

T
362.10425
M748



ORGANIZACION Y ESTRUCTURACION DE LA SECCION DE
TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO MEDICO COMFAMILIAR
"MEDICIENTIFICO"

ISABEL MARTINEZ GALLARDO
MARELBIS TRUJILLO MENDOZA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, JUNIO 1986



ORGANIZACION Y ESTRUCTURACION DE LA SECCION DE
TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO MEDICO COMFAMILIAR
"MEDICIENTIFICO"

ISABEL MARTINEZ GALLARDO
MARELBIS TRUJILLO MENDOZA

Trabajo de Grado presentado
como requisito parcial para
optar al título de TRABAJA-
DORA SOCIAL.

Asesor: T.S. CARLOS OSORIO.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, JUNIO 1986

HOJA DE ACEPTACION

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Junio 1986

PERSONAL DIRECTIVO

RECTOR	DOCTOR : JOSE CONSUEGRA H.
VICERECTOR	DOCTOR : LEONELLO MARTHE Z.
SECRETARIO GENERAL	DOCTOR : RAFAEL BOLAÑOS
DECANO	DOCTOR : JORGE TORRES D.
VICEDECANO	DOCTOR : CARLOS OSORIO T.
SECRETARIA ACADEMICA	DOCTORA: MARIA TORRES A.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, JUNIO 1986

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a los doctores Hugo Pérez Torres, Fermín Utría Mendoza, Hermencia Sarmiento, Profesores de la Universidad Simón Bolívar, quienes con su colaboración y sus atenciones, facilitaron la materialización de la presente tesis.

Igualmente hacemos extensivos éstos, a nuestro asesor el doctor Carlos Osorio Torres, por su permanente interés y sus aportes en la realización de la presente tesis.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con cariño a mi madre Concepción Mendoza López, al Doctor Fermín Utria Mendoza y a su señora esposa Otilia Londoño de Utria, a mi hermana Marilis Trujillo Mendoza, quienes con su presencia, amor y perseverancia me dieron apoyo moral y económico para seguir anhelante mis esfuerzos consiguiendo así la culminación de mis estudios y con ello la adquisición del título de Trabajadora Social que hoy orgullosamente obtengo.

Marelbis.

DEDICATORIA

Los esfuerzos realizados durante mi proceso cognositivo, son el producto de estímulos, orientaciones que cada día sirvieron de refuerzos en la obtención de mi ideal; por tal motivo debo y dedico éste triunfo que me ubica como una profesional de las Ciencias Sociales, a mis queridos padres: Doña Aida Gallardo de Martínez y al Doctor Julio Martínez Rangel dignos de admiración y respeto.

Isabel.

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
INTRODUCCION	1
1. ORIGEN DEL ESTUDIO	4
1.1. CONSECUCION DE METAS	6
1.2. DELIMITACION	7
1.3. ASPECTOS DEL PROYECTO	9
1.4. METODOLOGIA UTILIZADA EN LA REALIZACION DEL PROYECTO	9
2. REFERENCIAS TEORICAS E INSTITUCIONALES DEL TRA BAJO SOCIAL EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA SALUD	14
2.1. EL TRABAJO SOCIAL EN INSTITUCIONES DE SALUD A NIVEL PRIMARIO	14
2.2. EL PLAN NACIONAL DE SALUD EN COLOMBIA	21
2.3. LA SALUD COMO PROBLEMA EN COLOMBIA	25
2.4. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD	29
2.4.1. Servicio Seccional de Salud del Atlántico y la Participación del Trabajador Social	30
2.5. ESTRUCTURA DEL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD EN	

BARRANQUILLA	32
2.5.1. Area de atención a las personas	32
2.5.1.1. Programa de rehabilitación oral	32
2.5.1.2. Salud oral, salud mental, salud ocupacional y Control de accidente	33
2.5.1.3. Programa de Atención al medio ambiente	34
2.6. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	36
2.6.1. Estructura y Organización del Sistema Nacio- nal de Salud.	38
2.6.2. Niveles de atención según cobertura del sis- tema nacional de salud	40
2.7. LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR Y LA ATEN - CION EN SALUD PRIMARIA	42
2.8. EL TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD MEDICA DE LA CA JA DE COMPENSACION FAMILIAR-COMFAMILIAR ANDI FENALCO	43
3. PROPUESTA DE LA ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DE LA SECCION DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD MEDICA DE COMFAMILIAR	50
3.1. EXPERIENCIA PRACTICA DE TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO MEDICO	51
3.2. HISTORIA DE LA INSTITUCION	51
3.3. NIVEL DE DEPENDENCIA	52
3.4. UBICACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO MEDICO DE COMFAMILIAR	52

3.5.	PROGRAMAS, PROYECTOS EJECUTADOS Y LOGROS ACCAN ZADOS SURANTE EL PROCESO DE PRACTICA	53
3.6.	FUNCIONES DESARROLLADAS DE ACUERDO A CADA PRO- GRAMA	59
3.7.	RECURSOS UTILIZADOS	64
3.8.	EVALUACION DEL PROCESO DE PRACTICA	65
3.9.	PRESENTACION	66
3.10.	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES QUE JUSTIFIQUEN LA CREACION DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL	66
3.10.1.	En cuanto a la atención y control de pacien tes	67
3.10.2.	En cuanto a la proyección de la unidad de las empresas	70
3.10.3.	En cuanto a la restructuración de programas	72
3.10.4.	Estructura de la propuesta	73
3.10.5.	Nivel Jerarquico y ubicación de la sección de Trabajo Social	74
3.10.6.	Organización y dotación interna	74
3.10.7.	Funciones	74
3.10.8.	Actividades Rutinarias	76
3.10.9.	Programas Especiales	78
3.11.	INFORME ESTADISTICO EN SERVICIO DE ATENCION DIRECTA	80
3.12.	REGISTRO DE SEGUIMIENTO	81
3.13.	CONTROL DE ACTIVVDADES	83

3.14. REMISION	86
3.15. CITACION FAMILIAR	88
3.16. CARTA DE REFERENCIA	88
3.17. DESCRIPCION ORGANIZACIONAL	91
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFIA	104

INTRODUCCION

El presente es un estudio a nivel descriptivo, de tipo mixto que confronta la investigación de campo y bibliográfica, las expectativas del profesional en práctica que labora en el nivel primario de la salud en el Centro Médico de Comfamiliar.

La importancia de éste estudio consiste en el accionar del Trabajador Social en el Centro de Salud, el cual se encuentra parcializado o sectorizado, no teniéndosele en cuenta en el equipo multiprofesional en cuanto al tratamiento y recuperación del paciente ocasionando un divorcio permanente entre el tratamiento clínico y el social. Justificamos su presencia en la Unidad Médica dentro del esquema organizacional como una visión clara de sus funciones.

Ante ésta situación presentamos la propuesta denominada Diseño de la Sección de Trabajo Social en el Centro Médico de Comfamiliar, cuyos objetivos generales se centra dentro de los objetivos de la institución.

Con éste aporte de Trabajo Social en dicha Unidad se mejo-

rará la confundida imágen que se tiene de éste profesional de las Ciencias Sociales en la mencionada institución. De igual manera se demostrará que el accionar del Trabajo Social es muy amplio siempre y cuando no se deje encasillar por acciones o funciones que tradicionalmente se han venido desarrollando, permitiendo incursionar en un área que tradicionalmente se le había asignado a otros profesionales.

Se hizo necesario la aplicación de la metodología científica cuyo procedimiento se utilizó para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos, distinguir las fases de su desarrollo, con éstos buscamos esclarecer las acciones recíprocas entre los procesos generalizando y profundizando los conocimientos.

El método es también un conocimiento adquirido como resultado de las experiencias acumuladas racionalizadas, y probadas en el curso histórico de la actividad científica, por lo tanto conduce a la racionalización objetiva de la actuación del profesional en el medio particular en que se ha desenvuelto.

Nuestro proceso de recolección de datos en la Unidad Médica se llevó a cabo bajo las siguientes etapas: La primera en la

que se adquirieron nociones sobre la realidad, mediante la observación general de las dependencias del Centro Médico Comfamiliar, la detección de la población atendida por la Unidad Médica y toma de contacto con la problemática allí detectada. Segunda etapa, mediante la obtención participante, nuestra intervención en los programas del Centro de Salud, la cual se centró en charlas de educación social a los pacientes y motivación a la comunidad. La tercera corresponde a la sistematización de nuestro trabajo y la cuarta, La planificación y programación.



1. ORIGEN DEL ESTUDIO

Al presentar un estudio científico sobre la investigación del Trabajador Social en el Centro Médico de Comfamiliar, es necesario dar a conocer el origen de la situación em - problematizada a la vez es imprescindible al terminar un proceso cognoscitivo, establecer una propuesta a lo capta do durante el período de investigación; puesto que todo profesional en Trabajo Social debe hacer uso del pragma - tismo, para que su accionar sea más provechoso para los u suarios y las instituciones.

Es generalmente parcializado la intervención del Trabaja - dor Social en la Institución de Salud Primaria, ya que la bora exclusivamente a nivel de ejecución de programas, pe ro esto no impide para que el Trabajador Social utilice y aplique completamente su radio de acción que es bastante extenso ubicando la participación de éste profesional de las ciencias sociales en categorías de: Organización, Ges tión Científica, Creación, Administración de Programas.

Es significativo el aislamiento del Trabajador del equipo de profesionales que atienden a los pacientes. La razón de

esea animofía es su trabajo en programas sectoriales, más no en el tratamiento social con los idoneos en medicina orgánica que brinden atención a los usuarios del centro médico. Obteniendo así mejores logros a través de una labor en equipo.

La intervención de Trabajo Social surgió como necesidad institucional y organizacional de alcanzar los objetivos sociales propuestos por los programas de salud adelantados en el Centro Médico, teniendo en cuenta las funciones que desempeña el Trabajador Social, se hizo necesario la presencia de este profesional para promover, motivar, diseñar y ejecutar actividades programas que fueron en pro de los programas de crecimiento y desarrollo infantil, para la tercera edad. De ahí que se escogieron 6 estudiantes de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar con el fin de lograr un mejor servicio profesional (Médico, Nutricionista Psicólogo, Trabajadora Social) para atender integralmente a los beneficiarios de los programas.

Para iniciar nuestras prácticas institucional fué necesario una inducción teórica indirecta, la cual se llevó a cabo a través de la documentación bibliográfica pero fué necesario e indispensable la inducción práctica directa en la Entidad objeto de estudio.

La inducción indirecta se hizo en un tiempo comprendido en la primera semana de marzo de 1985 y la inducción práctica directa se realizó entre la segunda semana de marzo y la segunda semana de abril del mismo año.

En algunos programas como el caso del Club de Hipertensos este tipo de inducción fué constante.

Nuestra intervención como Trabajadoras Sociales en el Centro Médico Comfamiliar se inició el 14 de marzo de 1986.

1.1. CONSECUION DE METAS

En base al problema planteado se trazaron la obtención de objetivos identificables con la institución, estos son los siguientes:

- Identificar y jerarquizar las necesidades y requerimientos que hacen necesaria la restructuración de la sección de Trabajo Social en la Unidad Médica de COMFAMILIAR con el fin de establecer los parámetros científicos y técnicos: que justifiquen y posibiliten su organización dentro de las políticas y posibilidades de la institución.
- Presentar una propuesta viable en la que se concreta la po

sible estructura y organización de la Unidad de Trabajo Social en el Centro Médico de Comfamiliar.

-Establecer el proyecto de la sección de Trabajo Social en el Centro de Salud Comfamiliar para lograr la participación efectiva y benéfica tanto para la entidad como para los usuarios y así el profesional pueda desarrollar sus funciones, contribuir al logro de metas y mejorar el funcionamiento de los programas en salud.

-Controlar y analizar los programas, la metodología, el aprovechamiento de los servicios por parte de la institución y los usuarios; con el fin de realizar las modificaciones necesarias que contribuyan a los fines del Centro de Salud.

-Impulsar el desarrollo de Trabajo Social en Salud y a la vez facilitar a la Unidad Médica una mayor prestación de los servicios sin aislarse del contexto social, económico y familiar, ya que la finalidad del Trabajo Social en la Unidad de Salud de Comfamiliar es lograr el bienestar de la colectividad.

1.2. DELIMITACION

En todo estudio que se realice es de importancia incluir la

ubicación temporo-espacial donde se llevó a cabo el proceso investigativo particularizando en el estudio llevado a término en el Centro Médico de Comfamiliar, tuvo como campo de referencia la funcionalidad del Trabajo Social, en un período de tiempo de doce meses comprendido desde mayo de 1985 a mayo de 1986, situado el estudio en la calle 47 con la carrera 43 en la prestación del servicio a los pacientes.

En el referente estudio se acogieron puntos esenciales para conformar un universo de estudio. Es necesario mostrar a los lectores del presente trabajo el nivel en que se laboró, al igual que el tipo de estudio que se efectuó en el Centro Médico de Comfamiliar. Los puntos que formaron parte de la investigación son: Centro Médico, el equipo multidisciplinario, los pacientes atendidos en el período de estudio, los programas de salud.

El nivel de estudio fué el descriptivo, pues permitió describir la situación que existe en la Unidad Médica y formular un diagnóstico, en base a éste se elaboró el proyecto de Trabajo Social de acuerdo a las necesidades que hicieron necesaria la intervención del mencionado profesional, El estudio es de tipo mixto ya que se centra en una investigación de campo y bibliográfico.

1.3. ASPECTOS DEL PROYECTO

A raíz de los objetivos trazados el estudio comprendió preferentemente tres aspectos.

El primero se refirió a la situación real que existe en la Unidad Médica de Comfamiliar, la investigación de Trabajo Social en el equipo profesional y el accionar general del Trabajador Social en el Centro de Salud Comfamiliar. Así como la estructura política, objetivos, cobertura, etc.

El segundo consistió en los aspectos teóricos y conceptuales sobre lo que se apoya el Trabajador Social en Salud, particularmente lo que se relaciona con la intervención del profesional en instituciones de éste tipo encaminadas a la atención de la comunidad.

Por último el tercero trata sobre la propuesta a la Caja de Compensación Familiar Comfamiliar Andi Fenalco sobre el diseño de la sección de Trabajo Social en la Unidad Médica de la mencionada institución.

1.4. METODOLOGIA UTILIZADA EN LA REALIZACION DEL PROYECTO

La obtención de la información referente a los aspectos o

variables del estudio implicaron la utilización de las técnicas de investigación social y la intervención científica en lo que se refirió a la observación directa e indirecta. Dentro del diseño de estudio utilizamos el método básico y la observación, estos con técnicas adecuadas en la recolección de los datos para poder determinar con claridad si las políticas, objetivos, estructura, organización del Centro Médico Comfamiliar responden a las necesidades de la población atendida: en éste caso los pacientes de dicha Unidad Médica y si el Trabajador Social cuenta con una ubicación definida en la institución sobre todo el lugar que ocupa en el equipo de profesionales que atienden a las personas que acuden a los servicios médicos.

El método utilizado fué de valiosa ayuda puesto que a través de su aplicación en etapas permitió realizar aproximaciones sucesivas al objeto de estudio, e interpretación diagnóstica, para luego entrar a la etapa de planificación en la que planteamos nuestra propuesta como respuesta a la realidad que obtuvimos.

De acuerdo a los datos recopilados y a las limitaciones encontradas, así se fue amoldando la investigación al proceso metodológico. En la teoría del Trabajo Social que se aplica en instituciones de salud para confrontarla con la

realidad existente, lo más conveniente fué utilización de la observación. Esta ha sido considerada generalmente como una técnica, sin embargo la complejidad, la importancia que poco a poco ha ido tomando en la medida en que su estudio y el perfeccionamiento de las técnicas y procedimiento de observación lo permiten: nos ha llevado a considerar en ella la presencia de una metodología y darle dentro de la investigación la preminencia de ser el procedimiento consustancial a la actividad del hombre, el que históricamente le permitió y ha permitido traducir sus experiencias en conocimientos y a estos en pautas para modificar la realidad de acuerdo a las necesidades.

La observación puede catalogarse como una técnica en cuanto a mecanismos histórico natural de percepción de la realidad material, cultural, del hombre en diversos estudios.

Desde éste punto la observación es un medio lícito de conocer la propiedad y la realización del objeto en estudio, la observación es la herramienta básica para el proceso del conocimiento ya que éste se inicia con la percepción de la realidad: sensación y percepción son los elementos básicos y fundamentales en el proceso del conocimiento.

La observación la particularizamos en observación bibliográfica

fica o documental y la observación directa especialmente la simple o de campo, por que estudiamos la teoría de Trabajo Social en Salud aplicada en la práctica profesional, y ofreció la ventaja de estar presente en el lugar de estudio el cual es el Centro Médico Comfamiliar analizando si la teoría verdaderamente se ensancha con la realidad que existe en la institución objeto de nuestro estudio.

La observación documental fueron datos ya procesados por otros observadores que han sido materia de estudios anteriores en el campo de la salud.

La información se encontró en libros, revistas, archivos en fin todas aquellas fuentes de información en el que el hombre deposita sus conocimientos.

Fué muy importante conocer las características del personal de pacientes que son atendidos en la Unidad Médica de Comfamiliar y para la obtención de los datos se hizo a través de entrevistas informales, en la cual se desarrollaron conversaciones centradas en recabar información personal del individuo, de su familia y de los que lo rodean etc. La entrevista permitió mayor heterogenidad en cuanto al nivel y características de las personas en razón de que

la comunicación es personalizada, directa al menos entre el encuestador y el encuestado. La entrevista es una técnica de observación y por ello la selección de los encuestadores debe procurar eliminar la posibilidad de respuestas influenciadas por éste.

Se tuvo presente algunas consideraciones sobre la entrevista que tratan sobre el valor de las relaciones interpersonales que se establece entre el encuestado y el encuestador.

Como profesionales en Trabajo Social se excluyó la utilización de entrevistadores ajenos al equipo de investigación ya que su naturaleza exige una mente adiestrada en el campo de las relaciones humanas.

2. REFERENCIAS TEORICAS E INSTITUCIONALES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA SALUD

2.1. EL TRABAJO SOCIAL EN INSTITUCIONES DE SALUD A NIVEL PRIMARIO

Es importante estudiar y dar a conocer el verdadero campo de acción en el que labora el Trabajador Social en las Unidades de Salud Primaria especialmente en la Caja de Compensación Familiar "COMFAMILIAR" a la vez demostrar que la intervención de Trabajo Social en éste área no es circunstancial: puesto que se encuentra ubicado a nivel nacional en el Sistema Nacional de Salud con funciones delegadas en los Servicios Seccionales de Salud.

La salud la definió la Organización Mundial de la Salud OMS en 1946 como "un estado de completo bienestar físico y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹

¹BEREH ESCOBAR, David. Manual Vigía de Salud, Quindío, Fundación de desarrollo de la salud del Quindío, 1985, p.21.

Posteriormente "en la tercera reunión del Ministerio de Salud en 1973 de la OMS se señaló que la salud es un fin, un objeto permanente de la preocupación individual por que le permite a cada uno realizarse"². La salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona, se reconoce así que la enfermedad es un desajuste entre individuo y ambiente y se indica que la salud es un fin y un medio. Entendemos que es un medio ya sea para lograr la supervivencia individual y colectiva puesto que los hombres no viven aislados.

Consideramos que la Salud-Enfermedad configura una unidad como parte de un proceso vital que es colectivo de una sociedad concreta en la medida en que éste vea las condiciones favorables para el desarrollo integral de los hombres. La Salud-Enfermedad es un fenómeno social que trasciende de lo meramente individual y lo biológico y abarca la comunidad como un conjunto aunque se exprese en individuos concretos.

En cada país se busca dar respuesta a ésta problemática a través de la salud pública: el estado crea mediante el Ministerio de Salud y de las regionales, entidades encarga-

IBIDEM, p.22

das de atender, preveer, recuperar, promover y rehabilitar individuos, grupos o comunidades afectadas.

Como anotamos anteriormente la salud-enfermedad es un fenómeno social como tal debe ser estudiada por Psicólogos, Médicos y por el profesional en atender problemas sociales.

La salud no es solo la ausencia de enfermedades sino que es un proceso interrumpido que dura toda la vida, el cual se caracteriza por cambios en nuestro organismo, en nuestra mente, estos cambios en ciertas circunstancias sobre pasan el límite de lo normal y constituyen la enfermedad³

"La salud es un resultante de la estructura económica, del nivel cultural y del grado de bienestar de la sociedad. Por otra parte es un proceso dinámico que resulta de la interacción del individuo y la comunidad con el medio"⁴

"Los textos académicos conciben la salud desde el punto ecológico con el equilibrio adaptativo de el organismo humano con el ambiente físico y social o como el equilibrio entre el agente causante de la enfermedad, el huesped hombre y el medio ambiente"⁵

³-----
IBIDEM, p.25

⁴IBIDEM p.39

⁵KISNERMAN, Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Buenos Aires, Humanitas, 1981, p.121

"La salud es un concepto integral y dinámico que no se restringe al estado físico individual sino que corresponde su relación con las otras personas desde el círculo familiar al social"⁶

La salud resulta de la acción conjunta de múltiples factores entre los cuales los de orden socio-económico, ocupan posición importante, el equilibrio integral de la sociedad es la condición ideal para el estado de salud y para la reproducción de los seres humanos con grado satisfactorio de normalidad.

LA SALUD PRIMARIA:

Es el servicio que se le presta al individuo que va por primera vez a una institución prestandoles una atención de bajo riesgo.

El accionar de Trabajo Social en atención primaria, se ve enfrentado diariamente con una problemática de gran magnitud y complejidad: hambre y desnutrición; desempleo y subempleo, tugurio y hacinamiento; enfermedades y epidemias; ausencia

⁶IBIDEM, p.124.

de ingreso; presupuesto familiar e ingreso percápita de muy bajo nivel. Problemática ante la cual el Trabajador Social debe entender que con su intervención no va a proporcionar una solución temporal sino que busca mejorar el nivel de vida del individuo desempeñando diferentes roles como: orientador, asesor, organizador, capacitador, planeador, evaluador, etc.

Para su acción profesional en esta problemática el Trabajador Social debe partir de que el hombre a nivel individual y colectivo, tiene potencialidad de cambio, motivo por el cual es capaz de crecer, cambiar y desarrollarse, pero que el ambiente debe proporcionarle dichas oportunidades de cambio.

El Trabajador Social puede participar en el análisis, solución y en la promoción de la calidad de vida humana, es así como el Trabajador Social teniendo en cuenta los objetivos, reglas, normas, políticas y procedimiento del área en que trabaja debe octar sus conocimientos y competencia a través de la investigación científica, el estudio y diagnóstico de necesidades y la elaboración de planes de tratamientos, los que basados en prioridades y traducidos en programas contribuyen al logro de los objetivos de justicia social, niveles de vidas más adecuados y una mejor calidad de

la vida humana.

Esto hace necesario en salud, la participación consciente y responsable de las diversas disciplinas profesionales en busca de soluciones que garanticen preservar valores inherentes a la persona y promuevan un mejor desarrollo personal y social.

El Trabajo Social debe realizar actividades a nivel multidisciplinario tendiente a resolver necesidades individuales y sociales derivadas del cambio y en los aspectos de promoción o desarrollo, de prevención y en los aspectos curativos y de rehabilitación, a través de las siguientes acciones.

-Coordinar con el equipo de salud las diferentes acciones a realizar en la institución para preverla, organizarla e inducirla hacia la participación en los programas de salud, resultando en el equipo las potencialidades y dinámicas sociales existentes en la institución que favorecen el cambio que a su vez pueden influir en la reformulación de políticas nacional, basadas en el conocimiento y análisis de la realidad social.

-Realizar investigaciones científicas de la realidad social reconociéndose así los aspectos psico-social de la necesi-

dad humana. Los factores condicionantes que están determinando el nivel de salud de la población y las condiciones que deben ser solucionadas, las diferentes necesidades en salud existente en la institución.

-Promover a la comunidad o Institución, informándola sobre los diferentes programas en salud que se pueden adelantar con participación de los usuarios o de la comunidad; los beneficios que se pueden obtener a través de la participación comunitaria, a través de la participación de los usuarios, tratando de sacar a flote las potencialidades de cambio existente en el individuo o modificar actitudes y conductas existentes frente a los servicios de salud. Partiendo siempre para tal efecto de:

-Nivel de vida de la comunidad

-Sus valores culturales

-Las actitudes existentes en la comunidad referente a los servicios de salud.

-Las experiencias en el trabajo con agentes externo, las oportunidades que le han sido brindadas por los mismos para lograr su desarrollo integral.

-Participar en la evaluación del plan de acción primaria con participación de los miembros de la Institución, utilizando



técnicas como: la observación, la entrevista, la encuesta, la revisión de registro diario de hospitalización y consulta. Tratando con ello captar hasta que punto el equipo de salud y los miembros de la comunidad están cumpliendo con los objetivos del plan.

-Participar en la orientación, asesoría al personal de salud y a los usuarios, dando pautas para la programación y ejecución del plan.

-Asesorar al equipo de salud en la elaboración de la programación de los cursos de educación y capacitación en salud, teniendo en cuenta las situaciones y problemas encontrados en la población para que se pueda ejecutar en una forma más segura las tareas de atención primaria delegadas por la Unidad de salud.

-Participar en la selección y capacitación de las promotoras en los aspectos relacionado con la organización educativa y participación de los usuarios en salud.

2.2. EL PLAN NACIONAL DE SALUD EN COLOMBIA

El Plan Nacional de Salud, representa un conjunto de acciones que realizan las instituciones del sistema de salud con

el fin de contribuir a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos.

El Plan Nacional de Salud debe atender a las personas y al medio en cuanto al aspecto de salud se refiere de acuerdo con los grados de desarrollo de la patología procurando que la población solicite servicios a partir de los niveles de atención más elevados si es el caso y este lo requiere así:

El cumplimiento de éstas políticas se establece:

El plan de salud rural y la apertura programática.

El plan representa las acciones propuestas por la base del sistema de salud, en planes regionales, seccionales y nacional. Este plan define como área programáticas:

Materno infantil

Salud oral

Control de TBC

Salud Mental

Rehabilitación

Salud ocupacional

Vigilancia epidemiológica

Control de venereas

inmunizaciones

Sanidad portuaria

Control de enfermedades crónicas

En cuanto a la atención al medio los programas son:

Suelo

Aire y agua

Zoonosis

Saneamiento básico rural (agua escreta y basuras)

Saneamiento urbano.

Existen además las campañas nacionales de malaria, Anti-aides Egypti y lepra.

Las actividades programáticas para el desarrollo de estos programas son:

La consulta médica

la hospitalización

Consulta y tratamiento odontológico

Control de enfermería

Vacunación

Asistencia a las viviendas

Visitas a los promotores de salud

Abastecimiento de agua

Programas de educación en salud en establecimientos educativos.

Salud ocupacional

Control de alimentos y medicamentos.

Todas las actividades serán realizadas por un equipo formado por médicos, odontólogos, auxiliares, enfermeras, vacunadoras promotoras de salud y de saneamiento ambiental.

-EL TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA PLAN NACIONAL DE SALUD

Aún con la ley 39 de 1969 el Senado de Colombia reconocía: que la escasez de Asistentes Sociales inciden negativamente en el funcionamiento de los servicios sociales, no contemplan ni da oportunidad de pensar qué labor puede desarrollar el Trabajo Social se considera necesario así hacen un análisis de esta situación.

Si bien no es significativo el hecho de que designe como asistente social a un Trabajador Social sin es sumamente preocupante algunas de las acciones que ha venido realizando en los distintos organismos de salud, persona no graduadas en Trabajo Social o que sólo han recibido una preparación empírica que les ha permitido desempeñarse durante muchos años

y ocupar un puesto que debe estar en manos del profesional. En Barranquilla como muestra de esta situación es indispensable decirlo solo desde unos 8 años a esta parte se le ha dado una importancia adecuada a la labor que puede desempeñar un trabajador social en los distintos campos de actividades profesionales.

En el área de salud el Trabajo Social esta ligado al paciente y su familia como elemento importante con un proceso de características netamente sociales en donde el profesional no es solamente un detector de las condiciones económicas.

2.3. LA SALUD COMO PROBLEMA EN COLOMBIA

Inicialmente se hace necesario aclarar que no pretendemos entrar en una polémica inacabable sino plantearnos ante algunos elementos que están insertados en el conflicto de la salud en nuestro país pese a las políticas emprendidas por el actual gobierno presidido por el Presidente Belisario Betancur Cuartas quien referente a la política de salud propuso trabajar por la salud de toda la gente con un talante nuevo de generosidad mística, honestidad, eficacia, y orgullo de servicio y a la disminución de la mortalidad en las últimas décadas, el problema de salud sigue siendo uno de los más críticos, en 3 lustros se ha reducido a la mitad la mor

talidad infantil, hasta alcanzar 63 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, pero ésta cifra dista mucho del promedio de 15 por mil de países desarrollados.

Las enfermedades infecciosas intestinales, las respiratorias agudas, las prevenibles por vacunación y la desnutrición continúan siendo causas predominantes de enfermedad y muerte en menores de 5 años.

A medida que aumenta la urbanización, los accidentes domésticos y los accidentes causados por vehículos se destacan como primer problema de salud en la población escolar (5 a 14 años). La violencia y los accidentes de tránsito ocasionan la mayor mortalidad en jóvenes y adultos (15-44 años).

Los tumores malignos y el aborto afectan a las mujeres en estas edades, los accidentes de trabajo producen altas tasas de incapacidad laboral.

En las mayores de 45 años, los tumores malignos y las enfermedades crónicas y degenerativas constituyen causa primera de muerte.

La gran infestación de mosquitos (anófeles y aedes aegypti)

en zonas endémicas es factor de enfermedades tropicales, malarias, fiebre amarilla y dengue, que afectan al conjunto de la población. En todo el país, la altísima tasa de convivencia de las familias con animales domésticos, incide en la expansión de zoonosis agravada por la limitada vacunación animal y por la falta de control médico periódico de la población.

Padecen de invalidez para el desempeño de sus actividades habituales 150.000 personas 2.5 millones de habitantes, casi uno de cada 10, presentan limitaciones físicas y mentales y demandan procesos de rehabilitación que escasamente se les ofrece.

Existe una íntima conexión entre la Salud Pública y la Organización social y económica. El atraso del campo, las desigualdades sociales y regionales, el desarreglo urbano, los bajos ingresos, el desempleo y la delincuencia elevan los riesgos de enfermar y morir.

Una cuarta parte de la población reside en chozas o tugurios, este hecho limita la posibilidad de control de plagas y la prevención de enfermedades respiratorias. Enfermedades infecciosas intestinales serían menos recurrentes si se mejorara la vivienda campesina a su vez el déficit

de vivienda urbana produce hacinamiento de familias, el cual facilita la transmisión de enfermedades y lleva los riesgos de accidentes domésticos.

Las enfermedades infecciosas intestinales y la desnutrición están asociadas a la existencia y calidad de agua potable, a los sistemas de disposición de residuos líquidos y sólidos a la cantidad y calidad de alimentos y a la contaminación de fuentes hídricas con servicio de acueducto están cubiertos el 81% de los habitantes urbanos, sólo el 20% de los habitantes de la zona rural nucleadas y apenas el 7% de quienes habitan en zonas rurales dispone, sólo el 65% de las localidades urbanas y sólo el 14% de las rurales disponen del servicio de alcantarillado.

El ambiente urbano e industrial no regulado incide sobre manera en la patología de la población, los accidentes de tránsito problema de agudeza auditiva y tensión mental son las principales consecuencias. A su vez, los accidentes laborales tienen que ver en la seguridad industrial y las enfermedades respiratorias con la contaminación del aire.

Por otra parte los ingresos insuficientes y la baja cobertura de la seguridad social. Particularmente en los trabajadores vinculados al sector informal de la economía.

Después de éste análisis sobre el problema de la salud nacional es uno de los más agobiantes en nuestro país y sin embargo vemos como los altos mandos gubernamentales invierten millonadas de pesos en obras innecesarias y en visitas de personalidades que podían ser menos honerosas y con lo que se economice en estos gastos podemos formar un sistema de política de salud con una cobertura de los servicios de salud con programas que reduzcan las tasas de morbi-mortalidad en todos los grupos de población tiene como requisito la organización más eficiente del sistema nacional de salud. En esta sección se exponen los principales problemas que afectan el rendimiento del sistema y las estrategias del gobierno para superarlas.

2.4. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

Los servicios seccionales de salud tienen a su cargo la organización en el nivel intermedio de los servicios de salud con vinculación directa al Ministerio de Salud.

Existe prácticamente una seccional con cada uno de los niveles políticos administrativos del país y su grado de integración es variable dependiendo de condiciones muy específicas. Los servicios seccionales de salud se encuentran vinculados también en grados variables los hospitales, tan

to regionales como locales y de ellos depende los Centros y puestos de salud mediante el proceso de regionalización, estos se han ido integrando y coordinando paulatinamente en los hospitales.

2.4.1. Servicio Seccional de Salud del Atlántico y la Participación del Trabajador Social

El Trabajador Social cumple por delegación del nivel seccional las funciones de éste adoptándolas a las condiciones de la región, además por estar ubicados a su vez, en un nivel operativo cumple con funciones de ejecución.

- Promover y organizar las comunidades de su área para obtener la participación activa en las condiciones de salud.
- Realizar estudios socio-económico y culturales del área de influencias de la regional, para programar servicios.
- Realizar estudios, diagnósticos, tratamientos de los problemas sociales que incidan en la situación de salud o recuperación de pacientes, que con la patología, características y problemas de los pacientes, conforman grupos terapéuticos o intervenciones a nivel familiar.

-Orientar a la población a cerca de la adecuada utilización de los servicios.

-Programar y coordinar las acciones de promoción y educación en salud.

Establecer las políticas y mecanismos de clasificación socioeconómicos que regulan el pago de servicios. Supervisar y controlar las actividades de Trabajo Social en éste aspecto.

Todas las funciones que el Trabajador Social realiza el Sistema Nacional de Salud muestran un campo de acción muy amplio, que está condicionado a la integración que éste realice en el equipo de salud, aportando sus conocimientos y experiencias en el área social con el fin de que los programas y servicios respondan a las condiciones y necesidades reales de la población a la cual van dirigidas.

En éste sentido el Trabajador Social actuará en todos los niveles del sistema tanto administrativo, como operativo y en las acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud; investigando necesidades y características de las comunidades y población beneficiarias, definiendo y ejecutando políticas, normas, orientados a brindar una atención integral a los usuarios, de los servicios de acuer-

con sus necesidades, recursos y situaciones sociales y económicas; promoviendo y orientando la participación activa y conciente de la comunidad en los programas, asesorando el equipo de salud en el trabajo y la realización con la comunidad, estableciendo relaciones de coordinación intersectorial y participando en las evaluaciones de las acciones de salud.

2.5. ESTRUCTURA DEL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD EN BARRANQUILLA

Esta estructura puede ilustrarse en dos sentidos. En el de los programas que actualmente se adelantan y el de las unidades especializadas que indirectamente participan en cada uno de ellos.

2.5.1. Area de atención a las personas

En ésta podemos identificar sustancialmente programas institucionales..

2.5.1.1. Programa de Rehidratación Oral

Corresponde a la urgente necesidad de atender un número bastante considerable de casos de enfermedad diarreica proce -

dente en gran parte de los barrios tuguriales de la ciudad con éste subprograma de sales rehidratantes.

Se propone este subprograma además de facilitar la consecución de las sales, la atención al paciente y la orientación de las madres sobre su uso y conveniente aplicación.

La labor del Trabajador Social en estos programas es de orientar al personal de promotoras, diagnóstico del problema, coordinación de campañas, pero de poca proyección a la organización de la comunidad, la capacitación de líderes, la formación de equipos de trabajo y la orientación de las organizaciones de base.

2.5.1.2. Salud oral, salud mental, salud ocupacional y Control de accidente.

Constituye estos subprogramas, áreas muy definidas del sector primario de atención en salud, se preocupa por los problemas de sus respectivas áreas y cuentan para ellos con la intervención de las unidades especializadas de carácter institucional existente en la ciudad. Relacionadas en tal forma que para ellos presentamos las instituciones de salud mental y los recursos de salud ocupacional en forma integral.

2.5.1.3. Programa de Atención al medio ambiente

Este es otro programa que en su estructura, en sus objetivos y funciones contempla la proyección de la comunidad. Está centrado fundamentalmente en la protección del medio ambiente, la contaminación del aire, agua, suelo relacionándolos con la salud, el bienestar y la economía de la población, las condiciones ecológicas para la preservación de la sociedad, la fauna, flora, los recursos hidricos y el medio general.

La determinación de la participación del componente comunitario debe hacerse frente a las funciones asignadas al programa que en su orden son:

- Control de emisión de fluentes líquidas y gaseosas de fuentes fijas.
- Caracterización de fluentes líquidas industriales
- Medición de fluentes gaseosas
- Medición de concentración atmosférica de ciertos contaminantes presentes en determinada área.
- Protección de la población que vive en las áreas de influen

cia de ciertos contaminantes admofericos.

-Promoción del tratamiento de aguas negras.

-Protección de aguas superficiales y subterranas para evitar su contaminación.

-Autorizar los sitios de disposición final de afluentes líquidos, sólido y gaseoso.

La lectura de estas funciones excluye aparentemente al Trabajador Social pero en el componente comunitario, no solo están comprendido los requerimientos en cuanto a la acción de arriba hacia abajo en la relación estructura INSTITUCIONAL-COMUNIDAD sino, la acción, la organización de la comunidad para que se exija el cumplimiento de las normas y funciones establecidas para el aparato estatal y en especial a lo concerniente a la estructura del Bienestar Social en el sector salud para rechazar las acciones de personas empresas y organizaciones que violentando los parámetros mismos establecidos someten y mantienen a las comunidades a condiciones de deterioro ambiental, de destrucción del medio que hacen de nuestra comunidad un medio ecológicamente hostil, agresivo al ser humano.

2.6. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Es el conjunto de organismos, institucionales, agencias, entidades que tienen como finalidad procurar la salud a las personas en los aspectos técnicos de promoción, recuperación y rehabilitación, así como en los administrativos de dirección, ejecución y coordinación como forma racional de integrar más y mejorar los servicios de salud a la institución.

Las áreas de atención del sistema nacional de salud se define en tres campos: atención a las personas, atención al medio y la infraestructura.

El sistema nacional de salud involucra en su órbita todos los organismos de salud que funcionan en el país, excepto aquellos dependientes del Ministerio de Defensa, ordenando las y agrupandolas bajo dos regímenes que otorga derecho y exige compromiso y obligaciones: régimen de adscripción y régimen de vinculación.

Las entidades adscritas son las instituciones públicas, es decir que tuvieron su origen por disposición legal nacional (ley), Departamental (ordenanzas) o municipal (acuerdo).

Las entidades adscritas se obligan al cumplimiento de todas las disposiciones que se promulgan en materia de salud, tales como norma, procedimientos, metas, reglamentos administrativos y técnicos y dependen administrativamente del sistema nacional de salud.

Las entidades vinculadas son aquellas cuyo origen obedece a eventos de voluntad privada. En estos se establece diferencia para las que tienen ánimo de lucro y aquellas que no la tienen.

La obligatoriedad está determinada en la medida en que no antagonice o contradiga los derechos adquiridos por su autonomía administrativa, sin detrimento del control y vigilancia que sobre ellos tiene el estado.

Las entidades vinculadas sin ánimo de lucro deben someter sus planes, programas y proyectos de inversión a la población del organismo competente de dirección del sistema nacional de salud. Lo mismo que su presupuesto, si recibe aportes del Estado. Además, deben suministrar la información de salud que les sea solicitada y las entidades vinculadas con ánimo de lucro deben obtener licencia de funcionamiento, obtener aprobación del sistema para proyectos de construcción, remodelación y ampliación hospitalarias y cumplir con

las disposiciones del subsistema de información.

2.6.1. Estructura y Organización del Sistema Nacional de Salud.

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

Directivo: Que representan los organismos de conducción o-
rientación, decisión, normatización y control.

Operativo: Representan los organismos de ejecución y dispen-
sadores de los servicios de salud a las personas y al ambien-
te en los niveles de promoción, prevención, curación y reha-
bilitación.

Nivel Directivos:

NIVEL	ORGANISMO	FUNCIONES
Nacional	Ministerio de salud	formulación de políticas, normatiza- ción de aspectos del sistema. Planificación, vigilancia y control. Supervisión del nivel seccional. Realización de campañas directas.

NIVEL	ORGANISMO	FUNCIONES
Seccional	Servicio Seccional de salud de Departamentos Intendencias y Comisarias.	Cumple por delegación del Ministro las mismas funciones de éste, compatibilizadora y adoptandolas a las características de cada sección del país.
Regional	Unidad regionales de Salud, en zonas de Departamentos, Intendencias y comisarias con cierta homogenidad relacionada con aspectos geográfico, económico y culturales.	Control y supervisión del nivel regional. cumple por delegación del nivel seccional con las mismas funciones de éste, adoptándolas a las condiciones de la zona, vigila y controla el funcionamiento de las instituciones de salud de la región. En este nivel se formaliza y organizan los diferentes niveles operativos.
NIVEL OPERATIVO		
Local	Hospital local organismos ambulatorios: Centro de salud Puesto de salud.	Promoción y prevención diagnóstico tratamiento y urgencias en medicina general dadas por personal profesional no especializado y perso-

	Atención domiciliaria con promotora.	nal no especializado y personal técnico y auxiliar.
Regional	Hospital regional de salud con las especialidades básicas: Medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obs- tetricia, radiología, patología.	Centros de referencias para pacientes referidos por el nivel local. brindan atención médica general y algunas básicas, además de las propias de saneamiento ambiental.
Universitario	Hospital Universitario con capacidad técnica, dotación y personal especializado.	Centro de referencia final dentro de las cadenas de remisión de pacientes. Generalmente sede de las facultades de ciencias de salud. Atención muy especializada.

2.6.2. NIVELES DE ATENCION SEGUN COBERTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

1. Primario	Comunidad Voluntarios de Salud Equipo de Salud.	Todo tipo de atención Primaria Atención de bajo riesgo
-------------	---	---

	Comunidad	Voluntarios de Salud	Tipo de atención primaria.
	Puesto de salud	Equipo de salud	Protección y fomento
	Centro de salud	Comunidad-Promotora	de la salud.
	Hospital local.		
2.Secundario	Servicio de Hospitalización	Cirugía Medicina Interna Pediatria Gineco-Obstetricia.	Atención de bajo y mediano riesgo.
	Servicio Ambulatorio	Consulta externa urgencias.	Diagnóstico y tratamiento para prevención de secuelas..
3.terciario	Hospital Universitario de referencia	Servicio de hospitalización especializados. Servicio ambulatorio.	Atención Alto riesgo Prevención, rehabilitación física y social para prevenir invalideces y muertes prematuras.

2.7. LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR Y LA ATENCION EN SALUD PRIMARIA

Su accionar está referido a la medicina preventiva y la curativa tiene en cuenta los siguientes puntos:

- Disminuir la morbilidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias mediante el incremento de los programas de medicina preventiva, el apoyo a los programas de suministros de agua potable y alcantarillado a la población.

- Aumentar los servicios de protección de la salud en zonas rurales.

- Utilizar cada vez más los recursos disponibles, dentro de la filosofía inherente al subsidio familiar.

Igualmente, se promueven programas de salud ocupacional, de educación en salud y nutrición en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y otras entidades públicas y privadas. Se impulsa el esquema de servicios ambulatorio e integración y contratación de servicios tanto en las cajas como en las entidades de seguridad social del Estado, el Sistema Nacional de Salud y el sector privado se apoya -

rán en la desconcentración de servicios buscando racionalizar el uso de recursos como mecanismos para el mejoramiento de su calidad y el mejoramiento de su cobertura.

2.8. EL TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD MEDICA DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR-COMFAMILIAR ANDI FENALCO.

El accionar de Trabajo Social se encuentra parcializado en su intervención, no responde verdaderamente con toda la teoría que existe de Trabajo Social en campo de la salud, problemática planteada al inicio del presente trabajo.

El quehacer del mencionado profesional de las ciencias sociales es bastante extenso, partiendo de la prevención de las enfermedades, como también actúa como orientación en ésta. El Trabajador Social en Salud Primaria interviene en el área de atención a las personas, área de atención administrativa, diseño, ejecución, control y evaluación de los diversos programas de salud, así como también el diagnóstico social que debe acompañar al diagnóstico clínico y de igual forma el tratamiento.

El Trabajo Social en el Centro de Salud de Comfamiliar debe ejecutar en todo su contenido las funciones clásicas de salud así:

Promoción: Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud.

Prevención: estudiar incidencias de variables socio-económicas y culturales, la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.

-Estudiar la actitud y los valores que benefician y obstaculizan al acceso a mayores niveles de salud.

-Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.

Rehabilitación: Asegurar que todo enfermo orgánico, mental o minusvalido pueda lograr el uso mínimo de su potencialidad.

-Orientar al medio familiar, laboral, escolar, comunitario para la rehabilitación social del enfermo o minusvalido.

-Estudio Social, indagar en forma sistemática los elementos que condiciona la situación de personas, grupos y comunidades sujetas de atención en salud.

-Diagnóstico social proceso terapéutico orientado a la solución de problemas sociales diagnosticados por una situación de salud confrontada.

El Trabajador Social debe definir variables que sirvan de esquema referencial a la acción profesional en la institución y con ella y lo que hace a las relaciones que en función de trabajo de mantener con otras personas. El Trabajo Social en instituciones de salud realiza trabajo de base ya sea en hospitales y centros de salud comunitario investigando capacitando, coordinando, ejecutando y evaluando los programas de salud en lo que se interesa el Trabajador Social.

Los objetivos de dicho profesional están incertados en los objetivos generales de las instituciones de salud de las que forma parte enfocados desde el punto de vista de las necesidades y problemas sociales; también participa en la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.

El profesional en Trabajo Social brinda servicios de atención directa como son: La atención individualizada y de grupo: las personas acuden al Departamento de Trabajo Social remitida por otra institución; o por que llegan espontáneamente, o son detectados por el Trabajador Social.

En la atención de problemas individuales deberá analizarse la naturaleza de la institución misma, determinando a la atención o simplemente se trata de una atención o trámite, si se trata de una gestión deberá orientar el curso que pueda atender la demanda del participante para que este realice la acción por sí mismo o por intermedio de un familiar; si se realiza atención individualizada se abriera expediente y se determinará la situación que presenta mediante un estudio social indicando la complejidad de variables que inciden en la problemática.

Otros servicios de atención directa es el de intervención con grupos, personas afectadas similares, problemas o necesidades que pueden ser integradas a grupos (tuberculosos, cáncer), la atención de individuos en grupo es un medio para conocer su problemática y actuar en ella, el Trabajador Social cumplirá en los grupos el papel de animador de su proceso guiando la reflexión para que los miembros asuman una conciencia crítica y arbitren alternativas de acción para superarlas.

"El trabajador Social en salud programará su acción anualmente mediante atenciones a situaciones individuales, grupales y comunitarias a través de las funciones clásicas de sa-

lud del mencionado profesional"⁷

El Trabajador Social al realizar o elaborar una programación en salud, ésta va proyectada al componente comunitario el cual comprende el área de atención a las personas dentro de una perspectiva científica: la atención a las personas sea cual sea el problema atendido debe preo curar el siguiente objetivo:

Diseñar y establecer los mecanismos que contribuyan a satisfacer las necesidades psicosociales de la población y preparar a la comunidad para que conozca y participe en la solución de sus propios problemas.

Pues de esta manera se podría alcanzar una adecuada salud social ya que la interdependencia de lo social con la salud es obvia. Los problemas sociales de una población afectan la salud, y los problemas de la salud generan otros de carácter social. Tan importante es la contribución del sector salud en el Bienestar individual y colectivo, como lo es el sector social en la recuperación y promoción de la salud.

⁷IBIDEM, p.85

Esta interdependencia es de difícil deslinde y plantea la necesidad de examinar la responsabilidad de los organismos de ambos sectores en el desarrollo de políticas y estrategias que aseguran una coordinación inter o intrainsitucional.

Es por esto que es indispensable que exista una interdependencia entre el tratamiento clínico y el social para que los pacientes puedan obtener un adecuado y eficaz tratamiento; por consiguiente el objetivo del tratamiento social es descubrir los recursos con que cuenta el paciente, los alcances de la familia que debe proporcionar el apoyo psicosocial que el Trabajador Social brinde en el curso de su problema, todo esto tendiente a elaborar el autoestima de las personas y que ellas sean capaces de afrontar y colaborar a resolver su problemática con su asesoría sin imponer criterio y concepto de Trabajo Social.

Con el tratamiento psicosocial no se tiende a modificar los factores sociales de una situación problema, sino se trata de aumentar las fuerzas de las personas con el fin de estimular y superar la problemática que la está afectando todo esto para atender los elementos de carácter social que entorpece el tratamiento Médico dando claridad sobre este aspecto y orientación a la familia del enfermo

sobre los pasos a seguir a fin de proporcionar un buen tratamiento clínico.

3. PROPUESTA DE LA ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DE LA SECCION DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD MEDICA DE COMFAMILIAR

Al determinar en el Centro Médico de Comfamiliar la inadecuada estructuración de la sección de Trabajo Social en la Institución, en cuanto a su intervención profesional, en funciones administrativas y especialmente en la función de gestión científica la cual está estrechamente relacionada con el tratamiento social esté aplicado a nivel multidisciplinario. Por consiguiente se hace necesario establecer, la estructuración y organización de la sección de Trabajo Social en salud en base a las necesidades detectadas.

Es necesario presentar las experiencias prácticas de Trabajo Social obtenidas por las practicantes de la Universidad Simón Bolívar para clarificar que este profesional no se ubica solamente en ejecución de programas sino que su accionar es mucho más amplio, a continuación se expone el quehacer desarrollado por las Trabajadoras Sociales en práctica en la unidad de estudio con el fin de demostrar la clase de trabajo que se puede desarrollar a nivel primario en salud.

3.1. EXPERIENCIA PRACTICA DE TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO MEDICO

El proceso de práctica nos arrojó un cúmulo de experiencias útiles y de gran interés para los profesionales en Trabajo Social y a fines a este. Redactar en forma analítica el curso de intervención científica del Trabajador Social. A continuación se exponen las prácticas efectuadas en dicha institución como base sólida para el diseño y presentación de la propuesta que desarrollaremos en el presente capítulo.

3.2. HISTORIA DE LA INSTITUCION

Es el resultado de un convenio de la Universidad del Norte y Comfamiliar, su funcionamiento es bastante autónomo; se fundo hace aproximadamente hace 6 años y su principal objetivo es la medicina preventiva, como un servicio de suma importancia para la comunidad y sobre todo para el personal afiliado. Se encuentra ubicado en el organigrama de la entidad (Comfamiliar) en la sección de servicios sociales.

Este importante convenio se dispuso así: la Universidad del Norte se responsabilizó de la prestación del servicio, es decir del personal paramédico, médico y administrativo. Y Comfamiliar de los equipos e instalaciones, local, manteni-

miento etc, además el servicio se extiende por medio de los consultorios que se encuentran en la periferia de la ciudad. Este convenio se terminó el 15 de Febrero de 1986, a partir de Febrero 17/86 Comfamiliar firmó un nuevo contrato con MEDICIENTIFICA quedando conformada la sociedad por:

Fuad Rumie

Jaime Caballero

Mario Hurh

quedando con las mismas disposiciones del contrato anterior.

3.3. NIVEL DE DEPENDENCIA

Las Trabajadoras Sociales en Práctica dentro del Centro Médico, depende del Coordinador de los Programas que a su vez depende del Director del Centro Médico y éste en su orden Jerarquico del Consejo Directivo y a la maxima autoridad de la Entidad la cual es la asamblea general de CAF.

3.4. UBICACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO MEDICO DE COMFAMILIAR

En el Centro Médico se desarrollan tres (3) programas a saber:

Programa de crecimiento y desarrollo

Programa clud de hipertensos

Programa para la tercera edad

Las Trabajadoras Sociales en formación se distribuyeron de a dos por programa, nuestra responsabilidad fué para con: La Institución mediante la optimización de los programas presentados a los beneficiarios, los afiliados a CAF quienes son el blanco de la acción de los programas.

Para con nosotras como profesionales vinculadas a los programas con el deseo de alcanzar los objetivos generales.

3.5. PROGRAMAS, PROYECTOS EJECUTADOS Y LOGROS ALCANZADOS DURANTE EL PROCESO DE PRACTICA

Antes de ser requeridas estudiantes de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar en el Centro de Salud de Comfamiliar, no existía Trabajo Social y por consiguiente desconocían el quehacer del mencionado profesional de las Ciencias Sociales.

A través del proceso de práctica ejecutado por etapas se ha logrado insertar poco a poco el accionar del Trabajador Social en la Unidad Médica.

Nuestro proceso de práctica fué el siguiente:

- Inducción
- Observación
- Estudio
- Diagnóstico
- Plan de Trabajo
- Ejecución
- Evaluación

Inducción-Observación

-La inducción es la etapa inicial de todo proceso investigativo. La inducción y la observación son etapas en donde se observa, se selecciona datos. Las dos etapas mencionadas son paralelas una de otra.

Observación

Consistió en usar sistemáticamente los sentidos en donde se discernió cuidadosamente los datos, se aplico en forma discreta en donde hubo participación con los grupos tambien utilizamos la observación indirecta o bibliográfica.

Estudio

Es un procedimiento sistemático controlado y crítico en donde se utiliza las etapas de la práctica social; sensorial y racional.

Diagnóstico

Es la base de toda acción programática, expresa un conocimiento de la realidad social particular en que se desarrolló la acción del Trabajador Social con el fin de señalar cursos de actuación apropiados para la solución de problemas, comprende además la determinación de metas que involucren la participación consciente y voluntaria de afectados para la consecución de objetivos de alcance social.

Plan de Trabajo

Son ideas expresadas de una manera general el cual contiene sus respectivos programas y proyectos a desarrollar dentro de un período determinado.

Ejecución

El Trabajador Social aplica en forma práctica los programas,

proyectos, tratamientos sociales, etc. para entrar a dar solución a problemáticas diagnosticadas.

Evaluación

Fase última del proceso en la que el Trabajador Social analiza, mide si las actividades que se realizaron estuvieron acorde con los objetivos planteados y hasta donde se alcanzan.

Nuestra intervención estuvo de acuerdo con los programas ya establecidos por el Centro Médico Comfamiliar los cuales se crearon teniendo en cuenta las necesidades sentidas por la comunidad.

Fue así como en calidad de estudiantes en prácticas propusimos proyectos de educación social, de recreación dirigida, sociabilización de los miembros que conforman el club de hipertensos, guía para la atención y cuidado de los hijos, cultura general para la tercera edad, estudio social de los proyectos de crecimiento y desarrollo, hipertensión y gerontología.

A través de los proyectos realizados se logró que un número de la comunidad, cada vez mayor se beneficiara de los progra

mas de Desarrollo.

Por medio de la promoción y motivación de los programas se logró que éstos tomaran mayor auge en el programa de crecimiento y desarrollo por ejemplo haciendo un parangon cuando no existía Trabajo Social y con la llegada de éste se observa que la institución en 3 años lograron un incremento de 631 afiliado y Trabajo Social en nueve (9) meses obtuvo un número de 509 afiliados en la actualidad existen aproximadamente 1.140 usuarios, logrando el 60% de asistencia y el 40% de inasistencia (Ver cuadro No.1).

En cuanto al programa para Tercera Edad, el proyecto club los Robles contaba con 33 asistentes aproximadamente y en la actualidad cuenta con 55 miembros activos.

Con respecto al Club de Hipertensos el número de personas era de 217 en la actualidad cuenta con 290 afiliados la asistencia no fué muy satisfactoria debido a la naturaleza de la enfermedad ya que la mayoría de pacientes son asintomáticos y no prestan la importancia que la enfermedad requiere Trabajo Social logró a través de la educación social mantener activos 60 pacientes lo cual no se habia logrado.

La mencionada función educadora arrojó resultados positi -

NIÑOS INTERESADOS EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A D M I T I D O S

M E S E S	1982	1983	1984	1985
	Admitidos	Admitidos	Admitidos	Admitidos
Enero	-	28	4	23
Febrero	-	50	4	26
Marzo	-	50	3	34
Abril	-	29	14	26
Mayo	-	28	14	43
Junio	-	23	38	52
Julio	-	23	21	58
Agosto	-	37	64	28
Septiembre	-	14	33	58
Octubre	13	12	15	63
Noviembre	37	9	14	48
Diciembre	36	1	17	50
TOTALES	86	304	241	509

CUADRO No.1

vos para los tres programas, aumentando la asistencia a las charlas y los seguimientos en los programas de crecimiento infantil y el de hipertensos. También en la constancia en las reuniones del programa para la tercera edad .

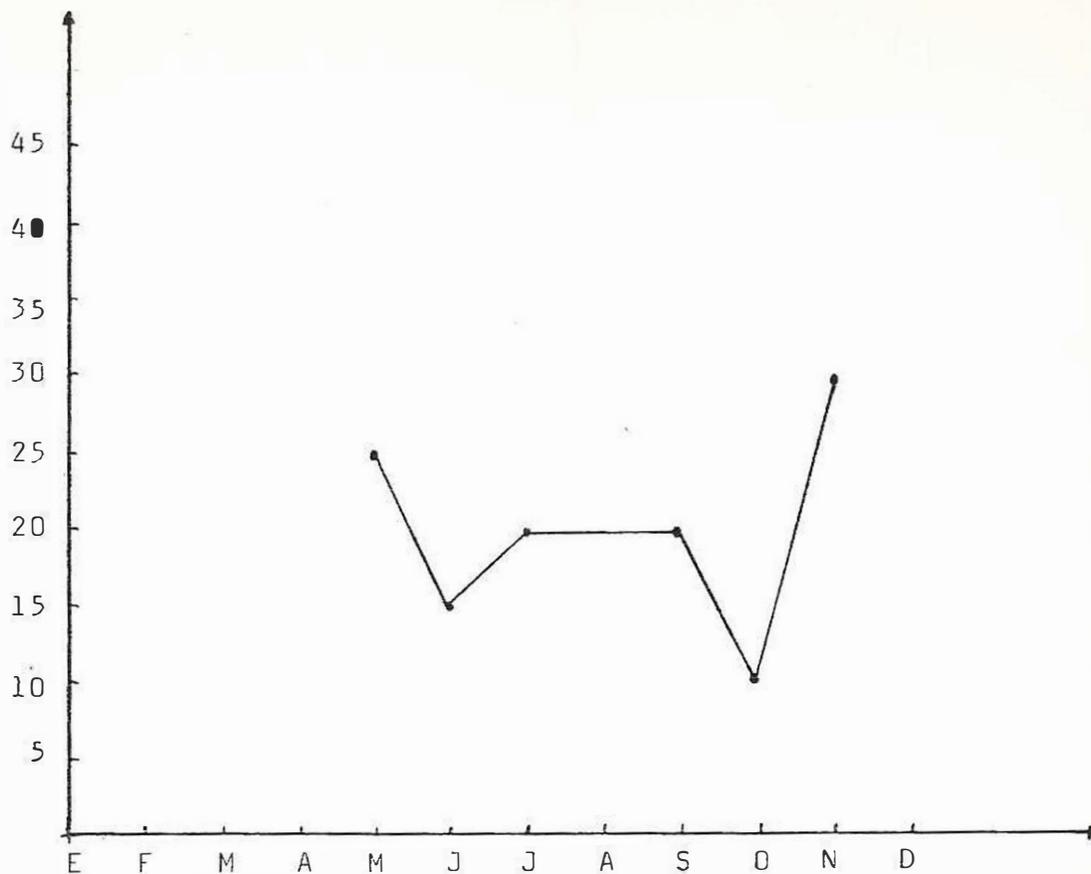
Lo anterior es un logro que no se puede tildar de definitivo, pues se hace necesario que se siga motivando con el fin que no se pierda lo cultivado hasta ahora.

La directiva consideró que fué el año más novedoso, ya que durante 5 años de funcionamiento de los programas la Institución no había logrado alcanzar uno de los objetivos propuestos en los programas o sea en de impartir educación social a los usuarios debido a que no habían podido conformar un grupo constante pero que Trabajo Social logró en siete (7) meses agrupar un número de 180 personas, (Ver cuadros Nos. 2,3,y 4).

3.6. FUNCIONES DESARROLLADAS DE ACUERDO A CADA PROGRAMA

En los tres programas que forman parte del Programa de Salud de Comfamiliar y en los proyectos implantados por nosotras. En nuestro proceso de práctica.

Proyecto de Hipertensión es un Club que cobija a personas de



Meses	Total
Mayo	22
Junio	12
Julio	20
Agosto	20
Septiembre	20
Octubre	10
Noviembre	26
TOTALES	130

Convención

O 1985

A 1986

Cronograma de las personas que han asistido a las charlas de psicología, Trabajo Social, Enfermería, Medicina y Nutrición en el año de 1985.

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO CENTRO MEDICO COMFAMILIAR - UNINORTE 1985

GRUIAS A LAS MADRES PARA LA ATENCION Y CUIDADO DE LOS HIJOS. 02 PROYECTO									
Meses	Psicologo	Enferme	Medicin	T.S.	Nutric.	Total de charlas dictadas	%	Total de personas que recibieron Educación.	%
Mayo	1	2	-	2	1	6	10	22	16.9
Junio	3	2	-	1	2	8	16	12	9.2
Julio	1	2	1	2	2	8	16	20	15.3
Agosto	3	2	-	3	2	10	20	20	15.3
Septiembre	2	2	1	2	-	7	14	20	15.3
Octubre	1	1	1	1	1	5	10	10	7.6
Noviembre	1	1	2	1	1	6	12	26	20
TOTALES	12	12	5	12	9	50	100	130	100

Cuadro Acumulativo para el estudio de los beneficiarios en las charlas dictadas en el año de 1985

diferentes estatus y tiene la garantía de prestar el servicios a personas afiliadas y no afiliadas.

-Funciones

Promoción

Administrativa

Organizadora

Educativa

Conscientizadora

Movilizadora

Creadora

Socializadora

Proyecto Tercera Edad o Club de los Robles:

Es un Club para personas mayores de 60 años y que aparezcan a cargo de sus hijos y que éstos estén afiliados a Comfamiliar como Caja de Compensación Familiar.

-Funciones

Promoción

Evaluadora de servicios

Concientizadora

Socializadora

Organizadora

Administrativa

Educativa

Proyecto de Crecimiento y Desarrollo Infantil

-Funciones

Promoción

Evaluadora de servicios

Concientizadora

Creadora

Socializadora

Educativa.

3.7. RECURSOS UTILIZADOS

Recursos Institucionales:

Universidad Simón Bolívar, Centro Médico Comfamiliar.

Recursos Humanos:

Asesor, Supervisora, Coordinadora, Trabajadoras Sociales,
Pacientes.

Materiales:

Tablero, tiza, bolígrafos, papel, papelógrafo, cartulina, escritorio, marcador, folletos, betamax, audiovisuales, cassette, teléfono, boletín interno y externo de Comfamiliar, carteleras, etc.

Locativos:

Aula 209, de la Universidad Simón Bolívar, Oficina de Psicología, salón de charlas del Centro Médico, departamento de relaciones pública, auditorio de Comfamiliar.

3.8. EVALUACION DEL PROCESO DE PRACTICA

El proceso de formación profesional se materializó a través de las diversas actividades dentro de la Institución, nos proporcionaron valiosas y significativos conocimientos para nuestro quehacer profesional.

El período de práctica fué muy productivo tanto para nosotras como para el Centro Médico puesto que ha sido el año más novedoso en cuanto a las admisiones, asistencia, control y seguimiento al programa de crecimiento y desarrollo infantil.

En cuanto al programa de hipertensión se lograron nuevas ad

misiones y una asistencia de 60 personas activas, se obtuvo la socialización de 40 pacientes.

Es satisfactorio para nosotras poder dejar ubicado dentro de esta importante institución la labor del Trabajo Social pero esto es algo que empezó y se debe mantener . Además se crearían programas que correspondan a las necesidades establecidas en la Unidad Médica y los usuarios, a la vez manejaría el campo administrativo de los diversos programas en salud.

4.9. PRESENTACION

La sección de Trabajo Social del Centro Médico Comfamiliar, coordinar, centralizar, controlar y organizar todas las instituciones que se realicen en el Centro Médico de Comfamiliar concerniente al campo social de la salud. Al mismo tiempo podrá efectuar visitas con proyección a las empresas afiliadas a la Institución con el fin de captar nuevos usuarios de los servicios de la Unidad de Salud.

3.10. DIAGNOSTICO DE NECESIDADES QUE JUSTIFIQUEN LA CREACION DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

En Barranquilla existen centros de salud, en los cuales hace

mos mención el Centro Médico de Comfamiliar el que resulta objeto de nuestro estudio.

En él se detectó una serie de necesidades que justifican la creación de la Unidad de Trabajo Social.

3.10.1. En cuanto a la atención y control de pacientes

justificamos la presencia de un Trabajador Social por las siguientes razones:

- a. No existe una sección que se ocupe del plano social existente en el campo de la salud.
- b. Es indispensable que el Trabajador Social participe en el tratamiento y recuperación del paciente brindando una adecuada prestación de los servicios sociales.
- c. Brindando nuevos servicios de atención directa a los pacientes tales como:

- Diagnóstico
- Tratamiento Social
- Atención Individualizada
- Remisión de caso sociales.

DIAGNOSTICO:

Es el procedimiento a través del cual el Trabajador Social establecerá la naturaleza, magnitud y gerarquización de las necesidades y problemas de una realidad social en el núcleo familiar que pueda afectar el tratamiento del paciente, lo cual es motivo de estudio para analizar las causas que propiciaron esa situación, para dar posibles soluciones al respecto a fin de realizar un diagnóstico global que contenga el área clínica y social.

En cuanto al tratamiento social, el trabajador social atenderá los factores de carácter social que entorpecen el tratamiento médico dando claridad sobre este aspecto y orientación a la familia del enfermo sobre los pasos a seguir con el objeto de proporcionar un buen tratamiento clínico.

También se refiere a los alcances que el paciente puede obtener para solucionar su problemática.

El objetivo primordial del tratamiento social es descubrir los recursos con que cuenta el paciente los alcances de la familia que debe proporcionar el apoyo psico-social que el Trabajador Social le brinda en el tratamiento de su problema todo esto tendiente a elaborar el auto estima de las per

sonas y que ellas sean capaces de mantener un nivel armónico entre los factores económicos, biológicos y funcionales. El Trabajador Social en esta fase le corresponde tratar al paciente como una persona capaz de afrontar y colaborar a resolver su problemática con su asesoría sin imponer su criterio y concepto de Trabajo Social.

Con el tratamiento psicosocial no se tiende a modificar los factores sociales de una situación problema sino que trata de aumentar la fuerza de la persona con el fin de estimular y superar la problemática que le está afectando.

Todo esto para atender los elementos de carácter social que entorpecen el tratamiento clínico.

REMISIONES:

Las personas acuden al departamento de trabajo social ya sean por que son requeridas por otros profesionales en salud o un trabajador social de otra institución; porque llegan espontaneamente o son detectados por el Trabajador Social.

ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA:

En la atención de problemas individuales deberá analizarse

la naturaleza de la institución que se plantean, determinando a la atención, o simplemente se trata de una atención o trámite. Si se trata de una gestión deberá orientar al recurso que pueda atender la demanda del paciente para que éste realice la acción por sí mismo o por intermedio de una familia o amigo, si se realiza una atención individualizada se abrirá expediente y se determinará la situación que presenta mediante un estudio social indicando la complejidad de variables que indican en la problemática.

Otro servicio de atención directa es el de intervención con grupos personas afectadas similares, problemas o necesidades, pueden ser integrados a grupos (tuberculosos, cáncer, etc.).

La atención de individuos en grupo es un medio para conocer su problemática y actuar en ella; el Trabajador Social cumplirá en los grupos el papel de animador de su proceso guiando la reflexión para que los miembros asuman una conciencia crítica y arbitren alternativas de acción para superarla.

3.10.2. EN CUANTO A LA PROYECCION DE LA UNIDAD DE LAS EMPRESAS

Se requiere de la presencia de un Trabajador Social por las

siguientes razones:

- a. No se está llevando a cabo la promoción de los servicios generales que presta el Centro Médico Comfamiliar.
- b. Se está dando una proyección a las empresas en forma sectorial, es decir a nivel de programas tales como gerontología, crecimiento y desarrollo e hipertensión dando prioridad al primero y los prejubilados, acarreando con esto el descuido de los otros programas antes mencionados.
- c. Otro servicio a promocionar en las empresas es el servicio de atención directa en cuanto a individuo y grupo, ampliando así la población de usuarios a su vez incrementando el ingreso económico de la institución.
- d. De esta manera el Centro Médico obtendrá una nueva imagen en cuanto a los servicios de atención directa con la participación del Trabajo Social en el tratamiento médico; evitando así el divorcio del tratamiento clínico del social, logrando excelentes resultados tanto para la institución como para los usuarios.

3.10.3. En cuanto a la reestructuración de programas

Se hace necesario la presencia de un Trabajador Social por las siguientes razones:

- a. El inadecuado manejo de los programas por otros profesionales:

En la Unidad Médica de Comfamiliar se le han designado a otros profesionales ajenos a las Ciencias Sociales programas en los cuales tienen que ver el manejo de grupo, atención individualizada, tomando como referencia el programa de Gerontología, es coordinado por una psicóloga cuando éste es un grupo de personas que poseen más problemas de tipo social que psíquicos y tomando como punto de partida que la sociedad misma es la que se encarga de marginar al anciano.

- b. No existe una administración social:

El Trabajador Social realizará actividades y funciones para determinar, organizar y poner en ejecución todas las acciones que tienen que ver con la realización de los objetivos de un programa o proyecto del servicio social.

El Trabajador Social dará las pautas para que las personas acepten los cambios y modifiquen sus creencias y el esfuerzo cooperativo sea cualitativo y cuantitativo.

3.10.4. Estructura de la Propuesta

La estructura de la sección de Trabajo Social en el Centro Médico Comfamiliar, está enmarcada por la centralización de todas las intervenciones del equipo multidisciplinario (Médicos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Nutricionistas, Psicólogos Infantiles y adultos, Psicólogos Geriátricos); actuando a un nivel de prevención y rehabilitación de la salud, prestando los nuevos servicios de atención directa.

La sección de Trabajo Social se hará responsable de la centralización de todas aquellas intervenciones para que se haga posible la aplicación terapéutica integral; de tal manera utilizará papelería creada por Trabajo Social concerniente al área administrativa y a la mencionada sección permitirá agrupar intereses, canalizar recursos, crear nuevos servicios sociales y sus objetivos están insertados dentro de los objetivos de la institución desde un enfoque social dirigido a la consecución de metas que beneficien a los usuarios y ampliar la cobertura de los servicios, y engrandecer la imagen del Centro Médico Comfamiliar.

3.10.5. Nivel Jerarquico y Ubicación de la Sección de Trabajo Social

La sección de Trabajo Social en el Centro Médico Comfamiliar dependerá directamente del director de la institución siguiendo en orden descendente del director científico de la Unidad Médica y la coordinación su autoridad es en línea jerárquica del director de la Institución, director científico de la Unidad de Salud, coordinador.

3.10.6. Organización y Dotación Interna

Toda sección debe tener una organización para que se pueda trabajar coordinadamente, especialmente la sección de Trabajo Social elaborando una adecuada dotación interna sobre el registro de la información entre estos tenemos:

Informe estadístico, registro de seguimiento, control de actividades, revisión, citación a familiares y carta de referencia.

3.10.7. Funciones

La Sección de Trabajo Social en el Centro Médico Comfamiliar tiene establecida las siguientes funciones administrativas y

sociales.

Administrativas:

- Definir metas, objetivos, propósitos y metodología de la sección.
- Determinar normas internas, descripción de cargos, funciones del personal de la sección.
- Planificar, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades que corresponden a la sección, mediante la adecuada asignación de funciones y de responsabilidades que promuevan la racional utilización de los recursos disponibles en la institución.
- Informar periódicamente a nivel superior, los resultados de los planes trazados por la sección.
- Planear, presentar, controlar y evaluar programas y presupuesto de la sección a corto y mediano plazo.
- Establecer un sistema de registro, informe de actividades concretas, organización de archivo, de las actividades y trámite de documentos efectuados por Trabajo Social.

-Participar en la evaluación de planes y programas del Centro Médico Comfamiliar.

-Formar parte del equipo de trabajo, llevando una activa participación en él, de acuerdo a su rango profesional.

Sociales:

-Diagnóstico Social

-Tratamiento Social

Servicios de atención directa.

-Promover, coordinar con instituciones de Bienestar Social y grupos de voluntarios.

-Estudios de situaciones problemáticas que afectan a individuos, grupos y comunidades determinando con ellos los cursos de acción tendientes a dar solución.

3.10.8. Actividades Rutinarias

-Promoción de los servicios generales del Centro Médico Comfamiliar.

--Control de los programas

- Atención directa de pacientes referente a problemáticas sociales, individuales y de grupo.
- Participación diaria en el tratamiento social de pacientes atendidos por el cuerpo médico, para realizar un trabajo de equipo.
- Remisión de pacientes con problemas sociales atendidos por el Trabajador Social y que pueden afectar la salud, y prevenir posibles malestares orgánicos o psicológicos para que sean atendidos por el profesional que le correspondan.
- Reporte de pacientes a Trabajo Social con problemáticas sociales, que entorpecen el tratamiento clínico.
- Atender las citaciones realizadas por Trabajadores Sociales a pacientes o a familiares de éstos, en caso que se requiera su presencia.
- Informe periódico de atención individual y de grupo referido a la dirección científica.
- Apertura de la historia social, ficha familiar a pacientes con tratamientos a mediano y largo plazo.

-Coordinación de medios.

-Adaptación de objetivos

-Coordinación de servicios

-Control y manejo de pacientes

3.10.9. Programas Especiales

-CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Programa dirigido especialmente a infantes menores de 5 años se relaciona con el aspecto orgánico, tales como peso, el estado nutricional. El desarrollo tiene que ver con el aspecto psicológico, la inteligencia, afectividad, lenguaje y sociabilidad del menor.

El mencionado programa tiene aproximadamente cuatro años de estar funcionando.

En cuanto al, aspecto organizativo y administrativo del programa, empezó a funcionar correctamente en línea ascendentes desde que el primer grupo de practicantes de Trabajo Social provenientes de la Universidad Simón Bolívar se encargó de su manejo incrementando funciones materializadas en actividades que no se llevaban a cabo anteriormente.

Otro programa existente en la Unidad de Salud es el Club de Hipertensos. La hipertensión es un termino que define un nivel elevado y constante de la presión sanguínea en relación con la edad de la persona.

Este programa fué creado aproximadamente 3 años, es el programa que por la naturaleza de la enfermedad predomina la deserción de pacientes; pero no atribuimos exclusivamente la ausencia de pacientes en ese aspecto, sino el inadecuado manejo que a través de diferentes personas se le ha dado. Trabajo Social trató de cambiar el mecanismo del mismo pero no contaba con los recursos locativos, económicos para realizar lo; cabe anotar que tambien influye la demanda de pequeños consultorios, enfermeras particulares, etc., en donde se mide la hipertensión arterial.

Programa de Gerontología, fué fundado hace 3 años, pero sólo en marzo 14/85 al llegar el primer grupo de practicantes de Trabajo Social de la universidad mencionadas en líneas anteriores, se inició con una adecuada promoción, proyección a las empresas del programa, logrando incrementar cada vez más el número de usuarios demostrados a través de graficas y cuadros estadísticos.

En cuanto al tratamiento social siempre fué nulo, puesto que

en esta institución sólo se aplica el tratamiento clínico y se tiene aislado el social, siendo que cualquier situación emproblemátizada entorpece el tratamiento médico y no en un estado conflicto debe participar la Trabajadora Social, sino que debe ser paralelo al tratamiento médico la intervención del profesional en las ciencias sociales.

Es éste uno de los factores que motivó a presentar la propuesta denominada Diseño de la sección de Trabajo Social en el Centro Médico Comfamiliar.

3.11. INFORME ESTADISTICO EN SERVICIO DE ATENCION DIRECTA

Orientación para diligenciar la ficha:

Forma para ser diligenciada en los primeros días de cada mes, tomando como fuente de información los diferentes formatos de atención a la familia de los pacientes.

Indique el mes y el año al cual corresponde la información

Escriba como unidad de medida la acción que proceza, o sea el número de familias atendidas por el Trabajador Social.

Servicios de atención directa:



Esta está formada por las casillas de fichas familiares, se guimientos de familia, grupos educativos, asesorías, terapia familiar, orientaciones, remisiones intrainstitucional y en trevistas a familiares colocar en la casilla correspondien- te el número que atendió.

Diariamente se suma cuantas familias fueron atendias y cada uno de estos servicios, y colóquelos en la casilla respecti va. Esta información la obtendrá en el registro de atención a familiares.

Todavía verticalmente cada servicio prestado y orizontalmen te, para obtener así el número y la clase de servicio brin- dados durante el día.

3.12. REGISTRO DE SEGUIMIENTO

Forma para ser usada por el Departamento de Trabajo Social a manera de control de los casos sociales que se hagan con la familia.

Se utilizará de la siguiente forma:

Anote el nombre completo del paciente, número de historia y el servicio en el que está siendo atendido, fecha y nom

bre de la familia a la que se le va a efectuar el seguimiento.

Señale edad, sexo y el familiar, estado civil y el sitio donde vive, el propósito de dicho seguimiento.

Escriba en la columna de situación actual en forma breve el plan del tratamiento psicosocial a seguir con la familia y otros aspectos de interés tratados en la entrevista, cada entrevista que se realice con un mismo familiar debe anotarse en una línea independiente.

En la primera entrevista es indispensable llenar todas las columnas de la forma: registro de seguimiento.

Se debe incluir otros datos que completen más ese seguimiento.

3.13. CONTROL DE ACTIVIDADES

Forma para ser utilizada en todas las actividades de la sección de Trabajo Social, sirve de control de remisión, al igual como control de seguimientos de familia.

Al iniciar la forma de control anote el mes, año y día en el que se realizó la actividad registrada, el número de la

historia clínica, nombre completo del paciente y del familiar controlado, anote el lugar de residencia del familiar en la columna de dirección.

En la columna de edad anote la correspondiente al familiar atendido.

Gestión: resuma lo que considere debe realizar para que la familia solucione su problema. Con una observación aclaratoria si es indispensable.

Responsable: Se escribe el nombre de las personas que realicen las diferentes actividades con la familia que puede ser: remisión, tratamiento, seguimiento, etc; puede hacerse responsable el profesional en Trabajo Social con que cuenta la sección de Trabajo Social y las practicantes de la Universidad Simón Bolívar.

3.14. REMISION

Sugerencias área diligenciar la ficha:

Escriba el número de la historia clínica del paciente, nombre completo, edad y el lugar de residencia, el servicio médico donde está siendo atendido.

CENTRO MEDICO CONFAMILIAR
SECCION DE TRABAJO SOCIAL
REMISION O REPORTE CASO A TRABAJO SOCIAL

SERVICIO.

No. HISTORIA CLINICA

PACIENTE:

PROBLEMA QUE PRESENTA:

FECHA

MEDICO

DE

AÑO, RESIDENTE EN

INFORME DEL TRABAJADOR SOCIAL

FECHA

AGRADECIENDO SU COLABORACION
ATENTAMENTE:

Anote la fecha, el nombre del médico.

Resuma en forma clara el motivo de la remisión, las limitaciones que presente la familia, o cualquier otro dato que creede interés para dar solución a la problemática de ella.

Solicite respuesta si el caso lo amerita.

Firme y selle la hoja.

3.15. CITACION FAMILIAR

Forma para ser utilizada en la Sección de Trabajo Social, cuando se requiera la presencia de un familiar del paciente.

Se anotará la fecha de la citación, nombre del paciente, nombre de la persona citada, día, hora, lugar y servicio.

Por último la firma de la persona que hace la citación.

3.16. CARTA DE REFERENCIA

Si el individuo vive fuera de la zona de afluencia a la Unidad de Salud, se solicitará la visita familiar a un Trabajador Social que actúe en las zonas donde Camfamiliar tiene u

CENTRO MEDICO CONFAMILIAR
SECCION DE TRABAJO SOCIAL - CITA FAMILIAR

PACIENTE: _____ FECHA: _____

PERSONA CITADA: _____

DIA: _____ DE _____ DE _____ A LAS: _____

ATENTAMENTE LE ROGAMOS SE SIRVA PRESENTARSE A ESTA OFICINA, PARA ASUNTOS RELACIONADOS CON

PREGUNTA POR _____

DE LUNES A VIERNES DE _____

FIRMA _____

CENTRO MEDICO CONFAMILIAR
SECCION DE TRABAJO SOCIAL
CARTA DE REFERENCIA

SEÑOR _____

PERSONA REFERIDA _____ EDAD _____

DIRECCION _____

ASUNTO _____

AGRADECIENDO SU COLABORACION SE SUSCRIBE MUY ATENTAMENTE:

FIRMA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

bicados consultorios médicos en la periferia de la ciudad.

Forma para ser utilizado en la Sección de Trabajo Social:

Anote el nombre de la persona referida, edad, dirección, resumen en forma clara el motivo de la referencia, las limitaciones que presenten o cualquier otro dato que crea de interés para dar solución a la problemática.

3.17. DESCRIPCION ORGANIZACIONAL

Según los Estatutos de Comfamiliar del Atlántico será gobernada y dirigida por la Asamblea General, por el Consejo Directivo y por el Director Administrativo.

La Asamblea General es el máximo organismo de la Corporación, está integrada por los representantes de todas las Empresas afiliadas. Se reúne ordinariamente una vez al año será presidida por el Presidente del Consejo Directivo. A falta de esto lo hará el 1º Vicepresidente del Consejo Directivo o en su defecto, el 2º Vicepresidente, a falta de este último un miembro del Consejo Directivo.

Las reuniones extraordinarias tendrán lugar cada vez que lo requieran el Consejo Directivo, el Revisor fiscal, el Super-

intendente del Subsidio Familiar, el Director Administrativo o una tercera parte del total de los miembros de la Corporación.

Son funciones de la Asamblea General:

- Expedir y modificar los estatutos
- Elegir los representantes de los empleadores para integrar al Consejo Directivo.
- Nombrar y remover libremente al revisor fiscal y su suplente.
- Examinar, aprobar u objetar los balances, estados financieros, cuentas informes generales y especiales que presentan al Director Administrativo y el Consejo Directivo.
- Declarar disuelta y liquida la Corporación
- Vigilar por el cumplimiento de los principios del Subsidio familiar.
- Fijar honorarios a los miembros del Consejo Directivo de la Corporación.
- Las demás que le asignen la Ley y los Estatutos.

Funciones del Revisor Fiscal:

- Vigilar que las operaciones de la Caja se cumplan atendiendo las decisiones de la Asamblea General y el Consejo Di -

rectivo.

- Dar aviso oportuno, por escrito al Director Administrativo, al Consejo Directivo, a la Asamblea General y a la Superintendencia del Subsidio Familiar, de las irregularidades que se presenten en el funcionamiento de la entidad.
- Rendir los informes generales, periódicos y especiales que le sean solicitados por la Superintendencia del Subsidio del Subsidio Familiar.
- Inspeccionar los bienes e instalaciones de la Caja exigir las medidas que tiendan a su conservación y cabal prestación de los servicios sociales a que están destinados.
- Autorizar con su firma los inventarios, balances y demás estados financieros.
- Convocar a la Asamblea General y al Consejo Directivo a reuniones extraordinarias.
- Las demás que le señalen la Ley o los Estatutos.

El Consejo Directivo está integrado por cinco representantes de los empleadores afiliados a esta Caja con sus respectivos suplentes personales elegidos por la Asamblea General de Afiliados. Por cuatro representantes de los trabajadores con sus respectivos suplentes, de las entidades afiliadas a la Caja.

Los miembros del Consejo Directivo serán elegidos para periodos de cuatro años, se reunirá ordinariamente por lo menos

una vez cada mes y extraordinariamente, cuando sea convocado por el Presidente del mismo, o por el Director Administrativo, o por el Revisor Fiscal.

Son funciones del Consejo Directivo:

-Llevar a cabo la política administrativa y financiera de la Caja de acuerdo con el régimen del Subsidio Familiar y las directrices del Gobierno Nacional.

-Aprobar los planes y programas a que deben someterse las inversiones en concordancia con la ley.

-Aceptar o rechazar las inscripciones de patronos que deseen afiliarse a Comfamiliar.

-Aprobar el presupuesto anual de ingreso y egreso.

-Nombrar al Director Administrativo y al Subdirector, quien lo reemplazará en sus ausencias temporales.

-Presentar a la Asamblea General de afiliados es asocio del Director Administrativo el informe anual de labores, los balances y estos financieros del respectivo año.

- Evaluar los informes trimestrales que deban presentar al Director Administrativo.

- Velar por el cumplimiento de los porcentajes establecidos en la ley para la constitución de las reservas.

- Señalar el uso que se le dará a las utilidades o remanentes que produzcan las operaciones de Comfamiliar.

- Ejercer controlen el desarrollo de los programas, la prestación de los servicios y el manejo administrativo y financiero de Comfamiliar.

- Elegir de su propio seno el Presidente, el 1º Vicepresidente y 2º Vicepresidente de este organismo para período de un año.

- Hacer su propio reglamento.

- Las demás que la asignen la ley y los Estatutos.

El Gobierno y la Administración directa de la Corporación estarán a cargo de un Director Administrativo, quien será de libre nombramiento y remoción del Consejo Directivo.

Las Funciones del Director Administrativo:

- Llevar la representación Legal de Comfamiliar del Atlántico.
- Cumplir y hacer cumplir la Ley, los Estatutos, Reglamentos Internos, órdenes y resoluciones de los diversos órganos de la Administración, las directrices del Gobierno Nacional y los Ordenamientos de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
- Ejecutar, dirigir, coordinar y orientar la política administrativa y financiera de la Caja y las determinaciones del Consejo Directivo.
- Presentar al Consejo Directivo, los planes y programas de inversiones de los servicios y el proyecto del presupuesto anual de ingreso y egresos.
- Presentar a la Asamblea General en asocio del Consejo Directivo el informe anual de labores, los balances, y estados financieros del respectivo año.
- Rendir ante el Consejo Directivo, los informes trimestrales de gestión y resultado.

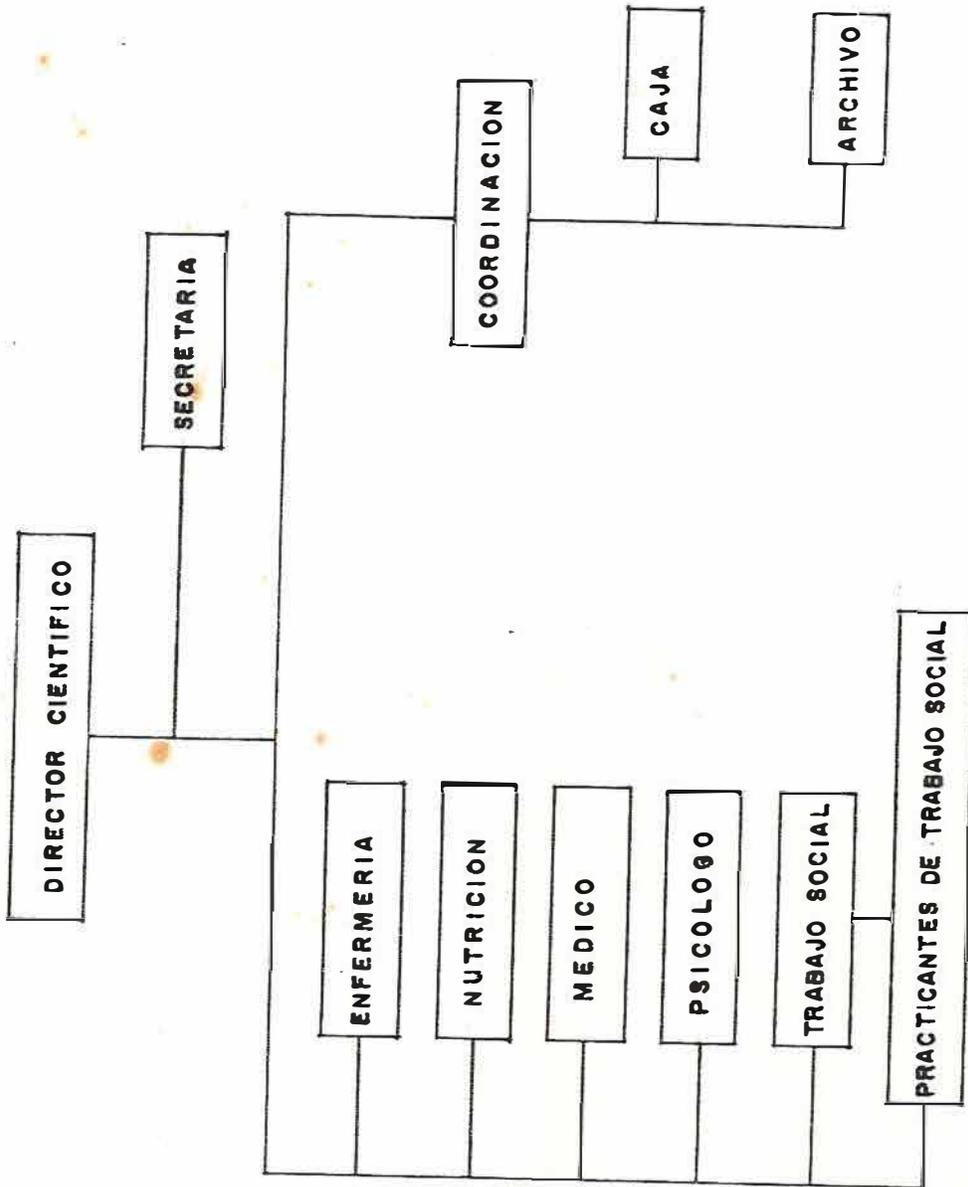
- Presentar a la Superintendencia del Subsidio Familiar, los informes generales o periódicos que le solicite, sobre el desarrollo de los planes y programas, la situación general de la entidad y en relación con la política de Seguridad Social del Estado.

- Informar al Consejo Directivo, de los proyectos de planta de personal, manual de funciones y reglamento interno de trabajo.

- Suscribir los contratos que requieren el normal funcionamiento de la Caja, con sujeción a las disposiciones legales estatutarias.

- Ordenar los gastos de Comfamiliar del Atlántico.

- Las demás que le asigne la Ley y los Estatutos.



CONCLUSIONES

Evaluando la investigación respecto a la ubicación e intervención del Trabajador Social en la Unidad Médica de Comfamiliar especialmente en lo que se refiere y relaciona su participación de pacientes podemos concluir que el desvinculamiento absoluto del Trabajador Social en el Cuerpo Médico es debido a la no clarificación oportuna del mencionado profesional en cuanto a sus funciones dentro del equipo multidisciplinario que atiende a los pacientes.

La labor que desempeña el Trabajador Social se encuentra completamente parcializada a través de programas preventivos sectoriales propios de instituciones de salud primaria.

De acuerdo a la problemática estudiada surgió la estructuración y organización de la sección de Trabajo Social en Centro Médico de Comfamiliar, lo que promoverá y participará activamente dentro del equipo médico y paramédico, los diversos programas, y los servicios de atención directa a pacientes. Como también el trabajo coordinado de equipo, control de actividades; la división registrará toda la información que se obtenga.

El Trabajo Social en Salud es un campo bastante extenso de intervención; en donde el profesional puede coadyuvar y aportar sus conocimientos de las ciencias sociales de una manera más dinámica.

RECOMENDACIONES

A los Directivos de Comfamiliar, al Director Científico del Centro Médico proponemos estudiar y acoger la presente tesis producto de la realidad objetiva existente en la institución, que conforma la respuesta de la problemática planteada.

La Sección de Trabajo Social es la herramienta clave para brindar un completo servicio integral médico-social y en la captación de nuevos usuarios aumentando el número de la población atendida, crear nuevos servicios y programas que contribuyan a la verdadera consolidación del Centro de Salud y ubicarlo como institución bandera en salud primaria.

Emitiendo un juicio objetivo con todos sus efectos consideramos de vital importancia que antes que la Universidad Simón Bolívar haga ingresar a las estudiantes a realizar las prácticas institucionales, defina la ubicación profesional del Trabajador Social, y presente un manual completo de las funciones que desempeña este profesional de las Ciencias Sociales.

Recomendamos a nuestra Alma Mater organizar una oficina de selección de practicantes, para escoger a aquellas que tengan mayor aptitud de acuerdo al campo de acción, para que se desempeñen en forma eficiente. A la vez rotar a las profesionales en formación en las diferentes áreas de intervención complementando así sus conocimientos.

BIBLIOGRAFIA

ANDER-EGG, Ezequiel. Diccionario de Trabajo . Humanitas.
Buenos Aires, 1978.

ANDER-EGG, Ezequiel. Metodología del Trabajo. Edit. El A
teneo s.a. Barcelona, Buenos Aires, Bogotá, Caracas,
Lima, México, Rio de Janeiro, 1982.

BULA ESCOBAR, German. Superintendencia del Subsidio Fami
liar, Universidad Nacional de Colombia, 1985.

ESCUELA DE ASISTENTES SOCIALES, Programas de Trabajo So-
cial en Medicina Hospitalaria, Ed. Universidad de Na
varra S.A. Panplona, 1973.

KISNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social, Huma
nitas, Buenos Aires, 1981.

MAZA ZAVALA D.F. Ensayo sobre la dominación y la desigual
dad Ed. Colibri, Bogotá, 1981.

NUÑEZ M. Martha. RUIZ B. Rosario. Intervención del Traba-

jador Social en el sector primario de la salud.

OSORIO DIAZ, Carlos. Informe técnico guía para la elaboración y presentación de informes, Barranquilla, Enero de 1985.

OSORIO DIAZ, Carlos. Métodos y Técnicas de Trabajo Social Institucional, Barranquilla, 1985.

SANTAMARIA ESPINOSA, Alberto. El Trabajo Social en Salud, Ed. Sociales, Bogotá, 1978.

SEMINARIO DE MANRESA, Método Básico, Barcelona, sep.1971.

TORRES DIAZ, Jorge. Historia del Trabajo Social, Gráfica lia, Barranquilla.