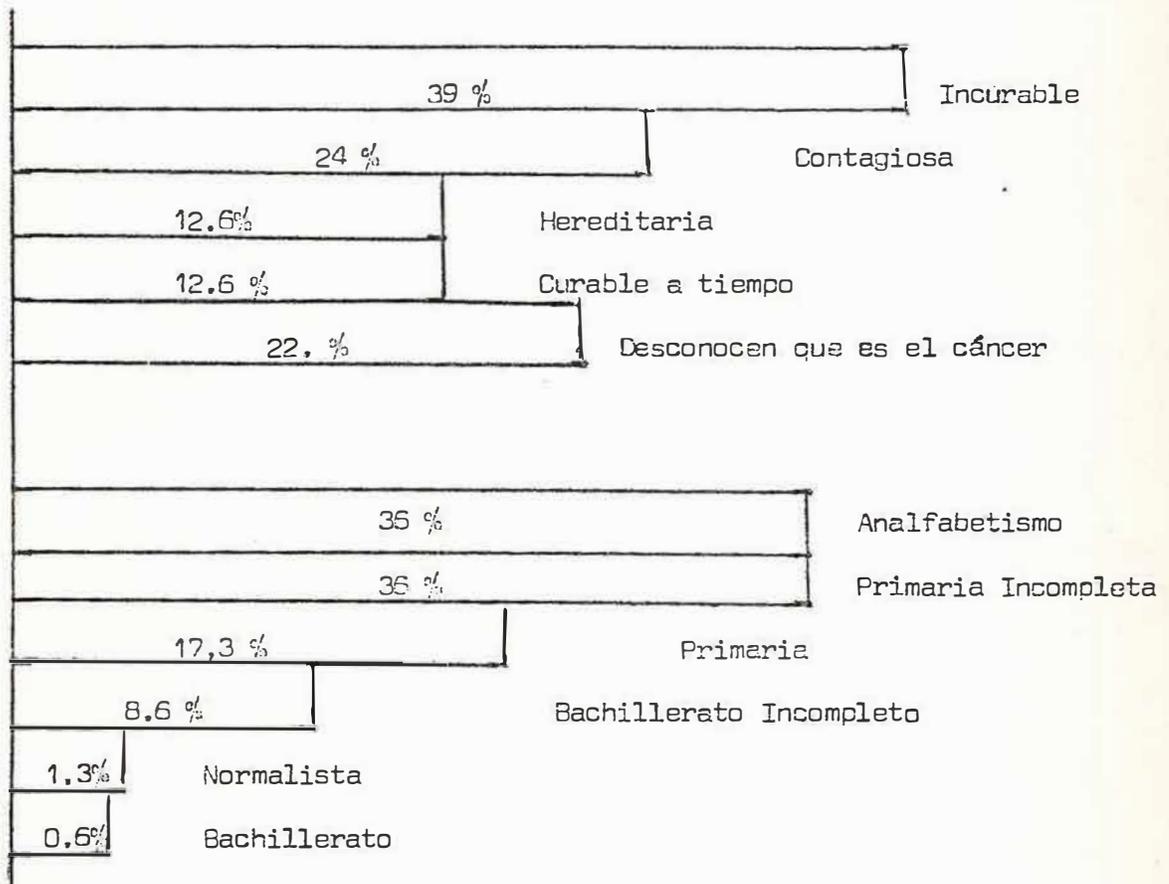
Creencias de la comunidad en relación al Cáncer, Nivel educacional que posee la comunidad .

En esta gráfica comparamos las creencias en los niveles educaciones y podemos deducir que la comunidad posee un alto índice de analfabetismo - (36.6%), al igual de que tienen la idea de que el cáncer es incurable - (39%); de allí que cuando un familiar es diagnosticado con dicha enfermedad todas las personas del núcleo familiar se angustian pues no ven solución a su problema .

Notamos también que un 225 se desconoce lo que es el cáncer, por lo tanto no pueden o no saben como detectar a tiempo la enfermedad y las medidas que se han de aplicar .

GRAFICA 2

CREENCIAS DE LA COMUNIDAD EN RELACION AL CANCER. NIVEL EDUCACIONAL QUE POSEE LA COMUNIDAD .



Sólo un 0.6% es bachiller y un 12.6% considera que se puede curar a tiempo . (ver gráfica 2)

Tipo de personas a que acuden para solicitar atención médica - niveles sociales

En esta gráfica combinamos dos variables con el fin de observar como se comportaba la comunidad .

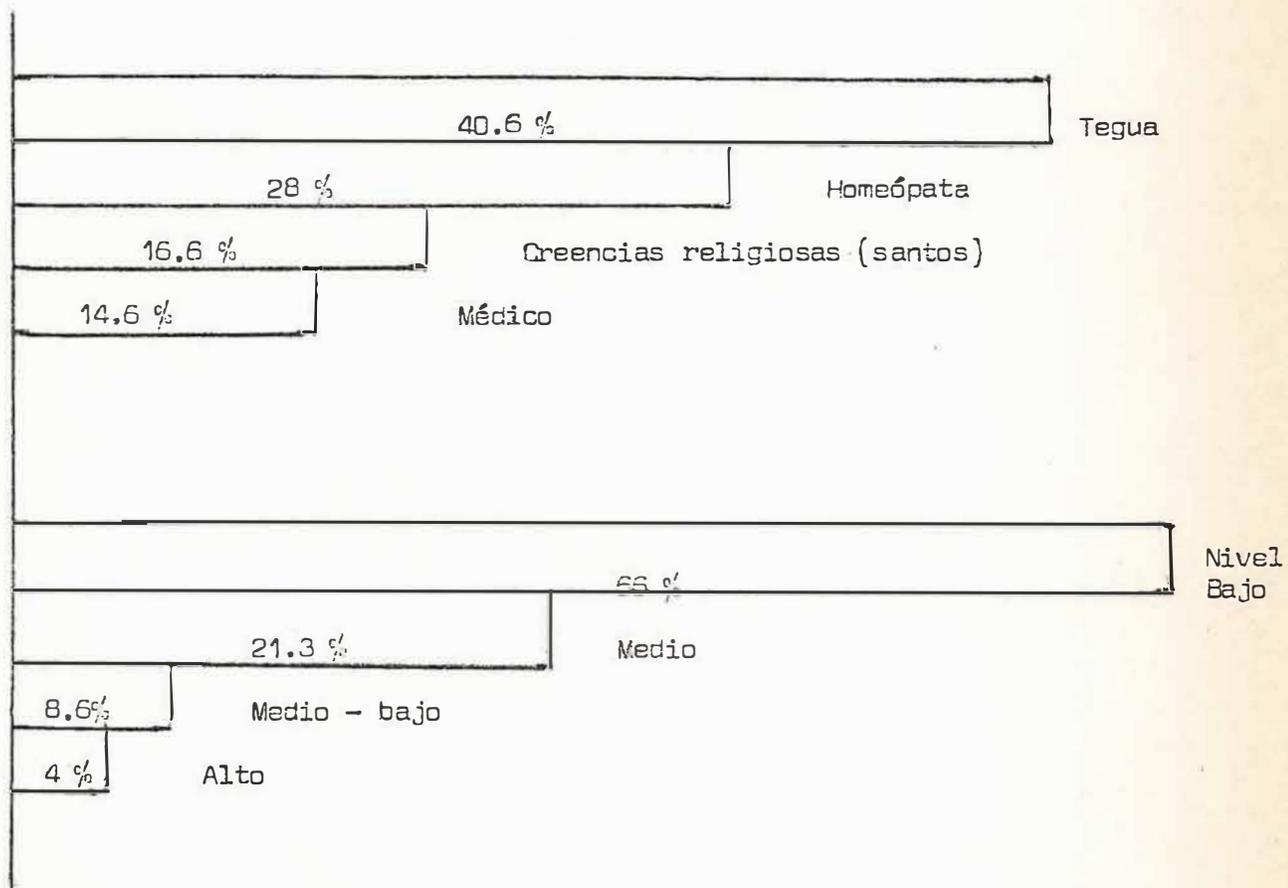
La mayoría de personas encuestadas presentan un nivel social bajo (66%) y acuden al "tegua" ó "curandero", en un 40%, siguiéndole en su orden el homeópata (28%), y al médico acuden sólo en un 14.6%. De las personas entrevistadas sólo un 6% pertenecen al nivel social alto, lo que nos hace pensar que las personas de este nivel acuden al médico particular y fuera del departamento por carecer este de los equipos médicos adecuados para aplicar el tratamiento .

Si comparamos este gráfico con el anterior, podemos deducir que debido al nivel social a que pertenece la mayoría de encuestados (bajo) acuden al tegua y/o curanderos y de allí la creencia de que la enfermedad es incurable, contagiosa y hereditaria, adoptando comportamientos inadecuados con sus pacientes; influyendo el grado educacional que poseen, el cual no les permite comprender lo que está sucediendo y que deben hacer al respecto . (ver gráfica 3) .

GRAFICA 3

TIPOS DE PERSONAS A QUE ACUDEN PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA .

NIVELES SOCIALES .



## Reacción de la familia al conocer el diagnóstico

En esta gráfica podemos observar que la reacción más común en la familia es la de la sorpresa acompañada con el llanto (15.3 y 13.3% respectivamente). De igual manera podemos observar que los parámetros o fases estudiadas guardan proporciones similares, indica esto que las familias después de conocer el diagnóstico pasan simultáneamente por la tristeza, desesperación, depresión y más cuando el paciente es la cabeza del núcleo familiar (padre - madre), pues, además del problema de salud se van a ver enfrentados al problema económico y si sus recursos son insuficientes (gráfica 3) la angustia entra (9.3%) a acompañar las fases anteriores. (ver gráfica 4)

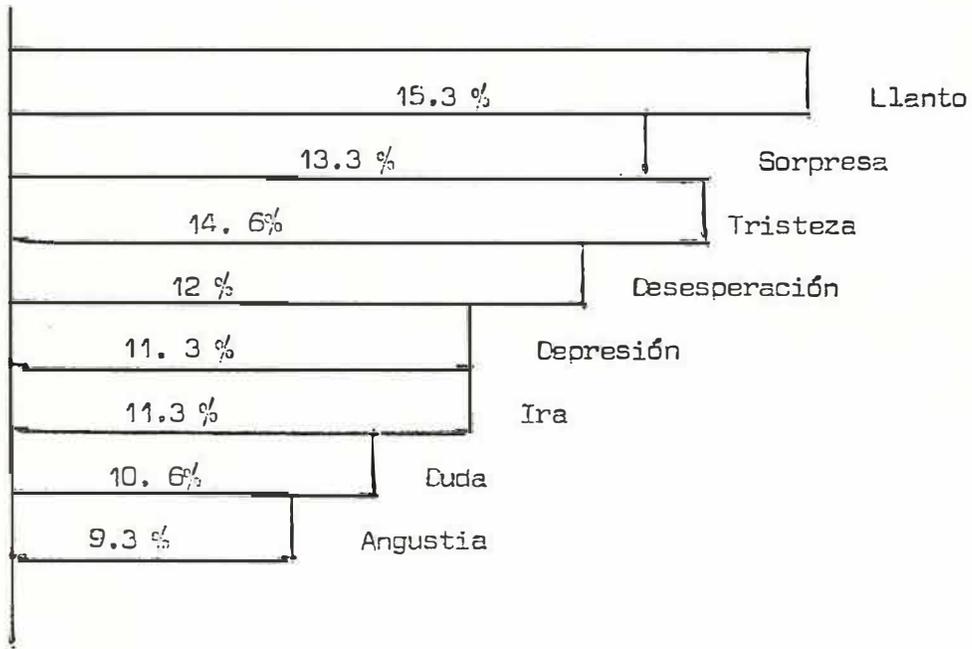
En relación a la proyección institucional que el equipo multiprofesional debe hacer de las comunidades, no se puede presentar un cuadro, pues, la respuesta general de las personas encuestadas coincidió en desconocer programas de prevención al cáncer, por parte de diferentes hospitales del departamento y de la Liga de Lucha contra el Cáncer.

Las encuestas aplicadas nos permitieron podemos confirmar nuestras ideas en torno a que en el departamento no existe una programación efectiva que permita disminuir el índice de morbi-mortalidad en materia de cáncer.

En algunos hospitales existen programas educativos para las comunidades en relación a la problemática estudiada, pero los mismo no son ejecutados por carecer de recursos financieros.

GRAFICA 4

REACCION DE LA FAMILIA AL CONOCER EL DIAGNOSTICO



## 5. ALTERNATIVAS DE ACCION DISEÑADAS POR EL TRABAJADOR SOCIAL PARA ATENDER LA PROBLEMÁTICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON CANCER

### 5.1. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE

La intervención del Trabajador Social en el campo de la salud no puede entenderse aislado de un equipo multidisciplinario, donde cada profesional aporte sus conocimientos y experiencias específicas de su disciplina para el logro de un objetivo común claro y definido, también para conocer el campo de acción del otro y de esta forma aceptar plenamente la cooperación de cada uno de los miembros integrantes del mismo .

De tal forma el Trabajador Social se integra al equipo de salud haciendo frente a la problemática social que incide en las causas -efectos de los problemas de salud de la población utilizando para ello el estudio, diagnóstico y tratamiento social de las necesidades; en este sentido el Trabajador social se inserta en el equipo multidisciplinario como generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de individuos , grupos y comunidades; incluyendo hábitos, creencias y formas de vi

da; el que involucra a las personas en un proceso de investigación y diagnóstico y los motiva para que participen en las actividades que deben realizarse y como deben ser abordadas; así como de los recursos disponibles con el fin de que los individuos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supera .

Partiendo de lo anterior podemos decir que la participación del Trabajador Social en el área de la salud se puede enfocar desde distintos niveles de acuerdo con la amplitud de su radio de acción que puede ser nacional, seccional y local. En este caso no debe hacer una discriminación en su accionar en cuanto al nivel de operación, ya que, el Trabajador Social debe marcar las pautas para que su radio de acción no se circunscriba a un determinado sector, sino por ende a la beneficiaria inmediata que es la comunidad en general. Por tal razón consideramos que el Trabajador Social en el área de la salud debe cumplir las siguientes funciones :

a) Estudio Social

Indagar en forma sistemática los elementos que condicionan la situación social de personas, grupos y comunidades sujetos de la atención en salud.

b) Diagnóstico Social

Identificar problemas sociales particulares a una situación de salud cuya solución debe considerarse determinante para el logro de la misma .

c) Tratamiento Social

Proceso terapéutico orientado a la solución de problemas sociales, diagnóstico en una situación de salud determinada .

d) Organización social

Establecer sistema de organización interpersonal, intergrupala, comunitaria e interinstitucional a través de la cual se genera, distribuyendo y modificando los componentes satisfactorios de los programas y servicios de salud .

e) Promoción Social

Desarrollo de procesos motivadores que determinen comportamientos afines con objetivos de salud. La promoción social liberadora, no es una acción de una persona sobre otra, sino acción con y entre personas, mediatizadas por la realidad .

El Trabajador Social concibe no al individuo aislado sino a la familia vista como todo un organismo que aparece para garantizar en el individuo cierta seguridad efectiva natural, emocional y física, y no solamente para determinar un lugar al individuo dentro de ella, la familia es en donde se gestan las mayores y mejores condiciones para el nacimiento y el desarrollo de los problemas que aquejan al individuo, se busca capacitar a los

miembros del grupo familiar sobre diferentes tópicos de la vida cotidiana, contribuyendo a la formación y modificación de actitudes personales y cultivar formas de conductas adecuadas y positivas que conlleven al mejoramiento de las condiciones socio-culturales del paciente y su familia, así el Trabajador Social :

- Asesora a la familia del paciente para que acepte su enfermedad y lo ayude hasta donde sea posible seguir el tratamiento y continuar el proceso de éste en la familia para seguir cambios de actitudes y encontrar la solución de situaciones que afectan la salud del paciente.
- Prepara a la familia para el reintegro del enfermo al hogar estimulándole las capacidades de comprensión, confianza y adaptación .
- Concientiza a la familia que la inadecuada actitud hacia el enfermo puede fomentar su recaída, y los orienta a cerca del trato que recibe en cada momento .
- Manejar situaciones emocionales que origina a la familia del paciente la enfermedad y el tratamiento del mismo, lo que indica equilibrar a la familia para evitar una ruptura de las relaciones familiares y lograr que esta se interese cada vez más por el paciente .
- Informar al enfermo y su familia de los recursos institucionales que puedan ayudarlo a restaurar y rehabilitar su salud .

Para el Trabajador Social, la familia constituye el eslabón primordial para el estudio de las repercusiones del paciente con cáncer, por lo tanto necesita una preparación especial a sus propias circunstancias a las dificultades que tiene que vivir constantemente y las angustias que en sus miembros se va creando a través de las escenas que el enfermo lleva a su hogar .

El Trabajador Social en los diferentes hospitales del departamento de Sucre no tienen una relación permanente con el paciente con cáncer y su familia debido al exceso de trabajo y a las políticas que rigen las instituciones, las cuales obstaculizan el ejercicio de sus funciones ; limitándose a determinar excepciones en cotizaciones de servicios a pacientes de escasos recursos económicos, los cuales se realizan a priori, ya que, las instituciones carecen de los recursos necesarios para practicar las entrevistas domiciliarias adecuadas para determinar el grado de ubicación en la tabla salarial o el aspecto de la indigencia hospitalaria .

También el Trabajador Social se encarga de arreglar las citas y las hospitalizaciones necesarias tratando de agilizar en todo momento la tramitación de documentos que se necesitan en el historial del paciente, de igual forma se llenan las fichas socio-económicas referentes a la familia afectada por el problema, atenuar angustias familiares producidas por la enfermedad del paciente, información del estado de salud del enfermo, visitas al paciente hospitalizado, sensibilización a la familia para ayudar al paciente en su tratamiento, realizar estudio social al paciente, proporcionar in

formación sobre el tratamiento hospitalario y post-hospitalario a la familia, charlas con las enfermeras y dietistas para exponerles problemas del paciente, comunicar alta del paciente, motivar al paciente para que coopere en su recuperación, orientar a la familia sobre trámites por de función.

De tal forma el Trabajador Social en estas instituciones de salud no trabaja en investigación, en planificación, en asesoría, en acciones extra-hospitalarias ni existe un equipo multidisciplinario en donde pueda hacer uso de sus conocimientos teórico - práctico, lo cual lo capacita para intervenir en determinadas situaciones .

El Trabajador Social debe tener en cuenta la importancia que tiene una adecuada proyección a la familia, debe por tanto cumplir sus verdaderas funciones e incrementar la investigación familiar mediante estudios profundos concretos reales los cuales deben ser confrontados y evaluados con visitas permanentes al grupo familiar .

## 5.2. ALTERNATIVAS ESPECIFICAS A NIVEL INSTITUCIONAL

- Organización del equipo multidisciplinario para atender la problemática de la familia del paciente con cáncer .
- Que el servicio de salud a través de Hospitales Regionales del departamento de Sucre diseñen programas de cancerología a la comunidad .

- Que exista una relación permanente entre el equipo multidisciplinario - familia - paciente .
- Promover y divulgar la labor del Trabajador Social en las instituciones a través de charlas, conferencias, carteleras, etc .
- Diseñar programas tendientes a prevenir el cáncer en los hospitales y en la comunidad, investigando, asesorando, coordinando, organización, ejecutando y evaluando dichos programas .
- Que en los diferentes hospitales del departamento los pacientes sean clasificados y tratados según el grado y el tipo de cáncer .
- Desarrollar programas de cancerología a nivel inter - institucional.
- El Trabajador Social debe integrarse al equipo multidisciplinario para que su quehacer profesional sea valorado .
- El Trabajador Social debe mantener una relación permanente con el paciente y la familia para ofrecerles un apoyo profesional para que puedan superar situaciones que se presenten en el ámbito familiar relacionadas con las posibilidades de perder un miembro importante que en algunos casos supone el elemento vital para la familia puesto que genera el recurso económico por lo tanto el Trabajador Social se encargará de las entrevistas domiciliarias a los familiares para verifi

car la incidencia que tiene la enfermedad y el tratamiento en la familia, y generar actividades y programas tendientes a disminuir el impacto de la situación en el núcleo familiar .

- Es imprescindible la existencia de un manual de funciones de Trabajo Social en las instituciones de salud, que contemple los siguientes objetivos :

- a) Investigar y diagnosticar la realidad social de los individuos, grupos o comunidades,
- b) Diseñar planes y programas de bienestar social a fin de lograr cambios psicosociales y culturales en la comunidad ,
- c) Administrar y evaluar los planes y programas y servicios prestados a la población afectada ,
- d) Rehabilitar, promover y prevenir la colectividad afectada .

### 5.3. ALTERNATIVAS ESPECIFICAS A NIVEL DE LA COMUNIDAD

- Que el equipo multidisciplinario proyecte a la comunidad en general orientando y educando para la prevención del cáncer para así borrar los mitos y tabúes que se tienen del mismo y minimizar la mortalidad existente .

- Organización y difusión de programas educativos en salud con participación activa de la comunidad para combatir el uso de sustancias carcinogénicas en alimentos, medicamentos, bebidas, etc .
- Detectar y capacitar líderes en la comunidad para que ellos sean educadores activos de los programas de salud .
- Educación sobre el cáncer en los medios comerciales, e industriales y educativos con el fin de educar al personal sobre las medidas preventivas contra el cáncer .

#### 5.4. ALTERNATIVAS ESPECIFICAS A NIVEL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- Motivar a los profesionales dedicados a tratar la problemática del paciente con cáncer para la organización del equipo interdisciplinario.
- Lograr la integración del equipo multidisciplinario con la familia y el paciente con el fin de trabajar coordinadamente para que el tratamiento sea más eficaz y así minimizar los estragos que sausan la enfermedad .
- Realizar campañas preventivas tendientes a combatir el cáncer en los diferentes hospitales y en las comunidades ,
- Realizar reuniones periódicas con el equipo multidisciplinario para

que cada profesional aporte de acuerdo a su disciplina sus conocimientos y la forma como la enfermedad repercute en la familia del paciente .

## 5.5. PROGRAMAS QUE SE PUEDEN DESARROLLAR EN LOS HOSPITALES DE SUCRE

### 5.5.1. Programa de Salud para la familia de los pacientes con cáncer

#### 5.5.1.1. Proyecto 1: Estudio psicosocial a la familia del paciente con Cáncer

##### a) Justificación

El fin de este proyecto es conocer el estado psíquico emocional en que se encuentra la familia del paciente con cáncer, para que de acuerdo a su estado aplicarles terapias de apoyo, ya que por medio de esta se conseguirá el ajuste y capacitación de la enfermedad y la continuación del tratamiento sin temor alguno, contribuyendo así a la recuperación, desarrollo y funcionamiento psicológico de todos y cada uno de éstos .

##### b) Objetivo General

- Conocer la problemática psicosocial que influye en la familia del paciente con cáncer .

c) Objetivo Específico

- Conocer el ambiente familiar de los pacientes, analizando cada factor que intervenga en dicha problemática .

d) Actividades

- Realizar entrevistas domiciliarias periódicas a la familia de los pacientes para detectar su problemática .
- Coordinar con el equipo multidisciplinario las diferentes entrevistas.
- Motivar a la familia para que mejoren su estado emocional y así contribuyan a la salud general del paciente .
- Realización de estudios sociales .

5.5.1.2. Proyecto 2: Orientación y Capacitación a la familia del paciente sobre la prevención del cáncer

a) Justificación

Consideramos importante desarrollar este proyecto con el fin de orientar a la familia del paciente en lo referente a la prevención de la enfermedad , para que tengan los cuidados necesarios que le permitan la pronta recuperación

ción de sus pacientes; y así disminuir el índice de mortalidad existente .

El Trabajador Social en coordinación con el equipo multidisciplinario debe aportar con su acción educativa elementos que ayuden a disipar todas las dudas, creencias y tabúes existentes sobre la enfermedad .

b) Objetivo General

- Orientar y capacitar a los familiares del paciente en los problemas de la enfermedad con el fin de que actúen como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación del paciente .

c) Objetivo Específico

- Formar y movilizar el equipo multidisciplinario para coordinar las actividades que logren capacitar a la familia de los pacientes con cáncer en los aspectos más relevantes de la prevención del cáncer .

d) Actividades

- Desarrollar un ciclo de conferencias con el equipo multidisciplinario alusivas a la prevención del cáncer a la familia de los pacientes afectados por esta enfermedad .
- Promoción de campañas tendientes a la prevención del cáncer y a la o-

orientación adecuada ante la presentación de ésta .

- Charlas informales a la familia con respecto a las medidas de higiene y cuidados de la enfermedad .
- Orientación a la familia sobre la prestación de servicios de la Liga de Lucha contra el Cáncer y hospitales del departamento .

5.5.1.3. Proyecto 3: Formación educativa en salud a la familia del paciente con cáncer

a) Justificación

Este proyecto está encaminado a educar a la familia en salud como medio de tratar y prevenir las diferentes enfermedades y las causas sociales que éstas generan; ya que, la trayectoria de la población carece de recursos económicos y no poseen los conocimientos esenciales para la prevención y tratamiento de éstas .

La acción educativa en salud implica un conjunto de actividades orientadas a crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva; ya que la salud es el factor primordial en el hombre para que éste pueda desenvolverse y desarrollar sus actividades cotidianas, las cuales se verían impedidas al no encontrarse éste en buen estado de salud .

b) Objetivo General

- Promover cambios de actitudes en la familia del paciente que conduzca a lograr:
  - a) que adquieran hábitos que le permitan prevenir las enfermedades y conservar la salud,
  - b) inducirlos a que utilicen en forma adecuada los servicios de salud existentes en el departamento de Sucre .

c) Objetivos Específicos

- Lograr la participación de los pacientes y familiares en las actividades que se programen conjuntamente para lograr el máximo de su potencialidad .
- Lograr la participación y coordinación con el equipo multidisciplinario para la realización de actividades que conllevan al bienestar de la familia del paciente .

d) Actividades

- Charlas educativas sobre la prevención de enfermedades.
- Organización de grupos con pacientes, familiares y equipo multidisciplinario para realizar dinámicas de grupos y proyecciones de películas

que contribuyan al conocimiento de las diferentes enfermedades .

- Difusión de información acerca del tratamiento médico social y educativo al paciente y su familia .
- Orientación a la familia sobre la prestación de servicios de la Liga de Lucha contra el Cáncer y hospitales del departamento .

e) Recursos

Humanos: Dietistas, médicos, patólogos, psicólogos, Trabajadores Sociales, pacientes, familias, enfermeras, etc .

Institucionales : Hospitales Regionales del departamento de Sucre, Liga de Lucha contra el Cáncer, Universidad Simón Bolívar .

Materiales: Afiches, carteleras, filminas, etc., y todos los materiales indispensables para la realización de los proyectos .

## CONCLUSIONES

Después de haber realizado una investigación profunda sobre los factores sociales, psicológicos, económicos que entrelazados perturban y presionan a la familia del paciente con Cáncer. Podemos decir que, ésta es una enfermedad caracterizada por un crecimiento desordenado de las células de los tejidos del cuerpo en donde no se cumple las leyes de la Biología que gobierna, las funciones de las células normales; hasta el momento no se ha podido determinar qué factores proporcionan su aparición y por tal razón no existe un procedimiento indicado capaz de prevenir o de disminuir su frecuencia .

A nivel mundial es la tercera enfermedad que afecta a la humanidad, aumentando su mortalidad día a día; en Colombia y concretamente en el departamento de Sucre esta enfermedad cubre la gran parte de la población, propagándose en todos los niveles y clases sociales, y aumentándose cada día el número de pacientes que lo padecen .

Y comprobamos que la poca educación que tienen los pacientes y sus familias hacen que la familia no encuentre una salida efectiva para su problema

tica, viéndose reflejada ésta en sus aspectos económicos, sociales y psicológicos.

El paciente y su familia al conocer el diagnóstico pasan simultáneamente por una fases emocionales que requieren de la intervención del equipo multidisciplinario, con el fin de que puedan ir superando estas fases, permitiendo un diálogo abierto en el cual queden eliminados aquellos sentimientos de culpa y sobreprotección .

En nuestro medio hablar de Cáncer es hablar de sufrimientos, de muerte, es una sentencia a corto, mediano o a largo plazo, y este fenómeno es producto de las creencias del medio social, de los tabúes que en torno a él se han creado .

En el aspecto económico, la familia se ve abocada a un problema grande, - pues, por no existir en el departamento de Sucre el equipo médico adecuado para aplicar el tratamiento, los pacientes deben ser trasladados a otra ciudad con el respectivo desequilibrio de la economía familiar .

En lo social se presenta un doble fenómeno, la sobreproteccion y/o la marginalización del paciente, por considerarlo la familia que éste no puede opinar, que es una pieza defectuosa en el engranaje familiar o por no preocuparlo o angustiarlo .

La familia al conocer el diagnóstico, busca mecanismos de defensa para ha

cerle frente al impacto recibido. Pudimos observar que muchos familiares llegan a un choque emocional que le sirve de coraza mental ante el diagnóstico, otros se refugian en la fé considerando que es una prueba y otros tratando de ignorar a sus familiares dedicándose a actividades complejas que no les permiten pensar en la enfermedad.

Las instituciones de salud en el departamento de Sucre subutilizan al profesional de Trabajo Social asignándole funciones que distan mucho del verdadero quehacer profesional, limitando sus actividades. Esto hasta cierto punto es consecuencia del desconocimiento que se tiene de la profesión y de la creencia de que un manual de funciones efectivos que permitan una mejor proyección del profesional .

El Trabajador Social frente a la problemática estudiada, debe realizar con juntamente con el Equipo Multidisciplinario una investigación comunitaria, que le permita conocer y tratar los problemas que conllevan la enfermedad a través de programas efectivos que proporcionen orientación sobre los síntomas más frecuentes del Cáncer y los medios con que cuentan las comunidades para hacerles frente a la problemática .

## BIBLIOGRAFIA

Boletín . Vol. 95. Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud. No. 1  
Julio de 1.983 .

ORGANIZACION PANAMERICA DE LA SALUD. Salud para todos en el año 2.000.  
Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales.  
Washington D.C. (E.U.) 1.982 .

CRONICAS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Mundial de  
la Salud. Volúmenes del 31 al 37. Folletos del 1 al 10. Años de 1.976  
a 1.983 .

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DE SUCRE. Ministerio de Salud Pública. Servicio  
Seccional de Sucre. Coordinación Técnica . Programa de Vigilancia  
Epidemiológica. Sincelejo. Febrero de 1.982.

REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO. Foro Mundial de la Salud.  
Organización Mundial de la Salud. Vol 4. No. 2. Ginebra, 1.983 .

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Oficina de Planeación. Planeación en Salud

ANDERSON, J.R. Patología de Muir. Compendio de términos patológicos y Patología General.

KISNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Edit. Humanitas. Buenos Aires. 1,979 .

SANTAMARIA ESPINOSA, Alberto. El Trabajo Social en Salud. Modelo de Intervención. 1a. edic. Ediciones Sociales. Bogotá D.E. 10 de Mayo de 1.978 .

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA. Informes de Cancerlogía del Hospital. 1.982 .

ROSS, Kübler. Sobre la Muerte y los moribundos .

SCHAVELSON, José. Impacto Psicológico del Cáncer. Simposio 21 del XIIº Congreso Internacional del Cáncer. Edit. Galerna, Toronto (Canadá) 1.978 .