

CORPORACION MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

"LA DESNUTRICION EN EL BARRIO HOSPITAL DE SABANALARGA"

ESTUDIO REALIZADO EN EL BARRIO HOSPITAL Y HOSPITAL REGIONAL  
DE SABANALARGA, COMO RESPUESTA A LA PROBLEMATICA DE LA  
DESNUTRICION.

ESTUDIOS REALIZADOS POR:

TERESA RODELO

ROSALBA HERRERA P.

NOHORA ARTETA A.

BARRANQUILLA, MAYO 27 DE 1.981



TESIS DE GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE TRABAJADORA  
SOCIAL.

RECTOR: DR. JOSE CONSUEGRA.

DECANO: DR. JORGE TORRES.

SECRETARIA ACADEMICA: MARIA TORRES.

ASESOR: DR. FELIX CONSUEGRA.





## INDICE

### INTRODUCCION.-

### I - ASPECTO TEORICOS Y CONCEPTUALES SOBRE EL PROBLEMA DE LA DESNUTRICION.

1.1. La Desnutrición en el Ser Humano	48
1.1.1. Causas de la Desnutrición	17
1.1.2. Factores que inciden en la Desnutrición de una Comunidad o Individuo.	18
1.1.3. Ingresos.	20
1.1.4. Salario.	21
1.1.5. Calorias.	23
1.1.6. Proteínas	24
1.1.7. Hacinamiento.	25
1.1.8. Morbilidad.	26
1.1.9. Balanceo Alimenticio.	28
1.1.10. Infraestructura	29
1.2. La Desnutrición y sus efectos en la Comunidad.	32
1.3. La Comunidad de Sabanalarga y el Barrio Hospital.	37
1.3.1. Barrio Hospital de Sabanalarga.	42
1.3.2. Instituciones que prestan Servicio a la Comunidad.	44

1.3.2.1. Hospital Regional de Sabanalarga 44

1.3.2.2. Comedor Infantil. 49

II PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE EL ESTUDIO REALIZADO EN EL BARRIO HOSPITAL. 52

2.1. Distribución de la población por Edad y Sexo. 53

2.2. Forma de convivencia. 54

2.3. Aspecto Educacional. 55

2.4. Trabajo e ingreso. 56

2.4.1. Actividades que Realizan 67

2.4.2. Ingresos. 58

2.5. Aspecto Vivienda. 58

2.5.1. Forma de Tenencia. 58

2.5.2. Aspecto Cualitativo. 59

2.5.3. Condiciones Higiénicas. 61

2.5.4. Servicios Públicos. 64

2.5.5. Aspecto Cuantitativo. 65

2.6. Nivel Alimentario. 66

2.6.1. Proteínas. 66

2.6.2. Hortalizas. 67

2.6.3. Granos. 68

2.6.4. Harinas. 69



2.6.5. Frutas.	70
2.7. Nivel de Salud.	71
2.7.1. Centros Asistenciales.	72
2.8. Aspecto Recreacional.	73
2.9. Aspecto Religioso.	75
2.10. Resumen y Conclusiones de las Encuestas	76
III INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA COMU NIDAD A PARTIR DEL HOSPITAL DE SABANALARGA Y EL PROGRAMA PAN.	77
3.1. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición	77
3.1.1. Objetivos del Plan.	78
3.1.2. Acciones del Plan.	78
3.1.3. Subprograma de Cupones.	79
3.1.4. Programas de Salud y Saneamiento Ambien tal.	80
3.1.5. Programas de Educación Nutricional.	81
3.1.6. Programas de Evaluación.	82
3.1.7. Organización del Plan.	82
3.1.8. Ejecución del Plan.	83
3.2. Programación del Departamento de Trabajo So cial.	84
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFIA	94

## INTRODUCCION

Este es el informe de Nuestro Trabajo de Grado, realizado sobre el tema de "LA DESNUTRICION INFANTIL EN EL BARRIO HOSPITAL DE SABANALARGA" en donde daremos a conocer las causas e incidencias que tiene éste flagelo en la población que se levanta, ante la - indiferencia de las Entidades comprometidas para tal fin.

Respondemos además al interrogante que nos planteamos en nuestra Hipótesis y variables sobre si la Desnutrición es o no, consecuencia del bajo nivel económico de sus habitantes.

Justificamos la elección de éste tema, por cuanto la Desnutrición Infantil es un hecho que adquiere mayor preponderancia, ya que el porcentaje de morbilidad es cada vez mayor dada las condiciones - en que se levanta la población en estudio azotada por el hambre y la miseria ante una Sociedad que ofrece paliativos a las necesidades primarias, utilizando para ello los diversos programas cuyos - objetivos explícitos es favorecer a las clases necesitadas pero en el fondo es solo el sector pudiente al que se le dá prelación.

Los Objetivos que nos trazamos al realizar éste Trabajo fueron: Conocer y analizar las teorías y causas que sobre Desnutrición existen y la incidencia que tiene la misma en la Población Infantil y - hasta donde se hace positiva el accionar del Trabajador Social.

Para la recolección de los datos, aplicamos elementos de la Metodología Científica la observación directa e indirecta, realizamos una encuesta orientada en la siguiente forma: En primera instancia aparecía la Identificación, Composición Familiar, Aspectos Cualitativos y Cuantitativo de la Vivienda, Servicios Públicos, Aspecto Educativo, -

Aspecto Económico, Alimentos que consumía lo cual determinaría el estado nutricional de los habitantes, el Aspecto Salud y los Centros Asistenciales a donde acuden en caso de enfermedades, Aspecto Recreacional y Aspecto Religioso. En las Visitas al Hospital como Institución que presta servicios a la Comunidad realizamos entrevistas informales y formales con el Personal de Estadística, Director del Hospital, Trabajadora Social, Enfermeras, Farmacéuta quienes nos facilitaron datos que hicieron posible éste estudio.

Este estudio consta de 3 capítulos, el primero comprende el Marco Conceptual de la Desnutrición y sus efectos en la Comunidad Historia de la Comunidad de Sabanalarga y el Barrio Hospital, Instituciones que prestan servicios a la Comunidad, Hospital Regional de Sabanalarga, Escuelas, Comedor Infantil.

El Segundo Capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas, permitiéndonos con ello tener una visión clara y crítica del problema en cuestión.

El tercer capítulo se hace un análisis sobre la Intervención del Trabajador Social en la Comunidad a partir del Hospital de Sabanalarga en donde tiene su radio de acción, y el PAN como programa de alimentación a nivel Nacional. Dentro de éste Capítulo, se hace mención de las actividades intra y extra murales que se lleva en el Hospital al igual que se hace una claridad sobre el aporte del Departamento de Trabajo Social ante tal problemática terminando éste con un resumen contemplado en las conclusiones y recomendaciones sobre el problema de la Desnutrición Infantil dentro de una Comunidad dada.

## CAPITULO I

### ASPECTOS TEORICOS Y CONCEPTUALES SOBRE EL PROBLEMA DE LA DESNUTRICION

#### 1.1. La Desnutrición en el Ser Humano.

Al entrar a analizar un problema tan complejo como lo es la desnutrición, hablaremos en forma general sobre la misma, sus signos, síntomas, factores que inciden, tipos para luego profundizar en las variables tomadas de tal problemática en relación a la Comunidad en estudio.

Desnutrición: Es la ausencia relativa en el organismo humano de los elementos nutrientes esenciales para el desarrollo de sus órganos y la conservación de la Salud; ausencia de calorías y proteínas y alimentos denominados bio-catalizadores o transformadores de los alimentos en energía concentrada.

La desnutrición es la insatisfacción orgánica de las necesidades nutricionales determinada de elementos insuficientes en la dieta alimentaria de elementos proteínicos y calóricos, reflejado en un escaso desarrollo físico y mental de quien la padece por la deficiente acumulación de nutrientes aprovechando en la elaboración de nuevas células y la sustitución de las que se gastan.

La desnutrición aparece en el momento en que el gasto de energía del cuerpo es superior a la restitución de ésta misma por el deficiente consumo de alimentos adecuados, ricos en elementos esenciales nutritivos. Es un resumen una enfermedad peli-

grosa por su alta tasa de mortabilidad si no se controla y - de muchos cuidados para quien la padece, sobre todo si su índice más alto se da en la población infantil.

Para conocer y manejar los problemas de la desnutrición, es necesario enmarcarla en una definición como "un estado patológico, inespecífico, sistemático y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente utilización por las células del organismo, de los nutrientes esenciales; que se acompaña de variadas manifestaciones clínicas de acuerdo a factores ecológicos y que reviste diversos grados de intensidad<sup>(1)</sup>".

La desnutrición a nivel individual puede ser primaria, secundaria o mixta.

Se llama desnutrición primaria: aquella que depende de la ingestión insuficiente de alimentos, cualquiera que sea su causa, bien porque no hay alimentos disponibles a nivel individual o porque no se consumen por razones esencialmente culturales.

Es importante recordar que los requerimientos de nutrientes y calorías son variables según la edad ( a menor edad los requerimientos son proporcionalmente mayores).

La desnutrición secundaria: se refiere a los defectos de utilización del alimento por patología específica a diversos niveles así:

- a) Interferencia con la ingestión. Se refiere a la instauración de dietas inadecuadas en determinados estados patológicos.

---

1. Ramos Galvan, Rafael. Desnutrición en el Niño. Pág. 145.

- b) Alteración de la digestión. Se refiere a las anomalías congénitas del tubo digestivo.
  - c) Trastornos en la absorción. Se relaciona con la digestión insuficiente, disminución de la superficie de absorción, - transporte inadecuado de nutrientes.
  - d) Defectos de Utilización. Se presentan, no obstante haber sido absorbidos los nutrientes, en enfermedades hepáticas.
- La Desnutrición Mixta- Se presenta cuando los factores primarios y secundarios actúan en forma simultánea.

En los países o comunidades de deficiente desarrollo económico-social, es la desnutrición primaria el factor patológico preponderante como es de nuestro caso. Sin embargo debe recordarse que la patología infecciosa frecuente e intensa en los niños desnutridos.

Intensidad de la Desnutrición:

Una de las clasificaciones de la desnutrición según su intensidad se hace relacionando el peso para la edad del paciente: - así tenemos:

Eutrofia. Cuando el peso está entre + de 9% y menos del 9% del peso promedio para su edad.

Desnutrición de Primer Grado. Cuando se posee del 75% al 90% - del peso promedio para su edad.

Desnutrición de Segundo Grado. Cuando se posee el 60% al 75% del peso promedio para su edad.

Esta clasificación es válida para menores de 6 años cuando la falla del niño es inferior a la del promedio para su edad, bien sea como consecuencia de la desnutrición (situación más frecuen-

te) o por condiciones genéticas, se encontrará un déficit - que variará según la intensidad del defecto de talla.

Estas formas de desnutrición sobre toda la primera la de primer grado son las que pasan inadvertidas para el médico bien por que no se realizan encuestas en forma sistemática en las comunidades como es el caso del Barrio Hospital que nos ayude a cuantificar el problema, ni se hace un breve interrogatorio intencionado para descubrir los desequilibrios de la - ingestión que conducen a la desnutrición.

El problema realmente se plantea en la desnutrición primaria, porque se hallan en un medio ambiente físico, mental y social que desencadena su patología. Los defectos de saneamiento ambiental, la pobreza de recursos económicos, la mala integración familiar, la inadecuación de los conceptos culturales, - hacen que el individuo mantenga en forma precaria los niveles de recuperación, su crecimiento y desarrollo físico, mental, emocional y social sean inadecuados para que él pueda realizar se como persona y miembro de una sociedad..

Los factores ambientales se relacionan básicamente con la producción y consumo de alimentos, las condiciones sanitarias, - las facilidades de servicios de salud educativa. Todas ellas dentro del marco de las condiciones económicas-sociales de la comunidad en estudio.

La distribución de la desnutrición es mundial, pero su frecuencia es mayor entre menor sea el desarrollo económico de la población, y mayor su sometimiento externo, económico y cultural, - ésto no sólo es aplicable a la nación sino dentro de un Barrio, en éste caso la Comunidad del Barrio Hospital las diferencias -

de situaciones nutricionales están determinadas por éstos -  
mismos factores de suficiencia y dependencia.

La población más vulnerable es la de menores de 5 años y que  
, a menor edad, la intensidad del ataque es mayor.

#### •SIGNOS Y SINTOMAS :

Los signos y síntomas los podemos agrupar en tres grandes -  
categorías :

1. Signos Universales.
2. Signos Circunstanciales.
3. Signos Agregados.

#### SIGNOS UNIVERSALES:

Los signos universales de la desnutrición, se encuentran siempre presentes, pero su intensidad puede ser varia-  
ble y reflejan el balanceo negativo de nutrientes a nivel celu-  
lar. Estos signos universales pueden ser universales, físicos -  
síquicos y bioquímicos.

Los signos físicos comprenden:

- Retardo en la velocidad del crecimiento.
- Peso por debajo del promedio normal para la edad.
- Retardo en la maduración ósea, calcificación deficiente.
- Detención del crecimiento del cabello, pestañas, cejas y uñas.

Los signos síquicos traducen retardo, detención y a veces regresión  
en el desarrollo mental del niño.

Los signos bioquímicos son los más característicos de la desnutri-  
ción. Los más comunes son :

Alteración del patrón hidroelectrolítico normal del organismo.

Aumento relativo de líquidos orgánicos.

Mayor retención de nitrógeno por kilo de peso.

#### SIGNOS CIRCUNSTANCIALES :

Los signos circunstanciales no aparecen en todos los casos de desnutrición y dependen de condiciones variables relacionadas con el sujeto o con el ambiente.

Los principales son :

#### ALTERACIONES DE LA PIEL Y DE LA MUCOSA:

Aparecen en los estados de desnutrición avanzadas; en contramos: piel pelagrosa, dermatitis seborreicas, estomatítis angular, que<sub>u</sub>losis, lesiones linguales.

#### ALTERACIONES DEL CABELLO:

Además de la detención del crecimiento, presenta otros cambios como cabello seco quebradizo, aw hace escaso y hay alopecia, debido a la facilidad con que se cae, se vuelve rojizo, aparecen líneas de cabello de diferentes coloración, lo que se conoce con el nombre de signos de bandera.

#### ALTERACIONES OCULARES :

Aparecen edema de la conjuntiva, xeroftalmín; manchas de bitol, queratomalcia.

#### EDEMA CLINICAMENTE DEMOSTRABLE :

Frecuentemente es marcado y loca -

lizado en las extremidades y la cara, el edema es blando, frío o indoloro.

#### ALTERACIONES DEL SISTEMA DIGESTIVO:

Anorexia, diarrea y vómitos.

#### SIGNOS AGREGADOS :

No se relacionan directamente con la desnutrición y pueden ser de tres tipos:

- a. Los que corresponden a entidades patológicas primarias que han originado secundariamente la desnutrición, tales como la diarrea en casos de shigelosis, salmonelosis u otra infección entérica.
- b. Los que corresponden a infecciones concomitantes a la desnutrición, como anemia severa, signos de enfermedades respiratorias.
- c. Los que corresponden a desequilibrios hidroelectrolíticos agudos sobre agregados.

#### TIPOS DE DESNUTRICION :

Dentro de los tipos de desnutrición encontramos :

- a) KWAHIOSKOR
- b) MARASMO NUTRICIONAL

#### KWASHIOSKOR:

Es una de las formas más graves de la desnutrición -

proteico calórica, se debe a una dieta muy baja en proteínas, pero que contiene calorías en forma de carbohidratos, en otras palabras no es inanición, sino que se debe a una dieta desequilibrada, ocurre a muchas edades diferentes desde la infancia aún hasta la madurez. (2).

Los signos del KWASHIORKOR pueden dividirse en tres grupos:

1. Los siempre presentes.
2. Los usualmente presentes.
3. Los ocasionalmente presentes.

Cuatro signos están siempre presentes en los niños con KWASHIORKOR: edema (hinchazón de los pies, tobillos y otras partes), falta de crecimiento, cambio psicológico, músculos atrofiados débiles con algo de grasa subcutánea. Los niños con KWASHIORKOR se notan angustiados, apáticos, retrasados, quietos e indiferentes, tienen también apetito insuficiente.

#### SIGNOS USUALMENTE PRESENTES:

Aunque no son indispensables para el diagnóstico, varios cambios de pelo, anemia y unido débilmente a sus raíces de manera que pueden arrancarse fácilmente.

#### SIGNOS OCASIONALMENTE PRESENTES:

Una gran variedad de otros signos pueden presentarse en niños KWASHIORKOR incluyendo una erupción como pintura descaraada, crecimiento del hígado, úlcera y llagas abiertas en la piel.

---

2. Dr. VITALE JOSEPH J. Patología Estructural y Funcional Escuela de Medicina, Universidad de Boston.

**MARASMO NUTRICIONAL:**

Es la otra forma grave de la desnutrición proteico-calórica y se debe a una dieta baja tanto en contenido de proteínas como calorías. Es de hecho el resultado del hambre.

Los signos del marasmo se pueden agrupar en dos grupos :

1. Signos siempre presentes.
2. Ocasionalmente presentes.

**SIGNOS SIEMPRE PRESENTES:**

El marasmo se caracteriza por una falta de crecimiento, atrofia marcada de los músculos y éstos se debe a que el niño con marasmo ha estado viviendo de las reservas de proteínas y calorías de su propio cuerpo.

Además los niños con marasmo son por lo general más viroroso y tienden a tener mejor apetito, su pelo es relativamente normal y no hay edema. En el marasmo la cara es relativamente delgada, marchita y tiene aspecto de anciano, la cabeza parece muy grande en contraste con el resto del cuerpo-

**SIGNOS OCASIONALMENTE PRESENTE:**

Algunas veces pueden estar presentes, otras características incluyendo las debidas a la falta de vitaminas, diarreas, algunas veces son signos de deshidratación.

**ESTADOS CARENCIALES:**

Raquitismos en niños:

Se caracteriza esta por ciertas alteraciones esenciales.

1. Deficiencia del depósito de calcio en el cartílago; deficiencia de la calcificación provisional.
2. Persistencia de masas irregulares deformadas de cartílago, muchas de las cuales sobresalen en la cavidad medular.
3. Deficiencia de las células cartilaginosas para madurar y disgregarse o ser destruida con crecimiento excesivo consiguiente del cartílago.
4. Depósito de matriz osteoide sobre restos cartilaginosos, con formación de unión osteocondral desordenada y completamente desorganizada.
5. Crecimiento excesivo de capilares y fibroblastos en la zona desorganizada.
6. Encorvamiento, compresión y fracturas microscópicas del tejido osteoide y cartilaginoso blando y con escaso sosten, que originan deformidades esqueléticas.

#### 1.1.1.º CAUSAS DE LA DESNUTRICION:

La Causa fundamental de la desnutrición se encuentra en la estructura y en la manera de operar de la Sociedad.

Es lo que Béhar (3) ha llamado la "Incapacidad del sistema social de proveer buena salud y nutrición".

La desnutrición no es más que la expresión de un profundo defecto de la sociedad, asociado con la pobreza, falta de participación, ignorancia y otras características comunes del subdesarrollo.

Las causas y factores que condicionan la desnutrición son: bajos ingresos y subempleo, a lo que se suman las malas condiciones ambientales. Elevar el ingreso, generar empleo, mejorar - la vivienda y el saneamiento ambiental y establecer guarderías son algunas de las principales intervenciones eficaces.

La desnutrición está fuertemente ligada a factores económico, sociales y culturales propios de la Comunidad.

El bajo ingreso no es solo causa de desnutrición sino que a menudo refleja una situación psicológica profunda.

Tanto la desnutrición como el bajo ingreso son indicadores de - que algo anda mal en la Comunidad.

Las intervenciones nutricionales tradicionales a nivel de la Comunidad han sido, por lo tanto, principalmente paliativas y sintomáticas.

#### 1.1.2. FACTORES QUE INCIDEN EN LA DESNUTRICION DE UN INDIVIDUO O COMUNIDAD

Dentro de éstos factores tenemos:

- 1 - Disponibilidad y Consumo inadecuado de alimentos.
- 2 - Malos hábitos alimentarios.
- 3 - Bajo ingreso.
- 4 - Baja Producción.
- 5 - Baja capacidad Laboral.
- 6 - Mal estado de Salud.
- 7 - Infecciones y diarreas.
- 8 - Malas condiciones Higiénicas.
- 9 - Malos hábitos higiénicos.

10 - Baja capacidad de absorción y utilización de alimentos.

#### TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICION:

1 - Control de infecciones.

Axioma: Todo desnutrido debe considerarse infectado.

2 - Control de desequilibrios hidroelectrolíticos.

El paciente de desnutrido grave, generalmente cursa con diárrrea.

a - Hidratación de acuerdo al grado en que se encuentre.

b - Obtenida la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico aceptación y tolerancia oral y regresión del cuadro diarreico, suspender venoclisis.

c - En caso de mala aceptación oral, recurrir a gastroclisis, en tanto esta aumenta con dicho impulso.

#### REALIMENTACION :

1 - Iniciar con mezclas vegetales.

2 - Segunda semana: Introducir gradualmente otros alimentos: carnes, purés de verdura y frutas.

3 - Las fórmulas lácteas se pueden tolerar a partir de las 4-6 semanas. Iniciar con fórmulas diluidas al  $\frac{1}{2}$ .

4 - En pacientes con carencias plurivitamínicas importantes puede administrar preparados vitamínicos comerciales.

### 1.1.3. INGRESOS.-

En la teoría de los ingresos de Adms Smith plantea "que la ocupación de trabajadores o demanda de mano de obra aumentaría a medida que se operan aumentos en los ingresos de los patronos o empleadores" citado por José Consuegra Higgins (4) y continua con un ejemplo "Cuando un obrero independiente, por ejemplo, un tejedor o un zapatero, ha reunido un capital superior a lo que le basta para comprar las materias primas de su propia labor y sostenerse hasta que pueda vender ésta, dá naturalmente empleo con aquel exceso a uno o más jornaleros, y eso lo hacen para obtener un beneficio del trabajo de los mismos...."traemos ésta cita por considerar que ella plantea de una manera tan fácil la forma de hacer riqueza pero al mismo tiempo vemos que ella es el comienzo de las múltiples teorías capitalistas para justificar y definir el carácter de los ingresos. Si de ésta fórmula se tratará cualquier problema económico estaría definido pero la realidad es otra, para nuestra realidad ingresos no son sino las entradas que por diferentes actividades que realice el individuo, van a conformar su presupuesto familiar, en cuyo ingreso va implícito el poder de compra de los individuos, entradas que pueden ser formales cuando son el resultado de una actividad definida por un contrato de trabajo e informales cuando no están precisadas de un contrato de trabajo.

---

4. José Consuegra Higgins. Teoría de la Inflación, Editorial Plazay Janes. Editores Colombia 2da Edición Pág. 180 - 81.-

Esta realidad tan fácil de plantear y tan difícil de alcanzar se da en el segundo planteamiento en el Barrio en estudio, si se tiene en cuenta que por muy alto que sean los ingresos en los empleadores éstos no aumentan la base de las fuentes de trabajo y antes por el contrario a mayor ingreso para los capitalistas, más bajo se da éste en la clase trabajadora. La desocupación planteada en el Barrio Hospital es causa precisamente de ésta política originada por la mayor concentración de capital, por lo que las gentes nuestras, las estudiadas demuestran ingresos tan bajos que determinan en ellas la forma de vida que presentan, sus ingresos son producto de una serie de actividades tan diferenciales que a veces resulta casi imposible de detectar, para poder subsistir.

#### 1.1.4. SALARIO :

Según el Código Sustantivo del Trabajo el salario en general constituye todas las remuneraciones en dinero o en especies fijas o no, que se pagan por el trabajo siempre y cuando que implique retribución del servicio prestado, sea cual fuere la denominación que se adopte, por ejemplo: las primas, sobresueldo, bonificaciones habituales, precios del trabajo en los días de descanso, porcentajes sobre ventas y comisiones en las utilidades para entender mejor lo que es salario es mejor explicarlo en sus dos formas, lo que servirá para comprender mejor la situación económica de los habitantes del Barrio:

La primera forma la constituyen los salarios nominales, los que están representados según Consuegra Higgins (5) en la cantidad de dinero que recibe el trabajador por el servicio prestado o -¿ jornada cumplida, es decir el dinero o efectivo que recibe por las horas de trabajo realizado.

Sí se trata de trabajo o destajo o por ajuste según nuestros campesinos también el pago es salario nominal.

La segunda forma es la que corresponde a los salarios reales y - ésta representada por la capacidad de compra de la moneda o efectivo siendo éste último lo que interesa al consumidor, las mercancías que puede comprar y los servicios que pueda pagar con el dinero recibido para satisfacer sus necesidades y aquí reside en este intercambio de dinero por mercancías y servicios las condiciones de vida baja que encontramos en el grupo estudiado los que perciben bajos ingresos a lo que se agrega lo poco o reducido que pueden adquirir con el dinero, escasos alimentos, ropa y mala vivienda, y la dificultad de pagar servicios de salud y recreación. Como dice "Rothschild" los salarios reales se obtienen de los salarios monetarios, al dividir los últimos por el índice del costo de la vida.

#### 4.1.1.5 CALORÍAS:

Son los elementos que se encuentran en los alimentos y que al ser desdoblado o descompuestos por el organismo se convierten en energía y por consiguiente calor al cuerpo conservando su temperatura. Todos los alimentos dan calorías, sin embargo no las dan en el mismo grado así por ejemplo: tenemos que los hidrocarburos y las proteínas dan 4.1% calorías por gramo; las grasas 93 calorías por gramo. Ahora bien ateniéndonos a los conceptos anteriores para suministrar las calorías suficientes a las gentes del barrio Hospital es necesario que su alimentación esté completada en; carnes y vegetales balanceados en la dieta diaria, lo que en los actuales momentos no se concibe por cuanto las carnes por sus bajos ingresos no llegan a la mesa diaria y la leche suplemento a las carnes la cantidad diaria escasamente una botella es sumamente deficiente para el número de componentes de la familia.

En comparación con la dieta diaria constituida está en un 70% en harinas, encontramos que los alimentos ricos en proteínas como son las grasas, mantequilla, carne, habichela y leguminosas no se dan con la frecuencia necesaria en sus gentes. Según los Organismos Internacionales como la FAO y las normas propuestas por el Instituto Nacional de Nutrición de Colombia la insuficiencia de estos elementos es notoria en la clase media y rural nacional, ya que el consumo regular de calorías diarias es de 3.000 aquí solo se alcanza a 2.100 calorías lo que presenta un déficit de 900 calorías diarias y en algunos casos de déficit es mayor - donde el grado de desnutrición es más agudo.

#### 1.1.6. PROTEINAS :

Elementos esenciales contenidos en los alimentos grasos que intervienen en la formación de células y el crecimiento del cuerpo, son acumuladas por el organismo para su uso necesario en el desgaste orgánico diario por lo que deben restaurarse con la dieta diaria. Verdaderamente el más importante de todos los alimentos son las proteínas. No dan solamente sustancias plásticas para la creación de las células, sino también mantienen el equilibrio orgánico del agua, de suerte que sin proteínas, no puede existir una buena nutrición.

Sin embargo, las proteínas están formadas por ácidos de los cuales tienen necesidad para cumplir su función en el organismo humano. Estos ácidos no se encuentran en las proteínas vegetales, solamente en los animales. La ,soya podría reemplazar dichos alimentos pero tampoco es fácil de adquirir por la clase baja, por constituir materia prima industrial lo que conlleva a un precio alto para el bajo consumidor y agrega el Doctor CALIXTO TORRES, especialista en dietética "las proteínas son base importante desde el punto de vista de la actividad intelectual. Citado por Camilo Torres (6).

Dada la importancia de las proteínas cualquier esfuerzo es válido en su estudio para determinar las causas de su deficiencia en los alimentos y la desnutrición sobre todo en la niñez; si se considera la edad de los niños y el número de miembros de la familia, se puede deducir el consumo de 2 litros de leche y 500 gramos de carne para una familia de 6 miembros máximo, difícil

6. Camilo Torres. Cristianismo y Revolución, Editorial Era, 2 Edición 1972 México 13 D.F. Pág. 125.-

.de alcanzar en la mesa diaria por que los ingresos no lo fa-  
cilitan si comparamos el precio de los 5000 gramos de carne  
más los dos litros de leche con el ingreso mínimo, caracte-  
rístico de la clase en estudio no alcanza por ser para ellos  
artículos de lujo.

#### 1.1.1.º HACINAMIENTO :

Lo constituye el agrupamiento excesivo de personas en un es-  
pacio reducido, muy por encima de la capacidad normal indica-  
da por las normas Urbanísticas. Se produce por las condiciones  
o déficit cuantitativo habitacional representativo de las fa-  
milias de clase baja por ausencia de la capacidad de ahorro;  
ausencia que es consecuencia de los bajos ingresos que son -  
consumidos en la adquisición de alimentos. Hacinamiento que  
se da en el estudio en una proporción del 72% con una frecuen-  
cia de 63 viviendas con 1 a 2 dormitorios que es donde más  
se refleja en el dormir, porque en el día lo pasan en la ca-  
lle.

Las consecuencias del sobrecupo en la vivienda son múltiples,  
una de las principales es la conservación de la morbilidad -  
por facilitar la propagación de enfermedades de mucha frecuen-  
cia y de fácil adquisición por el estado de desnutrición de  
las gentes, sobre todo aquellas enfermedades llamadas de la -  
pobreza, puede generar en ciertos casos promiscuidad por favore-  
cer el contacto directo de los sexos que comparten los estre-  
chos recintos.

Lo que más agrava ésta situación es que en el momento de la in-  
vestigación y por los resultados que ésta arrojó, ni a corto -

ni a largo plazo las expectativas brindan solución; a pesar de que en la ciudad de Sabanalarga se llevan programas para la adquisición de viviendas pero la población del Barrio no alcanza a ser clase media, que según los programas es la clase a la cual se le resuelve la necesidad habitacional. En la actualidad hay un Barrio construido que no ha sido ocupado por la cuantía de la cuota inicial que hasta para la clase media de Sabanalargueros escapa por el valor real de sus salarios como lo planteamos antes.

#### 1.1.8. MORBILIDAD :

Es el estado clínico patológico que presentan ciertas enfermedades a nivel poblacional o social por la persistencia y resultados sintomáticos similares en los pacientes puede decirse también que es la frecuencia con que se presenta una enfermedad en un grupo social dado cuyos síntomas son similares caracterizándolas patológicamente.

Utilizada como variable en el estudio para determinar el grado de desnutrición de la población haciendo énfasis en la infantil cuyos organismos están más alcanzado de las enfermedades que por la pobreza de sus padres, por los bajos ingresos no disponen de los recursos necesarios para evitarlos. Sus defensas corporales son tan diezmadas que toda lucha a nivel familiar resulta impotente para controlarla, solo con tratamientos clínicos y científicos unidos a programas especiales de dietética es posible detener tan terrible mal porque cuando se ha enraizado en sus débiles organismos la destrucción que ocasiona es de funestas consecuencias.

Para determinar los índices de morbilidad en el Barrio Hospital de Sabanalarga nos valimos de las tablas de probabilidad utilizadas por el Hospital Regional donde se clasifican las 10 primeras causas de morbilidad, según Código Internacional y Nacional, por apreciación del Servicio de Consulta Externa de la Institución. Estas causas son clasificadas así.

1. Todas las enfermedades clasificadas como infecciosas y parasitarias.
2. Influenza (gripa).
3. Enfermedades de dientes y sus estructuras de sostén.
4. Control de embarazo.
5. Enterítis y otras enfermedades diarréicas.
6. Otras enfermedades del Aparato Urinario.
7. Síntomas y estados morbosos mal definidos.
8. Bronquitis, Enfisema, Asma.
9. Disentería Bacilar y Amibiasis.
10. Anemias.

Como podemos ver éstas enfermedades son precisamente las caracterizadas en el grupo estudiado originadas por la desnutrición y que consideramos que la nuestra es probabilística a nivel nacional en la clase baja o de recursos ínfimos, enfermedades que agraven el conjunto social por cuanto la mayoría de ellas son infecto-contagiosas cuyo vehículo de transmisión es el hacinamiento y el mal estado de la salud ambiental, las pésimas cualidades de la vivienda constituyen morada fácil a ñ los elementos pro -

ductores de sus enfermedades es comenzando por los parásitos internos, como los externos; pisos y paredes de tierra y barro, ausencia de recolectores de excrementos y basura, ausencia de entrenamiento programática sobre control y saneamiento ambiental, bajo nivel intelectual. etc aspectos tratados y estudiados, ya que sostienen lo que algunos han denominado cultura de la pobreza de las clases explotadas.

Aunar esfuerzos, unificar planteamientos y soluciones sería la forma de cambiar esa estructura de la pobreza del Barrio que en los momentos actuales ve sin salida a un futuro en condiciones humanas mejores a las vividas actualmente.

#### 1.1.9. BLANCEO ALIMENTICIO :

Es la selección y alteración de los alimentos diarios para consumir según valor nutritivo de los mismos por su contenido alto en calorías y proteínas que permitan la conservación de la salud y el desarrollo normal del individuo.

En éste balanceo alimenticio, también están incluido los porcentajes en sustancias nutritivas que diariamente debe consumirse según el estado de nutrición o desnutrición de las personas, para el caso nuestro éste balanceo será necesario - aplicarlo a la población infantil para lo cual se hace necesario que sus programas sobre nutrición se amplíen para que cobigen a la niñez en su totalidad, siendo que el grado de desnutrición es de amplitud general. No desconociendo que en la actualidad por intermedio de los Servicios de Salud se desarrolla el programa PAN y funciona en el Barrio un comedor infantil pero su radio de acción es muy reducido, primero por que el programa PAN sirve apenas de estímulo a las madres -

planificadas en el período post-operatorio y en cuanto al comedor infantil apenas tiene capacidad para 250 niños índice que no ha sido posible alcanzar por problemas de carácter interno y externo a éste.

En la actualidad sólo recibe la alimentación balanceada 60 niños porque algunas madres manifestaron rechazo, debido a que se presentaban en los mismos enfermedades diarréicas, causas que deben ser estudiadas y por otro lado apatía de los padres por considerar que el pago de dinero semanal es una erogación que hace falta para el resto de la familia.

Como el ingreso no permite el ahorro a ningún nivel para ellos cualquier gasto fuera del conjunto familiar constituye una privación para la satisfacción alimenticia diaria - que a más de escasa no puede reducirse por debajo de los límites conservados en el gasto diario, quince pesos por cada hijo es una sobrecarga al gasto diario, a esto se agregan otras causas no consideradas en el estudio.

#### 1.1.10. INFRAESTRUCTURA :

Constituye la puesta en práctica o la realización de los programas mediante los cuales se transforman la base física de la Comunidad compuesta por los servicios públicos que benefician a las gentes como son: Luz eléctrica, acueducto, pavimento de sus vías de acceso e internas del Barrio, alcantarillados y establecimientos de servicios educativos y de Salud.

De la instalación de éstos servicios se mide el grado de desarrollo de la comunidad, ellos marcan la transformación

del aspecto rural al urbano y por la amplitud de la infraestructura es posible al mismo tiempo determinar el nivel social del Barrio o Grupo Social por ser indicadores o reguladores de saneamiento ambiental. Es la infraestructura la base del nivel de vida y desarrollo de la sociedad - agregando a lo anterior la habitación, es así como la de los servicios obliga a ésta última a su modificación, por cambiar las condiciones de higiene de los habitantes a medida que operan los servicios públicos su incidencia en las gentes hacen que éstas cambien la estructura de la vivienda y con ésta sus relaciones urbanísticas.

En el estudio realizado la infraestructura es bastante regular en lo que se refiere a servicios públicos, posee agua y luz en condiciones relativamente normales, algunas de sus calles están pavimentadas y sus vías de acceso - presentan buen aspecto el servicio Hospitalario para consulta opera diariamente, no siendo utilizado por un sector regular de las gentes por considerarlo como una pérdida de tiempo según manifestación de ellos, obedeciendo esto al insuficiente personal médico y paramédico de la Institución. Esto es comprobado por las largas colas de pacientes que se observan diariamente.

No cuenta el Barrio en su infraestructura con servicios de alcantarillado que acabarían con el problema de los servicios sanitarios difíciles de construir por el alto nivel - friático del suelo a menos de 150 centímetros de la superficie y al que las autoridades no le han podido dar solución, inclusive el mismo Hospital es un foco de salidas de aguas negras a las cuales no las encausa, ni atiende a las

quejas de los moradores que se encuentran inconformes por ser el primer Centro de Salud, quien contribuya a la contaminación, ambiental razón más que suficiente para que éstas pierdan la fé en sus programas y se manifieste un rechazo a sus servicios. Las gentes creen que estas aguas son producto de todas las actividades clínicas del Centro, lo que es negado por las autoridades pero que no les convencen - siendo para ellos causa de sus males de Salud.

Estos momentos el gobierno central autorizó abrir la licitación para el alcantarillado de la Ciudad, programa que no conforman a las habitantes por las promesas no cumplida. Notándose en ellas el pesimismo en cuanto a sus perspectivas futuras a corto plazo.

El acceso de las gentes del Barrio se ve en muchos casos interrumpido por el tantas veces repetido ingreso, familiar o per cápita reducido y la situación de dependencia del 77.8% de la población por el desempleo generalizado en su población.

## 1.2. LA DESNUTRICION Y SUS EFECTOS EN LA COMUNIDAD.-

La Desnutrición es una enfermedad real y de grandes consecuencias porque existe, sus causas son múltiples y sus consecuencias más graves se <sup>emmanan</sup> deben en la comunidad y una vez contraída los daños que ocasionan son irreparables y nosotros nos atrevemos a asegurar que está en las clases más bajas y es congénita.

En el corazón del concepto de "desarrollo de la Comunidad" radica la idea de que es a la población a quien le atañe encontrar soluciones a sus problemas con asistencia del Gobierno u otras agencias. Hay una falacia en esta idea porque asume erróneamente que ya que el problema se encuentra en la comunidad, es también en la comunidad donde se encontrarán las causas del mismo. Lo que esta posición pasa sistemáticamente por alto es que factores esenciales que afectan a los miembros de la comunidad, están fuera de su control. Por ejemplo los precios (de productos vendidos o comprados), la existencia o no de empleos, la disponibilidad de servicios gubernamentales (-salud, crédito, extensión agrícola, educación), el grado de educación, la participación en la vida política, son algunos ejemplos de aquellos factores sobre los cuales las comunidades locales tienen muy poca influencia, a menudo ninguna autoridad y que frecuentemente están controlados desde afuera. A menos que tal situación cambie y esto significa nada menos que un cambio en la Estructura del poder del País-no pueden esperarse un remedio causal a la desnutrición.

Al hablar de Desnutrición infantil, podemos decir que ésta nace con el niño y se mantiene conservada por una alimentación insuficiente cuantitativa y cualitativamente cuyos indicadores más observables a nivel individual son: poco peso, baja talla, coloración amarillenta, etc. y a nivel colectivo pérdida de perspectiva futuras, ausencia de dinamismo, conformismo con su situación precaria en general subdesarrollo.

Este cuadro clínico no completo es valedero para considerar los efectos que la desnutrición causa en cualquier nivel de la población siendo la más grave la de la niñez porque científicamente es comprobado que la desnutrición de las células es nerviosas es irreversible por lo que el niño desnutrido será un joven con tasas intelectuales bajas.

Para un cuadro más probalístico de la desnutrición y sus efectos en la comunidad, relacionemosla con las anteriores políticas sociales y económicas de los gobiernos y el gran despliegue que el sobre el grave mal que azota la población infantil de la comunidad estudiada como reflejo de la realidad nacional.

El problema sobre la población se agrava cuando el control indiscriminado con abandono de los planes nutricionales y mejoramiento de la calidad de la vida en Colombia. Trasladan ese problema al otro lado de la realidad colombiana y leemos en la Revista Visión del 7 de Abril de 1.980, órgano informativo internacional al servicio de las políticas dominantes y defensora del control natal expresaba en su artículo La Marca Humana para América Latina, "En Colombia donde según los cálculos a partir de 1.985 comenzará a presentarse una notoria escases de niños como consecuencias del vertical descenso de la fecundidad, considerado como uno de los

más rápidos, o el más rápido observador en el mundo en los últimos 10 años. La disminución vertical de la fecundidad ha llevado al departamento Nacional de Planeación a sugerir desde ahora un replanteamiento en las políticas económicas educativas de salud y vivienda y continua diciendo "El dato implica un severo desajuste económico que no puede ser ignorado puesto que significa que toda la población joven deberá trabajar mas para sostener a una cada vez mayor población vieja....."(7).

Si vemos las estadísticas del estudio notamos que nuestra población estudiada arroja un índice de población infantil del 20% lo que demuestra que su población es relativamente joven, para el verdadero problema de las condiciones de vida esta en la población activa o en edad de trabajo que representa el 70% y no encuentra oportunidad si logros de trabajo adecuado.

Estas condiciones de la población presentan características concretas en su modo de vida, por un lado el control de la población rebaja la población joven y por ende la mano de obra disponible lo que conlleva a un bajo nivel económico social del barrio, no hay posibilidad de cambiar la estructura física ni mejorar la calidad de la vida manteniéndose indefinidamente la vieja estructura de la comunidad, por el otro el sometimiento de estas gentes a la morbilidad desnutricional, sus actividades físicas se reducen sólo a satisfacer las necesidades de alimento y el ocio se apodera del grupo social por la pérdida de dinamismo; causas que se encuentran fuera del deseo del grupo social - aun cuando se observa en las capacidades físicas las externas se le imponen.

---

7. Visión, Revista Internacional, Abril 7 de 1980. Volumen 54, - No. 8.-

\*El deseo de alcanzar cualquier fin es anulado por el desgaste orgánico, el grado intelectual es bajo y toda comunidad que mantiene índices de analfabetismo en la representación hecha 158 analfabetos 29% y con apenas grado de primaria - 271, el 50% es una población atrasada y sin metas futuras - agregándole a ello la ausencia del trabajo calificado que - pueda alcanzar colocación por la automatización de la técnica; este 79% está en incapacidad de aportar desarrollo a la comunidad.

La deserción a nivel educacional es consecuencia de las condiciones económicas unido a la fatiga intelectual de las gentes por haber aportado y soportar el hambre diaria que irónicamente quita el hambre intelectual.

Tal situación han conformado una sociedad típica de miseria sosteniendo una estructura social y cultural como la más característica acomodados a la desnutrición como un nuevo tipo de vida.

La desnutrición y sus efectos destruyen las defensas orgánicas del individuo y lo deja en condiciones de recibir la transmisión de toda clase de enfermedades y es real que toda comunidad enferma es cerrada a cualquier forma de cambio lo que se constituye como medio de protección a sus últimas reservas del cuerpo y cualquier capacidad es consumida aceleradamente en drogas, pero si estas no van acompañadas de adecuada alimentación, se opera en ella una lucha indecisa entre la satisfacción del hambre o el mejoramiento de la salud.

Lucha en el cual se agotan sus pocas energías, el dinamismo y la capacidad de lucha para contribuir con el cambio social, -

siendo difícil en muchos casos hacerles comprender la necesidad que tienen de mejorar sus condiciones de vida, pues se refleja en ellos la angustia provocada por la desnutrición, la ausencia de ingresos para resolver sus problemas, la falta de liderazgo en la comunidad es notoria por las consecuencias que acabamos de expresar.

Mientras sea desnutrida esta comunidad será cerrada a cualquier cambio a corto plazo. Resolvemos la variable principal y está - acondiciona las dependientes.

*Desde Aguil*

### 1.3. LA COMUNIDAD DE SABANALARGA Y EL BARRIO HOSPITAL.-

Existe muchos datos, sobre la fecha de la fundación de la ciudad de Sabanalarga, nadie se sabe en concreto de ella sólo podemos - decir que se remonta al siglo XVII, y según la tradición fué mo- tivada por el desplazamiento de campesinos atraídos por la fer- tilidad de sus tierras y abundancias de pastos naturales, entre ellos se encontraban LUCAS DIONISIO TESILLO, MARCELINO DE JESUS Y DIEGO DE ALMAZA; que vieron en ésta sabana un lugar de regular extensión y privilegiada ubicación para la satisfacción de sus - necesidades.

#### POSICION GEOGRAFICA:

Sabanalarga Municipio en el Departamento del Atlántico. Su cober- tura está localizada a los 10° 38 de latitud Norte y 74 grados - 55 de longotud, al Oeste de Greenwich. Altura sobre el nivel del mar 99 méetros, el Area Municipal es de 414 Km2 y limita por el - Norte con Piojó, Usiacurí, Baranoa y Polonuevo, por el Oriente - con Ponedera, por el Sur con Candelaria y Manatí y por el Occi - dente con Repelón y Luruaco. El territorio es suavemente ondula- do con elevaciones hasta de 150 méetros sobre el nivel del mar, por lo cual corresponde en su totalidad al piso térmico cálido. Hacen parte del Municipio los corregimientos de Agua de Pablo - Polinero.

El 1 de Julio de 1968 tenía registrados 4.083 predios urbanos y 693 rurales. Pertenece a la Arquidiósis y distrito judicial de Barranquilla y la circunscripción electoral del Atlántico.

Según el censo de 1964 su población era de 37.671 habitantes, - hoy día hay aproximadamente 80.000 habitantes.

La localidad dispone de 9 establecimientos de educación media y numerosos de enseñanza primaria, cuenta con servicio de acueducto, Bancos, Luz eléctrica, centros de Salud como un Hospital, teatro, teléfono, telégrafo.

Como actividades económicas tiene principalmente la agricultura, ganadería y comercio, sobresalen los cultivos de maíz, yuca, algodón, y plátano. Se comunica con Barranquilla por vía terrestre.

Acerca de su fundación hay muchas teorías. La Fundación definitiva la hizo FRANCISCO PEREZ DE VARGAS entre mediados (Junio) de 1743 y el 26 de enero de 1744, fecha en que comunicó al Virrey Sebastián de Eslava tal acontecimiento no se siguieron " las ritualidades acostumbradas en el período de la Conquista" ni cosa parecida. Unicamente hubo una perentoria orden oficial para que los vecinos, determinado día y hora se presentaran provistos de sus herramientas para despejar el campo en que se levantarían las viviendas, la Iglesia y, probablemente la Cárcel.

El número de padres de familia con que se hizo la definitiva fundación fué de 186. En 1777, según el censo de JUAN GARCIA TURIN, en la cabecera de Sabanalarga había 1.635 - personas viviendo en 241 casas.

El primer Alcalde fué AGUSTIN CABARCAS HERNANDEZ el segundo JUAN GUILLEN DE AGUILA y el Tercero JASINTO ROQUE POLO DEL AGUILA Y CANENCIA. Pérez de Vargas actuó como Juez comisionado para efectos de la fundación.

En 1744 empieza la vida urbana de Sabanalarga y los "alambes" o sean los rusticos, se organizan en forma de una manera comunidad que sigue vigorosamente dispuesta a extraerla -

su sustento a la tierra con su cotidiano trabajo, predispués ta para grandes progresos, en 1839 ya tienen fama como gentes ejemplarmente estudiosa con la Universidad de Cartagena, que ha abierto sus aulas en 1928. La levadura ha sido doble: en gran sacerdote, Julian José Pertuz, con su Colegio Parroquial y unos cuantos vecinos nuevos a quienes el fin del régimen - Español (1821), como un viento duro, ha empujado desde dentro de las murallas y ha llevado hasta San Antonio de Padua de Sabanalarga. Ellos son las nobles familias españolas que se establecieron en el sitio y le dieron más categoría, como expresó algún historiador. Acogidos al decreto de amnistía del libertador se portaron luego como ejemplares ciudadanos de la recién nacida República.

La situación del modo de vida de la ciudad de Sabanalarga, colocada en el plano central administrativo del gobierno como ciudad intermedia por sus características estructurales y demográficas, manifiesta los mismos problemas de pobreza de los Barrios de todas las grandes ciudades de los países en desarrollo. Por lo que es posible considerarla entonces como un Barrio en transformación de cualquiera de las ciudades Colombianas.

La falta de un proceso de gestación armónico y sistematizado es una de las características del cambio-social económico es una administración rígidamente centralizada con acentuaciones de discriminación en el reparto de los cambios sociales y políticos, que hacen más agudas las situaciones de insuficiencias familiares y comunitaria que acarrea cualquier cambio social inducido en su sociedad.

Sabanalarga no escapa a estas características y dentro de estas agudizaciones hemos querido enumerar algunas que aunque

no son exclusivas, se manifiestan más intensamente en ella; debido a la lenta asimilación del proceso.

#### PROLETARIZACION:

Sabido es la relación directa que existe entre el grado de proletarización y el desarrollo urbano.

Su proletarización avanza aceleradamente por el asentamiento de la migración del campo a esta, al perder en su masa campesina toda forma de subsistencia en el campo y sólo le queda un esfuerzo de trabajo que ofrece pero no lo encuentra cabida en las empresas por varias causas:

Primero porque carece de calificación en el trabajo, por el escaso nivel educativo y por las nuevas condiciones que encuentra en la estructura urbana en la que necesita un proceso de acomodación.

La última reforma Agraria despojo y proletarizó a una mayor cantidad de campesinos del Sur del Departamento que han sido atraídos por la ciudad en transformación.

Esta situación poblacional en términos generales es la que - representa en la actualidad la comunidad de Sabanalarga con índices aproximados del 80.000 habitantes acomodados en una infraestructura deficiente que no brinda a sus habitantes - condiciones normales de vida ni tampoco en las relaciones de producción, por cuanto los tres sectores de su economía apenas comienza a desarrollarse veamos en síntesis para mayor claridad en su nivel de vida:

a - Sector Primario.- Abarca las relaciones de Producción - Agrícola, estas se han reducido aceleradamente por el - abandono impuesto por las relaciones capitalistas ocasiono -

ñando baja en los productos agrícolas y agravamiento de la -  
desocupación con aumento de precios en esos productos de pri-  
mera necesidad, aumentando el analfabetismo el hambre y la -  
desnutrición acompañadas de actividades de ocupación como el  
subempleo como paliativo a la pobreza,;

b.- Sector Secundario. Comprende las relaciones de producción  
industriales, con ausencia total de ellas por ausencia -  
de una infraestructura desarrollada, contándose en la actua-  
lidad con un servicio de energía eléctrica, el de agua y al-  
cantarrillado por su baja inversión estatal no han podido de  
sarrollarse no ofreciendo al capital de inversión estímulos  
adecuados; solo se encuentra una manufactura que abastece el  
consumo interno sin ensanchamiento de la misma- La actividad  
que brinda algunas oportunidades es el de la construcción sin  
alcanzar la tasa media de desempelo haciendo claridad que -  
la pavimentación en concreto de las vías es la que más opor-  
tunidad brinda pues el Municipio está empeñado en cambiar  
la faz topográfica.

c.- Sector Terciario. El tercer sector de la económica es  
el de los servicios, lo soporta unicamente la clase me-  
dia compuesta por los obreros, los educadores, y algunos em-  
pleados públicos y privados, porque los servicios colectivos  
,Restaurantes y Hoteles son reducidos, disponen de una planta  
o base muy escasa en oportunidades como fuentes de trabajo,  
su demanda es insuficiente ante la inmensa oferta que se le  
dá en la comunidad. El valor real de los salrios en la clase  
media no permite ampliar el sector de los servicios y al he-  
cerlo es acosta de grandes sacrificios.

### 1.3.1. BARRIO HOSPITAL DE SABANALARGA.-

El Barrio Hospital perteneciente al Municipio de Sabanalarga, se halla localizado al sureste del casco urbano en lo que podemos considerar la parte más alta de la ciudad, sus primeros habitantes fueron la familia URUETA cuyas casas se encuentran todavía hoy en poder de los descendientes, era el paso obligado antiguamente de los vaijeros con destino a la ciudad de Cartagena por el viejo "Camino Real" y los comerciantes de pescado hacia el caserío de Guajaro o la Peña, famoso lugar antes de la fundación del Barrio por los hechos que tuvieron como escenario trágico; probablemente antes de la administración de JOSE HILARIO LOPEZ en que fué abolida la esclavitud y la pena de muerte, fué fusilado en este lugar un individuo cuyo nombre no sabemos, no era natural de Sabanalarga, pero había cometido toda clase de crímenes atroces, el cual fué fusilado en una playa desértica donde hoy se encuentra el nuevo edificio del Hospital, se levanta el banquillo donde lo fusilaron, desde entonces el lugar tomó el nombre de los "Banquillos", luego se denominó (El castillón) por ser el lugar escogido para lanzar los cadáveres de todo animal muerto, más tarde tomó el nombre "de el Cunal" por estar cubiertos de tunas y cardones. Con la construcción del nuevo Edificio del Hospital en el Barrio empezó a llamarse "Barrio Hospital" que conserva hasta la fecha, abarca una extensión aproximada de unos 350 metros de diámetros, conformados en nueve (9) manzanas situadas en forma regular en donde habitan unas 150 familias con una población de 542 personas de ambos sexos y edades.

• Su ubicación al rededor del Centro hospitalario Regional de

la ciudad, le da características especiales que han sido tenidas en cuenta para la realización del presente trabajo, - posee además todos los servicios esenciales y necesarios para ocupar el lugar de mayor privilegio en la ciudad, como son: Además del Centro asistencial el tanque elevado del acueducto que puede mantenerle en constante y adecuado servicio de agua, un comedor infantil que presta servicios a la niñez del lugar y otros Barrios, está dotado de varios establecimientos de educación primaria lo que emita el traslado de estudiantes a otros lugares de la ciudad, una moderna capilla para la prestación de los servicios religiosos, un servicio de energía eléctrica, contando con varias vías pavimentadas en concreto y un programa de ampliación de las mismas.

Destritas estas características esenciales debería prestar - un cuadro de desarrollo adecuado a las exigencias y necesidades actuales, siendo la realidad negativa porque sus gentes presentan condiciones notables de atraso y su población infantil un cuadro clínico de desnutrición unido en términos generales de población al índice más alto de tuberculosis en la ciudad.



### 1.3.2. INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIO A LA COMUNIDAD.-

Constituidas por los organismos que estan al servicio de la ciudad y deben ser utilizados por los habitantes del Barrio Hospital, estas son del Estado por lo que debe suponerse que sus servicios sean gratuitos, pero en la realidad no es así pues estos cobran cuotas que para una familia de clase media son bajas, pero para de una de extracción baja como la representativa estudiada, constituye una disminución en su exíguo presupuesto sobre todo, cuando el Estado de morbilidad general hace que estos con mucha frecuencia necesitan de ayuda médica.

#### 1.3.2.1. HOSPITAL REGIONAL DE SABANALARGA.-

El Hospital de Sabanalarga como organismo de salud, se creo teniendo en cuenta las necesidades o exigencias de la comunidad Sabanalarguera. Cuyo objetivo primordial es: Prevenir y curar las enfermedades Somáticas.

Su planta física está compuesta por cuatro bloques que funcionan correlativamente prestan sus servicios así:

El primer bloque estan situados los servicios de urgencias y la Administración Hospitalaria.

En el segundo bloque se encuentran los servicios de consulta externa, médicas y odontológicas, el Departamento de Trabajo Social y el de Estadística; en el siguiente bloque esta el Hospital Infantil el que generalmente es utilizado por los casos de pensionados adultos por deficiencia en la planta general de hospitalización.

En el cuarto bloque se encuentran las salas generales de Ci-  
rugía y Hospitalización general.

En cuanto a su dotación la planta general consta de 35 ca-  
mas distribuidas así :

En el cuarto de trabajo de parto hay 3 camas donde son colo-  
cadas los pacientes que van a tener niños.

En la puerperio hay 4 camas donde son colocadas los pacien-  
tes que en el período de post-parto tienen problemas orgá-  
nicos.

En Ginecología hay 2 camas y en la séptica 2 camas.

En la sala general Quirúrgica Masculina y el tratamiento de -  
de medicina interna consta de 12 unidades, aquí se encuentran  
los pacientes de bajos recursos económicos en el período -  
Post-operatorio, al entrar a esta se le hace al paciente un  
estudio, si es de operación le es practicada, sino se le -  
aplica el tratamiento. El estudio de su situación servirá  
para cobrarle los servicios de acuerdo a sus ingresos. En la  
misma planta se encuentra la Sala general quirúrgica de muje-  
res con 12 unidades y opera en la misma forma que la anterior.  
Consta la planta general con dos salas de cirugía una de las  
cuales es determinada para casos de aguda emergencia en caso  
de que la otra este ocupada.

Su instrumental es suficiente para intervenciones no complicad  
das , lo que supone una desactualización en su reposición, si  
tenemos en cuenta el adelanto de la cirugía en los últimos 10  
años. Actualmente acaba de reintegrarse el cuarto de rayos X  
inhabilitado por mucho tiempo por ciertos escapes radioactivos  
según datos del personal interno, pero no cuenta con radiolo-

co de habiendo necesidad de trasladarlo de Barranquilla.

Hospital Infantil. funciona alternamente con el general construido con la ayuda del Club de Leones de la Ciudad y dotado con ayuda de la comunidad. Se encuentra dotado de 12 camas - y dos incubadoras, donde se practican los programas médico - quirúrgico interno a niños de cero a doce años con hospitalización y tratamiento, los de 12 años al ser operados pasan a la sala de adultos.

La sala de hidratación cuenta con 9 camas las que frecuentemente se hallan ocupados por los casos de Gastroenteritis en la niñez, sobre todo en los meses de abril, mayo y junio.

El laboratorio Central presta sus servicios a ambas Instituciones, dotado con todos los elementos pero solo se efectúan exámenes Urinarios, porque no cuentan con reactivos para los exámenes consanguíneos.

El servicio Interno de Farmacia presta el servicio solo a pacientes hospitalizados y en algunos se le sigue prestando a pacientes el tratamiento controlado, al mismo tiempo para - el servicio especial de T.B.C. con índices altos en la ciudad. El servicio no es gratúita pero es administrado la droga a precio de costo, cuando el paciente es indigente y es confirmado por Trabajo Social.

#### PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO.-

Compuesto por el personal Médico, enfermeras y respectivas - auxiliares, que laboran en turnos de 12 a 24 horas en su or - den de especialidades se encuentran organizados por jerarquias pues Médicos especialistas sólo hay dos el resto son todos mé

dicos de medicina general esto hace que el Hospital se encuentre a nivel de la medicina tradicional, que se mide en cualquier cuadro clínico siempre que este no presente complicaciones serias para la Medicina científica actual.

La Microcirugía, la cardiología y la Neurocirugía estan lejos de alcanzarse en la Institución.

El material humano esta compuesto por 16 médicos, de estos sólo dos son especializados, 1 Anestesiista, 1 Internista, 1 Cirujista, 1 Radiólogo, 5 médicos generales, 7 de servicio obligatorio (Rurales) tres Bacteriólogos con tres auxiliares, 1 Ginecólogo, 1 Pediatra, 1 Ortopedica, tres Odontólogos.

El cuerpo Paramédico consta de 17 enfermeras organizado en igual forma por jerarquías.

Una jefe de enfermeras con 40 auxiliares, cuenta también con 16 ayudantes de enfermería o practicantes, dos instrumentadoras para cirugía, 9 promotoras de Salud, 3 vacunadoras y una Dietista.

Las promotoras son las encargadas de promover el Plan de alimentación y Nutrición PAN y de los Programas de Salud ambiental.

Como vemos esta es la organización física y humana de la Institución Hospitalaria para la prestación de los servicios de salud los que estan organizados a nivel interno para los exámenes, estudios, historia, intervenciones Quirúrgicas y Hospitalarias de pacientes y a nivel externo para los exámenes y diagnósticos de personas que no necesitan hospitalización.

El servicio de urgencia opera normalmente de día presentando inconveniente en las horas nocturnas, más cuando son casos de emergencias. No hay servicio de drogas para el servicio de consulta externa, lo que conlleva a ser un problema para las familias de muy bajos recursos que guardan la receta sin posibilidad de adquirir las drogas, esto es causa de que muchas familias de nuestro estudio manifestaran rechazo a la Institución, por lo que para ellos es gratuito como dicen del Hospital deben darle todo, exámen y medicina, para eso (el exámen), no van a perder su tiempo para que le dan un papel (receta) y no tener para los remddios.

En el servicio de Maternidad no se cuenta con salas especializadas para su prestación y es así que aun cuando hay salas con nombres específicos, en el uso todas se confunden; la del puerperio por ejemplo que es para el período de post-parto es utilizado como de cirugía en donde se practican césareas con perjuicio de contaminación para los pacientes por no ofrecer condiciones de esterilización.

No hay programa de medicina preventiva y las campañas de vacunación son realizadas en épocas de agudas epidemias, por causas de programas preventivos de Salud. Sin embargo el Hospital presta servicios de salud a una determinada población que acude a éste para mejorar las situaciones anormales de salud con ciertas fallas pero en algo se estimulan los que a él le solicitan.

Su presupuesto estrecho hace que su radio de acción de tratamientos quirúrgicos y los programas preventivos y salubridad ambiental operan sujetos a las necesidades de la comunidad. Lejos está en estos momentos de alcanzar nuestra población estudiada con el recurso hospitalario que miran con desconfianza en su funcionamiento.

### 1.3.2.2. COMEDOR INFANTIL.-

Es otra de las Instituciones que prestan algún servicio a la Comunidad en su funcionamiento desde su creación se le asignó un cupo de 250 niños, índice que se alcanzó al comienzo, pero que según comunicado de sus directores pasado algunos meses se notaba una deserción continua la que no podía determinarse por la poca relación de las madres y los encargados del mismo. Al comienzo se cobraban \$15 semanales pero que éste valor había que irlo incrementando a \$20.00 por semana, lo que implicaría una gran deserción dado, a éste, por las condiciones económicas de las familias cuyos ingresos no les permite ahorrar, por cuanto lo poco que ganan deben consumirlo en la compra de alimentos para medio poder subsistir.

Al realizar las entrevistas en cuanto la aceptación o no de sus servicios manifestaron diferentes opiniones así; un 22.3% por estar pequeños, 28% por estar grande y sentir pena en acudir al almuerzo, un 22.38% no gustan de los alimentos y el resto no tiene tiempo por el estudio, a pesar de éstas respuestas es reconocible para ellos la erogación semanal con privación para el resto de la familia. Ahora sí tenemos en cuenta que éstas familias campesinas dividen el presupuesto diario en dos porciones; una para el almuerzo del padre que trabaja en el monte y otra para los que quedan en casa. Subdividido por tercera vez de imposible de aquí una causa real de deserción.

Reconocemos también que si sus servicios fueran mejor planificados para hacerlo más accesible a las gentes de la Comunidad prestaría un servicio más normal. Este cuenta con una dieta balanceada de alimentos alternada diariamente mediante planilla que con-

tienen que clase de alimentos deben recibir cada niño, carnes, pescados, harinas y vegetales en los que se encuentran las cantidades calóricas y proteínicas diarias más o menos aceptables.

Pero es lamentable que de una población vecinal de aproximadamente 350 niños sólo 72 estén recibiendo sus alimentos, el comedor estuvo cerrado por algún tiempo por motivos no explicados por su Directora.

#### 1.3.2.3. ESCUELAS:

El Barrio cuenta en su perímetro con una Escuela de primera enseñanza que alberga a niños de ambos sexos, contando con cursos de primero a quinto año.

Su población es bastante numerosa con relación a su capacidad física. Opera dos secciones una en la mañana y otra en la tarde, presentan problemas de capacidad no contando con posibilidades de ampliación, porque el área construida no ha dejado suficiente espacio de recreación.

La población infantil en época de estudio es relativamente numerosa, por lo que se hace necesario que se estimule por lo menos éste grado de escolaridad en el que la deserción estudiantil es mínima, que bien no resuelve el problema del analfabetismo, pero por lo menos se dan las primeras pasos a la alfabetización.

La escuela "Máximo Mercado", que es su nombre como centro educacional de primaria, por su situación geográfica en la parte sur de la ciudad está llamada a evitar el largo y diario transporte de sus habitantes del Barrio Hospital y similares, jornadas agotadoras que en algunos casos son motivo de deserción, por ésta -

razón necesita de mayores estímulos para que cumpla su misión más ampliamente.

## CAPITULO II

### PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE EL ESTUDIO REALIZADO EN EL BARRIO HOSPITAL

En éste Capítulo presentaremos los resultados obtenidos del análisis de las encuestas sobre la problemática de la "Desnutrición en el Barrio Hospital de Sabanalarga", con el fin de obtener una visión real sobre la cual formular nuestras conclusiones a las características más apremiantes de la población estudiada.

Para nuestro estudio tomamos un total de 100 familias investigadas que nos dieron una población de 542 personas que conforman el Barrio, que en su gran mayoría se encuentran viviendo en precarias condiciones, debido a su bajo nivel socio-económico.

Estas encuestas contaban de varios aspectos, que nos sirvieron de base para analizar y comprobar la hipótesis planteada en nuestro trabajo de investigación, vivienda, nivel alimentario, salud, recreación y religión que profesan.

## 2.1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA EDAD Y EL SEXO.-

El cuadro Nº 1 nos muestra, la distribución por edad y - sexo de la población total del Barrio en estudio, pudimos apreciar que de las personas entrevistadas existe un alto porcentaje de la población que puede denominarse apta para desempeñar cualquier actividad o trabajo como medio de sustento.

De la población en estudio, según el sexo podemos apreciar que existe un mayor porcentaje de hombres que de mujeres, contrario a ciertas apreciaciones que se hacen en las mujeres siempre - abundan más.

El resto de la población que es de 168 es la conformada por los niños, que se encuentran bajo la dependencia económica de su - familia.

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
0 - 5	43	40	83
6 - 11	42	43	85
12- 17	47	49	96
18- 23	30	36	66
24- 29	26	21	47
30- 35	21	23	44
36- 41	16	15	31
42- 47	9	14	23
48- 53	11	7	17
54 59	11	10	21

50 - +	12	16	28
Totales	268	274	542

Cuadro Nº 1.

## 2.2. FORMA DE CONVIVENCIA.-

Con relación al cuadro Nº 2 nos señala la forma de convivencia del total de la población (542 personas) en el que se define su estado civil así: Un 32% son casados, el 60% solteros, en unión libre un 7% y 1% viudas; la gran desproporción en el aspecto civil es una variante de la base poblacional totalmente joven y que condiciona consecuentemente el estado de pobreza dada la forma de dependencia económica si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje se alcanzó en los solteros, cuyas formas de subsistencia son precarias, marcadas por el desempleo, lo que les impide proporcionarse mejor forma de subsistencia, pese a la poca educación que se observa en esta comunidad se nota que existen menos unión libres.

Estado civil	F	%
Casados	172	32
Solteros	324	60
Union Libre	36	7
Viudo	10	1
Totales	542	100

2.3 Aspecto Educativo.

En el cuadro educacional No 3, se puede analizar en forma critica el gran problema de la desercion educativa, si tenemos en cuenta que de un total poblacional de 542 personas solo se alcanza en ellos un nivel educacional bastante bajo porque se observa que un 19% son bachilleres, siendo el grado mas alto el de primaria y el resto se cataloga como analfabeta, y la no apta por la edad para asistir a la escuela o sea el 14%, lo que incide no solo en el aspecto socio-cultural de la comunidad en estudio, sino que tambien se demuestra precisamente la correlacion que existe en el alto indice de desempleo lo que obviamente va a generar problemas de diversas indole, entre ellos el que nos ocupa la atencion. La poca posibilidad economica es causa directa del problema educacional importante en cualquiera sociedad donde se mide su aspecto de vida, cultura, dandole el desarrollo que la misma alcanza a través de los factores que lo ,originan. Si observamos el cuadro notamos que la desercion educativa de primaria a la Universidad es bastan

te marcada por las causas económicas que generan muchos problemas, entre ellos el de la desnutrición flagelo que azota sobre todo a la niñez en la que se presentan signos latentes desde temprana edad mermando en ellos las capacidades intelectuales físicas que le impiden recibir una educación que les permita más tarde subsistir, por lo que se ven precisados muchas veces a retirarse temporalmente y otras definitivamente cuando los signos de la desnutrición son alarmantes.

Educación	F	%
Primaria	271	50
Bachillerato	101	19
Universidad	1	0,18
Técnicas	11	2
Analfabetos	81	15
No estan	77	14
Totales	542	100

Cuadro Nº 3

#### 2.4. Trabajo e ingreso

Con relación a la tabla Nº 1 se demuestra que la comunidad en estudio, en donde la población en edad de trabajo es de 412 hay un total de 77% desempleados 12% son subempleados y un 11% tiene posición definida.

Como se observa, la población presenta características desproporcionadas de dependencias económica y un constante gra

do de pobreza en donde los exiguos salarios producto de las pocas actividades, que realizan las alcanza para medio poder subsistir. Lo anterior demuestra que el alto índice de desempleados es alarmante, lo que incide directamente en problemas de delincuencia juvenil u ocio obligado, dadas las pocas fuentes de empleo llevandolos a conseguir el medio más rápido para proporcionarse el sustento diario. En cuanto a los empleados, profesión definida o subempleados el salario es mínimo no contrastando con las exigencias de las necesidades consideradas primarias en el hombre, por tanto no hay posibilidades de ahorro ni de mejoramiento de sus condiciones de vida.

#### 2.4.1. ACTIVIDADES QUE REALIZAN.

Actividades	F	%
Agricultura	24	6
Obreros	19	5
Oficios varios	51	12
Ninguna	318	77
TOTALES	412	100

TABLA N<sup>o</sup> 1.

### 2.4.2. INGRESOS.

El cuadro No. 4 nos representa, las condiciones económicas del Barrio estudiado, reflejo del modo de producción y de las relaciones de producción características de una Nación Dependiente. En el Barrio Hospital la realidad es bastante cruel, si tenemos en cuenta que el 49% de los que gozan de posición definida tienen salarios mínimos y el resto un 42% dispone de mejores ingresos en comparación con los antes mencionados que sí bien no les permite vivir comodamente las proporciona medios para poder subsistir.

Lo anterior demuestra que los bajos ingresos de las gentes que trabajan, ofrecen ni siquiera en mínimas condiciones un paliativo a las necesidades más apremiantes de los pobladores del Barrio, el desempleo es alarmante y el subempleo supera al grupo con trabajo definido o relativamente con empleo determinado.

INGRESOS	F.	%
1000-3000	8	9
4000-6000	46	49
7000-9000	26	27
10.000 - +	14	15
TOTAL	94	100

CUADRO N° 4.

### 2.5 Aspecto Vivienda:

#### 2.5.1 Forma de Tenencia

En el cuadro No. 5 forma de tenencia de la vivienda se detectó que para una población total de 542 personas, existen 87 viviendas de las cuales un 42% son propias, un 40% arrendada y un 18% prestada, de lo anterior se deduce que en comparación con el universo de estudio se albergan muchas familias en condiciones infrahumanas, lo que además implica un gran egreso de éstas por el pago de arriendo, lo que disminuye el ingreso, originando otros problemas de mayor prelación.

VIVIENDA	F	%
Propia	36	42
Arrendada	35	40
Prestada	16	18
TOTAL	87	100

CUADRO N° 5

#### 2.5.2. ASPECTO CUALITATIVO

En el aspecto cualitativo se detectó que el cuadro N° 6, el 20% de los pisos son de tierra, un 73% de cemento y un 7% de baldosas. En cuanto a los de cemento no ofrecen una buena construcción; existen varios que presentan agrietamientos, fallando a la estética y a la higiénica condición indispensable en el buen vivir.

PISOS	F	%
Tierra	17	20
Cemento	64	73
Baldosas	6	7
TOTAL	87	100

Cuadro No. 6

Con respecto al cuadro No. 7 se observa que sus paredes son un 26% de bareque, un 31% de ladrillo y un 43% de bloque, De lo anterior se deduce que el desarrollo arquitectónico está bastante atrasado en comparación con el adelanto global de la población.

PAREDES	F	%
Bareheque	22	25
Ladrillo	27	31
Bloque	38	43
TOTAL	87	100

CUABRO No 7

El cuadro No. 8 nos señala que de las 87 viviendas, un 7% tiene techo de zinc, un 18% de eternit un 46% de tejas y un 29% de paja, demostrando en forma general que las condiciones cualitativas de las viviendas no están muy acorde con las exigencias del ser humano ni del adelanto de una población.

TECHO	F	%
Zinc	6	7
Eternit	16	18
Tejas	40	46
Paja	25	29
TOTAL	87	100

CUADRO No. 8

### 2.5.3. CONDICIONES HIGIENICAS.--

En relación a la Tabla No. 2 nos demuestra que la ventilación no presenta las condiciones mínimas, según el código urbanístico como se observa que de 87 viviendas, un 63% buena y 7% mala, todo esto incide en forma global en el estado de salubridad de la Comunidad en estudio, porque se contamina el aire constituyéndose en el vehículo trasmisor de muchas enfermedades.

VENTILACION	F	%
Buena	26	30
Regular	55	63
Mala	6	7
TOTAL	87	100

TABLA No. 2

La tabla No. 3 nos señala las condiciones higiénicas, factor condicionante de la salud, se detectó que de 87 viviendas un 69% la higiene es regular, un 22% buena y un 9% mala. El alto índice de vivienda en condiciones higiénicas alarmante son causa de directa de personas de poca ilustración, lo que conlleva a un desolador cuadro de enfermedades infecto-con - tagiosa de la población en estudio.

HIGIENE	F	%
Buena	19	22
Regular	60	69
Mala	8	9
TOTAL	87	100

TABLA No. 3

·La tabla No. 4, da a conocer y nos permite analizar que un 44% posee letrina, un 7% hueco, un 8% baño integrado y un 41% no tiene baño, demostrando esto que existe una ausencia total de este servicio primordial en una vivienda, Las causas son multiples para justificar su carencia dadas las condiciones del terreno, pues éstos manifestaron no poder construir siquiera un hueco de 2 metros de profundidad correlacionando lo anterior tanto los materiales de construcción como las condiciones higiénicas nos llevan a analizar que esta comunidad es víctima de una realidad bastante cruel por el alto índice de desempleados, analfabetos, modo de vida no acorde con las exigencias de cualquier ser humano, mermando con ello el potencial productivo, lo que arrasa la población a un estado infrahumano.

2.5.4. SERVICIOS PUBLICOS.-

En el cuadro No. 9 nos señala que en la comunidad en estudio, un 83% si cuenta con acueducto, un 5% no tiene, un 10% la compran y un 2% tiene algibe. Hay que hacer énfasis que pese a estar situado el tanque de suministro de agua en dicho Barrio se dan racionamientos no sólo a nivel de de comunidad, sino también a nivel general lo que conlleva a Barrio a proveerse de dicho líquido, almacenandolo en recipientes o tanques que le permitan el consumo del mismo.

ACUEDUCTO	F	%
No tiene	4	5
Si tiene	72	83
Comprada	9	10
Algibe	2	2
TOTAL	87	100

CUADRO No. 9

En relación al cuadro No. 10 el servicio eléctrico en su generalidad es bueno, alterandose su normalidad con los racionamientos acostumbrados que son características nacionales. Decimos bueno el concepto de voltaje, que le permite el funcionamiento de los artefactos eléctricos. Se observa que un 98% tiene luz eléctrica y un 2% no contaba con él, estos manifestaron hacerlo tenido y luego se les suspendió por no tener con que pagarlo.

LUZ ELECTRICA	F	%
No tiene	2	2
Si tiene	85	98
TOTAL	87	100

CUADRO No. 10

En el cuadro No. 11 nos demuestra que 98% de la población no tiene teléfono, sólo un 2% posee este servicio. Tiendo se que ampliar dicha cobertura para que satisfaga las exigencias o necesidades de los solicitantes.

TELEFONO	F	%
No tiene	85	98
Si tiene	2	2
TOTAL	87	100

CUADRO No. 11

#### 2.5.5. ASPECTO CUANTITATIVO.-

En relación al cuadro No. 12 se detectó que para un total poblacional de 542 personas con sólo 87 viviendas, se da un hacinamiento en gran proporción pues los cuartos son pocos, así existen: un 72% de viviendas con sólo cuarto, un 21% con 3 a 4 cuartos y un 7% de 5 a 6 cuartos. De esto se observa que existen viviendas que en su aspecto cuantitativo son bastante alarmantes pues

hay familias que se alojan de 12 a 15 miembros en un total de 1 a 2 cuartos, no reuniendo éstos las condiciones mínimas de un verdadero dormitorio, todo esto incide la propagación de enfermedades infecto-contagiosas o posible promiscuidad, dada las condiciones infrahumanas que no le permiten un mejor medio de vida.

NO DE CUARTOS	F	%
1 - 2	63	72
3 - 4	18	21
5 - 6	6	7

CUADRO No. 12

## 2.6. NIVEL ALIMENTARIO

### 2.6.1. Proteínas.

El nivel alimentario es una comunidad cualquiera, es indispensable para medir el estado nutricional de la misma. En los cuadros siguientes se analiza la ingestión de alimentos que son más comunes así: En el cuadro No 13 se da el siguiente porcentaje, un 29% consume carne de res, un 31% pescado, un 13% aves, un 17% huevos y un 10% cerdo; en lo que respecta a animales de caza no la consumen ya que no está incluida entre las actividades que estos realizan.

Las carnes deben formar parte de la alimentación diaria, si es posible debe ingerirse en las dos comidas principales, a fin de que las proteínas de buena calidad complemente el

valor nutritivo de las que aportan alimentos vegetales como, arroz, maíz, avena, harinas y otros. La carne de res tiene 21 gramos de proteínas, pescado 19 gramos, pollo 20 gramos y cerdo 19 gramos.

En la alimentación del niño, tiene objetivos específicos - sustituir la proteína de la leche por una proteína masticable más acorde con el desarrollo, además suministrar minerales especialmente el hierro.

BARNES	F	\$
Ganado Vacuno	50	29
Pescado	53	31
Aves	23	13
Huevo	30	17
Cerdo	17	10
TOTALES	173	100

CUADRO No. 13

#### 2.6.2. HORTALIZAS.

En el cuadro No 14 apreciamos el porcentaje de hortalizas que consume la comunidad en estudio así : un 24% ingiere zanahorias y remolacha, un 41% revuelto y los restantes son consumidos en poca cantidad.

Las hortalizas son importantes por su alto valor nutritivo y su contenido de vitamina A por cada 100 gramos.

La variedad disponible de hortalizas y la versatilidad de su preparación culinaria permite usarlas desde la tierra o tierna edad hasta la edad adulta, en los más diversos y adecuados formas, así podemos notar que un alto porcentaje de la población consume más hortalizas verdes como es el caso del revuelto.

HORTALIZAS	F	%
Zanahoria	49	24
Remolacha	48	24
Repollo	5	3
Pepino	9	4
Tomate	9	4
Revuelto	82	41
TOTALES	202	100

CUADRO No. 14

## 2.6.3. GRANOS.

El cuadro No. 15 señala la cantidad de granos que consumen en la comunidad, observándose que el porcentaje más elevado es de 37% correspondiéndole éste al frijol como el que más consumen y siguiéndole en su orden el Guandú con un 24% por ser quizás de fácil consecución y acorde con las ,pocos recursos económicos.

GRANOS	F	%
Lentejas	34	17
Frijol	74	37
Guandú	49	24
Garbanzo	5	2
Zaragoza	40	20
TOTALES	202	100

CUADRO No. 15

## 2.6.4. HARINAS.-

El cuadro No. 16 corresponde al de las harinas, nos demuestra que en el Barrio estudiado los alimentos de más consumo son en su mayoría harinas, lo que establece que su dieta nutricional no es balanceada si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje pertenece al arroz con un 20% siguiéndole la papa y la yuca con un 17%, el ñame con un 14%, el plátano con 15% la ahuyama, un 11% y el pan un 2%.

Las harinas se usan en la alimentación infantil pero éstas deben ser acompañadas con alimentos proteínicos que le den al niño una consistencia adecuada a su edad.

HARINAS	F	%
Yuca	65	17
Papa	65	17
Ahuyama	43	11
Batata	13	4
Ñame	54	14
Pan	6	2
Plátano	56	15
Arroz	77	20
TOTALES	379	100

CUADRO No. 16.

## 2.6.5. FRUTAS.-

El cuadro No. 17 corresponde a las frutas, de demuestra en él cuales son las frutas de mayor consumo en la comunidad, así tenemos: que el mayor porcentaje es el de la guayaba por ser la que ~~consigue~~ consigue con más facilidad ~~-~~ siguiéndole en su orden la patilla y los mangos con 15% también por ser de fácil acceso a ellos, el melón y el banano un 14%, la naranja un 13% y la manzana un 6%.

El consumo de frutas hace parte de una ~~dieta~~ dieta balanceada si recordamos que un niño necesita para cubrir sus necesidades de Vitamina C, cuya importancia en la nutrición humana ~~sobra~~ ~~destaca~~ destaca.

FRUTAS	F	%
Mangos	42	15½
Manzana	19	6
Naranja	29	13
Guayaba	65	23
Patilla	43	15
Melón	40	14
Banano	39	14
TOTALES	287	100

CUADRO No. 17

## 2.7. NIVEL DE SALUD.

Con relación al cuadro No. 18, demuestra el estado de salubridad del Barrio en estado que podría ser analizado en forma crítica según lo que se detectó y según los datos obtenidos, los cuales no nos ayudan a clarificar el problema, si se tiene en cuenta que muchos de ello no son veraces por la misma ignorancia del personal encuestado, o por que no logran determinar las causas que le proporcionan tal estado, así se detectó que la más azotada es la niñez, siendo el porcentaje más alto el de la gripe, con un 25%, el de las fiebres con 21% y el de la anemia con 15%, le siguen otras como la T.B.C. con 7%, lo mismo que el sarampión, las demás enfermedades mencionadas tienen bajos porcentajes.

La T.B.C. y la Anemia son consecuencia directa del estado de desnutrición generado por la poca ingestión de alimentos necesarios para el requerimiento del organismo. Tal panorama se vive en el Barrio, en donde se detecta un foco

de estas enfermedades que hacen mella en la población infantil, sin que el organismo competente se desplace a esta comunidad centro del problema de estudio.

ENFERMEDADES	F	%
Gripe	83	25
Fiebres	70	21
Viruela	13	4
Sarampión	23	7
Papera	10	3
Anemia	50	15
Diarrea	8	2
Gastroenteritis	16	5
T. B. C.	26	7
Varicela	3	1
Polio	3	1
Hipertensión	4	2
Parasitismo	11	3
Otras	16	5
TOTALES	336	100

CUADRO No. 18

#### 2.7.1 CENTROS ASISTENCIALES A QUE ACUDENZ-

Con relación a la tabla No. 5 nos señala, que la mayoría de los habitantes del Barrio Hospital acuden a varias instituciones así: Un 63% recibe los servicios en

al Hospital, un 20% de éstos manifestaron que los servicios allí dejan mucho que desear, desde la desorganización que existe en el mismo, hasta sus malos servicios, un 20% de estos acuden a consultorios particulares con una tarifa médica, un 4% visitan a curiosos, un 6% acude a Barranquilla porque se hallan afiliados al ISS y un 7% se hace tratamiento con curas caseras. De lo anterior se deduce que la mayoría de los habitantes del Barrio acuden al hospital por estar cerca y por lo médico de las consultas a pesar que su atención no es buena.

CENTROS ASISTENCIALES	F	%
Hospital	81	63
Consultas particulares	26	20
Barranquilla	8	6
Curiosos	5	4
Curas Caseras	9	7
TOTAL	129	100

TABLA No. 5

#### 2.8. ASPECTO RECREACION.

En la tabla No. 6, nos señala las actividades que más práctica en la comunidad en estudio, se nota que ante la problemática que viven, es muy poca la higiene mental que puede proporcionarse, si se tiene en cuenta que un 29% no

práctica ninguna actividad, un 21% práctica Football, tomándose aquí a la población adolescente, un 14% juega dominó, un 10% lotería, un 3% cartas, un 1% parquéz, un 8% asisten a bailes, un 9% va a cine al teatro del municipio, pues el Barrio no cuenta con tal distracción, un 5% posee T.V. pudiendo intercalar sus quehaceres domésticos con los programas televisados.

De lo anterior se deduce que el Barrio no posee medios recreativos para la niñez, al entrevistarlos manifestaron muchos la posibilidad de tener un parque que les permita a sus hijos distraerse en forma sana.

ACTIVIDADES	F	%
Football	96	21
Dominó	63	14
Lotería	49	10
Cartas	16	3
Parqués	8	1
Bailes	37	8
Cine	43	9
T. V.	24	5
Ninguna	132	29
TOTAL	468	100

TABLA No. 6

## 2.9 ASPECTO RELIGIOSO-

En el cuadro No. 19 señala el aspecto religioso de la comunidad en estudio, en donde se detectó las creencias que profesan la mayoría. El 96% manifestó ser católicos y los santos que más fé le tienen es el Sagrado Corazón, milagroso y San Gregorio, estos le piden para que les de Salud y lo ayuden; sólo un 4% manifestó no tener religión definida.

CATOLICOS	F	%
SI	104	96
No	4	4
TOTAL	108	100

CUADRO No. 19

## 2.10. RESUMEN Y CONCLUSION DE LAS ENCUESTAS.-

Del análisis de los datos obtenidos mediante las encuestas se pudo detectar, que la problemática de la Desnutrición se encuentra bastante arraigada, generada ésta por los escasos recursos económicos, factor condicionante del estado general de un grupo, en este caso las familias que allí conviven. Se pudo apreciar en éste estudio que su dieta nutricional está muy por debajo de los requerimientos del organismo, problema que se agrava más con el cuadro desolador del analfabetismo y por ende del desempleo, no permitiéndole un mejor medio de vida; por presentar la población signos que la determinan como una población enferma en el sentido estricto de estar azatada por el flagelo de la Desnutrición, ante la inferencia de los organismos comprometidos de aliviar en parte esta problemática.

### CAPITULO III

#### INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA COMUNIDAD A PARTIR - DEL HOSPITAL DE SABANALARGA Y EL PROGRAMA PAN.

##### 3.1. PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION.-

Dentro de este grupo de programas sociales, el gobierno ha dado particular importancia al Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, pues éste fuera de aumentar la capacidad productiva de las futuras generaciones, implica una transferencia de recursos importantes hacia las familias de menos ingresos y ayuda a garantizar el éxito de la política de desarrollo rural y de los programas de Salud y educación. En efecto el Plan incluye como uno de sus elementos fundamentales el apoyo a la producción de alimento, tanto del sector tradicional como del moderno y propender por una mejora en el bienestar biológico de los individuos incrementando los beneficios de las acciones en educación y salud.

##### ESFUERZO POR DEFENDER LA NIÑEZ.-

El plan de Alimentación y nutrición inicia un esfuerzo coordinado contra la Desnutrición como resultado de la interrelación de factores tales como ingresos insuficientes, deficiencia de las condiciones Sanitarias y de salud y falta de acceso a la educación y a la información de amplios sectores de la población.

Las acciones del plan se concentran aparticularmente en aquellas categorías de la población que por sus características conforman los grupos más expuestos al riesgo.

Estas son las madres embarazadas y lactantes, los niños de 6 a

24 meses y aquellos que estén entre los 24 y los 60 meses, que presenten algún grado de Desnutrición.

### 3.1.1. OBJETIVOS DEL PLAN.-

El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición pretende lograr un progresivo bienestar alimenticio de las clases menos favorecidas por intermedio de acciones que inciden sobre la - producción, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, como respuesta al hecho de que la desnutrición surge básicamente de la mala distribución de los alimentos, de problemas de salubridad y falta de atención en salud y de malos hábitos alimentarios.

Los objetivos básicos son :

- Disminuir la prevalencia protéico-calórica en menores de cinco años.
- Disminuir la prevalencia de problemas nutricionales en madres embarazadas o en período de lactancia.
- Contribuir a la disminución de la mortalidad por desnutrición diarreas, enfermedades infecciosas e inmadurez en menores de cinco años.
- Fomentar la utilización de alimentos de alto valor nutritivo.
- Promover el mantenimiento o desarrollo de hábito alimentario adecuado.

### 3.1.2. ACCIONES DEL PLAN.-

Programas de Producción y distribución de alimentos enriquecidos, subprograma de Producción de Alimentos.

La Industria procesadora de alimentos desempeña un papel de singular importancia, tanto en suministro de alimentos como dentro de la actividad Industrial en general. Por una parte alrededor del 55% de los alimentos en Colombia sufren algún proceso de transformación industrial y por otra la participación relativa de la industria.

El procesamiento de alimentos se lleva a cabo primordialmente en pequeñas y medianas industrias. Esta actividad ocupa un 18% del personal remunerado y genera el 26.% del total del valor agregado dentro del conjunto de estos establecimientos industriales. Por esta razón el incremento del consumo de alimentos no sólo es importante desde el punto de vista nutricional sino que reviste gran importancia para el conjunto de actividad económica del país.

### 3.1.3. SUBPROGRAMA DE CUPONES.-

El sistema de cupones es un mecanismo establecido para suministrar alimentos del alto valor nutricional a los grupos más vulnerables dentro del 30% más pobre de la población Colombiana.

Los cupones representan un subsidio para el beneficiario, actualmente por un valor de \$5.00 y sirven únicamente para pagar el precio de media libra de los alimentos industriales incluidos en el Plan. La inclusión de todo alimento nuevo en el programa se hace con sujeción a una determinada composición nutricional y normas de calidad cuyo control es realizado por el Ministerio de Salud, sus seccionales y entidades adscritas.

La identificación del beneficiario responde a un doble criterio nutricional y socioeconómico. El primero conduce a la selección

de categorías. El criterio socio-económico implica la identificación dentro del conjunto de los Departamentos destinados a ser cubiertos por el Plan de todas aquellas áreas pertenecientes al 30% más pobre.

Para esta última clasificación se utilizan indicadores de mortalidad, disponibilidad de servicios básicos e educativos y producción local de alimentos.

Para convertirse en beneficiarios de hecho, basta que haya sido detectado por la promotora social de salud de su Barrio o vereda, es presentada por esta al centro de salud correspondiente y ahí registrada en forma definitiva por la auxiliar de enfermería.

Los cupones se cambian por alimentos a través del sistema comercial normal (distribuidores o tenderos) ya que se considera que la empresa privada está en posibilidad de repartir en todas las áreas del plan los alimentos y que el mercado por su conducto podrá beneficiar a toda la población.

#### 3.1.4. PROGRAMA DE SALUD Y SANEAMIENTO AMBIENTAL.-

Mediante estos programas el Plan realiza un esfuerzo tendiente a la mejora de la salud y de las condiciones higiénicas a la mejora de la salud y de las condiciones higiénicas de la población, pues un organismo enfermo no puede absorber y aprovechar adecuadamente los nutrientes que ingiere y es bien conocido que las condiciones ambientales y de higiene condicionan el estado de salud de los individuos. De ahí la importancia dentro del plan de la construcción de acueductos y la instalación de filtros y letrinas, así como la extensión de la red de puestos de salud y de la cobertura de la población, en aspectos de salud básica, nutrición e higiene por parte del personal paramédico de dichos puestos.

### 3.1.2 ACCIONES DEL PLAN.

Programas de Producción y distribución de alimentos en -  
riquecidos, subprograma de Producción de Alimentos.

La Industria procesadora de alimentos desempeña un papel de singular importancia, tanto en suministro de alimentos como dentro de la actividad Industrial en general. Por una parte al rededor del 55% de los alimentos en Colombia sufren algún proceso de transformación industrial y por otra la participación - relativa de la Industria.

El procesamiento de los alimentos se llevan a cabo primordialmente en mediatas y queñas Industrias. Esta Actividad ocupa un 18% del personal renumerado y genera el 26% del total del valor alegrado durante el conjunto de estos establecimientos Industriales.

Por esta razón el incremento de consumo de estos alimentos no solo es importante desde el punto de vista nutricional sino que reviste gran importancia para el conjunto de actividad económica del país.

### 3.1.5. PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL.

El programa de Educación nutricional considera tres proyectos para lograr sus objetivos.

- Proyecto de Capacitación Profesional.
- Proyecto de Educación Interpersonal.
- Proyecto de educación Nutricional a través de medios -  
masivos.

Corresponde al proyecto de capacitación profesional el entrenamiento de Profesionales de la Universidad y de las agencias ejecutado-ras del plan en azeas que directa o indirectamente influyen en el estado nutricional.

La Educación interpersonal esta encaminada a influenciar decisiones sobre consumo de alimentos y condiciones de higiene y limpieza, uso de agua y numerosos hábitos socio-culturales, - susceptible, de afectar el aprovechamiento biológico de los nutrientes a través de experiencias educativas, positivas, dirigidas a la población beneficiaria del Atlántico.

### 3.1.6. PROGRAMA DE EVALUACION.

El Plan de alimentación y nutrición cuenta además con un sistema de evaluación y vigilancia que permitirá - determinar el grado en que se alcancen los objetivos propuestos dentro de un plazo determinado. Este programa persigue - tres objetivos fundamentales:

Controlar el cumplimiento en la ejecución y objetivos de los diferentes proyectos y el programa en su conjunto, así como la - eficacia del manejo administrativo y coordinación interinstitucional del mismo.

Análizar en forma sistemática y periodica el impacto alcanzado por la diferentes actividades del Plan.

Con el fin de iniciar la ejecución del Plan se estableció una - primera fase de mayo de 1.977 a 1.980 en el cual el plan se desarrollará solamente en 11 Departamentos.

Cauca (Se inició como proyecto piloto) Valle, Totilma, Meta, Risaralta, Atlántico, Bogotá. Dentro de estos Departamentos se - seleccionó el conjunto de municipios, veredas y barrios identificados dentro del ejercicio de regionalización y constituyen el , Marco de referencia para la programación de los varios componentes del Plan.

### 3.1.7. ORGANIZACION DEL PLAN.

La estrategia del Plan es multisectorial y abarca es-

pecialmente los sectores de Salud, ~~saneamiento~~ saneamiento ambiental, - educación, nutrición, producción y anticipación o participa- ción de la comunidad. La consecución, la organización y la ejecución del Plan es Interinstitucional y requiere la - ~~coordinación~~ coordinación a todo los niveles (nacional, regional, local). De las entidades participantes.

### 3.1.8. EJECUCION DEL PLAN.

Para la ejecución del Plan de alimentación y nutri- ción se ha procurado utilizar en las diferentes áreas a aquellas entidades que ya realizan el tipo de acción esta- blecido por el Plan.

A continuación se mencionan las responsabilidades concretas - de las distintas entidades dentro del Plan.

El componente de salud y saneamiento ambiental se inscribe - dentro del sistema Nacional de salud y es ejecutado por los servicios de salud con la participación de agentes ejecu- tos del Instituto Nacional de De Salud INAS (promotoras de saneamiento ambiental rural).

El componente de ingeniería sanitaria es ejecutado por las en- tidades Gubernamentales componentes. Dentro del Plan se conce- de prioridad a la construcción de acueductos en medios rura- les, aunque solamente el 40% de la población rural ubicada en las áreas nucleadas será cubierta en promedio.

#### COMPONENTE DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS.

Reviste como se mencionó dos formas: La distribución de alimen- tos en forma directa y aquellos mediante cupones.

La segunda es ejecutada por el Instituto de Fomento Industrial

(IFI) el cual se encarga de emitir y distribuir los cupones al servicio Seccional de salud quien entrega los cupones a los beneficiarios y por la Empresa privada quien distribuye y vende los alimentos.

En 1980 la primera es ejecutada por el Instituto de Bienestar Familiar (IBF) y cubre aproximadamente 700.000 beneficiarios, de las áreas PAN, a los cuales se concentra la distribución directa en categorías o grupos socio-económico - distintos a aquellos atendidos mediante cupones.

#### EL COMPONENTE DE EDUCACION NUTRICIONAL.-

Es ejecutado funcionalmente por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (IBF) con la participación del Ministerio de Salud y de sus seccionales y de algunas entidades que cuentan con agentes en contacto directo con la comunidad y con instituciones del sector educativo.

#### EL PROYECTO PILOTO DE HUERTAS ESCOLARES Y CASERAS.-

Es realizado en forma concertada por el Instituto de Bienestar Familiar, quien asume la responsabilidad principal y diversas entidades del sector agropecuario como el ICA y privado como los (Comites Regionales de Cafeteros) La parte referente a huertas escolares propiamente dicha es ejecutada por el Ministerio de Educación.

#### 3.2. PROGRAMACION DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL HACIA LA COMUNIDAD DE BARRIO.

El Departamento de Trabajo Social conocedor de las polí

ticas lo permiten, así :

Participación de la comunidad como medio de ampliación de cobertura y desarrollo de los programas móviles en colaboración y asesoría absoluta de empleados de la Institución, esto a nivel global y general.

El objetivo general que se busca con éste plan es proyectarse a los diferentes ángulos que conforman el bienestar del individuo dentro de la Institución de ésta índole: Salud, además concientizar a la comunidad sobre la importancia de su participación en ella, como miembros y medios para desarrollar los programas propuestos.

Como en nuestro estudio se habla concretamente de su accionar dentro de la comunidad del Barrio Hospital nos limitamos a analizar hasta donde se hace positiva su labor, en cuanto a la problemática que nos ocupa; se dan actividades que bien pudieran considerarse como un sofisma de distracción ante tal situación si se tiene en cuenta que la ilustración y promoción del programa de Nutrición y dietética se realiza tan solo a nivel de consulta externa y empleados de la Institución mediante la motivación a los pacientes sobre temas, presentación de carteleras informativas, grupos de conferencistas en el empleo de la nutrición, Además de ello llevan a cabo la promoción del programa de T.D.C. consecuencia directa de una alimentación no acorde con las exigencias o requerimientos del organismo.

Las actividades que realizan ante tal situación son:

Censo diario de pacientes ingresados al programa.

Realización de la historia Socio-económica del paciente Práctica de las visitas domiciliarias.

Toma de nuestra para control de las personas que conviven - con el paciente.

Rescate de pacientes que se encuentran alejados del programa.

Lo anterior se da en un alto porcentaje en la comunidad en - estudio por las condiciones de Desnutrición de sus habitan - tes, por lo que se considera que la actitud del trabajador - social dista de estar centrada en la realidad puesto que su accionar debería ser más amplio y disponer de mayores recur - sos que permitan una mejor disposición y análisis del proble - ma.

En cuanto al Plan de Alimentación Nacional, conocido con la sigla "PAN", panacea de la alimentación Nacional en su lucha contra la Desnutrición, es uno de los programas del gobierno actual, aplicando su doctrina paternalista con la obligación de mejorar el estado de salud de la niñez.

Este Plan es promovido en el Hospital de Sabanalarga por el - Departamento de trabajo social hacia las comunidades, operan - do en relación directa con la Planificación familiar política que utilizan como base para promover el Plan, dicha situación fué detectada desde el comienzo de nuestra investigación y - haciéndose más afirmativa y objetivo al entrar en contacto no sólo con las madres del Barrio sino a nivel Institucional a - través del Hospital, en sus programas de proyección a la co - munidad y mejoramiento de Hogar que realizan para aquel sector del sexo femenino que desee "espontáneamente" y sin "Presión" alguna, siguiendo las recomendaciones y condiciones mínimas o máximas para aplicar el control natal y evitar mediante esta "sencilla operación todos los males económicos y sociales de las familias acosadas por la desnutrición, cuya causa no es . otra que el deseo incontrolado de la procreación de los padres

sin importarles la suerte futura de sus hijos.

Este es el objetivo que plantean mediante la relación o constante control natal menos nacimientos igual desarrollo y que se dá directamente proporcional, en otras palabras en su tiempo las profundas observaciones permitieron a MARX llegar a la conclusión de que " No solo el número de nacimientos y los casos de muerte, sino también la magnitud absoluta de las familias son inversamente proporcionales al volumen del salario, o sea quella masa de medios de vida de la cual disponen las diferentes categorías de los obreros"... (4)

Esta política sobre la planificación familiar, en el Barrio - Hospital de Sabanalarga, es tomado como base para promover el plan, pues cada madre planificada tendrá derecho a recibir - unos bonos semanales mediante los cuales se autoriza al Centro de distribución de alimentos no entregarselos sino a venderle por un porcentaje menor del precio de dichos alimentos. Analizando más a fondo el programa llevado a cabo, nos llevó al conocimiento de que mediante mecanismos de contrato se autoriza a los negocios comerciales de ventas de viveres para que a la presentación de los citados bonos le sean entregados a menor precio los viveres que retiren:

La realidad de ésta situación es algo similar a los otros subsidios donde el único beneficiado es el empresario.

En el programa PAN sucede que ellos le revenden a los beneficiados con los bonos los artículos que carecen de alto contenido proteínico, que no son balanceados para su dieta ni tampoco enviados por el Estado.

---

4. CARLOS MARX, "El Capital". T.I. Ed. Estatal de Literatura Política, Moscú 1960.

A lo anterior agregamos que si bien los bonos existen y son entregados a las madres planificadas esto sólo se efectúa - en la semana inmediatamente posterior a la operación, pero ante la situación de la realidad en los ,centros de entrega a "Bajos precios" y el subjetivo balanceo dietético, cumplen una función negativa y de rechazo por parte de la población femenina. No podemos dejar escapar la oportunidad de manifestar que los granos y demás alimentos de alta concentración proteínica, no pueden cumplir una función nutritiva en la población desnutrida de Colombia porque sencillamente representan materia prima para la industria Nacional, al caso de la soya, uno de los elementos básicos para el balanceo nutricional de la población infantil, es acaparado por las industrias de las grasas y aceites del país; y su harina que aún guarda muchas proteínas, es destinada a los concentrados para la industria avícola y vacunas.

De todo lo anterior podemos concluir que el quehacer del trabajador social se ve limitado en ciertas ocasiones por las - políticas de desarrollo de las industrias o de las instituciones.

El trabajador social es un elemento por su honestidad está - comprometido con la realidad Nacional y con las soluciones - a los problemas una vez detectados, para que su labor sea - verdaderamente científica.

Esta nos trazamos desde el comienzo en que decidimos abordar y profundizar en el complejo fenómeno de la Desnutrición, pero si sólo en parte es cumplida nuestra misión creemos haber hecho algo y aportado l una brizna de ayuda en el complejo - proceso social de la sociedad y con recatado optimismo, sea tomado en cuenta para futuros y más completos estudios sociales.

El departamento de Trabajo Social se queda corto por considerar su misión social asignada, a detectar las familias numerosas, para proporcionarles o prepararlas en la aceptación de la esterilización. El programa comienza con el convencimiento de la operación y termina con esta, para luego entregarle los bonos que sirven de paliativo a aquellas familias que carecen de todas las comodidades necesarias.

El tan inaugurado y programado Plan de alimentación Nacional cumple su función a la inversa de sus necesidades, permitiendo la venta de artículos a los negocios de comercio y recibir al mismo un subsidio adicional a los comerciantes y acaparadores que políticamente se la ingenian por conseguir estos programas estatales en beneficio personal a costa del pueblo sufrido.

## CONCLUSION

Concluido el estudio realizado en el Barrio Hospital de Sabana larga, hemos podido constatar que el grado desnutricional de la niñez en dicho Barrio es una consecuencia del bajo nivel socio-económico de sus habitantes, que constituyen una constante unida a las condiciones de hacinamiento por los aspectos cualitativos y cuantitativos de la vivienda, factores de promiscuidad y propagación de algunas enfermedades que hacen presa fácil a los débiles organismos infantiles marcados por una herencia carencial que viene minando desde generaciones anteriores.

Esta herencia carencial incide en los dos procesos vitales del organismo humano, el físico y el intelectual, generando seres incapaces de alcanzar el nivel normal mínimo de desarrollo recomendado de acuerdo a los estudios realizados por la misión FAO; características sobresaliente de las clases bajas se encuentran Colombia, sin dejarnos engañar por deslumbrantes exposiciones de tratadistas en la materia al considerar a Colombia como un país en acelerado desarrollo, hipótesis que sólo se cumple en el polo opuesto a la clase en estudio, la clase burguesa en donde la acumulación de capital se da aceleradamente.

Para el estudio en referencia tomamos al Barrio en su totalidad, aplicando 100 encuestas que nos dieron un total poblacional de 542 personas, de las cuales un 20% se encuentra laborando con sueldos mínimos que no le permiten solventar su situación económica especialmente disponer de una dieta alimentaria acorde a las exigencias del organismo.

Teniendo en cuenta las variables estudiadas en el proceso de investigación y que en los cuadros estadísticos se demuestran con porcentajes reveladores, pudimos comprobar que existe un alto índice de desempleo, trayendo como consecuencia la falta de vivienda y por consiguiente el hacinamiento, el bajo nivel educativo ocasionado por la deserción escolar y el bajo nivel nutricional de la población, factor decisivo en el estado de salud de un grupo social dado, en la medida que las necesidades lo exijan, para el normal desarrollo físico e intelectual del individuo.

En el Barrio Hospital de Sabanalarga no son suministrados los alimentos necesarios al organismo, pues esta está constituida en más de un 70 por harinas, alimentos considerados energéticos y que en muchos casos son motivo de problemas cardio-vasculares, mientras que las calorías esenciales en el estado normal de salud del grupo son de frecuente ausencia. Tal situación esta lejos de ser solucionada por el simple programa del Plan de Alimentación y Nutrición, pues sus raíces se profundizan en la estructura económica, estrecho que no permite cerrar la brecha entre el desempleo obligado y las metas de ocupación lo que quiere decir que la variable ingreso determina la variable Desnutrición, lo económico determina la biológico.

Con este estudio hemos querido analizar científicamente el fenómeno de la Desnutrición, pero si sólo hemos cumplido en la parte la misión propuesta, esperamos que nuestro aporte sea de importancia para posteriores y completas investigaciones relacionadas con el tema estudiado en la creación de nuestro propio análisis reflejo de la realidad Nacional.-

## RECOMENDACIONES

1. EDUCACION NUTRICIONAL A LA COMUNIDAD. Buscar la manera de que estas utilicen mejor los recursos alimentarios disponibles, con las condiciones económicas existentes. Estos programas educativos realizarán en todos los niveles, intermedio, primario y a la comunidad.
2. Mejoramiento de los niveles de Saneamiento ambiental y control de enfermedades transmisibles, combatiendo las causas que en forma secundaria agravan los estados de Desnutrición.
3. Ejecución de Programas de suplementación alimentaria, dirigidos a los grupos de más alto riesgo como las madres embarazadas, los menores de 5 años y todos los desnutridos. Estos van acompañados por actividades de educación nutricional.
4. Participar en programas de Desarrollo a la Comunidad organizándolas y concientizándolas para que logren acabar con la dependencia en que se hallan, raíz de todos los problemas.
5. La Sociedad debe tener conciencia de la problemática de la Desnutrición, y así llevar a cabo investigaciones científicas que sirvan de base para programas en beneficio de las comunidades.
6. El Estado debe aportar programas más concretos y más efectivos para acabar con el problema de la Desnutrición.
7. La facultad de Trabajo Social debe plantear en la programación Universitaria cátedras que conlleven a la creación de una especialización en Salud Social por ser este un campo de importancia en las investigaciones.

- 8 Creación de fuentes de trabajo que alcancen porcentajes regulares en la población desocupada, mediante el aseguramiento de salarios físicos y prestaciones sociales-familiares, que permitan equilibrar el valor real de los salarios y relativa capacidad de ahorro.
- 9 Crear facilidades del cambio de la vivienda con base estrictamente a los ingresos de éstas familias de clase baja para transformar la estructura física del Barrio.
- 10 Mejoramiento habitacional y adquisición de viviendas a través del Instituto.
- 11 Ampliación del material humano en el Departamento de Trabajo Social, que se encarguen de coordinar los programas de Salud Social con la colaboración de las promotoras de Salud.
- 12 Ampliar la cobertura de los programas de Saneamiento Ambiental y de Nutrición, a fin de pueda erradicar el problema de la niñez para evitar las enfermedades carenciales, para lo cual los almacenes de abastecimiento de alimentos que distribuye por la Desnutrición, debiendo ser la instrucción familiar a nivel de Barrio y no a nivel de Hospital.
- 13 Crear programas de medicina preventiva y mecanismos fáciles para la consecución de alimentos, mediante estudios y planificación económica de las familias.

Mientras se deje a éstas gentes para que ellos se hagan a los medios de salud y nutrición, sin tener en cuenta sus niveles de vida social y económicos no se conseguirá el fin propuestos por los programas publicados.

## BIBLIOGRAFIA

1. LEWIS, Oscar "La Cultura de la Pobreza", Editorial Joaquín Mostiz S.A. Tobasco 106 México ? D.F. 1966.
2. SABINO, A. Carlos. "El Proceso de Investigación", Ed. EL CID, Bogotá - Colombia 1980.
3. PAREDES, M. Raúl. AGUALIMPIA, Carlos. "Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia.
4. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. "División - Educacional Nutricional como medio y pensar de los niños". T.E.M. página 13.
5. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. "Clasificación del Estado de Nutrición ". Bogotá-Colombia.
6. SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO. "Grupo de Nutrición, los alimentos y su clasificación por grupos. 8/quilla 1975.
7. TORRES, Camilo. "El nivel de vida de la Clase Obrero, función de los Alimentos". Ediciones Era. Edic México 13. D. E. 1970.
8. PLATA, RUEDA, Ernesto. DR. "Pediatria Practica". I.C.B.F. Fondo de Ediciones. Serie A. Volumen 1. No. 2.
9. RAMOS, GALVAN, Rafael. "Desnutrición en el niño, México -

- Impresiones Modernas 1969.
10. K. MALIN. "El hombre en el mundo", Ediciones Suramericana, Editorial Colombiana nueva, Bogotá 1968.
  11. CONSUEGRA. H., José "La teoría de la Inflación el Interés y los Salarios, Editorial Plaza y Janes, 2a Edición 1/80.
  12. VISION, Revista. Volumen 54 No. 8 "La marea Humana" abril 7 de 1.980.
  - 13 ASOCIACION DE FACULTADES DE MEDICINA, "Investigación Nacional de Morbilidad, Bogotá D.E. 1968.
  - 14 ESPECTADOR, "Morbilidad por Desnutrición, estudios CIEP PAN, noviembre de 1.980.
  - 15 DE GASTORI, Elf, "El Método de las Ciencias", Nociones preliminares, Editorial Grijalbo, México D.F. segunda Edición 1979.
  - 16 PARDINAS, Felipe, "Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales, Ediciones Siglo 21, impreso en Colombia por Editorial Tenis Ltda, vigésima segunda Edición 1.980.
  - 17 REVISTA, Visión, "El Poder de los Alimentos", Volumen 55, No. 4 agosto de 1.980.
  - 18 PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION, República de Colombia.

19. STANLEY I. Robbins. "Patología Estructural y Funcional" Primera Edición 1975 por Nueva Editorial Interamericana S. A. de C.V. Cedro 512 D.F. México.
20. CENTRO REGIONAL DE AYUDA TECNICA " Papel de la AID para reducir la Desnutrición en los Países en Desarrollo. - Primera Edición 1972. México Buenos Aires.
21. MARX, Carlos. "El Capital" T. 1. Editorial Estatal de Literatura Política, Moscú 1969.
22. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, Boletín " Las Estrategias Epidemiológicas para la Salud en el mundo Cambiante". Washisgton, D.C. E.U.A.
23. SEHAR, M. "La Responsabilidad del Sector Salud en la Alimentación y la Nutrición", Bol Of Smit Panamá.
24. ANDER EGG, Ezequien, "Técnicas de la Investigación Social" Sa Edición, Editorial Humanista, Buenos Aires.
25. BLANCO, BARROS, José Agustín, "Sabanalarga: Sus Origenes y su Fundación Definitiva, Ediciones Publicaciones Especiales.