

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN MEDICINA PREVENTIVA PARA LA
POBLACION INFANTIL EN EL HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY

ESTHER DEL ROSARIO CASTAÑEDA PACHECO
LUISA EMILIA MORALES BOCANEGRA
CARMEN ROSA NAVARRO CAÑAS

Trabajo de Grado presentado como
requisito parcial para optar al
título de Trabajador Social.

Dra. NUVIA MORENO
Asesora

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1985

CUERPO DIRECTIVO

RECTOR : Dr. José Consuegra Higgins

SECRETARIO GENERAL DE
LA UNIVERSIDAD : Dr. Rafael Bolaños

DECANO FACULTAD : Dr. Jorge Torres Días

SECRETARIA ACADEMICA : Dr. María Torres

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Barranquilla, de 1985

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

BARRANQUILLA, de 1985

DEDICATORIA

Esta meta que hemos alcanzado y de la cual nos sentimos orgullosa, queremos dedicarsela con mucho amor y cariño a nuestros padres, hermanos y demás personas, que contribuyeron para haber culminado esta carrera, como fruto de los sacrificios y esfuerzos, con el fin de servirles a nuestras familias y sociedad.

ESTHER

LUISA

CARMEN

AGRADECIMIENTO

Para un trabajo de esta especie, es muy difícil singularizar a quienes ayudaron con estímulos, ideas, informaciones o experiencia. Son una legión de individuos, familiares, profesores, amigos, y pensamientos de distintos campos. A todos ellos testimonio y sentido reconocimiento. En especial a la Trabajadora Social Nubia Moreno, quien con sus ideas y experiencias contribuyó al desarrollo de nuestro trabajo.

En la preparación de ésta Tesis han sido factor decisivo la generosa hospitalidad y las facilidades brindadas por el personal que labora en el hospital Santander Herrera de Pivijay. En particular agradecemos la colaboración del Jefe del Departamento de Estadística José Clodomiro Ortiz, y al Trabajador Social Ricardo Pérez.

Tampoco podemos dejar de resaltar la colaboración brindada por Orlando Coll, Bibliotecario de la Universidad Simón Bolívar.

TABLA DE CONTENIDO

	"pág"
INTRODUCCION.....	1
1. SALUD EN NUESTRO MEDIO.....	7
1.1 POLITICAS DE SALUD.....	25
1.2 SERVICIO SECCIONAL DEL MAGDALENA.....	35
1.2.1 Trabajo Social en el Servicio Seccional del Magdalena.....	46
1.2.2 Hospital Local Regional de Pivijay.....	48
1.2.2.1 Trabajo Social en el Hospital regionali zado de Pivijay.....	63
2. POBLACION INFANTIL.....	70
2.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD.....	86
2.2 MEDICINA PREVENTIVA.....	103
2.3 LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD DEL NIÑO..	112
2.3.1 La Familia en Pivijay.....	118
2.4 EDUCACION PREVENTIVA Y FAMILIAR.....	123
2.4.1 Educación Preventiva y Familiar en Pivijay	128
3. INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD.....	130

3.1 INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRA MAS DE MEDICINA PREVENTIVA.....	144
3.2 ALTERNATIVAS Y PROPUESTAS.....	152
4. CONCLUSIONES.....	160
BIBLIOGRAFIA.....	165
ANEXOS.....	168

INTRODUCCION

El presente trabajo plantea como tema central "La intervención del Trabajador Social en Medicina Preventiva para la población infantil en el hospital Santander Herrera de Pivijay", surgió como respuesta a la problemática de salud en la población infantil de las zonas rurales, debido a la poca proyección de las políticas estatales a estas áreas del país especialmente Medicina Preventiva e impidiéndoles mejorar su nivel de salud.

La Medicina Preventiva es una parte de la medicina que actúa sobre el individuo para evitar las enfermedades o sus secuelas y retardar el efecto de enfermedades inevitables e incurables, de esta manera muchas enfermedades se podrían evitar del todo o por lo menos reducirlas empleando medidas preventivas, ya que su base no es la patología sino ante todo el estudio de la relación del hombre con su medio ambiente.

Con este estudio se busca básicamente definir algunas pautas conceptuales que orienten la intervención de Trabajo

Social en Medicina Preventiva, este empeño, suponía indagar los factores relevantes que actuaban en la proliferación de enfermedades inmunoprevenibles, en una población que presentaba singulares atractivos investigativos: la infancia.

Como objeto de nuestro estudio fue seleccionada la localidad de Pivijay, ubicado en el departamento del Magdalena, teniendo como centro de referencia el Hospital Local Regionalizado Santander Herrera, donde se canaliza la problemática en salud a nivel infantil, originadas por las propias características socio-económicas, condiciones sanitarias, y composición de su población constituyéndose en una muestra de la población rural Colombiana, donde la situación de salud es preocupante porque sus medios de atención presentan carencia de recursos (materiales, financieras, humanos etc.) que no permiten brindar una debida atención especializada al menor.

Trabajo Social en el campo de la salud realiza una importante labor ya que la salud esta condicionada por factores: sociales, económicos, y políticos, aspectos que son de su dominio estableciendo su relación con la salud y ejecutando acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud tendientes a lograr bienestar social de la comunidad.

Nuestro esfuerzo esta dedicado a tratar la importancia de la Medicina Preventiva para la población infantil en el Hospital de Pivijay ya que esta contribuye de una manera más efectiva al mejoramiento de los niveles de salud, para ello nos planteamos los siguientes objetivos:

Estudiar la incidencia de los factores socio-culturales en la salud de la población (comunidad, familia y paciente), estableciendo la importancia que la medicina preventiva tiene para ellos con el fin de promover cambios de actitud que conlleven a proteger y asegurar la salud de sus miembros.

-Aportar conocimientos que permitan una mejor proyección del Trabajo Social en los programas de medicina preventiva, determinado el rol específico y funciones para garantizar su desarrollo eficaz y dentro de los objetivos específicos mencionaremos:

-Estudiar las políticas de salud con relación a medicina preventiva para determinar su ejecución.

-Conocer el desarrollo de las políticas en medicina preventiva en el Hospital de Pivijay, para determinar su eficacia y cobertura o área de influencia.

-Conocer las aptitudes de la familia y la comunidad respecto a medicina preventiva en la protección al menor.

-Determinar las condiciones del medio ambiente que más afectan a la población infantil en el municipio de Pivijay e interpretar su atención con relación a la enfermedad pa

decida.

-Evaluar la intervención del Trabajador Social en su área de trabajo para implementar o modificar su accionar.

Por la complejidad del tema y debido a su constante actualización utilizamos el método dialéctico ya que nos permitió analizar e interpretar el problema objetivamente, estableciendo las causas y consecuencia de los problemas de salud en la población infantil al no brindar una educación Preventiva a sus familias y a la comunidad. Este método nos permite investigar la naturaleza y la sociedad, destacando las contradicciones internas, es decir pone de manifiesto la verdadera esencia de los fenómenos, procesos y hechos sobre los cuales interviene el Trabajador Social. El nivel descriptivo analítico nos permitió no solo describir sino analizar como se está desarrollando la medicina preventiva en el hospital y si verdaderamente se esta educando a la comunidad para recibir este tipo de atención. Dentro de las técnicas utilizadas están: la entrevista, el sondeo de opinión, la observación directa e indirecta, documental y estructurada.

La hipótesis de trabajo planteada en la investigación fue la siguiente: Las condiciones socio-económicas de los sectores rurales en este caso particular Pivijay están generando epidemias en la población infantil por desequilibrio orgánico e inadecuada educación sanitaria a la comunidad, compro

bada en los parámetros esbozados a lo largo del trabajo, cuyos capítulos contemplan lo siguiente:

Primero: La salud en nuestro medio, se analizan las políticas estatales en salud y específicamente en medicina preventiva para conocer si están planeadas y orientadas a servir a la mayoría de la población o a una minoría y su proyección en el departamento del Magdalena. Además de la intervención de Trabajo Social tanto en la Seccional del Magdalena como en el hospital de Pivijay.

El segundo: La población infantil y enfermedades, donde se estudia la atención en salud del niño, las políticas que elabora el estado para la población infantil y sus derechos, las principales enfermedades del niño y las medidas para atenderlos, se estudia igualmente los índices de morbi-mortalidad tanto a nivel general como en el departamento y específicamente en el municipio de Pivijay. El tipo de medicina preventiva que se da en el hospital, los índices de vacunación. La familia frente a la enfermedad del niño y su educación en medicina preventiva.

El tercero: Intervención de Trabajo Social en el Sector Salud, se realiza este capítulo dando un enfoque general del quehacer profesional en el área de la salud, sus objetivos y funciones desarrolladas a nivel nacional, al igual que la participación de Trabajador Social en los programas de medicina preventiva y las propuestas alternativas.

Este trabajo es fruto de nuestra dedicación y esfuerzo en la recopilación de material bibliográfico, de las experiencias aportadas por los habitantes de la comunidad y de las observaciones directas en la comunidad, lo que nos permitió alcanzar los objetivos propuestos por lo tanto esperamos que ella sirva de guía para la realización de una nueva investigación o de aporte a la teorización del quehacer profesional en Trabajo Social.

todas partes, algunos son obras del hombre otros surgen de un medio biológico y físico; hasta el momento no controlado. Se extiende desde los extremos de calor o frío y la falta de agua, hasta las infecciones locales que la ciencia moderna va aprendiendo lentamente a controlar.

Si miramos lo anterior vemos que de la cobertura de seguridad social solamente el 16% de la población total es afiliada a los sistemas existentes en el país, Seguros Sociales, Caja Nacional de Previsión Social. Esta proporción varía con la edad, correspondiendo la tasa más alta (21%) al grupo laboral (15-44) y la más baja a los grupos 1-4 (9.7%) y 60 y más años (11.3%) esta cobertura varía notablemente según el grado de urbanización y el ingreso familiar anual.

Además en las grandes ciudades encontramos cinturones de miseria ubicados en la periferia donde la población está expuesta a adquirir cualquier tipo de enfermedad, producto de sus condiciones de vida, por falta de agua potable, educación preventiva, recolección de basuras y alcantarillado por la cual sus desechos son arrojados al rededor de la vivienda, formandose focos de contaminación que predisponen a la comunidad a la adquisición de enfermedades con características epidémicas y que contribuyen a elevar los índices de morbi-mortalidad de la población in

fantil y adulta.

Para enfrentar esta situación el Estado ha organizado el Sistema Nacional de Salud que opera de la siguiente forma: nivel directivo y nivel operativo.

NIVELES DIRECTIVOS

Nivel	Organismo	Funciones
N. Nacional	Ministerio de Salud	Formulación de Políticas Normatización de aspectos del Sistema. Planificación, vigilancia y control, supervisión del nivel seccional. Realización de campañas directivas.
N. Seccional	Servicio Seccional de Salud de Dptos, Intendencias y Comisaríaes.	Cumple por delegación del Ministerio las mismas funciones de éste, compatibilizandolas y adaptandolas a las características de cada sección del País. Control y supervisión del Nivel Regional.
N. Regional	Unidades Regionales de Salud, en zonas de Dptos, Intendencias y Comisaríaes con ciertas homogeneidad relacionada con aspectos geográficos, económicos y culturales.	Cumple por delegación del nivel Seccional con las mismas funciones de este adaptándolas a las condiciones de la zona, vigila y controla el funcionamiento de las instituciones de Salud de la región. En este nivel se formaliza y organizan los diferentes niveles Operativos

NIVEL OPERATIVO

Nivel	Organismos	Funciones
Local	-Hospital Local. -Organismos Ambulatorios, (Centros y Puestos de Salud. -Atención domiciliar con Promotoras.	Promoción, prevención, diagnóstico tratamiento y urgencias en medicina general dados por personal profesional no especializado y personal técnico auxiliar.
Regional	-Hospital Regional de Salud con las especialidades básicas, cirugía pediátrica, gineco obstetricia, radiología y patología .	Centros de referencia para pacientes referidos por el nivel local. Brindar atención, medicina general y algunas especialidades básicas, además de las propias de saneamiento ambiental.
Universitario	-Hospitales Universitarios con capacidad técnica, dotación y personal especializado.	Centros de referencia final dentro de la cadena de remisión de pacientes. Generalmente sede de las facultades de Ciencias de la Salud. Atención muy especializada.
(1)		

Según lo planteado por el Ministerio de Salud y otras instituciones internacionales en el libro Colombia diagnóstico de salud, políticos y estrategias.

¹ Congreso Nacional de Salud de Trabajo Social. IV Medellín 1981, memorias. octubre 1981, pp.9-10

La formulación del sistema Nacional de Salud es sin duda uno de los avances importantes que ha tenido el sector salud en los últimos años. Sin embargo este avance ha sido más que todo en el aspecto conceptual y legal y no en el aplicativo.

El Sistema Nacional de Salud pretendía establecer una unidad conceptual del sector, con un comando único centrado en el Ministerio de Salud y unos subsistemas básicos que permitieran una formulación coordinada de políticas. La aplicación de los subsistemas, sin embargo, se ha limitado mayormente al subsector oficial y aún dentro de éste su desarrollo ha sido limitado y su aplicabilidad moderada.

El subsistema de planeación ha sido conceptualizado a través de un modelo teórico muy sofisticado pero de muy poca aplicabilidad y en la práctica ha tenido escasa utilización.

El subsistema de recursos humanos sólo se ha aplicado en forma muy parcial, el de suministro está en fase de experimentación y el de inversiones aún no se ha conceptualizado.

El proceso de regionalización se ha dado formalmente y en algunas secciones del país es operativo, pero en la mayoría de los casos no se ha dado un proceso de descentralización administrativa y el desarrollo de un nivel intermedio de

complejidad en la atención de la salud es aún precario en muchas regiones. No existe por otra parte un equilibrio entre la atención a las personas y la atención al medio. Esta última es particularmente subdesarrollada y usualmente marginal en el contexto de las regionales de salud.

La coincidencia de la dirección de la regional y la dirección del hospital regional en una misma persona, es un hecho que ha ido en detrimento del desarrollo integral de las regionales ya que la problemática interna del hospital regional ha terminado absorbiendo el tiempo e interés del director. Es decir los recursos no están bien racionalizados y la atención se convierte en deficiente como resultado de: carencia total de materiales indispensables para una mínima atención, dualidad y funciones administrativas de los directores, obediencia a las razones políticas y quizás electorales, pugnas continuas entre médicos, diputados y jefes de los servicios de salud, donde se hacen graves denuncias de la forma en que se maneja la salud y las irregularidades presentadas en los hospitales, lo que hacen que la atención en salud no responda a la verdadera acción de cobertura local, regional y nacional y lo que es más apremiante las crisis hospitalarias que han llevado a estas instituciones al cierre de los más importantes servicios, a la restricción marcada de la atención, al sostenimiento semi-privado o a la venta de servicios para los pacientes de la seguridad

social, a fin de lograr el mantenimiento de sus secciones, quedando desprotegida los sectores de bajos ingresos cuya coeficiente de incapacidad se duplican.

"A pesar de todo, las cifras demuestran un progreso en los niveles de salud de los colombianos, aunque es palpable que las políticas administrativas y algunas decisiones en materia de salubridad obedecen más a la burocracia con que se maneja la salud que a su verdadera atención".(2)

Además las políticas de importación sobre materias primas para la fabricación de medicamentos, en una forma restringida, afecta al individuo en cuanto a su tratamiento por la escasez de los mismos y por consiguiente su recuperación es lenta o tardía.

"Colombia produce el 95% de los medicamentos que requiere pero importa casi toda la materia prima. En otras palabras su industria farmacéutica es altamente desarrollada pero su farmoquímica es incipiente".(3)

²GOEIDEL, Guillermo. Nueva frontera N°504, p.151

³Ministerio de Salud, organización Panamericana de la Salud. Organización mundial de la salud. Colombia diagnóstico de salud, políticas y estrategias. Bogotá, junio /84 p.96

Teniendo en cuenta lo anterior, revisaremos la definición sobre salud donde nos demuestran como debe permanecer el estado de salud del individuo.

La organización Mundial de la Salud la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo, que no consiste tan solo en la ausencia de enfermedad. Esto significa que no puede hablar de buena salud en un hombre por el solo hecho de gozar de un estado físico ideal.

El buen funcionamiento de todos los mecanismos del individuo solamente significan buena salud física, pero en ningún caso buena salud total. Para ser un hombre sano se necesita además de la salud física, salud mental y la salud social. Además la salud es uno de los elementos esenciales e indispensables para el ejercicio de la actividad diaria del hombre. De ella depende el grado de eficiencia en el desarrollo de su trabajo, hay un mayor progreso económico y una mayor efectividad en el adelanto socioeconómico de la comunidad.

También es una de esas necesidades que deben ser más protegidas y que merece mayor atención por parte del Estado. Podríamos afirmar que en la medida que se poseen los medios para conservarla podemos hablar de desarrollo, porque así

estamos preservando el recurso más importante como es el humano.

El nivel de salud de un pueblo y la disponibilidad de servicios sanitarios con los que cuenta, son considerados como indicadores del progreso de un país, mientras la carencia de dichos recursos y servicios es tomada como determinante de la marginalidad de sus habitantes.

A pesar de esto en nuestro medio la salud, su prevención y recuperación se ha convertido en un privilegio de clase, no solo por la escasez de capital y recursos sino por la deficiente distribución y utilización de tales recursos. De ahí que las áreas rurales donde verdaderamente hay necesidad de mejorar la asistencia médica sufren de una grave escasez de médicos ya que el profesional evita a toda costa dirigirse a estas zonas, por la misma infraestructura de estas regiones (falta de establecimientos de Salud, pago inadecuado etc., también porque le significaría estancamiento científico y académico.

En nuestro sistema encontramos el sector de la salud dividido en: atención pública y atención privada cuyas características serán descritas así:

a) Subsistema público: Tiene como cabeza al Ministerio de Salud y como base operativa la seccionales departamentales,

cuya población objeto es la de menores recursos.

Los consumidores se asocian para pagar en forma colectiva el volumen de servicios que demandarán, a través de cotizaciones según sus ingresos o de impuestos para instituciones promovidas por el Estado y sostenidas por recaudos oficiales fundamentales.

Según las ciencias sociales, la Salud Pública es el conjunto de disciplinas centradas en el estudio del hombre como ser social, cultural y político que facilitan el conocimiento acerca de los factores socioeconómicos, culturales y políticos que generan enfermedades.

Salud Pública es el conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al estado y a todos los habitantes de un país para promover, prever, recuperar y rehabilitar salud en una sociedad.

FUNCIONES DE SALUD PUBLICA

Para Natalio Kisnerman en Salud Pública y Trabajo Social, toda la acción sanitaria, como conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir cinco funciones básicas: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud. En cualquiera de ellas existe siempre el intento de prevenir, evitando la ocurrencia de un riesgo que ocasione incapacidad

o muerte. De ahí que Leavell y Clark señalan cinco niveles de prevención a saber:

1. Prevención inespecífica o promoción de la salud.
2. Prevención específica.
3. Diagnóstico temprano y tratamiento eficaz.
4. Limitación de la incapacidad.
5. Rehabilitación.

Las dos primeras corresponden a lo que se llama prevención primaria, la tercera y cuarta a prevención secundaria, y la quinta a prevención terciaria.

La prevención es el conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos. Es primaria cuando está dirigida a evitar que la población corra el riesgo de enfermar, para lo cual 1) Promueve la salud mediante la educación sanitaria a fin de que la población asuma responsabilidades como agentes de su propia salud, y 2) Protege evitando la ocurrencia de la enfermedad mediante actividades y medidas (refuerzo alimenticio, inmunizaciones, exámenes periódicos de salud, higiene personal, de la vivienda, de lugares de trabajo y públicos, protección respecto a accidentes, etc.).

La Prevención es secundaria cuando está dirigida a detectar y diagnosticar precozmente la enfermedad, asegurando el tra

tamiento inmediato y previniendo la difusión de trasmisible, complicaciones, secuelas y muertes. Y es terciaria cuando tiende a limitar la incapacidad, rehabilitar y lograr la reubicación social de los enfermos.

Prevención primaria, secundaria y terciaria no se dan por separadas sino que configuran una unidad de Salud. Así, por ejemplo, si un pediatra aconseja un niño una correcta dieta alimenticia está previendo la aparición de trasmisibles que, en un organismo sin defensa puede llevar a la muerte, pero a la vez asegurar todo el potencial sicofísico que le permitiera un buen aprendizaje escolar y, en lo futuro, su incorporación al proceso productivo.(4)

Mirando las funciones descritas anteriormente podemos decir que en nuestro país no se cumplen en su totalidad, encontrándonos con un pésimo estado de salud. La asistencia médica sólo abarca parte de la población urbana y llega poco al campesino, además hay escasez de hospitales, centros y puestos de salud, acueductos, alcantarillado etc. Restando esto la labor que se realiza en salud, brindándose una atención en forma inadecuada de acuerdo a la organización estructural de las instituciones, las cuales no están bien equipadas por falla de recursos humanos, materiales y financieros, debido a que las fuentes de financiación provie

⁴KISNERMAN, Natalio. Salud pública y trabajo social. Editorial Humanistas, Buenos Aires 1981, pp.7-8

nen del nivel nacional, de las Loterías y Beneficiencias, del impuesto de licores, de los juegos permanentes, y estos fondos no solo son inoportunos e insuficientes sino también mal distribuidos.

Además es necesario que al diseñar las políticas y programas de salud para atender las necesidades o situaciones de la población se tengan en cuenta como dichas situaciones se encuentran interrelacionadas con otros aspectos de la vida humana (Educación, vivienda, bajos salario etc.).

Todos estos aspectos contribuyen a que no se garantice una mayor calidad y cobertura en salud para la población.

b) **Súbsistema Privado:** En este el consumidor contrata los servicios particulares de un poseedor del conocimiento médico. Lo constituyen las clínicas, los consultorios, laboratorios, y droguerías particulares. Tiene dos poblaciones objetos, uno de altos recursos financieros y otra de escasa capacidad económica.

La atención privada sigue teniendo por parte de los profesionales que la ejercitan tanto individual como colectiva, una preferencia dedicación y atención.

Esta medicina se brinda para un universo económicamente só

lido, constituyendose en la atención médica de núcleos de terminados y en los que los costos de las prestaciones no siempre son las limitantes para la demanda, pero sin embargo, el encarecimiento ascendente de las acciones médicas también ha colocado en crisis el sistema que ahora busca en buena parte con el modelo del prepago las salidas estructurales que esta obligado a hallar.

En nuestro medio se trata de manejar la salud como un sistema de servicios basado en relaciones comerciales. Donde el médico vende sus servicios como cualquier otra mercancía en un mercado libre y su práctica las realiza en comunidades urbanas que pueden pagar mejor por sus servicios, de ahí que las áreas rurales tienen mayores problemas, debido a lo poco atractivo que resalta la práctica médica en el campo; de esta manera, las zonas rurales pobres sufren de una grave escasez de médicos. También los hospitales deben limitar sus servicios a los que pueden pagar o a aquellos que queden cubiertos por los programas gubernamentales.

Las escuelas de medicina se deben orientar para producir profesionales que consideren la medicina no como un negocio de competencia, sino como un servicio; que esten dispuestos a servir antes que nada a los grupos sociales de bajo ingresos que son los que más necesitan sus servicios; que esten acostumbrados al trabajo en equipos y tengan un espíritu de cooperación que los prepare a trabajar en grupos organizados en centros de salud; que

practiquen la medicina preventiva y que se interese en la salud no en la enfermedad. La medicina clínica se debe enseñar de modo diferente que en el pasado. Cada caso debe analizarse médica y socialmente, para conocer las causas que lo hicieron posible y deben sacar conclusiones sobre como prevenir casos semejantes en un futuro.(5)

Al analizar la situación de morbilidad y mortalidad se observa como Colombia está viviendo un momento de transición, pues si bien persisten los problemas relacionados principalmente con las enfermedades diarreicas, infecciosas y la malnutrición, la importancia de las enfermedades crónicas y mentales, es cada vez mayor, hecho que no podemos desconocer al estudiar los problemas de salud.

Pese a la disminución de la mortalidad en las últimas décadas el problema de salud sigue siendo crítico. Las enfermedades infecciosas, intestinales, las respiratorias agudas, las prevenibles por vacunación y la desnutrición son causas predominantes de enfermedad y muerte en menores de cinco años. Planteado esto en el plan cambio con equidad de Belisario Betancur.

La situación sanitaria cada día se va haciendo más precaria a causa de los grandes problemas que posee. Los

⁵TERRIS, Milton. Revolución epidemiológica y la Medicina social, p.215

hospitales existentes son incapaces para albergar el número de enfermos cada día más creciente. Las camas, al igual que las consultas, se reducen cada año. El 50% de la población está totalmente desprotegida, en materia de salud pública. Existen en Colombia alrededor de:

No. de Médicos; Generales 14.968 Especialistas 3.889

No. de Hospitales 823

No. de Camas de Hospitales 47.172

No. de Centros y Puestos de Salud. 2.772 (6)

Haciendo un análisis de lo anterior vemos que a cada médico le corresponde más de dos mil habitantes, pero esta cobertura se da más ínfima en el campo y las ciudades pequeñas.

En relación con los especialistas encontramos una cruda realidad al no hallar oferta de trabajo de trabajo debido a su localización netal: urbana y a los altos costos de estos servicios, etc., viendose espe

⁶Revista Indice Nacional de Terapeutica y enfermedades
(INTE). Bogotá (Noviembre 1984) p.4

cialistas desempleados o subempleados en las principales ciudades del país. En cuanto a las camas hay un promedio de 500 hab. por camas, insuficiente para atender la alta tasa de morbilidad y accidentalidad existente.

En relación a los puestos y centros de salud donde existen son inadecuados, carecen de recursos humanos, materiales en general y quirurgicos y financieros.

El problema hospitalario adquiere caracteres de mayor gravedad cada día, por la carencia de camas, por la insuficiencia de instalaciones y por la incapacidad de mantenimiento adecuado. Por último, la mayoría del pueblo Colombiano, no puede recurrir al médico, bien porque no posee los recursos económicos que le permitan pagar la consulta, o bien porque viven en zonas muy retiradas a los centros de salud, cuando ellos existen.

Sin embargo es evidente que la solución de estos problemás requiere de un cuidadoso examen de los factores de indole político, económico y social. Ese requisito abarca todas las actividades conscientes desarrolladas para mejorar la salud, que puede ir desde la producción de alimentos básicos, el mejoramiento de la vivienda, el establecimiento de agua potable y la construcción de vías de comunicaciones hasta las actividades que tradicionalmente forman parte del

sector salud como son los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

Pero hay un problema de fondo en Colombia en lo que respecta a la salud, es el problema de la desnutrición y aunque ésta afecta a todas las regiones del país y las diferencias entre las mismas no son sustanciales, las cifras de desnutrición global y crónica en menores de 5 años, para la región oriental son un poco más alta, y las de Bogotá en desnutrición crónica un poco más bajo. En cambio según nivel de urbanización, el problema varía sistemáticamente. Los más afectados son las poblaciones dispersas y de localidades inferiores de 2.500 hab. las cuales se caracterizan por un menor grado de desarrollo, menores ingresos, más bajos niveles de educación, condiciones sanitarias y de vivienda deficiente y menor disponibilidad de acceso a los servicios de salud y otros.

En el taller seminario realizado en Bogotá se encontró tras analizar estadísticas actualizadas, que la mortalidad prenatal esta muy relacionada con el bajo peso del mortinato (nacido muerto) y el retardo en el desarrollo intrauterino, como consecuencia de las deficientes condiciones sociales y ambientales que producen las llamadas enfermedades de embarazo.

- Estas enfermedades que producen bajo peso son prevenibles a través de acciones de salud preventiva, pero desgraciadamente no contamos con todos los recursos y principalmente el nivel educativo. dice Cerra (7)

⁷ CERRA, Luis. Un niño nace muerto cada 19 horas. Barranquilla. El Heraldó, (Marzo 3 de 1985) p.13A.

1.1 POLITICAS DE SALUD

Los gobiernos Colombianos a través de los denominados planes de desarrollo social y económico, reflejan fielmente la concepción de la clase burguesa dominante que persigue como fin la acumulación capitalista, la concentración y centralización del capital, sin embargo, no prestan mayor atención a la satisfacción de las necesidades de la población. Dentro de estos planes señalaremos el Plan de Integración Nacional (PIN) 1978-1982 del Dr. Turbay Ayala y el cambio con Equidad 1982-1986 del Dr. Belisario Betancourt.

El primero tiene como objetivos centrales la descentralización económica y la autonomía regional, el desarrollo del transporte y de los medios de comunicación, desarrollo del sector energético y minero y desarrollo de una nueva estrategia social.

El PIN es reconocido no como un plan sino como ambicioso programa de obras públicas, financiado a base de empréstitos y créditos externo, lo que significa un mayor endeudamiento con otros organismos internacionales perpetuando así la dependencia económica y política existente.

En consecuencia estos objetivos están encaminados a brindar a los grandes capitalistas y terratenientes del país

mejores condiciones para realizar su producción y convertir los en altas ganancias, al igual que se plantea el comercio exterior como principal fuente de enriquecimiento. Es necesario incluir que los deseos del gobierno de desarrollar el transporte y el sector minero se hace en base a entrega de la explotación de los recursos naturales a las compañías extranjeras esencialmente norteamericanas, recargando a la población constantes alzas de los servicios públicos, en los precios del gas, de la gasolina y del transporte.

En el Pin se expresa la preocupación por el fenómeno de fomento de políticas de trabajo y seguridad social, de atención al menor, al sector salud, y al educativo. El plan Nacional de alimentación y nutrición (PAN) y a los programas de la integración de servicios y participación comunitaria (IPC) en el cual se pretende integrar los servicios y lograr la participación comunitaria en la búsqueda de soluciones inmediatas para sus innumerables problemas, con éstas políticas el gobierno pretende responsabilizar a la comunidad de los recursos, actividades y soluciones, sin preparación previa y asesoría para poder participar en estos programas los cuales no corresponden a su realidad al ser diseñado por expertos.

El Pin para el sector salud que es el que básicamente nos interesa para mostrar como se han puesto en práctica éstas

políticas, tiene como objeto general lograr una reducción significativa de los índices de morbilidad y mortalidad, a través de un tratamiento integral en la prestación de los servicios, la atención por niveles dentro de un sistema administrativo y operativo regionalizado, el fortalecimiento de la coordinación de las instituciones dentro y fuera del sector y una decisiva participación de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades de salud, en la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios.

Igualmente es necesario lograr el desarrollo armónico del sistema Nacional de salud mediante la integración real de los subsectores que lo conforman y el cumplimiento efectivo de las responsabilidades asignadas a cada uno de los niveles de atención con énfasis en el local y regional. En este sentido las cajas de compensación familiar, las cajas de previsión el instituto de seguros sociales, son ejecutores de la política social que deben coordinar sus acciones con el ministerio de salud.

La prioridad establecida para la asignación de los recursos del sector es el control de los factores que afectan al grupo materno infantil y las endemias prevalentes como paludismo, dengue, fiebre amarilla. El objetivo de la política de atención al menor es mejorar sus condiciones de vida de tal manera que se garantice el adecuado desarrollo del fu

turo recurso humano del país. Para llevar a cabo esto se requiere acciones en los campos de prevención y tratamiento.

Las primeras están dirigidas a la comunidad en general, a la familia y a la población menor en particular. Por esta razón las acciones están dirigidas a incorporar la comunidad a programas específicos para el menor y a mejorar las condiciones del medio ambiente en el cual se desenvuelve la familia y el niño, desarrollar acciones promocionales y de educación de adulto para la vida en familia. La segunda tiene como principio básico la recuperación de los menores con problemas en el seno de la unidad familiar.

A pesar de la programada política de salud y específicamente de atención al menor vemos que estas no se tradujeron en hechos concretos, ya que solo se atendió a una minoría de la población necesitada y desfavorecida. Es decir que las comunidades han tenido poca participación y beneficio, de ahí que las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y desnutricionales causan estragos en la población infantil especialmente en los niveles socio-económicos más bajos, lo cual se hace más notorio en el campo y sin embargo se habla de acciones de prevención y tratamiento.

En general podemos decir que es cierto que los recursos son insuficientes para atender la problemática de la población,

pero no es menos cierto que se aplican de modo ineficaz. Las fuentes de financiación de la justicia, de la salud, de la educación y del bienestar son en general muy heterogéneas y dispersas. Su recaudo es complejo, las transferencias suelen ser inequitativas en muchos casos e inoportunas en otros. Como resultado la programación es incierta y son crónicas las situaciones deficitarias.

El segundo plan tiene como objetivos la reactivación económica, consolidación del desarrollo económico y el ordenamiento del cambio social, con este último objetivo el gobierno trata de integrar y definir los servicios que presta el Estado para que los esfuerzos de las distintas instituciones concuerden con las necesidades de las comunidades beneficiarias y para elevar la calidad y extender su cobertura. De otra parte se busca reorientar el proceso de crecimiento económico en favor de la generación de empleo y el desarrollo de las zonas geográficas más atrasadas de los grupos marginados de la población.

Con la consolidación del desarrollo económico se busca asegurar el crecimiento de la economía en niveles que permitan la elevación constante de las condiciones de vida y que faciliten avanzar en la integración y fortalecimiento de los aspectos sociales y culturales de la nacionalidad.

La reactivación económica esta dirigida a lograr una progresiva estabilidad de precios, brindar mayores oportunidades de cambio y de superación a las grandes masas colombianas.

La conclusión general del Plan cambio con equidad es que la política de salud es coherente con el conjunto de la política económica y social; la prevención de las enfermedades, el aumento de la cobertura de los servicios asistenciales a los grupos más desfavorecidos y la mejora de su calidad son objetivos que tienden a lograr mayor equidad social y elevar la productividad del trabajo la cual depende en buena medida de la salud de la población.

"Equidad en salud significa extender la asistencia del Estado a los grupos más vulnerables de la población como aquellos que carecen de otra oportunidad" (8).

A través de estas políticas se pretende:

- Extender los servicios del sistema Nacional de salud en las instituciones ascritas y vinculadas al mismo a una cuarta parte más de la población Colombiana, esto es pasar de un cubrimiento de 50% a 75%.
- Se extenderá la asistencia del Estado a los grupos de po

⁸BETANCOURT, Belisario. Plan Nacional de desarrollo. Cambio con equidad 1983-1986. p.267

blación más vulnerables. La madre y el niño tendrán la primera prioridad.

- Se tendrá como estrategia de apoyo reducir los riesgos de enfermedad y de muerte, la dotación de viviendas, la provisión de agua potable y la producción y distribución de alimentos.

- Se saneará la vivienda campesina y se fomentará la producción de alimentos, se adelantarán programas de educación en salud, se desarrollarán campañas de prevención de riesgos en el trabajo.

- Se creará un sistema de investigaciones en salud y se establecerá un servicio de información y de estadísticas.

- Se incorporarán plenamente al Sistema Nacional de Salud, el Instituto Nacional de salud, el Instituto Colombiano de bienestar familiar, Instituto Nacional de fomento municipal. Se propone disminuir la mortalidad en menores de un año hasta alcanzar 40 por 1000 nacidos vivos reduciendo en la mitad la mortalidad por enfermedades infecciosas, parasitarias, intestinales, inmunoprevenibles, respiratorias y perinatales.

Para el grupo de 1 a 4 años la mortalidad debe descender a nivel de 5 a 7 por 1000.

Para llegar a esta meta se aumentará la cobertura de los programas de crecimiento y desarrollo (60%), rehidratación, inmunización (80%), lactancia materna y nutrición. La aten

ción médica debe cubrir en un 90% al menor de un año y en un 50% al niño entre 1 y 4 años.

En relación con las madres se propone disminuir la morbi-mortalidad específica reduciendo en un 10% la mortalidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aborto y cáncer de cervix.

Como actividades de prevención social se desarrollarán programas de educación nutricional para las madres.

Al hacer un análisis real de la teoría existente en los planes y políticas de salud, descritos anteriormente podemos decir que la situación que se aprecia, que se vive es muy dramática, las políticas sociales, no son ejecutadas en su totalidad, lo cual agrava la sanidad y asistencia pública y son fenómenos permanentes en el sector de la salud, abandono físico, material y financiero lo que ocasiona el cierre de hospitales. Muchos indicadores revelan la inequidad en las condiciones sociales de las zonas rurales, por falta de control sobre el ambiente, por mala calidad de la vivienda, por bajas coberturas de salud, la mortalidad infantil es mucho más alta que en las ciudades.

La tasa de escolaridad primaria están muy por debajo de la urbana. Estas y otras situaciones semejantes aumentan la

probabilidad de migración y determinan niveles bajos de productividad.

En general la financiación de los servicios de salud refleja la filosofía y las características socio-políticas de las instituciones propias de un país como el nuestro cuya problemática es:

- Aumento en los costos de atención médica.
- Creciente imposibilidad económica de la población en general para costearse directamente la debida asistencia de su salud quedando marginado los de la atención médica en general.
- Dificultades del cuerpo de profesionales de la salud para desarrollar cabalmente sus actividades en consonancia con la demanda creciente y con los progresos científicos y tecnológicos.

A esto se agregan otros problemas de índole socio-económicos como:

- Aumento de la población económicamente pasiva que demanda proporcionalmente mayor atención médica.
- Super población de los centros urbanos.
- Industrialización, con aumento creciente de enfermedades y accidentes laborales.
- Contaminación del ambiente de las ciudades.

Todo esto determina la necesidad de reorganizar y mejorar la atención médica y exige revisión de sus sistemas incluyendo los de financiación de salud pública.

Haciendo referencia a los recursos humanos con que el gobierno actual pretende manejar la salud y darle solución a tan compleja problemática podemos decir que se le dá una vital importancia al médico aunque reconoce que su ubicación en el país no se realiza de acuerdo a las necesidades de cada región y es así como zonas de menor desarrollo como las áreas rurales carecen por lo general de asistencia médica. El plan habla también de la necesidad de capacitar en una forma integral al personal auxiliar, especialmente en las áreas de administración, mantenimiento hospitalario, y servicios asistenciales. Afirma además que la deficiencia más notoria en recursos humanos, consiste en la carencia de administradores y gerentes de alto nivel y que uno de los recursos más escasos es la organización, sin embargo para lograr esto el gobierno desconoce la labor de un profesional de vital importancia como lo es Trabajo Social. Este profesional fomenta la organización de los grupos y comunidades mediante acciones para lograr actitudes positivas en la solución de los problemas; por ello debería tener una participación más activa en la formulación de las políticas Estatales. En cuanto a la planificación de programas nacionales y regionales que respondan a las necesida

des de la colectividad. Su labor debe ser en equipo a través de la coordinación e integración de los servicios para solucionar el complejo problema del mantenimiento de salud y no sólo como ejecutores de programas impuestos por las instituciones en la cual presta sus servicios lo que dificulta y limita su intervención. Por esto las políticas que ejecuta generalmente no responden a las verdaderas necesidades de los grupos y comunidades ya que no se tiene en cuenta aquellos factores sociales que influyen en la problemática de estos y que son del dominio del Trabajador Social.

1.2 SERVICIO SECCIONAL DEL MAGDALENA

Antes de hablar del Servicio Seccional del Magdalena haremos un bosquejo general de ese departamento cuyo nombre lo toma del río que baña el occidente del mismo; limita al norte con el mar Caribe; al suroeste con Cesar y Bolívar; al este con la Guajira y al oeste con el Atlántico, siendo considerado uno de los más antiguos de Colombia.

El Departamento del Magdalena tiene una superficie de 22.895 km², y tiene una población estimada para 1983 de 832.364 habitantes de los cuales, el 53.11% están domiciliados en el área urbana, observándose que el grado de urbanización es menor que el promedio nacional (65%), Se espera que pa

ra 1986, la población del Dpto. sea de 865.591 habitantes.

En cuanto a su relieve su mayor parte es plana y baja cubierta por ciénagas y pantanos; posee el sistema montañoso de la Sierra Nevada de Santa Marta situada al norte del departamento; con una variedad de climas señalados así: calido se dá en la mayor extensión del departamento, templado en las estribaciones montañosas de la Sierra Nevada, frío, páramo y nevado en la Sierra Nevada con sus picos Altos. Colon y Bolivar.

Dentro de las condiciones socio-económicas del Magdalena, encontramos que la forma de vida de sus habitantes dependen de la ganadería, la agricultura, la pesca, el turismo y el comercio. Hablando específicamente de la Ganadería no es técnica, no hay un adecuado asesoramiento hacia la cría de ganado, se dá por iniciativa propia de los pequeños propietarios; encontrando mayor productividad en el ganado vacuno, y en menor escala el porcino y el ovino; de los que se distribuye a la comunidad en general y al interior del país; en relación a la agricultura sus principales cultivos son: banano, algodón, palma africana, arroz, café, cacao, caña de azúcar, ajonjolí, coco y melón. La zona comprendida entre Ciénaga y Aracataca esta dedicada al cultivo del banano. Por ser la región más fértil del departa

mento representando la actividad más importante como fuente de trabajo para la población; en cuanto al cultivo del algodón ha decaído en los últimos tiempos por la poca participación del gobierno a este sector acompañado además de las crisis en las industrias textiles, dándole prioridad al cultivo de la palma africana debido a que brinda mejores perspectivas para su producción. La actividad pesquera es propia de esta región por encontrarse rodeada de: mar, ríos y un gran número de ciénagas y lagunas sitios favorables a esta actividad no siendo desarrollada lo suficientemente y utilizándose medios rudimentarios o escasamente técnicos cuyo rendimiento apenas alcanza para atender la demanda del consumo local o regional.

Del turismo podemos decir que se centra en su capital por ser Santa Marta una zona turística a nivel no solo de Colombia sino internacionalmente, ya que aquí encontramos la bahía de Santa Marta, las playas del Rodadero, bahía Concha etc. y algunos sitios históricos señalados en épocas anteriores que dejaron recuerdos como: La Quinta de San Pedro Alejandrino, la Basílica etc.

Otro aspecto que podemos señalar es la atracción turística de la Sierra Nevada de Santa Marta y las exploraciones arqueológicas y Botánicas en este sitio. También encontramos playas turísticas que llaman la atención en esta re

gión como Taganga, Gaira, Tasajera etc.

El departamento posee terminales de transporte terrestre, fluvial, aéreo, ferreo y marítimo que permiten un auge en el comercio en cuanto a la facilidad del intercambio de productos de una zona con otra, como también la venta de productos que aquí se cultivan. Otra forma de comercio la constituyen las ventas ambulantes, estacionarias, tiendas, depósitos, farmacias y almacénes que concentran mercancía a nivel de uso primario y secundario.

De las vías de comunicación internas podemos decir que las terrestres en su mayor parte son destapadas e interrumpidas por inundaciones lo que dificulta el transporte, creando incomodidades a la población. Del transporte fluvial también encontramos dificultades en cuanto a la utilización del ferry y de embarcaciones pequeñas que realizan el transporte de un lugar a otro, cuando esto sucede se crea en la comunidad una preocupación pues deben utilizar las vías terrestres gastando mayor tiempo y mayor costo. Las vías ferreas es el medio utilizado para transportar mercancías. El transporte aéreo y marítimo se concentran en la capital y ciudades más importantes.

En las áreas educativas y de salud cabe señalar que su desarrollo no es muy fructífero dado que en educación son po

cos los establecimientos educativos encontrados en esta región, registrando un alto índice de analfabetos (38%) seguida de una educación primaria incompleta (28.8%) y completa de (17.9%) el resto se observa en los niveles secundarios y universitarios.

En salud su situación es aún más crítica sólo encontramos 23 hospitales en malas condiciones de funcionamiento agravándose el problema con los paros o cierres escalonados de las instituciones con el objeto de llamar la atención a la Seccional, ocasionando atraso en la atención al usuario, traslado continuo a otras urbes (Barranquilla, Cartagena etc.) y problemas económicos a esta población.

El análisis de la relación entre el estado de salud de la población del Dpto., los factores condicionantes de tipo socio-económico, cultural, ambiental y de comportamiento y la oferta y demanda de los servicios de salud, nos permiten identificar algunos aspectos realmente críticos. Sin embargo es conveniente recalcar el impacto de factores como bajo nivel de ingreso, desempleo, bajo nivel educativo, patrones culturales relacionados con el alcoholismo y el machismo, la descomposición del grupo familiar, la pobre calidad del saneamiento básico identificado por bajas coberturas de agua potable, alcantarillado y disposición final de basuras que un Dpto. de escasos recursos como el

nuestro se hace más marcados, unidos a factores de una oferta insuficiente de servicios, resultante de escasos recursos y pobremente utilizados (poca eficiencia y eficacia) frente a una demanda cada día más creciente, presenta un panorama que podemos considerar estática.

"Lo anterior se revela en el indicador de cobertura de atención por consulta médica, el cual se ha mantenido en los mismos niveles, durante los últimos años: 17% de la población cubierta, frente a un volumen por atender de 70% y promedio de atención nacional del 24%".(9)

Por último consideramos como otro factor condicionante la formulación de las políticas de salud que no responden a las características geográficas, ambientales, económicas etc, del departamento porque son elaborados por planificadores que no tienen una visión general de la problemática particular de esta localidad. La ejecución de estas políticas demanda una ampliación en los recursos humanos, financieros, materiales, etc., que el departamento no está en condiciones de sufragar los gastos que ocasionan el cumplimiento de estas y sólo alcanza a brindar salud a la población de acuerdo a los medios disponibles para esta acción.

⁹Servicio de Salud de Magdalena. Plan de Salud, 1983-1986
p.88

Las enfermedades predominantes en el departamento son de origen hídrico, junto con las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén (caries y enfermedades periodontal). La diarrea y la enteritis, las enfermedades respiratorias, la tuberculosis, el polio, la difteria, tosferina, el tétano y el sarampión.

Para la atención de la problemática de la salud el departamento cuenta con el Servicio Seccional del Magdalena. De quien se obtuvo la siguiente información: Su organización se expresa en el siguiente gráfico:

CUADRO N°1

Regionales	Hospital Regional	Hospital Local	Centro de Salud con cama.	Centro de Salud	Puesto de Salud.	UPA*
No.1	1	1	-	12	11	3
No.2	1	1	2	9	10	12
No.3	1	-	-	3	4	6
No.4	1	1	-	6	14	10
Unidad Local Regional nalizada.	-	1	2	3	12	9
Total.....	4	4	4	33	51	40

*UPA. Unidad Primaria de Atención.

La estructura de regionalización se encuentra funcionando en las cuatro unidades regionales y en la unidad local regionalizada.

La seccional tiene como política general: modificar el nivel y la estructura de morbi-mortalidad de la población del departamento con énfasis en los grupos y riesgos más vulnerables para obtener un mayor estado de bienestar; mediante acciones concertadas sobre los factores condicionantes especialmente críticos de tipo socio-cultural, de comportamiento de la población, del medio ambiente y de la oferta y demanda de los servicios de salud para estimular el desarrollo económico y social de esta sección del país.

Sus objetivos son los siguientes:

- Ampliar la cobertura y optimizar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios de atención a las personas dando prioridad a los grupos maternos infantil, grupo laboral, indígenas, ancianos y limitados actuando en los niveles de promoción y prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Extender la cobertura y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de atención al medio ambiente, con énfasis en las acciones de saneamiento básico.
- Promover la activa participación de la comunidad en el diagnóstico de las necesidades, programación, ejecución y

control de las acciones de salud.

Estos objetivos se logran mediante las siguientes estrategias:

- a) Desarrollo armónico de la organización del Servicio en el departamento y de los subsistemas de inversiones, personal, suministros, investigaciones, planeación e información.
- b) Fortalecimiento del sistema de regionalización para alcanzar una adecuada oferta de servicios, con el propósito de proporcionar a la población una atención integral y oportuna en el nivel de complejidad que le corresponde, de acuerdo con la severidad de los problemas de salud.
- c) Prioridad especial se dará al nivel de atención primaria, entendida ésta como el conjunto de acciones, tanto a las personas como al medio ambiente, tendientes a satisfacer las necesidades básicas de la comunidad en relación con promoción de la salud, prevención de las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación.
- d) Fortalecimiento de integración de acciones de adecuación en salud a toda la población para lograr cambios de comportamiento, promoción y uso adecuado de los servicios, utilizando los medios masivos de comunicación (prensa, radio, cine, tv. etc.).

Teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en las políticas y estrategias; se propone dar prioridad a la atención de aquellos daños que ocasiona mayor impacto a la situación de salud, contrarrestando las patologías responsables de las primeras causas de morbi-mortalidad a saber:

- a) Programa de rehidratación oral mediante sales para combatir la mortalidad por diarrea aguda en la población infantil.
- b) Programa ampliado de inmunización.
- c) Lucha contra el paludismo y demás enfermedades tropicales.
- d) Lucha contra la drogadicción en los aspectos de prevención del consumo, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- e) Prevención de accidentes en el hogar y el trabajo.
- f) Lucha contra la hipertensión arterial y enfermedades cerebrovasculares.
- g) Programa anticáncer.
- h) Participación de la comunidad y educación en salud.
- i) Lucha contra las enfermedades sexualmente transmitidas.
- j) Programa de Salud Oral.

En medicina preventiva la programación de actividades es la siguiente:

- Atención al grupo Materno-Infantil. Este grupo comprende de las madres y los niños menores de 5 años. El plan propone una reducción efectiva de las actuales índices de mor

talidad infantil, por enfermedades infecciosas y en especial las producidas por enfermedades diarreicas y parasitarias, las inmunoprevenibles y respiratorias.

- Atención a la familia. Mediante el desarrollo de acciones encaminadas hacia la educación en salud y lograr la participación activa de la comunidad en los programas de salud.

- Atención al medio ambiente a través de estrategias para abastecimiento de agua, para la disposición de residuos líquidos y sólidos y protección de los alimentos.

A pesar de los programas y políticas establecidas por la Seccional del Magdalena encaminados hacia la atención de la salud, vemos que no abarca a toda la población que le corresponde debido a que existe una concentración de recursos humanos y físicos en las ciudades más importantes por tal razón estas políticas generalmente no llegan a las zonas rurales más apartadas como los corregimientos y aunque algunos de ellos cuentan con un puesto de salud, no tienen la dotación adecuada para dar una verdadera atención, al carecer de toda clase de recursos materiales financieros y humanos. Además el recurso financiero del departamento ha sido insuficiente e inoportuno lo que ha llevado a un déficit presupuestal ocasionando los paros y cierres de los más importantes hospitales y centros de salud del departamento y que lógicamente perjudican la eficiencia y eficacia de los servicios.

En medicina preventiva plantea una serie de programas como atención al grupo materno infantil, familia y medio ambiente, podemos decir que la atención es reducida y no alcanza para atender toda la población. De ahí que las enfermedades diarreicas, parasitarias, inmunoprevenibles y otras, representan una de las principales problemas de salud de la población infantil, hay contaminación de agua, de alimentos, etc. Además la familia recibe poca educación en salud, por esto los programas no tienen el éxito deseado, ya que la educación es la base de toda acción de salud.

Los recursos humanos e institucionales con que cuenta el departamento son: 87 organismos ambulatorios, 209 médicos, 10 trabajadoras sociales en el Servicio Seccional de Salud, ubicados en los hospitales, centros de salud y 3 en los Seguros Sociales, 23 hospitales con 669 camas por lo que corresponden 0.8% camas por cada 1.000 habitantes. En base a esto vemos que el volumen de recursos humanos e institucional si no es óptimo, si es de acuerdo con la capacidad técnica-financiera del subsector, pero los rendimientos de estos recursos no son los más favorables para alcanzar una mayor eficiencia.

1.2.1 Trabajo Social en el Servicio Seccional de Salud del Magdalena.

La Seccional es el organismo encargado de brindar salud a esta región la cual cumple por delegación del Ministerio de Salud, las mismas funciones de éste, compatibilizándolas y adaptándolas a las características del departamento del Magdalena y donde el Trabajador Social se inserta en esta realidad formando parte del equipo de salud, pero a nivel estructural organizativo, ubicado en el área de participación a la comunidad y atención a las personas, cumpliendo las siguientes funciones contempladas para todas las seccionales dentro del sistema Nacional de Salud.

- Incorporar a los programas y servicios de salud al componente de participación de la comunidad y el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas sociales que impiden la conservación y restauración de la salud.
- Evaluar permanentemente el resultado de los programas de participación de la comunidad.
- Asesorar y coordinar al equipo de salud, en la promoción, organización y participación de la comunidad en las acciones de salud.
- Asesorar y supervisar las unidades operativas en la ejecución de las funciones de Trabajo Social del área.
- Estudiar, diagnosticar y tratar los problemas sociales de la población beneficiaria que inciden determinantemente en la prestación de los servicios de salud.
- Coordinar acciones de educación, promoción, organización

y participación social, con las diferentes secciones o departamentos que precisen de estas acciones en el desarrollo de sus programas específicos (materno-infantil, venéreas, tuberculosis, etc.).

- Realizar investigaciones acerca de la incidencia de los problemas sociales en salud.
- Diseñar, promover y ejecutar actividades de educación y capacitación en los diferentes programas de salud.
- Participar en la promoción, ejecución y evaluación de los programas de bienestar social laboral.

Mirando las funciones que debe cumplir el Trabajador Social en la Seccional del Magdalena podemos decir que son amplias y que ayudarían a disminuir la morbi-mortalidad en general e infantil, pero su proyección en el accionar es limitado debido a las condiciones económicas del departamento, donde la atención en salud es de poco alcance para la población, esto se ve palpable cuando a cada momento en esta área (Magdalena), los hospitales están en crisis (huelgas, cierres parciales etc.), por falta de presupuesto que imposibilita un adecuado manejo de los mismos, como también los Centros y los Puestos de Salud son prácticamente olvidados perjudicando a las comunidades rurales.

1.2.2 Hospital Local Regional de Pivijay.

Como objeto de nuestra investigación fue seleccionada la localidad de Pivijay por la facilidad que se nos presentó para la recolección de datos en su principal centro asistencial (Hospital Santander Herrera) y por las características socio-económicas, condiciones sanitarias y composición de su población que constituyen una muestra de la población rural Colombiana presentando innumerables problemas de salud que no son tratados adecuadamente, olvidándose de la atención específica a la comunidad y que contribuiran al mejor desarrollo de la población infantil.

Este municipio está situado a orillas del llamado caño ciego, limitando al norte con Remolino y Aracataca; al sur con Ariguani y Chivolo; al este con Fundación y al oeste con Piñón y Salamina; tiene una extensión de 2.338 Km² y una población de 38.456 habitantes. Su relieve es plano con elevaciones que no pasan de 150 metros en el sur y oriente, y tiene una temperatura promedio de 30°C. Fue fundado el 30 de mayo de 1774 por José Flores de Longorúa y Juan Valera, quienes llegaron con 120 familias procedentes de la Villa del Rosario de Guaimaro, huyendo de las inundaciones del río Magdalena.

Dentro de sus condiciones socio-económicas encontramos que sus dos principales fuentes de riquezas son la ganadería y la agricultura. La ganadería no es tecnificada y sus principales crías son el ganado vacuno y porcino y es así como el municipio distribuye permanentemente ganado a centros de consumo de la Costa y del interior del país. Referente a la agricultura sus principales cultivos son: algodón, maíz, yuca y millo, cuya producción no es tecnificada y por ello los cultivos se ven afectados por el exceso de humedad en épocas de lluvia y sequía total en el verano.

De las vías de comunicación podemos decir que se comunica por carreteras con Fundación (destapada) y Barranquilla (25 kms destapada hasta Salamina, haciendo transbordo en el río Magdalena y 65 kms pavimento hasta Barranquilla). En épocas de invierno las carreteras son afectadas por el desbordamiento del río Magdalena, lo que dificulta el traslado tanto de la población como de sus productos agrícolas y ganaderos. El transporte intermunicipal lo realizan las empresas: Veloz, Trasalfa y Coolibertador.

De los servicios públicos encontramos energía eléctrica que se obtiene a través de la interconexión con la subestación de corelca en Sabanalarga (Atlántico), el servicio de agua es suministrado por el acueducto que cuenta con planta de tratamiento propia, no tiene alcantarillado para evacuar

las aguas negras, sus calles son completamente destapadas y por lo general las basuras son arrojadas en los solares enmotados y en las afueras de la comunidad. Estas condiciones contribuyen a la propagación de enfermedades parasitarias, gastro-intestinales, virales, endémica e infectocontagiosas en la población especialmente en la infantil.

Otro aspecto importante de resaltar es la educación contando en la actualidad con cinco escuelas de primaria oficiales, y cuatro colegios de enseñanza secundaria y además en construcción una escuela vocacional agropecuaria. La educación ha progresado mucho con relación a otras épocas en las cuales solo un 20% de la población infantil asistía a las escuelas, esto debido a que la economía de la región es la agricultura lo que ocasiona la deserción del estudiante para dedicarse a las labores del campo; además no existían suficientes colegios para atender la demanda.

Teniendo en cuenta que el origen y la propagación de las enfermedades en la población se debe entre otras causas a la infraestructura, inadecuada bajos recursos económicos e inadecuada educación preventiva a la comunidad, su atención en salud obedece a los recursos institucionales que posee (hospital Santander Herrera, centro de Salud, un consultorio médico y odontológico de el Instituto de los Se

gueros Sociales) y un consultorio médico privado de la cual la población no satisface totalmente esta necesidad por la escasez de servicios, falta de recursos humanos y poco presupuesto para atender la demanda de pacientes que aquí lleguen, contribuyendo esto a un retraso en la atención, llevando a las familias a buscar otros medios que le permitan un servicio oportuno a su enfermedad pero que va en detrimento de sus recursos económicos y que sumados al desconocimiento del valor nutritivo de los alimentos y de las condiciones higiénicas reflejan al alto índice de desnutrición de la población.

Por ser el centro de mayor cobertura en atención a la comunidad el hospital local regionalizado Santander Herrera de Pivijay, señalaremos algunos datos que darán una visión general del desenvolvimiento institucional irradiado a la población.

Por ello lo transcribimos así: organismo de la atención en salud a la población e integrado al Sistema Nacional de Salud. Según información suministrada por el Hospital Santander Herrera lleva ese nombre en honor del primer médico del pueblo Dr. Santander Herrera Orozco, egresado de la Universidad Nacional. Tuvo su origen en una ordenanza presentada a la consideración de la asamblea departamental por el Dr. Heriberto Pabón Ramírez en el año de 1943.

En 1944 comenzó la construcción y el primero de junio de 1947 fue dado al servicio de la comunidad pivijayera, bajo la dirección del Dr. César Campo Campo. El hospital en sus inicios contaba con las siguientes salas: Santa Emilia, Santa Isabel, Sala San José y San Rafael. El 22 de junio de 1947 fue inaugurado oficialmente.

Tiene como objetivos:

- Ofrecer un servicio de atención médica para alcanzar mejores niveles de salud en la comunidad de Pivijay.
- Dar atención en salud en forma integral (promoción, protección, recuperación y rehabilitación) a toda la comunidad de acuerdo con el nivel de atención que le corresponde dentro del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Regionalización del cual forma parte.

Dentro de sus funciones están: Prevención, Recuperación, Rehabilitación a personas con problemas de salud.

Prevención: Abarca la detección de enfermedades, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la protección específica de enfermedades.

Recuperación: Consiste en realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

Rehabilitación: Propicia la reintegración del paciente a su medio ambiente familiar y social. Limitando en los posibles el daño y la secuelas originados por la enfermedad.

El hospital Santander Herrera cuenta con las siguientes secciones:

- a) Dirección del Hospital.
- b) Coordinación técnica.
- c) Administración.
- d) Dpto Médico
- e) Dpto de Enfermería.
- f) Dpto de Estadística.
- g) Dpto de Saneamiento Ambiental.
- h) Dpto de Odontología.
- i) Dpto de Trabajo Social.
- j) Dpto de Nutrición y Dietética.
- k) Dpto de Laboratorio.
- l) Dpto de Rayos X.

Para la atención de la población el hospital cuenta con el siguiente recurso humano: 2 médicos generales de planta, un cirujano, un anesthesiólogo; dos odontólogos una de planta y otro rural; dos bacteriólogos uno de planta y otro rural; una nutricionista; un veterinario, un trabajador social; dos enfermeras profesionales, 26 auxiliares y 4 ayudantes.

Por cada mil habitantes existen 0.8 camas (40 Camas).

Dentro de los servicios que ofrece el hospital tenemos:

Consulta Externa.

Hospitalización (pediatria, maternidad, quirúrgico, medicina general).

Laboratorio.

Odontología.

Rayos X, Urgencias, Farmacia, Vacunación, Cirugía, Trabajo Social, Nutrición, Ginecología, Pediatría.

Los programas que se llevan a cabo son:

Programa Materno Infantil:

Tiene como objetivo general promover la salud física, mental y emocional de las madres y del niño menor de cinco años. Este programa se inició en marzo de 1982 y en la actualidad cuenta con 84 madres y 249 niños inscritos.

El programa esta a cargo de un médico general, una enfermera y una auxiliar de enfermería.

Actividades:

Capacitación de pacientes a través de consulta externa.

Promoción a través de charlas educativas.

Visitas domiciliarias.

El programa se subdivide en:

a) Control Prenatal. Para detectar morbilidad en la madre y en el feto. Se realizan las siguientes actividades:

Educación a las madres.

Control según riesgos.

Promoción y educación de la vacunación de la madre y el niño.

b) Crecimiento y Desarrollo. Para promover la salud del niño para disminuir la morbi-mortalidad infantil a través de las siguientes actividades:

Toma de signos vitales (talla, peso etc), para clasificar los según su edad.

Control psicomotor a través de juegos.

Aplicación de vacunas

Inspección física para detectar anomalías.

c) Planificación Familiar. Se realizan las siguientes actividades:

Capacitación de las madres.

Charlas sobre planificación familiar.

Programa de Inmunización.

Objetivo: Proteger a la niñez en los primeros tres años con el fin de que adquieran defensas. Se lleva desde 1979.

Está a cargo de una enfermera jefe, un supervisor, el Trabajador Social, promotores y auxiliares.

Actividades:

Promoción y motivación de la comunidad.

Realización de campañas de vacunación por concentración o por casas.

Las vacunas que se aplican dentro del programa son: BCG, antipolio, DPT, sarampión, toxoide tetánica y la toxoide diftérica.

Programa de Saneamiento Ambiental.

Objetivo. Prevenir las enfermedades de origen hídrico (control del agua), parasitarias (control de vivienda disposición de excretas), zoonóticas (control de alimentos y animales).

Responsables del programa un médico Veterinario, un supervisor de saneamiento y tres promotores.

Actividades:

En el control sobre establecimientos especiales como (matadero, de bovino, porcino y ovino) restaurantes, cafeterías y heladerías) tenemos:

- Control sobre expendios de alimentos (leche, carnes, pescados).
- Control sobre expendio de alimentos y bebidas (mercado y supermercados, tiendas, graneros, depósito de alimento, cantinas, bar).
- Control a los hoteles, teatro, almacenes, bancos y oficinas.

- Control a instituciones de salud, cárcel, inspección, cementario.
- Control a establecimientos farmacéuticos y de cosméticos (farmacia y droguerías).

En el área pública tenemos:

- a) control de acueducto
- b) control a establecimientos educativos
- c) control a animales domésticos (equino, canino y felino)
- d) control de las viviendas.

Programa de Participación Comunitaria:

Objetivo: Lograr que la comunidad participe como sujeto activo en acciones orientadas al fomento, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

Capacitar a los líderes para que se desempeñen dentro de su comunidad como agentes multiplicadores de la educación en salud.

Este programa esta a cargo del Trabajador Social, la auxiliar de trabajo Social, enfermeras, promotoras de saneamiento ambiental.

Actividades. Se realizan dentro y fuera del Hospital.

Intramurales:

- Clasificación socio-económica.
- Remisión a otras instituciones.
- Orientacion a familiares de pacientes hospitalizados.

- Visitas a las secciones de Hospitalización.
- Orientación al personal que solicite los servicios de la institución.
- Promocionar la recreación entre el personal que labora en el hospital y los pacientes Hospitalizados.

Extramurales:

- Motivación a la comunidad.
- Visitas domiciliarias.
- Detectar y capacitar líderes.
- Conformación de comités de salud.
- Adiestramiento de los comités de salud.
- Charlas sobre nutrición, higiene, saneamiento ambiental, vacunación etc.

Programa de TBC y Lepra:

TBC. Objetivo: Participar en el desarrollo de las acciones dirigidas al control de la TBC realizando actividades en los aspectos de prevención, promoción y recuperación. Está a cargo el programa de un médico general, una enfermera jefe y una auxiliar de enfermería. En la actualidad hay 19 pacientes en tratamiento y un hospitalizado.

Actividades:

Detectar a los pacientes

- Control a familiares del paciente (contactos)
- Visitas domiciliarias (paciente renuentes y en tratamiento ambulatorio).

- Control médico.
- Charlas sobre lo que es la enfermedad a pacientes, familia y comunidad.
- Control de tratamiento.

Lepra. Objetivo: Disminuir la incidencia de la enfermedad con miras a su erradicación.

Brindar atención médica integral a todos los enfermos en sus aspectos físicos, psíquicos y social.

Está a cargo de: un auxiliar de campo, una enfermera y un médico especialista en Dermatología (Cada 6 meses). El programa apenas se esta iniciando.

Las actividades se realizan con el enfermo y familiares en aspectos de prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación.

- Detención precoz de nuevos casos.
- Visitas domiciliarias.
- Charlas educativas al paciente y a la familia.
- Capacitación del personal profesional y auxiliar en los diferentes niveles de atención.
- Control de tratamiento.

Programa de Odontología:

Objetivo: Brindar una salud buco-dental al paciente como parte de su atención integral. Los responsables del programa son: El odontólogo de planta, el odontólogo rural, una asistente y la Higienista dental.

Los grupos de población a quienes se les dá mayor prioridad son los niños de 5-14 años y a las embarazadas 14-44 años y por último los adultos. A nivel preventivo se realizan la Fluorización en los colegios para prevenir la carie dental dos veces al año.

Con los programas mencionados anteriormente el hospital pretende brindar a la comunidad un tratamiento y prevención de enfermedades como TBC, inmunoprevenibles etc. Pero estos programas trazados con los mejores objetivos y políticas se encuentran con numerosos obstáculos para su realización; dentro de ellos están el bajo presupuesto institucional que limita las acciones por falta de recursos humanos especializado y no especializado que atienda los programas como también la escasez de material didáctico y quirurgico, como ejemplo de ello el programa de Crecimiento y Desarrollo en el que se pretende dar una atención integral al niño, no cuenta con Pediatras, Psicólogos etc., como parte del equipo multidisciplinario encargados de esa atención para que el niño alcance un adecuado desarrollo. Es muy simplista la acción solo se limita al peso, talla, temperatura etc., realizado por una auxiliar de enfermería. Se descuida el desarrollo psicosocial del niño.

Están inscritos en el programa 249 niños cantidad demasiado reducida en relación con la población infantil de 6.229

niños aproximadamente lo que nos indica que no hay una proyección del programa a la comunidad e ilustración a las madres sobre el beneficio que este ofrece y sus condiciones locativas, humanas y financieras únicamente permiten abarcar esta población (249) niños.

Otros de los programas es el de inmunización el cual se lleva desde 1978, en sus comienzos se motivaba a la comunidad, se realizaban charlas sobre prevención; de enfermedades (sarampión, polio etc.) pero en la actualidad no se realizan, simplemente se aplica la vacuna. No se le da la importancia que el programa debería tener para la prevención de las enfermedades infantiles y se lleva simplemente por puro formulismo.

Por otro lado vemos que el programa de saneamiento ambiental tiene establecida el número de horas para trabajar, las cuales son muy reducidas, para realizar todas las actividades y cubrir los establecimientos que requieren de un control para que se mantengan adecuadamente, dándole prioridad a algunos que consideran más necesario y quedando otros fuera del programa.

En lo sucesivo todos los programas tienen sus altibajos que dificultan alcanzar las metas trazadas en cada uno de ellos.

Si nos referimos a la medicina preventiva que brinda el Hospital, vemos que esta es insuficiente, ya que los programas que se realizan no alcanzan a cubrir a la totalidad de la población por falta de recursos financieros y humanos, dando mayor prioridad a la atención curativa que a la preventiva. Por otra parte la familia no se educa sobre la importancia que las medidas preventivas como la vacunación tiene para su salud. De ahí que muchos niños mueren por enfermedades como polio, sarampión, difteria, tosferina, tuberculosis, gastroenteritis o quedan condenados a la invalidez por parálisis, trastornos del crecimiento, sordera, ceguera etc.

Todo esto es un reflejo de la forma como los dirigentes de la salud manejan el sector, por la mala distribución de los recursos y nombramiento de personas donde no existen cargos.

1.2.2.1 Trabajo Social en el Hospital Local Regionalizado de Pivijay.

El Hospital cumple por delegación del nivel Seccional del Magdalena sus funciones, adaptándolas a las condiciones de la comunidad de Pivijay, vigila y controla el funcionamiento de las instituciones de salud de la región. Brinda atención médica general y algunas especialidades bási

cas, además de las propias de saneamiento ambiental. El Trabajador Social se inserta en esta realidad cumpliendo los siguientes objetos y funciones ubicado dentro de la estructura orgánica de la institución, con dependencia de la jefatura de atención médica. Se propone los siguientes objetivos:

- Organizar la población beneficiaria a fin de obtener su participación consciente en la producción, dirección, distribución y consumo de los servicios.
- Estudiar, diagnosticar y tratar los factores sociales con comitantes al fomento y protección de la salud.
- Establecer mecanismo tarifarios de clasificación socio-económica que regulan el pago de los servicios de salud.
- Desarrollar sistemas de orientación a la demanda social de la población beneficiaria de acuerdo con los grados de complejidad de sus necesidades de salud.

Las funciones ejecutadas dentro de su quehacer profesional son las siguientes:

- Dirigir el funcionamiento del departamento del Trabajo Social.
- Programar las actividades de participación de la comunidad en atención primaria.
- Supervisar, evaluar y asesorar el ejercicio de las fun

ciones del personal que labora en el departamento de trabajo social en el hospital.

- Coordinar el desarrollo de los estudios e investigaciones sociales.
- Colaborar operativamente en la organización o promoción de las comunidades.
- Desarrollar según normas, funciones profesionales de atención directa al paciente en el hospital.
- Informar al nivel jerárquico superior acerca del desarrollo de las actividades y problemas específicos que se le presente en el ejercicio de su cargo.
- Dar asesoría y participar en los programas de bienestar social del hospital.
- Realizar estudios, diagnósticos y tratamiento a cuanto paciente así lo amerite.

Incorporar el componente del trabajo social a todas las actividades de salud que se desarrollen en el hospital.

Teniendo en cuenta las condiciones de salud de la comunidad de Pivijay Trabajo Social debe realizar otras funciones como:

- Detectar en la comunidad de Pivijay los grupos con mayores riesgos de enfermar, para coordinar y diseñar campañas de vacunación y educación con el equipo de salud del hos

pital, con el fin de mejorar el estado de salud de la comunidad.

- Promoción y divulgación de las campañas de vacunación para facilitar la obtención de los objetivos.
- Educación a la familia y a la comunidad en coordinación con el personal médico, enfermeras y saneamiento ambiental, en cuanto a medicina preventiva, para elevar los niveles de salud y se conviertan cada miembro en un educador activo de salud.

La función social del hospital proyectada a la comunidad se ha extendido rápidamente, viendo al paciente como individuo que tiene necesidades, extendiendo sus servicios para llegar hasta sus hogares realizando programas coordinados para grupos de la población.

El hospital es un centro dinámico, dirigido con carácter empresarial, que no puede quedarse dentro de los límites puramente sanitario o asistenciales.

Es preciso que el hospital se integre y trascienda a la sociedad a la que sirve. Necesita un puente que le una a la sociedad, nadie mejor que el trabajador social, por su concepción, sus conocimientos, experiencia, visión que tiene de la sociedad, por su tacto sería la persona idónea

para hacer comprender a los individuos que todos son los poseedores del hospital y mejorar y crear nuevos servicios.

La actuación del trabajador social será necesaria a lo largo de todo este proceso. En el ingreso del enfermo los primeros contactos constituyen un paso importante en la curación del enfermo. De la forma en que el enfermo sea recibido a su llegada al hospital, depende en gran manera el proceso de su recuperación. Es misión del trabajador social brindar apoyo y humanizar las relaciones. Dentro del hospital el servicio social tiene tres campos:

Asistencia social, formación social, investigación social, estos tres campos no pueden darse separados; constituyen una unidad de trabajo social en los centros hospitalarios.

El tratamiento del enfermo es labor de muchos, algo que se debe hacer en equipo estudiando los distintos aspectos de la enfermedad, ya que el enfermo es una persona y ésta tiene una triple dimensión, biológica, psicológica y social.

La misión del trabajador social integrado en este equipo será el estudio de los factores sociales que inciden en la salud, en cuanto al diagnóstico de la enfermedad, pero además es labor del trabajador social, encargarse del tratamiento o recuperación social del individuo, durante el

transcurso de la enfermedad.

- Compete también al trabajador social la función docente de formar socialmente no sólo al enfermo sino también a su familia.
- Con respecto a la investigación social el trabajador social como canal de comunicación entre la sociedad, individuo y el hospital con el fin de no aislar al individuo de una manera total del medio en que se desenvuelve normalmente, debe conocer las necesidades que la sociedad tiene, al mismo tiempo que informar a la sociedad los servicios del hospital.

Los puntos sobre los que actúa el trabajo social son:
Enfermo, médico, sociedad y dirección del hospital.

- El trabajador social debe conocer los factores personales o ambientales que influyen en la enfermedad. Debe preveer las relaciones del enfermo con la familia, empresa, sociedad, tratando de que estas sean positivas para el enfermo.
- El trabajador social debe colaborar con el médico aportando los aspectos sociales de la enfermedad con el fin de que el diagnóstico sea comprensivo.
- Debe procurar que los enfermos obtengan del hospital los mejores servicios posibles haciéndoles conocer todos los servicios que tiene y que muchas veces son desaprovechados

por su desconocimiento.

- Con respecto a la sociedad el trabajador social es muy importante por cuanto puede colaborar en la educación sanitaria y social.

En cuanto a la función del Trabajador Social en el hospital podemos decir que realiza programas que están encaminados al bienestar de la comunidad pero que no abarca todas las necesidades sociales de éstas y es por esto que debe formar parte del equipo interdisciplinario constituido por el personal médico, paramédico, administrativo y lógicamente el Trabajador Social, ya que para el funcionamiento de este equipo se hace indispensable realizar una programación y evaluación periódica con el fin de que las diversas actividades correspondan a las necesidades y a las circunstancias específicas de la comunidad.

2. POBLACION INFANTIL Y ENFERMEDADES

La preocupación por la atención al niño es un problema moderno en efecto, hasta fines del siglo XIX, sólo los niños abandonados y desprotegidos de sus necesidades básicas provocaban el interés de los individuos generosos y obras privadas de caridad. La transformación de la beneficencia caritativa aislada en una organización técnica comunitaria o pública, dirigida hacia un gran número de niños o a todos, ha sido muy rápida.

Actualmente se habla del derecho a la salud, como del derecho a la educación o a la integración social, casi en todas partes el grupo infantil-juventud ha sido el primer beneficiario de esta evolución.

La protección de la infancia puede ser definida como el conjunto de medidas administrativas y técnicas dirigidas a salvaguardar la salud, educación e integración social de un grupo de edad cuyos límites se extienden desde su concepción hasta la edad escolar (15 años). Las acciones organizadas a favor de la infancia consideran una estrecha relación en

tre la madre y el niño imposibilitando disociarla en el curso de los primeros años de la vida.

La protección materno infantil en el sentido amplio que da la Organización Mundial de la Salud, debe seguirse sin interrupción del niño pequeño al adolescente. Para otros el término protección materno-infantil tiene un sentido mucho más restrictivo; sus actividades de protección se detienen a 1 hasta 6 años, luego los niños son tomados a cargo de los servicios generales de salud o por los servicios escolares.

Hablaremos de la protección sanitaria incluyendo la familia y el niño que es el motor de la acción y sus objetivos son para la Organización Mundial de la Salud cuatro (4): prevención, tratamiento, recuperación y promoción de la salud. Lo ideal sería que las actividades correspondientes a la consecución de los objetivos estuvieran correctamente asociadas coordinadas e integradas, en efecto a veces están repartidas entre servicios y personales diferentes de ahí su divorcio, en particular existen muy frecuentemente una separación neta entre las actividades de prevención, promoción, recuperación y tratamiento asumidas, por obras de beneficencia, colectividades públicas, médicos, organismos de atención privados o públicas sin la debida coordinación.(10)

Los objetivos pueden ser alcanzados mediante medidas generales dirigidas a toda la población o con medidas específicas dirigidas al niño o a sus padres, sin embargo la impor

¹⁰ MONDE, Raymond, MASSE, Nathalie. Pediatría Social. pag. 558.

tancia asignada a cada uno de estas medidas depende de como se comprende: la situación epidemiológica, la estructura demográfica, los recursos económicos nacionales e individuales y las disponibilidades de materiales y personales, en fin conocer la estructura donde se desenvuelve la población, cuyas modalidades administrativas permiten aplicar medidas dependiendo de la estructura política y social del país.

En Colombia las políticas de protección al niño están expresadas en los Planes de desarrollo económico y social, en ellas el Estado se propone:

- Disminuir la mortalidad en menores de un año hasta alcanzar 40 X 1000, reduciendo en la mitad la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, intestinales, inmunoprevenibles, respiratorias y perinatales.
- Para el grupo de 1 a 4 años, la mortalidad debe descender a niveles de 5 a 7 X 1000. Para llegar a estas metas, se aumentará la cobertura de los programas de crecimiento y desarrollo (60%), rehidratación, inmunización (80%), lactancia materna y nutrición. La atención médica debe cubrir en un 90% al menor de un año y en un 50% al niño entre 1 a 4 años. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ampliará la cobertura de atención al niño dando prioridad a los menores de 5 años en condiciones de abandono o semiabandono. Se modificará, para ello los centros de atención integral al preescolar CAIPS fomentando las nuevas modalidades de atención

con participación comunitaria, se crearán de hogares infantiles alternos a los tradicionales (con jornada doble) y desarrollando programas de complementación alimentaria, actividades pedagógica y de capacitación de los padres.

- En relación con las madres se propone disminuir la morbi-mortalidad específica, reduciendo en un 10% la mortalidad de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aborto y cáncer de cervix. Para ello se elevarán las coberturas de atención institucional del parto (70% y 80%) control prenatal (70%) planificación familiar en instituciones oficiales (20% y 25%) y como actividades de prevención social se desarrollarán programas de educación nutricional para ellas.

- Atención al escolar (5-14 años). Se propone reducir la morbi-mortalidad por accidentes entre 15% y 20%. Por enfermedades respiratorias agudas, de los órganos de los sentidos y afecciones orales, para lograr niveles de mortalidad específica entre 0,5 y 1 X 1000. Se incrementarán las coberturas de atención médica en (40%) y de acción preventiva en (50%) e impulsando la atención al niño desprotegido. En cuanto a la atención al niño trabajador propone programas de salud ocupacional y atención primaria en centros de salud coordinados con acciones de control legal, investigación y campañas educativas del Ministerio del Trabajo.

Además de las políticas diseñadas por el Estado en favor de su niñez encontramos una protección jurídica tanto antes co

mo después del nacimiento por considerarse que el niño en razón de su falta de madurez física e intelectual tiene necesidad de una protección especial y de cuidados especiales que han sido enunciados en la declaración de Ginebra de 1724 sobre los derechos del niño y reconocida en la declaración universal de los Derechos del Hombre así como en los estatutos de instituciones y organizaciones internacionales que se consagran al bienestar de la infancia. Considerando que la humanidad debe dar al niño lo mejor de si mismo, la asamblea Nacional proclama la siguiente declaración de los derechos del niño a fin de que éste tenga una infancia feliz y se beneficien, invita a los padres, a los hombres y a las mujeres como individuos, así como a las organizaciones benefactoras, a las autoridades locales y a los gobiernos nacionales a reconocer estos derechos y a esforzarse en asegurar su respeto, por medio de medidas legislativas y otras adoptadas progresivamente en la aplicación de estos principios; los cuales deben ser reconocidos a todos los niños sin excepción alguna o discriminación fundada en la raza, el color, el sexo, la lengua, la religión, las opiniones políticas u otras, el origen nacional o social, la fortuna, el nacimiento. Estos principios son los siguientes:

1. El niño debe beneficiarse de una protección especial para que pueda desarrollarse física, mental, moral y socialmente en condiciones de libertad y de

dignidad.

2. El niño tiene derecho, desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

3. El niño disfrutará de los beneficios de la seguridad social, con derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, la cual debe contar con alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos oportunos.

4. El niño físico, mental o socialmente minusválido debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados especiales que necesite su estado o situación.

5. El niño para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita de amor y comprensión al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres o en todo caso en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material.

6. El niño tendrá derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria al menos a nivel elemental; a instrucción que permita su cultura general y oportunidades para desarrollar sus aptitudes y su sentido de responsabilidad moral y social a fin de que sea un miembro útil a su familia y a la sociedad.

7. El niño en toda circunstancia, debe ser de los primeros en recibir protección y socorro.

8. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, y no se le permitirá trabajar ante de una edad mínima adecuada. (11)

En cuanto a lo anterior, políticas de protección al menor y declaración universal de los derechos del niño podemos decir, que en Colombia la planificación no responde a las necesidades básica en salud para cada región, lo que lleva a ejecutar ciertos programas insuficientes por el desconocimiento de las características específicas de cada departamento permitiendo atender un reducido número de población

¹¹VILLAR GAVIRIA, Alvaro. El Niño otro oprimido. 4ed. Peña losa, Bogotá, 1977, p.11-12.

ya que su elaboración responde a las políticas administrativas del gobierno sin tener en cuenta la participación de la población no llegando a cubrir la demanda del servicio (salud). Es imposible abarcar la población infantil con el sinnúmero de políticas; dado que esta demandaría un gasto público, un aumento de los recursos humanos y materiales que de acuerdo a su financiación (lotería, beneficencia e industrias licoreras etc.) y administración están sujetas a la politequería que desvían el objetivo de bienestar en salud a la población. Al ver la declaración Universal de los Derechos del Niño; que en su compendio abarca la protección física, psíquica, biológica, social y económica, si bien es cierto que existen instituciones para atender la salud, la educación, la vivienda etc., son pocos los privilegiados que logran satisfacer estas necesidades, mientras que para la gran mayoría carentes de recursos económicos estos servicios no están a su alcance por su encarecimiento y ante ésta dificultad el niño se enfrenta a situaciones difíciles como: trabajo donde es explotado física y económicamente, ocio ya que pasa su mayor parte del tiempo en la calle despertando su curiosidad por el vicio, el hurto llevándolo a la delincuencia y al abandono parcial o total de su familia quedando al amparo de la calle.

Es importante comprender la problemática de la niñez, ya que es en si, un recurso humano bien formado, educado y asisti

do puede transformarse cualitativamente y cuantitativamente una sociedad con proyecciones de progreso. Pero la realidad social del país nos muestra una situación diferente en la que el aumento de la población ha conformado grandes masas de explotados sin acceso a los medios e instrumentos de producción, lo cual crea desigualdad, desempleo, analfabetismo que repercute principalmente en los menores. Es así como la legislación Colombiana aparenta demostrar preocupación e interés para que estos reciban todo aquello a que tienen derecho y que es indispensable para un adecuado desarrollo bio-psico-social para lo cual crea una serie de leyes, normas e instituciones encaminadas a la protección del menor. Sin embargo estas instituciones son insuficientes e inadecuadas para dar una verdadera protección a la población infantil de ahí que en materia de salud el niño colombiano esta afectado por enfermedades gastrointestinales, respiratorias, de desnutrición etc., y dentro de ellas señalaremos las siguientes:

- POLIOMIELITIS O PARALISIS INFANTIL.

Es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia entre niños de 6 meses a 4 años. Se presenta con fiebre, diarrea, malestar y rigidez de la nuca, con o sin parálisis de las extremidades. La parálisis puede ser en una o ambas piernas, también afecta los brazos, los músculos del tronco y el cuello. Se considera contagiosa y cuando ataca al niño si no se realiza un tratamiento oportuno y ade

cuado puede llevarlo a la incapacidad permanente e incluso a la muerte. Por esto lo más importante es evitarla con la vacuna del polio cuya aplicación es por vía oral a partir de 2 meses 3 dosis una cada 3 meses.

Entre 1975-83 la poliomielitis estuvo presente en todo el territorio colombiano. Se presentaron casos en todos los períodos epidemiológicos. La tendencia general de la enfermedad en el país es el descenso, aunque en los años 1979-81 se registraron aumentos en la población menor quedando secuelas que afectan el desarrollo físico, psíquico y social del niño generando gastos económicos en el núcleo familiar para su rehabilitación.(12)

TOSFERINA

Es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en los niños menores de 4 años. Comienza con tos seca, malestar general y fiebre. Después de 15 días empieza una tos que produce ahogo durante la cual el niño no alcanza a respirar hasta que arroja la flema, esta tos puede durar 3 meses. Algunas veces se presenta sangre por la nariz y pequeñas manchas en los ojos. La complicación más frecuente que se presenta es la bronconeumonía y en algunos casos las convulsiones que son señales de mayor gravedad. En los niños menores de un año la tosferina es una enfermedad muy

¹²Ministerio de Salud, op. cit., p.115

grave y muchos de ellos mueren.

"En el período de 1975-79 el grupo de menores de 5 años aportó el 74% de los 77.725 casos registrados en ese período".(13)

DIFTERIA

Es una enfermedad muy grave que se presenta con mayor frecuencia en niños pequeños. Comienza con fiebre baja y dolor de garganta, poco a poco se va formando una membrana de tela blancuzca en la garganta; esta membrana se encuentra rodeada de una zona roja e inflamada. En este caso el niño puede morir afixiado porque no puede respirar debido a que la inflamación obstruye el paso del aire.

Esta enfermedad estuvo presente en todos los períodos epidemiológicos entre 1975-1983, aunque hubo regiones del país con mínima notificación de casos. La difteria en Colombia presenta una tendencia al descenso a partir de 1976 aunque se obtuvo un aumento en 1980.(14)

TETANO

Es una enfermedad muy grave, comienza con dolor de espalda, brazos, piernas y rigidez del cuello. La persona tiene dificultades para abrir la boca o para masticar y con

¹³Ibid p.120

¹⁴Ibid p.115

trae la cara en una sonrisa fija. Cuando la enfermedad avanza la persona arquea la espalda, traba la mandíbula, los brazos y las piernas- se le ponen rígidos y se presentan convulsiones con frecuencia ante la presencia de una estimulación visual y sonora.

El microbio penetra en el cuerpo de las personas a través de una herida generalmente producida por instrumentos punzantes como vidrios, clavos o astillas de madera que están infectados.

También las mujeres pueden contraer el tétano cuando tienen el parto y no están vacunadas contra estas enfermedades.

En los recién nacidos el tétano se presenta a los pocos días de nacidos cuando no se hace un buen cuidado diario del ombligo si la madre no ha sido vacunada.

El tétano, la tosferina y la difteria se previenen con la aplicación de la vacuna DPT, esta se administra a partir del segundo mes de nacido del niño, 3 dosis una cada 3 meses

A la madre se le aplica toxoide tetánica en 2 dosis dejando 6 semanas entre una y otra dosis.

El tétano en Colombia estuvo presente en todos los períodos epidemiológicos y en todas las regiones. El aporte de los menores de 5 años fue de 48% de los 3.173 casos informados entre 1975 y 1979, la enfermedad en el país no muestra ciclos definidos y su tendencia en la población general es al ascenso discreto y un poco más acentuada en los menores de 5 años.(15)

¹⁵ Ibid p.115-117

SARAMPION

Actualmente es una de las enfermedades más comunes en los niños. Al principio la enfermedad se presenta con malestar general, secreciones por la nariz, fiebre alta, enrojecimiento de los ojos y lagrimeo, irritación en la garganta. Después del 3 día de fiebre aparece unas erupciones que comienzan en la cara y cuello y luego se extienden por todo el cuerpo.

El sarampión es una enfermedad que puede presentar complicaciones como son la neumonía, la supuración de oídos y ojos.

No existe una droga para curar el sarampión, el tratamiento médico solo evita las complicaciones que pueden presentarse o atenderla cuando estas se presentan. Para evitar esta enfermedad existe la vacuna contra el sarampión la cual se debe aplicar a todos los niños cuando cumplan 8 meses de edad.

La enfermedad estuvo presente en el país durante todos los períodos epidemiológicos de 1975-1979 y entre 1980-1982. Los menores de 5 años contribuyeron con el 61.4% de los 88.831 casos informados durante el quinquenio. Situación que en otras palabras es ta señalando bajas coberturas de vacunación en este grupo. La tendencia en los últimos 4 años es de un leve descenso con un incremento en 1981 con características epidémicas.(16)

¹⁶ Ibid p.120,122

TUBERCULOSIS

Es una enfermedad contagiosa. Se trasmite de una persona enferma a una sana por inhalación de bacilos de la T.B.C., transportados por el aire que han sido expulsados por la tos, extornudos hacia la atmósfera. El enfermo de T.B.C. presenta: tos, fatiga, fiebre y pérdida de apetito llevándole a la desnutrición. Esta enfermedad ataca fácilmente a los niños cuando no tienen defensas, los microbios se multiplican y producen enfermedad en los pulmones pero también puede atacar cualquier órgano o tejido del cuerpo como riñones, cerebro, huesos, etc.

Los niños que se contagian pueden sufrir formas graves de la enfermedad a veces mortales y otras veces dejan secuelas duraderas. Se previene con la vacuna BCG aplicada al recién nacido en una sola dosis.

Es difícil tener una medida de la mortalidad real a partir de la información disponible, puesto que el programa de control de la TBC no opera uniformemente en el país.

En términos generales la contribución del grupo de menores de 6 años en la tasa general en el período de 1975-83 es baja, 11.8% sobre la adulta. La tendencia de la tasa a nivel nacional es aumentar en los tres primeros años del período y a disminuir posteriormente. La tasa de morbilidad registrada en TBC sigue siendo de las más altas de Sur América.(17)

¹⁷ Ibid p.122

DESNUTRICION

Es un estado patológico potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente utilización de cantidades adecuadas de nutrientes esenciales en el organismo o por un desequilibrio entre ellos. Si bien puede afectar a toda la población, se presenta como problema crítico en edades o estados vulnerables como la infancia.

Se ha comprobado que las infecciones comunes precipitan la desnutrición, lo cual a su vez, reduce las defensas del organismo. Esto facilita un desarrollo ulterior de las infecciones, que de nuevo conducen a un déficit alimentario mayor. Si ésta secuencia se desarrolla con rapidez, el niño muere finalmente, aunque en realidad ni la desnutrición ni la infección por sí mismas son agentes mortales. Cuando la secuencia evoluciona a un ritmo más lento, dicha combinación se convierte en la causa más importante de un retraso crónico en el desarrollo infantil, tanto físico como mental. El resultado final de este proceso es una reducción durante la vida adulta de la capacidad potencial de productividad y de la vida física, lo que supone en consecuencia una importante limitación de recursos humanos.(18)

GASTROENTERITIS Y DIARREA

Gastroenteritis es la inflamación de la mucosa del estómago y del intestino, caracterizada por fiebre, vómitos, diarrea

¹⁸UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, p.16

rrea.

La diarrea es un sintoma que es producido por diversas causas. La mayoría de las veces la causa puede ser una bacteria, un hongo, un parásito o un virus que sea capaz de atacar al organismo localizándose en sus intestinos. Es tan común en el mundo que la mayor parte de los padres la consideran como un episodio normal del desarrollo infantil. La infección desaparece por si misma en cuestión de días, pero cerca de un 10% de los casos se inicia una evolución seriamente preocupante, ya que la piel del niño comienza a perder su tersura y la sed se hace insoportable. El factor clave en el tratamiento de la diarrea es reponer el agua y las sales que pierde el enfermo en sus deposiciones esto es lo que se llama rehidratación oral.

La influencia sobre la salud del hombre de los diversos elementos de su medio físico (el aire, el agua, el suelo, y todo los otros elementos de el ambiente) es evidente. El ser humano no podría conservar su integridad fisiológica en un medio inadecuado. Esto es cierto para el adulto, y lo es aún más para el niño organismo todavía no inmunizado, y por consiguiente más vulnerable a las agresiones externas.

Además no se debe jamás olvidar que el niño es un ser en

desarrollo y que un agente patológico, aunque no comprometa inmediatamente su existencia, puede afectar su desarrollo, producir una invalidez más o menos grave. Por consiguiente, es esencial asegurar al niño las mejores condiciones ecológicas posibles. De allí que la mala calidad de agua, de la alimentación, deficiencia o ausencia total de letrinas y de sistemas de vacunación de basuras, pululación de insectos, promiscuidad con los animales etc., nos muestran fácilmente el estado sanitario de una población como Pivijay donde predominan las infecciones generalizadas y las parasitarias crónicas.

Según datos estadísticos suministrados por el hospital y a través de sondeos de opinión y observaciones etc. se encontró que las características de esta población infantil (Pivijay) conformada por 1.307 menores de 1 año, 4.922 de 1-4 años y 12.806 de 5-14 años. Son las siguientes: niños provenientes de familias de escasos recursos dedicados por lo general a la agricultura, con condiciones habitacionales inadecuadas, deficiencias educacional y nutricionales al no contar con una alimentación adecuada y a la poca educación de las madres sobre la importancia del valor nutricional de los alimentos para el desarrollo normal del niño, encontramos que un 10% de los niños tienen problemas de retardo mental originados por las condiciones económicas y sociales en que se desenvuelven.

Todo influye en la salud de la población infantil de Pivi

jay donde las enfermedades más comunes son las diarreícas agudas, las parasitarias, las respiratorias y la desnutrición que causan graves estragos en la población.

2.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Morbilidad es el número proporcional de personas que enferman en la población y tiempo de determinado y Mortalidad el número proporcional de muertes en población y tiempo de terminado. Se entiende por Mortalidad Infantil el número de muertes de niños menores de un año en relación a 1.000 nacidos vivos.

RELACION ENTRE MORTALIDAD Y MORBILIDAD: La comparación de las 10 primeras causas de mortalidad, con las 10 primeras causas de morbilidad, atendida (hospitalización y consulta externa) nos revelan aspectos interesantes de la problemática de salud de la población Colombiana.

Para el conjunto de las edades generales solamente las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y los accidentes y sus consecuencias aparecen simultáneamente entre las 10 primeras problemas de morbi-mortalidad.

Por grupos específicos de edad la morbilidad atendida y la

mortalidad son bastantes similares entre los menores de un año y entre los 60 y más años y tiende a ser disímiles en los grupos intermedios de edad 2 a 59 años.

Es así como en los niños de 1 a 4 años son causa importante de hospitalización sin ser de muerte los problemas del aparato digestivo y del aparato genitourinario. Y de consulta externa las enfermedades de la piel, del sistema nervioso y de los dientes (5-14 años).

En el grupo de 15 a 44 son causa sobresaliente de hospitalización y de consulta externa pero no de defunción los trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, las enfermedades del aparato genitourinario, las enfermedades de la piel y de los dientes (consulta externa).

En las mujeres aparte de las anteriores el aborto, el cual alcanza a estar en las 10 primeros lugares de la mortalidad femenina.

En el grupo de 45 a 59 generaron demanda de consulta y hospitalización, pero produjeron bajas de mortalidad las enfermedades del sistema nervioso, y órganos de los sentidos, tumores benignos y los trastornos mentales.

En cuanto a la estructura y comportamiento de las causas de muerte en los distintos grupos de edad, los hechos de importancia son:

Los menores de un año, el aumento de la importancia relativa de las afecciones del período perinatal y la disminución de las enfermedades infecciosas, intestinales y de las respiratorias agudas y crónicas. Además descenso de la tasa de desnutrición.

En los grupos de 1-4 años disminución de tasas por enfermedades infecciosas, intestinales, respiratorias agudas y crónicas, por desnutrición, sarampión, tosferina y meningitis. Aumento del peso relativo de la desnutrición y de los riesgos de accidente por causas distintas al vehículo motor.

De los 5 a 14 años consolidación de accidentes de todo tipo en los primeros lugares, con aumento sostenidos de las causadas por vehículo motor. Incremento de la importancia de los tumores malignos y disminución de tasas por afecciones intestinales y respiratorias.

En las de 15-44 años prevalencia del homicidio como primera causa en los hombres, con aumento sistemático de el riesgo y mantenimiento de la importancia de los accidentes. En las mujeres los tumores malignos ocupan el primer lugar de mortalidad específica y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en segundo lugar.

En las de 45 y más años, mantenimiento de los tumores malignos como primera causa y de los problemas cerebrovasculares e hipertensivo.

CUADRO N°2

Mortalidad Infantil de Colombia X 1.000 nacidos vivos			
Años	DNP*	N.U*	J. Rico
1973-78	69.91	66.9 (77-75)	75.2
1983-88	55.40	53.3 (80-85)	56.7
98-2003	42.52	40.5 (95- -)	29.3

Fuente: Colombia Diagnóstico de Salud, políticas y estrategias.

*DNP: Departamento Nacional de Planeación.

*N.U: Naciones Unidas.

El análisis del nivel de salud, en el período 1980-1983 y medidas por indicadores de morbi-mortalidad en el departamento del Magdalena presentan las siguientes características:

Morbilidad: Con respecto a las primeras causas de morbilidad se aprecia un descenso de las enfermedades de origen hídrico, mientras que los demás van en aumento; la primera causa de morbilidad, en todos los grupos es enfermedades de los dientes (caries y enfermedades periodontal). Las

enfermedades respiratorias experimentaron un ligero aumento en todos los grupos de edad.

Analizando la morbilidad por grupos, se observa que las diarreas y enteritis, siguen siendo la primera causa de consulta en el grupo de menores de 1 año, con un 31% de las causas, y en el grupo de 1 a 4, es la segunda causa.

Las enfermedades respiratorias agudas es la segunda causa de morbilidad, en el grupo de un año, donde representa el 11% y la primera en el grupo de 1 a 4 años donde representa el 12.8% del total de consultas.

En el grupo de 5 a 14 años, las enfermedades de los dientes sigue siendo la primera causa de consulta, con un 56.7% de todas las causas en ese grupo de edad. Como segunda causa se tienen las helmintiasis (parasitismo intestinal), con un 13%.

En el grupo laboral de 15-44 años aparecen nuevamente las enfermedades de los dientes como primera causa de consulta, representando un 20% de todas las causas de ese grupo; como segunda causa aparecen las enfermedades del aparato genitourinario con un 11.5% del total de consultas de ese grupo de edad.

La tuberculosis ha tenido un marcado descenso en la presentación de casos.

En el gráfico N°1 podemos apreciar que las diarreas y enteritis es uno de los principales problemas de salud en el departamento, apreciandose un incremento importante en 1981, el cual, es debido, entre otras causas, el sub-registro existente en años anteriores y al incremento de la oferta de servicios de atención médica también es debido a la mala calidad de las aguas de consumo de los municipios corregimiento y caseríos.

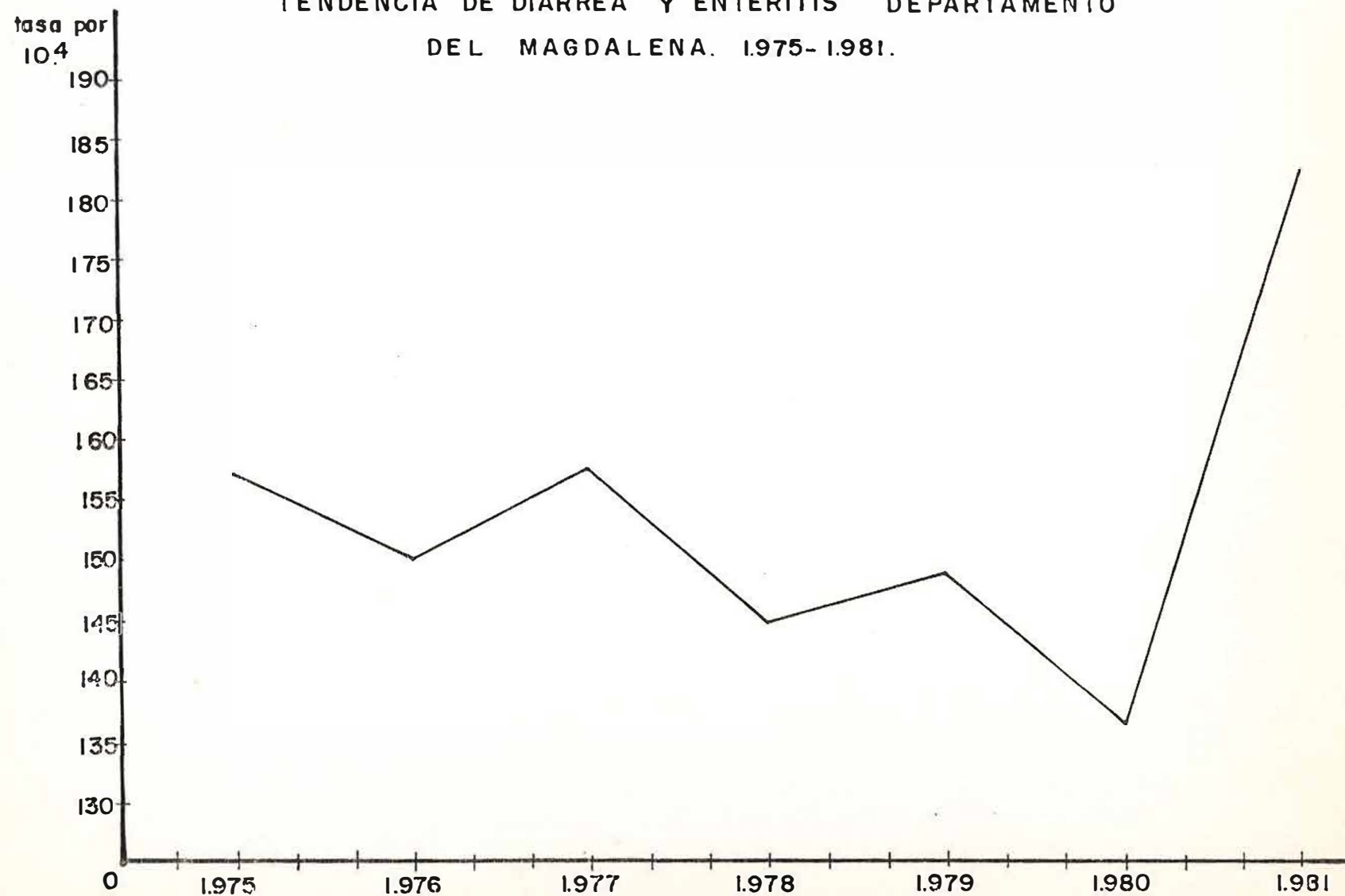
En los gráficos N°2A y 2B analizamos la tendencia de las 10 primeras causas de morbilidad por consulta médica en el período 1973-1980 y en ella podemos observar:

1. Las enfermedades de los dientes representan la primera causa de morbilidad con una tendencia estabilizada.
2. Las infecciones respiratorias agudas y la helmintiasis se encuentran con tendencia a descender.
3. La atención del embarazo y puerperio normal ha venido progresivamente en aumento, lo cual nos indica que la población cada vez va conociendo mejor los beneficios de la atención institucional del embarazo y el puerperio
4. Las influenza (gripe), las enteritis y otras enfermedades diarreicas y las enfermedades del aparato genito-urinario, a pesar del descenso que presentaron en 1978. nuevamente están incrementándose.

Los gráficos 3A y 3B nos muestran como las enfermedades objeto del

GRAFICO. N° 1.

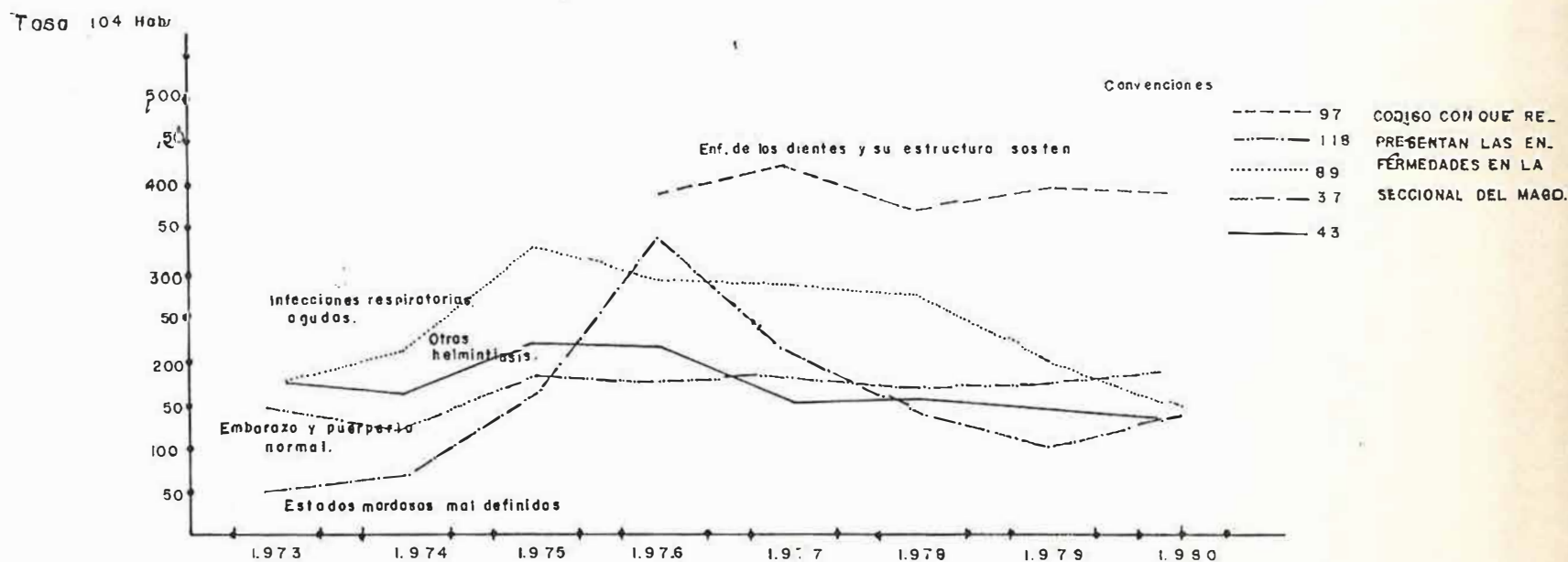
TENDENCIA DE DIARREA Y ENTERITIS DEPARTAMENTO
DEL MAGDALENA. 1975-1981.



fuentes : servisalud magdalena.

G R A F I C O . N º 2 A

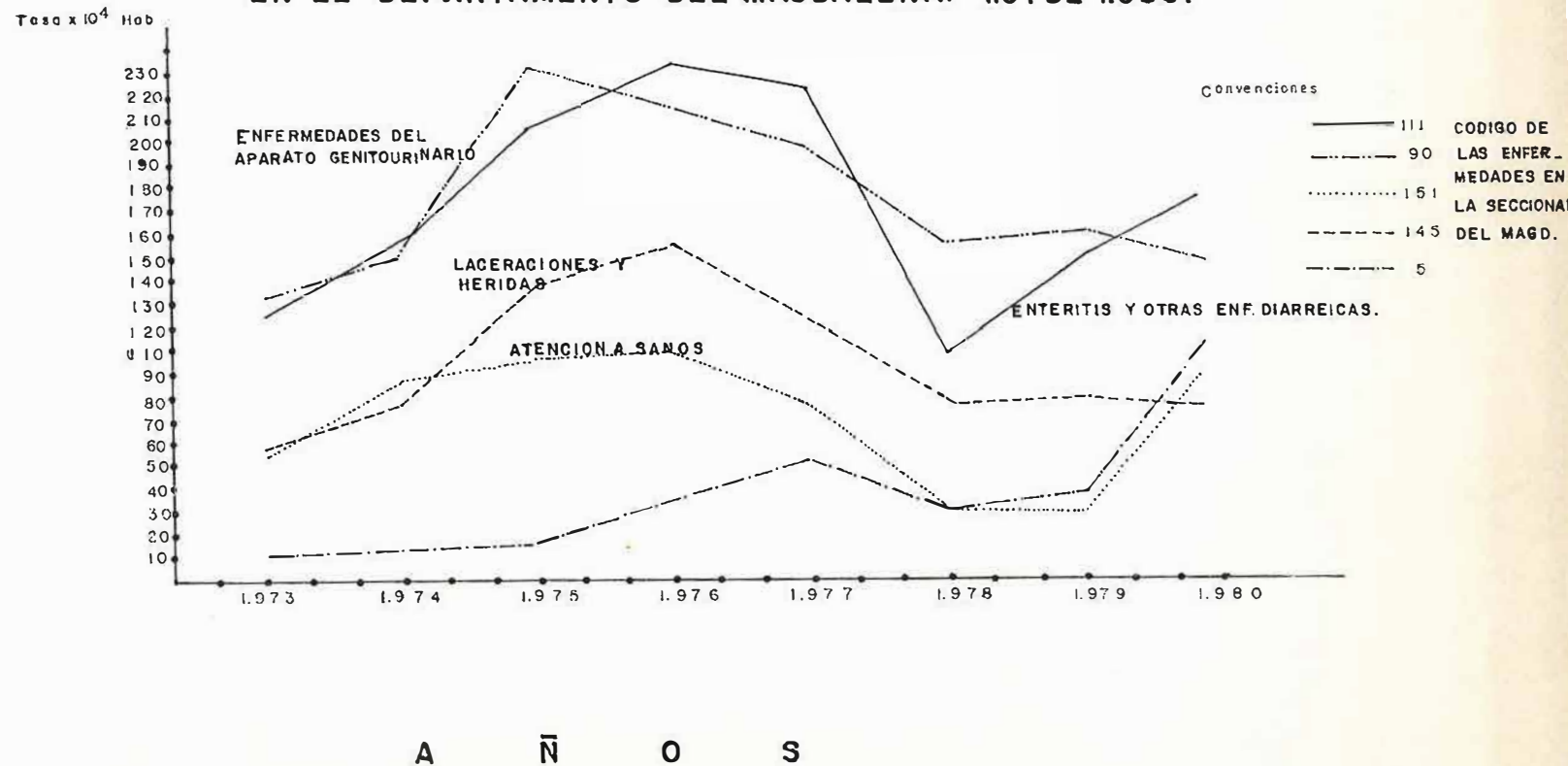
TENDENCIA DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. 1.973-1.980



Fuente: servisalud magdalena.

G R A F I C O. N° 2B

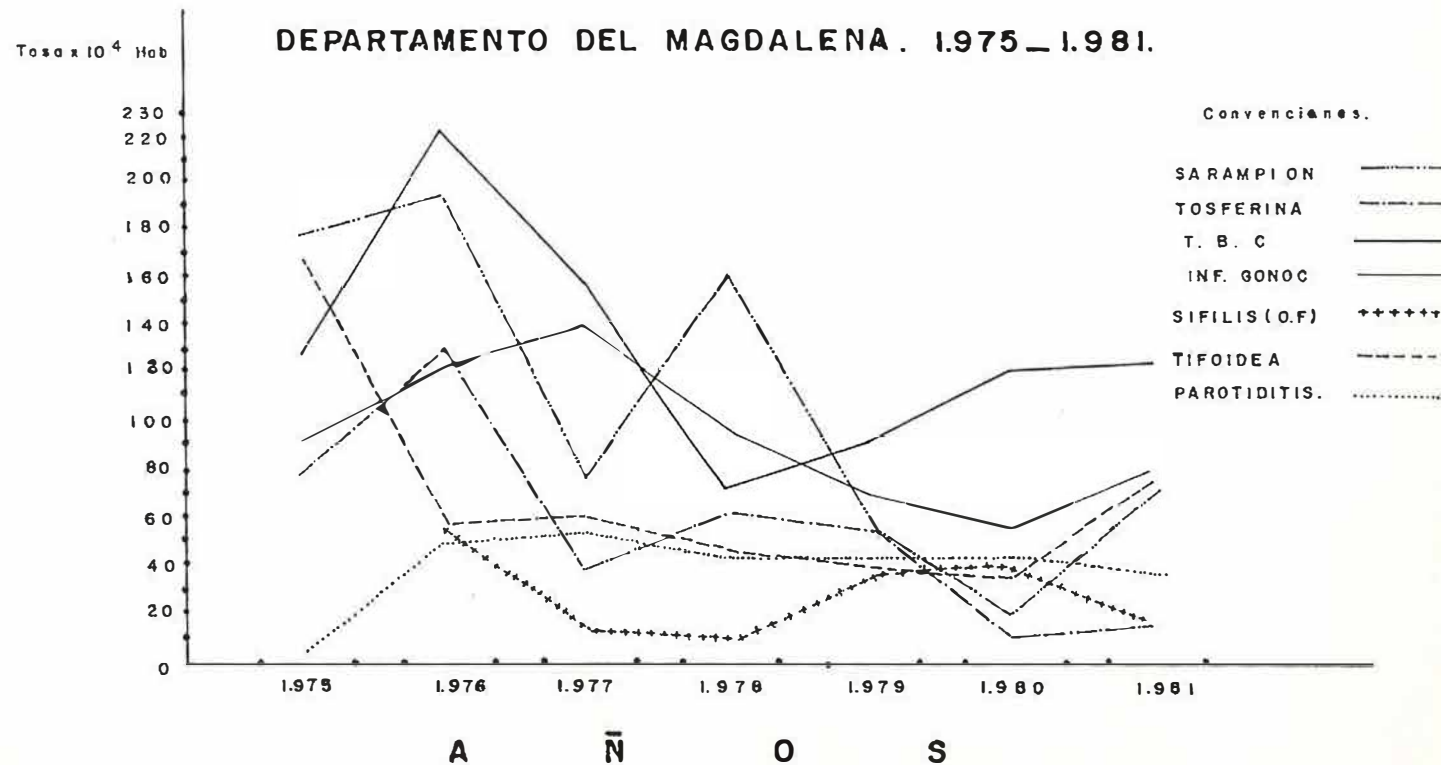
TENDENCIA DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. 1.973_ 1.980.



FUENTE: SERVISALUD MAGDALENA.

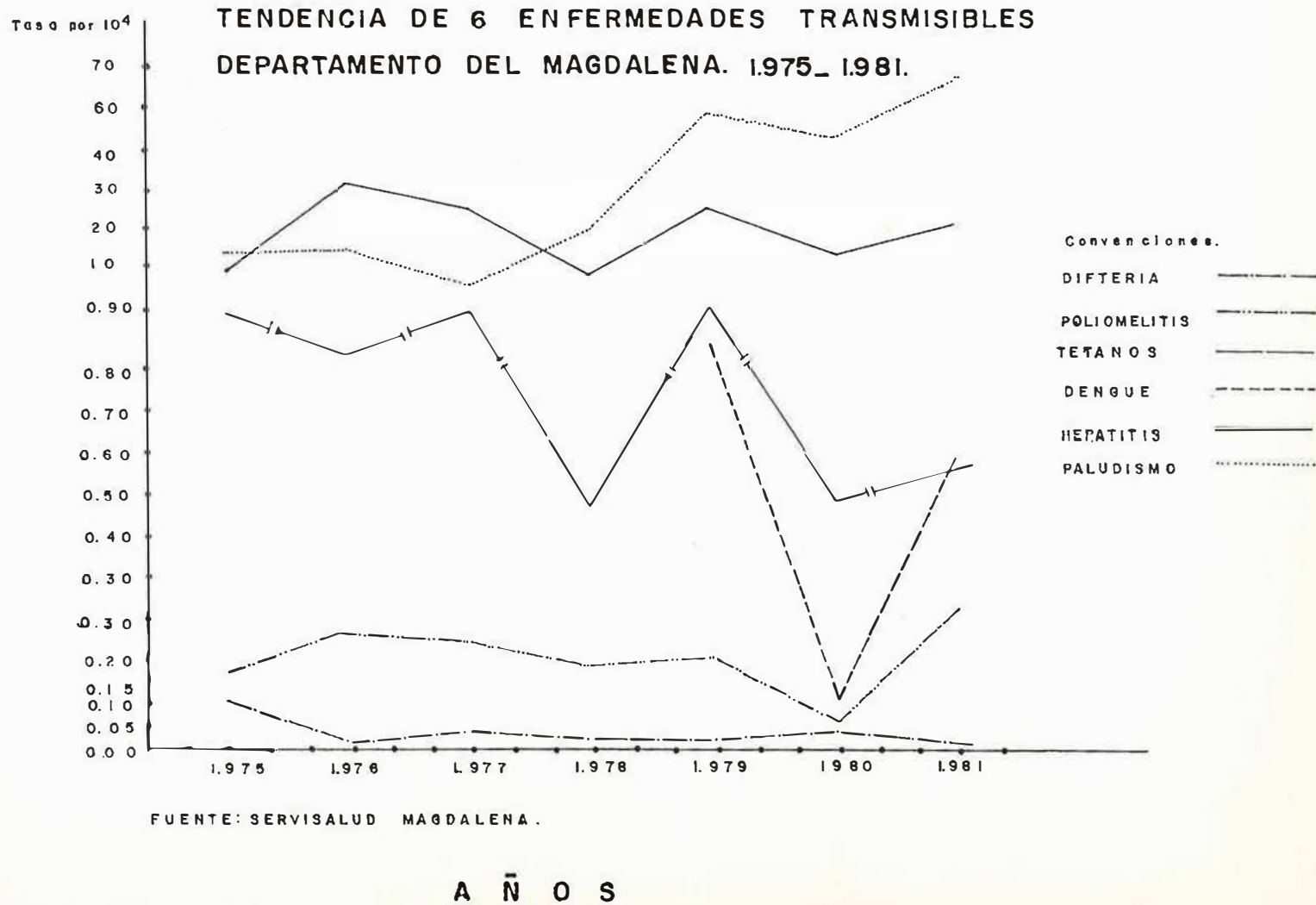
G R A F I C O. N° 3A

TENDENCIA DE 7 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. 1975-1981.



FUENTE: SERVISALUD MAGDALENA.

G R A F I C O N º 3 B.



programa ampliado de inmunización han venido disminuyendo en el departamento al mejorar las coberturas de vacunación. No ocurre lo mismo con las otras enfermedades transmisibles, las cuales han venido incrementando paulatinamente su incidencia, por lo cual se hace necesario tomar medidas que conduzcan el mejoramiento de dicha situación.

Mortalidad:

Para 1980 la tasa de mortalidad general es de 36%, siendo la primera causa, las enfermedades del corazón, lo cual se debe a una mala certificación de las causas de muerte a pesar de las recomendaciones que la Seccional hace a los profesionales de la medicina para corregir estos errores de diagnóstico. (19)

Teniendo en cuenta la anterior observación, para todos los grupos de edades, la enfermedad diarreica ocupará el primer lugar como causa de muerte. En su orden le siguen, laceraciones y heridas, enfermedades cerebrovasculares, senilidad, avitaminosis, etc.

La tendencia de las 10 primeras causas de mortalidad, al igual que los síntomas y los estados morbosos mal definidos vienen disminuyendo progresivamente al mejorar la calidad de la información, lo mismo sucede con las enfermedades diarreicas y las avitaminosis. No sucede lo mismo con las otras enfermedades, las cuales muestran una tendencia

¹⁹ Servicio Seccional del Magdalena, op. cit, p.26

progresiva hacia el aumento.

En lo que se refiere a la mortalidad infantil, la tasa para 1980 es de 37.3%

Haciendo el análisis por grupo tenemos que: En el grupo menor de 1 año la primera causa de mortalidad es la enfermedad diarreica, representando el 26% de todas las muertes, seguido de otras enfermedades del corazón que calculamos no corresponde a un diagnóstico correcto por la observación hecha anteriormente.

En tercer lugar aparece la desnutrición que representa el 3.4% de las muertes en este grupo de edad.

En el grupo de 1 a 4 años, en forma similar, las diarreas, las enfermedades del corazón y la desnutrición en su orden son las principales causas de muerte. Es importante anotar que la desnutrición se refleja fundamentalmente en los grupos de menores de 4 años en donde se produce el 75% de las muertes por esta causa. En el grupo de 5-14 años, aunque de mayor magnitud, la diarrea representa una de las primeras causas de mortalidad.

En los mayores de 15 años, los accidentes, las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, laceracio

nes y heridas y los tumores malignos, representan la primera causa de mortalidad.

En el cuadro 3 para el grupo de menores de un año se aprecia que, en 1980, las enfermedades infecciosas intestinales constituyen la primera causa de mortalidad, la morbilidad ambulatoria y hospitalaria y según el estudio Nacional de Salud, la segunda causa de morbilidad por prevalencia real; le siguen en importancia, otras enfermedades perinatales, y las enfermedades respiratorias agudas y crónicas, las cuales ocupan los primeros lugares tanto en mortalidad como en morbilidad hospitalaria y ambulatoria.

En el grupo de 1 a 4 años la situación es similar a la observada en el grupo menor de un año, por lo que hay necesidad de tomar medidas necesarias a fin de cambiar esta situación.

En el grupo de 5-14 años, vemos que la primera causa de mortalidad estará representado por otras enfermedades del corazón, siguiéndole las enfermedades del aparato digestivo y las infecciones intestinales; ésta última merece especial atención ya que ocupa los primeros lugares en la morbilidad de los menores de 15 años y especialmente de los menores de 5 años, población objeto dentro del programa materno-infantil y su componente de rehidratación oral.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD.(según inf. disponible.)

Nº 3A.

CODIGO	C A U S A S.	MORTALIDAD. año .1980.				M O R B I L I D A D.								Prevalencia real. 1977- 1980.		
						ATENDIDA.										
		Hospitatoria año 1980				Ambulatoria año 1980										
		ORDEN	No. de funcio- nes	%	Tasa x 1000 Hab	Orden	No. de casos	%	Tasa x 1000 Hab	Orden	No de Casos	%	Tasa x Ha- bitantes	Orden	No. de casos	Tasa x 1000 Hab
01	Enf. Infecc. Intestinales	1	190	27.1	10.1	1	1797	66.4	95.7	1	6869		481.6	2	4884	260
45	Otros Perinatales	2	82	11.7	4.4	3	111	4.1	5.9							
46	Sint.y Est. Morb. mal def.	3	79	11.3	4.2	5	76	2.8	4.1	3	1147		80.4			
27	Otras formas enf del corazón	4	71	10.1	3.8									9	526	28
44	Afecc. Anóxicas e Hipóxicas	5	57	8.1	3.0											
32	Enfer. respiratorias Agudas	6	43	6.1	2.3	2	248	9.2	13.2	2	5337		374.2	1	6575	350
33	Enf. Respiratorias Crónicas	7	30	4.3	1.6	4	97	3.6	5.2	9	467		32.7	10	451	24
17	Avit. y otras def. nutrición.	8	24	3.4	1.3	9	27	1.0	1.4					7	1202	64
22	Meningitis	9	12	1.7	0.6											
18	Resto enf. endocrinas y Metab.	10	12	1.7	0.6	7	37	1.4	2.0							
36	Otros enf. aparato digestivo					6	44	1.6	2.3	7	533		37.4	4	3062	163
38	Otros enf. aparato genitourinario					8	30	1.1	1.6	5	730		51.2	5	1521	81
23	Otros enf sist. nerv. org. de los sent.					10	26	1.0	1.4							
41	Enf. de la piel y tes. subcutáneo									4	1031		72.3	3	3625	193
12	Helminthiasis									6	682		47.8			
08	Otros enf. por virus									8	510		35.8			
13	Otros enf. inf. y parasit.									10	456		32.0			
	O T R A S.															
	DIFTERIA		1	0.1	0.1		4	0.2	0.2		31		1.7			
	TOSFERINA															
	TETANOS		8	1.1	0.4		5	0.2	0.3		15		0.8			
	POLIO		1	0.1	0.1		8	0.3	0.4		1		0.1			
	SARAMPION.						4	0.2	0.2		31		1.7			
	T. B . C										4		0.2			
	FIEBRE A MARILLA															
	DENGUE										1		0.1			

FUENTE : SERVISALUD MAGDALENA.

La causa de morbilidad y mortalidad más frecuentes en el municipio de Pivijay son muy similares a las del departamento y al igual que aquí se presenta una mala certificación de las verdaderas causas de muerte, de allí que las causas de muertes no correspondan a la verdadera realidad.

Morbilidad: Las enfermedades diarreicas agudas y parasitarias que tienen como factores primordiales la mala disposición de excretas, la contaminación del agua, la mala disposición de basuras, factores educacionales relacionados con malos hábitos de higiene y deficiente acondicionamiento de las viviendas.

Como segunda causa tenemos las afecciones respiratorias agudas y crónicas, ocasionadas entre otras causas por el mal estado de la vivienda, hacinamiento, contaminación ambiental, mala estado nutricional.

En las complicaciones del embarazo, parto y puerperio tienen influencia la poca accesibilidad a los servicios de atención del estado, bajo nivel socio-cultural y económico, siendo esta la tercera causa de morbilidad en el municipio.

Como cuarta causa están las enfermedades de los dientes relacionadas con malos hábitos de higiene oral, poca accesibilidad a los servicios, bajo nivel educativo, nutricional

y cultural.

Las enfermedades cardíacas e hipertensivas debido entre otras causas a los patrones y hábitos culturales y educacionales, poca accesibilidad a los servicios, es la quinta causa de morbilidad.

Mortalidad: Para 1984 en el municipio de Pivijay las primeras causas de mortalidad son las enfermedades del corazón especialmente los paros cardíacos, lo cual se debe más que todo a un mal diagnóstico.

Para 1984 en el municipio de Pivijay se producen 47 muertes registradas cuyas causas se expresan en el siguiente cuadro:

CUADRO N°4

Causas	N°de muertes	Porcentaje
-Accidentes Cerebrales	10	21.2%
-Trastornos cardiovasculares	19	40.4%
-Trastornos respiratorios	3	6.4%
-Accidentes (maquinarias agrícolas, armas de fuego)	3	6.4%
-Problemas Renales.....	2	4.3%
-Prematuridad.....	2	4.3%
-Cáncer (tiroide y rectal)....	2	4.3%

-Trastornos Hepáticos.....	1	2.1%
-Intoxicaciones medicamentosa...	1	2.1%
-Fiebre tifoidea.....	1	2.1%
-Deshidratación.....	1	2.1%
-Problemas ostio-articulares....	1	2.1%
-Muerte por senilidad.....	1	2.1%
	47	99.9%

2.2 MEDICINA PREVENTIVA

Es la rama de la medicina actuando sobre el individuo, procura evitar las enfermedades y sus secuelas y retardar el efecto de enfermedades inevitables e incurables. De esta manera muchas enfermedades se podrían evitar del todo o por lo menos reducirlas empleando medidas preventivas. La base de la Medicina preventiva, ya no es la patología, sino ante todo el estudio de la relación del hombre con medio ambiente. Su objetivo primordial va más allá del empeño tradicional de curar pacientes, se trata de una tarea de reeducación porque es necesario tener en cuenta que cada grupo humano sea cual fuese tiene ya tradicionalmente un cuerpo de creencias y prácticas que forman su propio concepto de medicina preventiva.

El proceso continuo en los métodos, diagnóstico y tratamiento han dado un enorme impulso a la medicina preventiva y la

ha incorporado a la práctica corriente de la buena medicina. La prevención es un aspecto de la medicina general y todo médico práctico debe ejercerla junto a sus otras responsabilidades fundamentales de la profesión.

Tanto así que Clark y Leavell tuvieron gran influencia hablando de sus tres niveles de prevención aplicada a toda clase de enfermedades y condiciones. 1. Prevención primaria que comprende la protección específica y el fomento de la salud. 2. La protección secundaria que incluye diagnóstico y tratamiento oportuno, más prevención de secuelas. 3. Prevención terciaria o rehabilitación física y social para prevenir invalidez y muertes prematuras.(20)

El médico encuentra actualmente varios modelos de aplicación de las técnicas de la medicina preventiva:

1. Prevención específica, inmunización, tratamiento preventivo, examen médico periódico de Salud exámenes de laboratorio.
2. Diagnóstico y tratamiento temprano o precoz con búsqueda de los casos aparentes e importantes en la población.
3. Rehabilitación del enfermo a la vida activa.

²⁰ MOLINA, Gustavo. Introducción a la salud pública. Medellín, 1970, p.14

La medicina preventiva contribuye de una manera más efectiva que la curativa al mejoramiento de los niveles de salud. Sin embargo se destinan mayores recursos a la atención curativa porque los gastos de cuidados preventivos se pueden posponer más fácilmente que los cuidados curativos. Además los trabajadores de la salud en gran medida son entrenados primordialmente en atención curativa y tienen más experiencia en esta actividad que en atención preventiva. Esto no causa mucha sorpresa dado que la gente de todas las sociedades y niveles de desarrollo tiende a demandar atención cuando están enfermos y no cuando se sienten bien. La profesión médica siempre ha respondido a esta demanda efectiva, en lugar de hacer un esfuerzo concertado para crear demanda de servicios preventivos.

Dentro de la medicina preventiva al área que mayor importancia se le ha dado es a la inmunización planteada como el ejemplo más claro de un programa de protección de salud, las inmunizaciones que se efectúan en una población sana tienen que observarse como la mejor inversión que una comunidad puede realizar en favor de su salud y tiene por efecto producir artificialmente y sin los riesgos que significan las enfermedades infecciosas un estado de inmunidad.

CLASES DE INMUNIDAD:

Hay inmunidad natural y adquirida. La primera se refiere

al hecho de que algunos animales incluido el hombre son naturalmente muy refractorios a la infección de ciertas enfermedades y más susceptibles a la infección de otras.

La inmunidad adquirida puede ser de 2 tipos: activa y pasiva. La activa se refiere al estado que aparece en el cuerpo cuando el individuo fabrica su propia inmunidad como resultado de los estímulos que ha recibido. Por ejemplo el individuo enfermo de sarampión, resulta muy raro un segundo ataque de esta enfermedad debido a que confiere una inmunidad activa fuerte, además existe la posibilidad de producir este mismo tipo de inmunidad sin que se padezca la enfermedad, para ello se introducen en el cuerpo sustancias o elementos sin poder agresivo, pero capaces de inducir al organismo a la producción de defensas. A este procedimiento de inmunización se le llama vacuna.

La pasiva es cuando el individuo no ha producido las sustancias protectoras específicas sino que las ha recibido ya formadas.

Las vacunas constituyen hoy la mejor manera de despertar la respuesta de defensas inmunitarias. Ofrecen una seguridad casi absoluta aplicados en la edad y en el momento adecuado. Para ello representamos el siguiente cuadro.

CUADRO N°5

Biológicos	edad	Vía de Administración	Dosis	Nºdosis	Intervalo	sitio
1. Antisarampionosa	8 meses a 48 meses	subcutáneas	0.5ml	1	-	región superoexterno brazo.
2. Antipoliomielítica.	2 meses a	Oral	2 gotas	3	1 a 3 meses	Boca
3. DPT	2 meses a 48 meses	Intramuscular	0,5ml	3	1 a 3 meses	Región glúteo
4. BCG	Recien nacidos, - 36 meses.	Intradermica	0.1ml	1	Revacunación en la edad escolar	Cuadrante, superoexterno, región deltoidea.

Debido al éxito conseguido en la erradicación de la viruela, La Organización de la salud puso en marcha en 1977 el programa ampliado de inmunización (PAI) con el objetivo de apoyar a todos los países para que todos estuvieran inmunizados contra las 6 enfermedades más comunes alrededor de 1990.

La justificación de una campaña de inmunización universal no necesita verse revertida de argumentación teórica. La pura evidencia de los hechos basta por sí sola. Pero los grandes obstáculos que debemos superar no son ya de carácter tecnológicos. Los problemas fundamentales que obstruyen el avance hacia la inmunización universal son problemas relacionados con la educación de los padres, la participación comunitaria, la capacidad financiera y de gestión.

Para solucionar este tipo de problemas las campañas de inmunización necesitan integrarse con otro sistema de desarrollo comunitario y de atención primaria de salud, cuya interconexión pueda proporcionar una continuidad de contactos entre la población y los servicios de inmunización.

El objetivo de los programas de inmunización no consiste en realizar una campaña masiva puntual, sino que se trata de un objetivo doble: obstruir un sistema permanente y eficaz capaz de administrar las vacunas a cada recién nacido, cada año y educar a cada generación de

padres acerca de la necesidad de llevar a sus hijos a los centros de inmunización para que reciban una dosis completa.

Alcanzar este tipo de objetivos significa poner en marcha campañas tanto extensivas como intensivas que fomenten la participación y la formación de las comunidades y las familias acerca de las demandas que deben hacer a los servicios de inmunización, y de las propias demandas que los servicios de inmunización pueden hacerles a ellos. La posibilidad de que todos los niños estén presentes en el lugar preciso 3 veces cada año se vería considerablemente facilitando si las comunidades comprendieran correctamente las razones para cumplir este proceso, y a su vez participarán en la planificación de cómo, y cuándo hay que llevarlo a cabo. Por consiguiente los avances sociales y organizativos y la educación de la comunidad resultan tan importantes como el progreso tecnológico, si se pretende que las campañas de inmunización desarrollen toda su capacidad potencial decisiva en la revolución sanitaria en favor de la infancia. Pero más importantes aún es la movilización masiva y la participación comunitaria por todos los medios posibles, con el fin de que todos los padres se sientan impulsados a demandar inmunización para sus hijos y entiendan que por su parte debe cumplir con todos los requisitos para que estos reciban las dosis que sean

necesarios,

En relación al programa de inmunización en el departamento del Magdalena podemos dar los siguientes datos esquematizados así:

CUADRO N°6
COBERTURA ALCANZADA POR DPTO DEL MAGDALENA
1984

Grupo Etereo		Poblacion Susceptible	N°Niños Inmunizados	Cobertura Alcanzada
Menor de Año	BCG	28.670	11.791	41%
	DPT	28.670	13.216	46%
	Anti Polio	28.670	13.409	47%
	Anti Sarampión	28.670	12.328	43%
1-4 Años	BCG	23.349	4.564	20%
	DPT	45.259	26.535	59%
	Antipolio	43.754	26.830	61%
	Anti Sarampión	35.443	23.002	65%
Total				

Fuente: Sección Información Servicio Seccional de Salud del Magdalena.

Específicamente en el municipio de Pivijay para el mismo año (84) se representa así:

CUADRO N°7

COBERTURAS ALCANZADAS POR EL HOSPITAL SANTANDER HERRERA
EN EL MUNICIPIO DE PIVIJAY 1984

Grupo Etereo		Población Susceptible	N° Niños Inmunizados	Cobertura Alcanzada
Menor de 1 Año	BCG	1.330	561	42%
	DPT	1.330	525	39%
	Anti Polio	1.330	547	41%
	Anti Sarampión	1.330	612	46%
1-4 Año	BCG	1.574	62	4%
	DPT	2.714	757	28%
	Anti Polio	2.675	725	27%
	Anti Sarampión	2.140	628	29%
Total				

Fuente: Sección Información Hospital Pivijay

Podemos anotar que se han realizado esfuerzos para combatir las enfermedades inmunoprevenibles y se ha logrado cobertura bastante alta en cuanto a la aplicación, pero el éxito de esta no sólo es administrarla sino también informar y educar a la población sobre el pleno beneficio de las me

didas preventivas y especialmente en cuanto a vacunación teniendo en cuenta las características socio-cultural de cada comunidad para así lograr una mayor participación en el proceso y se conviertan en multiplicadores de acciones educativas en salud. Además es indispensable que la medicina tome cada vez más conciencia de su papel esencial en la promoción de la medicina preventiva y que consideren la realización de la vacunación como parte integral de sus funciones, que asegure la repetición de estas campañas a un ritmo suficiente, ya que si se realizan a intervalos muy largos o simplemente no se repiten su efecto será muy pasajero y las enfermedades contra las que se ha hecho un gran esfuerzo reaparecerán.

2.3 LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD DEL NIÑO.

En la actualidad varios investigadores están de acuerdo en considerar a la familia como un sistema, en el cual la persona es un subsistema cuya conducta produce modificaciones en el comportamiento del grupo familiar.

Los constantes cambios que experimenta la sociedad influyen en la dinámica familiar, esto nos demuestra que la familia como sistema abierto es dinámica, recibe permanente influencia del medio ambiente lo cual repercute en el comportamiento de sus miembros dándose un proceso de cambio permanente,

a fin de sobrevivir sus unidades deben ajustarse a estos cambios, es decir deben estar preparados para compartir y en general vivir una vida familiar sana que conlleve a un desarrollo integral de sus miembros.

Para que el hombre pueda llegar a ser una persona en el más autentico y alto sentido se requiere que desde pequeño reciba elementos que le permitan un desarrollo normal de personalidad. Si la dignidad del niño no es respetada en el ambiente familiar muy especialmente por sus padres, este no podrá más tarde vincularse a la comunidad respetando y valorando a los demás. Si no recibe en su familia amor, confianza y seguridad, no se puede esperar que dé a los otros estos elementos indispensables para hacer la vida agradable. La vida dentro de la familia crea las bases del equilibrio futuro de la personalidad del individuo por tanto los padres deben ser conscientes de sus funciones y deberes de allí que sea cada vez más necesario la educación para la vida familiar la cual debe estar orientada a suministrar a los padres elementos que le permitan desempeñar adecuadamente sus roles.

"La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realizaciones y fracasos. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud"(21), porque en su seno trans

²¹ Congreso Nacional de Trabajo Social V Memorias Cartagena p.128

curren en los primeros años de la vida humana y los traumatismo sufridos por el niño durante su primera infancia dejarán en él huella imborrables. De la familia depende la nutrición adecuada, el tratamiento de las enfermedades normales de la infancia y su prevención, todo esto sujeto a sus condiciones económicas y sociales. Depende también el equilibrio mental y social del niño en formación. Por esta razón un niño que crezca en un ambiente familiar sólido logrará alcanzar su realización humana integral. De este modo todas las costumbres sociales y medidas legales que tiendan a debilitar y desintegrar la estructura familiar, tiende también a destruir la salud total de la persona humana.

La familia es la causa de muchos problemas relacionados con la salud que en gran medida responden a la estructura económica, política y social donde se desenvuelve, también es un recurso para resolverlos y para prevenir enfermedades; es la unidad social básica, aunque su estabilidad se encuentra constantemente amenazada por fuerzas sociales cambiantes.

Es también la familia un recurso importante en la prevención. El médico familiar debe reforzar las actividades de la familia para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva. Además el apoyo consciente e informado de la

familia en general y de los hombres en particular, podrían contribuir poderosamente a mejorar la salud materno-infantil mediante un mayor entendimiento y aceptación de que la mujer embarazada o lactante necesita trabajar menos y alimentarse más. Quizas debido a que la madre es quien dedica más tiempo y más trabajo a la atención y el cuidado de los hijos, existe la tendencia a tratar todo lo concerniente a la salud y al desarrollo infantil como si fuera responsabilidad exclusiva de la madre. Pero lo cierto es que muy pocas cosas contribuirán más a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y de los niños, que un mayor conocimiento y participación de los hombres en las tareas relacionadas con la crianza de sus hijos. Además es importante que la familia reciba los medios adecuados para satisfacer las necesidades de sus miembros y para mejorar sus relaciones ya que estas regulan la corriente emocional, facilitan algunos canales de desahogo, estructuran las formas y escalas de oportunidades de placer, seguridad y autorrealización de sus miembros y moldean el sentido de responsabilidad en ellos. Es así como el comportamiento de la familia se da en la medida que sus miembros desarrollen acciones que faciliten un clima armónico y de equilibrio, en sentido contrario cuando las actividades que éstas ejecuten no satisfacen las necesidades básicas se dan las diferencias que originan la problemática familiar, influenciada por fenómenos económicos y culturales, Es posible afirmar

como en las últimas décadas el proceso de industrialización la descomposición de la economía y el intenso proceso de urbanización han afectado las condiciones de vida de la población y por lo tanto la organización familiar. Además los servicios que el Estado ofrece en salud, educación, protección al niño., son insuficientes, teniendo la familia que suplir deficientemente las funciones de atención a estas necesidades sociales que dificultan la integración de la familia que a su vez, dá origen a trastornos de carácter en el niño. Si bien el rechazo es relativamente raro, en muchas casos aparece en forma inconciente, en forma de tras paso de responsabilidades a otras personas como el médico, la escuela, el centro de tratamiento, la sociedad. En cambio la sobreprotección es frecuente y perjudicial, en especial a largo plazo, reposa habitualmente sobre la base de un sentimiento de culpabilidad y a pesar que contiene aspectos positivos crea alrededor del niño barreras, prohibiciones, inhibiciones que se mantienen generalmente hasta la adolescencia o incluso más tiempo, en un estado de dependencia y ternura; todo esto coloca entre el niño y la vida real una pantalla cada vez más amplia que al final va ser infranqueable. Se puede decir esquematizando al extremo, que la sobreprotección es una reacción especialmente de la madre. También la diferencia de cultura entre padre e hijos o entre las propias madres dan lugar a incomprensiones y acarrean numerosos conflictos, encontrando hogares

donde a los padres se les dificulta brindar una educación a sus hijos debido a sus precarias condiciones económicas que les llevan a utilizarlos en tareas domésticas, labores del campo etc., para satisfacer sus necesidades básicas, frustrando las aspiraciones de estos y creándoles conflictos emocionales frecuentes por no satisfacerlos.

Todos los deberes de los padres para con sus hijos podríamos concertarlos en una sola palabra; Educación Integral. El niño está encaminado a desarrollarse para el bien de la sociedad, por lo tanto para que pueda crecer normalmente y fortalecerse de una manera equilibrada, necesita ser atendido y estimulado en todos los aspectos relacionados con su personalidad. Tres son los aspectos relacionados con su educación: aspecto físico, psicológico y espiritual.

1. Necesidades físicas del niño; alimentación, vestido, higiene, asistencia, diversión, juegos, juguetes.

Las limitaciones o privaciones de estas necesidades físicas causan en el niño conflictos tanto de carácter orgánico, enfermedades, deficiencias en el desarrollo etc., como psicológicas, complejos, timidez.

2. Necesidades Psicológicas. Se refieren a tres órdenes, intelectivas, volitiva y afectiva:

a) Educación de la inteligencia, esta labor se realiza especialmente por medio de la instrucción. A los padres pertenece principalmente la instrucción de sus hijos. Es un derecho que nadie les puede quitar. Pero como ellos por muchas razones no se sienten capacitados para esas tareas constante, necesitan ayuda en los centros educativos, por que los padres no pueden, ni deben realizar solos esta labor. El colegio es complemento del hogar.

b) Educación de la voluntad, junto a la formación de la inteligencia debe estar siempre la de la voluntad. El niño busca su propia satisfacción todo lo quiere para si, sin importarle lo de los demás. Es egoista le gusta hacer su propia voluntad. Necesita la ayuda de sus padres y maestros para que aprenda a dominar sus intintos y a formar su carácter firme mediante una disciplina constante y ordenada.

c) Educación de la afectividad. Es la más importante, de ella dependerá el equilibrio de sus actuaciones, el buen éxito en la convivencia humana.

2.3.1 La Familia en Pivijay

Para complementar nuestra investigación se realizó un sondeo de opinión a 150 familias en la comunidad de Pivijay pudiendo destacar sus principales características.

CUADRO N°8

Ocupación del Jefe de la familia.

Ocupación	Población	Porcentaje
-Mecánico	7	4.6%
-Pecuario	36	24 %
-Agrícola	81	54 %
-Estudiante	2	1.3%
-Chofer	1	0.7%
-Hogar	15	10 %
-Loteró	1	0.7%
-Artesano	6	4 %
-Profesional	1	0.7%
Total.....	150	100 %

Podemos anotar que estas familias presentan las características habituales de los sectores más desfavorecidos de nuestra población, vinculados en un 54% a las actividades agrícolas y en 24% a la ganadería rudimentaria obteniendo bajos ingresos para la satisfacción de sus necesidades básicas lo que dificulta la capacidad de la familia para cumplir sus funciones, así mismo les impide mejorar sus condiciones de vivienda, servicios sociales básicos.

CUADRO N°9

Distribución de la población según su nivel educativo.

Educación	Jefe de Familia	Porcentaje
-Analfabeta	90	60 %
-Primaria	45	30 %
-Secundaria	12	8 %
-Bto. Técnico	2	1.3%
Profesional	<u>1</u>	<u>0.7%</u>
Total.....	150	100.0%

El analfabetismo es uno de los problemas que afectan a la familia en Pivijay dándose un porcentaje alto 60%. Esto repercute en forma directa en los campos sociales y productivos, pues los reduce casi a la incapacidad económica, sin permitirles la utilización de los recursos naturales una forma adecuada y racional, paralela al ritmo del progreso o creando un ambiente de conformismo que se traduce en el poco interés de superación y mediocridad.

CUADRO N°10

Distribución de la población según Servicios Públicos.

Servicios	Población	Porcentaje
-Agua	58	39 %
-Luz	53	35 %
-Alcantarillado	-	-
-Aseo	-	-
-Sin Servicio	<u>39</u>	<u>26 %</u>
Total.....	150	100 %

Solamente la comunidad cuenta con los servicios de agua con un porcentaje de 39% y servicio de energía eléctrica con un 35%. No cuenta con un servicio de alcantarillado aseo por lo que la evacuación y tratamiento de los desechos sólidos y líquidos resultante de la actividad humana, plantean un difícil problema de higiene. Además las basuras del hogar, depósitos de estiercol, residuos agrícolas y de todo origen constituyen un grave elemento de contaminación del suelo. En estos sitios donde no están resueltos la salubridad del medio ambiente trae como consecuencia que la salud del hombre y del niño estén gravemente comprometidos.

CUADRO N°11

Distribución de la población según su estado civil.

Estado civil	Jefe de Familia	Porcentaje
Casados	62	41.3 %
Unión Libre	66	44 %
Separados	2	1.3 %
Soltero	17	11.3 %
Viudos	<u>3</u>	<u>2 %</u>
Total.....	150	100 %

En esta familia encontramos como característica predominante la unión libre con un 44%, casados con un 41.3% y separados con un 1.3% y solteros con un 11.3% (madre solteris no). Cabe decir que el tipo de unión que existe en la fa

milia influye en su estilo de vida, en su proceso de toma de decisiones, en sus actividades, conducta y organización familiar.

Haciendo un análisis de la situación de salud de la población objeto de estudio, es preciso enfatizar que Pivijay es una comunidad con las características socio-económicas propias de la clase proletaria.

Uno de los problemas de esta población son sus bajos recursos económicos, los cuales provienen de la agricultura y la ganadería industria que no les permite satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas, esta comunidad se ha acostumbrado a vivir en condiciones sanitarias que dificultan mantener un adecuado nivel de salud y bienestar.

Todas estas condiciones influyen negativamente en la salud de la comunidad, además de la inadecuada atención del hospital por los frecuentes paros escalonados, por la carencia de recursos humanos, materiales, quirúrgicos, administrativos y financieros, presentandose un déficit presupuestal que han perjudicado enormemente la eficiencia y eficacia de los servicios de atención a la comunidad, originándose altos índices de morbi-mortalidad sobre todo en la población infantil o para remediar esta situación los pacientes son remitidos a centros especializados ubicados en las ciu

dades para que se les atienda su patología correspondiente al no contar el hospital con dichos servicios, trayendo un sinnúmero de problemas tanto para el paciente como par su familia.

2.4 EDUCACION PREVENTIVA Y FAMILIAR

Durante milenios, la enfermedad y la muerte de los niños era aceptada con resignación como si formara parte del curso habitual de la existencia, sin que conociéramos sus razones profundas. Actualmente esta resignación nos parece inaceptable. Nos hemos dado cuenta de que las enfermedades y la muerte de los niños se debía a imperfecciones de nuestras estructuras sociales, y que, en la atenuación de estos dramas tenemos una parte de responsabilidad, estudiando la influencia de los factores educativos y sociales sobre la protección de la salud.

La educación sanitaria de la población es una exigencia tanto más imperiosa cuanto que en muchos casos la vida y la muerte dependen de la actitud humana frente a la existencia. La educación de la salud es la premisa necesaria a toda actividad de promoción y protección de la salud, ya sea que se dirija al individuo, a la familia o a la colectividad.

El propósito de la educación en salud es proporcionar a las personas información suficiente y motivación para ayudarles a comprender los factores que promueven o amenazan la salud, de modo que puedan tener una mayor oportunidad de tomar de

cisiones; así mismo proporcionar el apoyo y la ayuda técnica necesaria para tomar dicha elección.

Según Biocca.

La educación para la salud es una especialización que persigue aplicar principios educativos para promover cambios de conducta con respecto a la salud en el individuo y la comunidad. Se basa en un proceso educativo eminentemente dinámico que se expresa a través de la coordinación de los elementos de ambos sectores constituyentes; analiza los recursos educativos para estimular y canalizar el proceso de enseñanza y aprendizaje con miras a lograr los cambios requeridos para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud. El objetivo básico es modificar, perfeccionar y proporcionar normas que constituyan la base de las conductas frente a la salud que tendrá la población tanto en sus componentes individuales como en las relaciones grupales y comunitarios.(22)

CAMPOS DE ACCION

La educación en salud debe alcanzar a los sanos y a los enfermos, los individuos y la familia, las escuelas y los diversos colectivos profesionales culturales y sociales.

a) Al grupo familiar se da prioridad porque es la unidad básica para la protección del niño y del adolescente.

Proteger a la familia es velar por la salud de los individuos que la componen, es ayudarlos a mantener actitudes ra

²²FERRARA, Floral y otros. Medicina de la comunidad. 2ed. Buenos Aires 1976, p.323

zonables, a encontrar el equilibrio necesario para el desarrollo integral de cada uno de sus miembros, a adquirir conocimientos, precisos, sencillos y prácticos sobre:

- Las principales etapas del desarrollo del niño y del adolescente.
- Aplicación correcta de reglas de nutrición equilibrada en calidad y cantidad.
- Lucha contra las enfermedades transmisibles mediante las inmunizaciones preventivas y la higiene del ambiente.
- Protección de la salud ambiental.

b) Al escolar ya que los primeros años de vida del niño constituyen los fundamentos de lo que será su personalidad. El período escolar en el que se llevan a término las primeras etapas y en la cual el crecimiento somático y el desarrollo psíquico requieren un control permanente y atento para facilitar al máximo desarrollo de los niños.

AREAS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

Encontramos las áreas físicas, mentales y sociales, en las que se desarrolla la idea de salud, pero atendiendo asimismo el acrecentamiento de los límites del proceso de aprendizaje que contiene científicamente la educación de nuestros días.

Los contenidos que le corresponden a la educación para la

salud van desde el nivel individual en cuanto a higiene y salud personal hasta la alimentación, inmunización, acciones materno-infantil, salud mental, prevención de afecciones transmisibles acciones preventivos para las enfermedades degenerativas así como también para la utilización racional de los servicios de salud y acciones de recuperación y rehabilitación. Estos contenidos apuntan entonces a cada una de las acciones que tienen referida sus áreas, a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, recalcando sus aspectos multidimensionales desde el momento que no habrá una sola actividad de salud que desarrolle cada uno de los integrantes del equipo de salud que no requiere de labor de educación para la salud.

VENTAJAS DE LA EDUCACION DE LA SALUD

Para el paciente;

- Promueve una conducta de bienestar positiva.
- Reduce los riesgos para la salud en el estilo de vida.
- Permite la comprensión y atención de las enfermedades.

VENTAJAS ECONOMICAS

- Reduce el costo y crea mayor responsabilidad en el paciente.
- Ayuda a resolver los problemas del preocupado sano.

VENTAJAS PARA EL MEDICO

- El paciente mejorará el cumplimiento de las prescripciones médicas.
- Promueve mejor comprensión y comunicación médico-paciente.
- Facilita un enfoque interdisciplinario.

Otra de las ventajas es la educación de la mujer ya que para casi todos los niños, el auxiliar de salud más importante es su propia madre. Con frecuencia, el nivel educativo de la madre y acceso a la información serán el factor decisivo para saber si vacunará a su hijo, si una persona capacitada atenderá el parto, si conoce las ventajas de la lactancia materna, si el niño será destetado en el momento oportuno, si los mejores alimentos disponibles se habrán cocinado de la manera más adecuada, si el agua será hervida adecuadamente y si las medidas de higiene personal serán suficientes etc.

No es sorprendente, pues, que los hijos de madres instruidas tengan en general más posibilidades de supervivencia y de un desarrollo sano. Lo que resulta más llamativo es el enorme poder de palanca que ejerce el nivel educativo de la madre sobre el bienestar del niño, y el hecho de que esta palanca mantenga casi toda su potencia incluso en condiciones de pobreza.

Los programas de educación en salud en nuestro medio son pocos y se han enfocado principalmente a entidades patológicas específicas útiles solo a un grupo selecto. En lugar de considerar a las comunidades como meros receptores pasivos y dependientes de la atención de salud, estos deberían capacitarse para convertirlos en actores informados capaces de procurar su propio bienestar y el de sus familiares, teniendo en cuenta su situación económica, sus intereses, deseos, problemas y conocimientos del individuo o grupo interesado.

2.4.1 Educación Preventiva y Familiar en Pivijay

Si nos referimos a la atención y educación en salud de la comunidad de Pivijay vemos que esta es deficiente ya que cuenta con el hospital pero este no le brinda los servicios de una forma efectiva por falta de recursos materiales, financieros, humanos, etc. Es así como el hospital en la actualidad cuenta con una sala de hidratación pero no funciona por falta de recursos, tampoco cuenta con médicos especializados para atender los casos que se presenten, motivo por el cual las hospitalizaciones de pacientes es poca, viéndose obligados los miembros de la comunidad a trasladarse a otros centros institucionales en las ciudades.

En cuanto a la educación en salud que se le da a la comuni

dad vemos que no es adecuada, se realizan programas pero no tienen continuidad de ahí su ineficacia para la conservación de la salud de la comunidad, de la familia y del menor. A las familias en Pivijay no se les proporciona educación suficiente sobre la importancia de los factores sociales que inciden en la salud para que ellas puedan adoptar medidas necesarias para lograr un buen estado de salud y especialmente para la población infantil. Por ejemplo las vacunas son aplicadas mecánicamente sin una orientación a las familias sobre la importancia de las mismas, tampoco se les orienta sobre la necesidad de mantener normas de higiene, realización de exámenes médicos, laboratorio etc., con las cuales se puede prevenir y tratar a tiempo las condiciones desfavorables que originan muchas enfermedades.

La esencia de la educación en salud es dar un carácter activo y positivo, la orientación de los padres debe ser primordialmente por el hecho de que el niño durante sus primeros años necesita de una protección total dentro del núcleo familiar. Debe crear una verdadera mentalidad, integrado a todos los actos de la vida cotidiana, la aplicación de reglas de vida sana ya que las comunidades hacen de su salud y de la enfermedad una imagen mental que es el resultado de su nivel de instrucción en la información a que tiene acceso y de la opinión de la colectividad en la cual vive.

3. INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD

Es evidente que en nuestro país el problema de la salud es de extrema gravedad. Incluso esto se acepta oficialmente y se comprueba con las informaciones gubernamentales. De cada mil niños nacidos vivos mueren 115 antes de cumplir 1 año de edad, que es un índice de mortalidad infantil 10 veces más alto que en los países desarrollados; de cada 10 mujeres gestantes, 6 no reciben atención médica de ningún tipo. No existen servicios de agua y desagüe para casi la totalidad de la población rural y cerca de la mitad de la población urbana.

Los programas de salud aplicados en el país, hasta el momento no logran resolver esta situación y la prestación de salud se orientan principalmente a curar enfermos y no a prevenir enfermedades; persiste el abandono de la población rural en cuanto a la aplicación de programas de salud. La salud se ha convertido en una mercancía, que puede ser comprada por quienes tienen recursos económicos pero que se hallan muy distantes de las amplias mayoría del país. Más del 25% de la población no reciben ningún tipo de cobertura de salud. El estado destina escasos recursos económicos

para el sector salud, el presupuesto para salud pública se ha ido reduciendo porcentualmente respecto del presupuesto nacional. No existe una adecuada política de formación de profesionales y técnicos de acuerdo con las necesidades del país y de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, debería existir una mejor distribución de los profesionales (médicos, odontólogos, etc) ya que en su gran mayoría estos se concentran en las grandes ciudades donde encuentran mejores expectativas económicas y sociales

Los medicamentos en general son muy caros y no están al alcance de la mayoría de la población, su producción está controlada fundamentalmente por monopolios que encarecen los precios en función de sus ganancias. El programa de producción de medicamentos básicos no ha resuelto el problema, tanto por los escasos recursos que destina el Estado y también porque no se asientan en el desarrollo de una industria farmacéutica auténticamente nacional que se ponga al servicio de las necesidades del país. El saneamiento ambiental continua siendo deficiente. Las obras de agua y desagüe emprendidas, por su reducido alcance, no ha modificado esta situación. Esto es tanto más alarmante en las zonas rurales así como en los barrios populares en las grandes ciudades donde los pobladores se ven obligados a financiar ellos mismo estas obras.

Esta situación se ha deteriorado mucho más como consecuen

cia de la crisis económica que vive el país desde 1975, y que ha ampliado el desempleo, ha reducido el ingreso real de los trabajadores a menos del 50% de lo que ganaban en 1973, ha deteriorado las condiciones de salud del pueblo colombiano afectada por factores sociales, económicos, culturales, ecológicos y estructurales del país y del sector que la condicionan y limitan, determinando grupos de alto, mediano y bajo riesgo de enfermar y morir. Podemos destacar una visión general de la situación general de salud en Colombia en los siguientes puntos:

1. La situación de salud de la población colombiana responde a las condiciones de desarrollo y estructurales del país, como un país dependiente y subdesarrollado, siendo estos factores, condicionantes del nivel de salud de la comunidad. Se nota que la población marginada, geográfica, cultural y económicamente, es la población que presenta un mayor riesgo de enfermar y morir.

2. La situación de salud del país y de sus subsectores (alimentación, atención médica, saneamiento, etc) obedece a la interacción en el tiempo y en el espacio de múltiples variables de naturaleza ecológica, socio-cultural, económica, política y tecnológica, que determinan los diferentes niveles de salud de la población.

3. Las condiciones del sector salud y su desarrollo ha sido influenciado por las decisiones internacionales para los países subdesarrollados. Todas sus políticas, organización y programas tienen como base una decisión de la Organización Mundial de Salud o de la Organización Panamericana de Salud para países en desarrollo. Intervención que se concreta con el apoyo financiero que estas instituciones brindan, para la realización de los programas propuestos.

4. El sector salud ha alcanzado un alto grado de desarrollo en cuanto a su legislación, estructura y organización. La creación del Sistema Nacional de salud, determina las bases para la adecuada y racional utilización de los servicios de salud, mediante la coordinación interinstitucional, el sis

ma regionalizado de prestación de servicios, la participación de la comunidad, el trabajo en equipo interprofesional, el desarrollo administrativo y los subsistemas que le sirven de infraestructura.

5. El Plan Nacional de Salud, determina prioridades de acuerdo a las patologías principales y la población más expuesta al riesgo, impulsando el engranaje multisectorial y logrando una racional utilización de los recursos financieros. (23)

Teniendo en cuenta que la salud no es sólo un problema médico sino social, su solución depende en parte de la creación de nuevas condiciones de vida y de trabajo para amplias mayorías. Estas condiciones, básicamente son las siguientes:

Trabajo estable ya que no puede haber salud cuando existe una tasa de desempleo del 12.7% y una tasa de subempleo del 45%. Tiene que asegurarse trabajo estable a la población, para ello es fundamental que el Estado impulse inversiones con gran utilización de fuerza de trabajo en el campo y en las ciudades, así como debe prestar decidido apoyo a la pequeña producción artesanal e industrial que asegure fuentes de trabajo amplias, y reducir las inversiones que demandan gran cantidad de capital y alta tecnología con escasa utilización de fuerza de trabajo.

Remuneraciones adecuadas. Debe recuperarse el poder adquisitivo.

²³ Congreso Nacional de Trabajo Social IV Medellín, Memorias (octubre 1981) p.15-16

sitivo de los sueldos y salarios, que en los últimos años se redujeron a la mitad de su valor real. Asegurar que toda la población tenga acceso a los artículos de primera necesidad. Garantizar que no se produzcan nuevos deterioros de los ingresos del pueblo, para lo cual es indispensable un desarrollo económico liberado de la dominación imperialista y sin nuevas crisis económicas.

Alimentación para el pueblo. Es condición básica que haya pleno abastecimiento de alimentos para el pueblo. Esto requiere solucionar el problema agrario, sobre la base de la capacidad productiva del campesinado sin el yugo terrateniente ni el control burocrático del Estado. Poner las mejores tierras y la mayor cantidad de recursos técnicos y financieros, al servicio de la producción de alimentos de primera necesidad. Asimismo garantizar que la producción agropecuaria se oriente a abastecer de materia prima e incluso una industria nacional destinada a satisfacer las necesidades básicas del pueblo (Alimentación, vestido y vivienda, etc.)

Todo lo anterior, acompañado de la salud definida como:

El resultado de la combinación de muchas fuerzas, intrínsecas y extrínsecas heredadas y adquiridas, individuales y colectivas, públicas y privadas, médicas, ambientales y sociales y condicionados por

la cultura y la economía por la ley y el gobierno, de ahí que la intervención del Trabajador Social en el campo de la salud no puede entenderse aislada de un equipo interprofesional donde cada uno aporta sus conocimientos y experiencias hacia el logro de un objetivo común claro y definido; conoce el campo de acción del otro y acepta a plenitud la cooperación de los miembros que integran el mismo. (24)

Bajo el enfoque de que la enfermedad no es sólo un problema de orden somático, sino que es preciso ubicarla dentro del contexto socio-económico que lo generó en forma determinante, el Trabajador Social aporta a su diagnóstico y tratamiento, los elementos científicos y técnicos de orden social necesarios para la acción salubrista integral y multidisciplinaria con el fin de dar respuesta a las necesidades reales de la población. El papel del Trabajador Social está plenamente justificado en la consideración de que la salud es un bien y un derecho del pueblo, y que corresponde al Trabajo Social generar los procesos sociales destinados a su obtención, canalización y optimización de los recursos necesarios para la satisfacción plena de las necesidades en salud de las personas y comunidades.

Las condiciones socio-económicas de la mayoría de la pobla

²⁴ Ibid, p.17

ción, se hallan a un nivel de subsistencia, problema que incide radicalmente en la salud, manifestándose en altos grados de desnutrición fundamentalmente en la población infantil, secuelas de nefermedades, retardo en el desarrollo humano y carencia de elementales niveles de bienestar social.

A través de un gran esfuerzo de todas las instituciones en cargadas de velar por el bienestar el pueblo colombiano sobre todo las que hacen relación directa a la salud, se puede contribuir a elevar los niveles de vida y salud, aplicando una labor preventiva cuyo punto de partida siempre es educativo. El trabajador Social es el vínculo de unión entre los programas de salud y comunidades, por lo tanto es un elemento indispensable para la educación y participación de las comunidades.

Este trabajo no se ha dado independientemente del desarrollo de las políticas de salud, dicho quehacer ha evolucionado a la par de los cambios sociales, instrumentos e ideologías que sustentan las políticas, planes y programas de salud. Su quehacer profesional es de complemento a las acciones médico sanitaria, a través de programas integrados de salud y bienestar para grandes sectores de la población, con otros profesionales afines como médicos, enfermeras, etc., es así como ha adquirido un conjunto de conceptos de gran importancia como: el énfasis positivo en la sa

lud más bien que en las enfermedades, la prioridad para acciones preventivas, reconocimiento de los factores bio-síco-sociales, la calidad de los servicios para lograr mantener la salud. Por lo tanto sus objetivos se insertan en los objetivos generales de las Instituciones de Salud enfocados desde el punto de vista de las necesidades y problemas sociales, según Natalio Kisnerman en su libro Salud Pública y Trabajo Social los objetivos y funciones son los siguientes:

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socio-económicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, comprobando o eliminando aquellas que retardan o impidan el logro de los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios.
- Orientar y capacitar a los pacientes, a su familia y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de política de salud.
- Para el logro de estos objetivos en su quehacer profesional el Trabajador Social realiza las siguientes funciones:

Promoción:

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de

los multiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otros profesionales.

- Suministrar información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

Prevención:

- Estudiar la incidencia de las variables socio-económicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Estudiar las actividades y los valores tradicionales que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y expectativas frente a ellos.
- Participar en el estudio de la calidad y cantidad de los servicios y recursos en 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.
- Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.

Recuperación:

- Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.
- Capacitar al enfermo y a su familia para que sean agentes

de su recuperación.

Rehabilitación:

- Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de sus potencialidades.
- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo minusválido.

El Trabajador Social como miembro de el equipo de salud, es el generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de los individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida; involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico, en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordadas. El que aporta al equipo datos epidemiológicos y el que capacita con el ejemplo demostrativo.

Realiza actividades específicas como investigación, diagnóstico, planeación, educación, orientación, ubicación, etc. para que la población no carezca de protecciones importantes como tratamiento a la invalidez, embarazo etc. Y en contacto con la familia detecta los problemas que inciden sobre la salud y el bienestar de aquellas y los orienta a su solución.

El trabajador social en el equipo de salud es un miembro cuya importancia crece día a día, ya que brinda al personal los conocimientos y técnicas del trabajo social y ayuda a

descubrir los factores sociales, económicos y emocionales de importancia sanitaria y trabaja justamente con aquel, para resolver problemas sociales relacionados con las necesidades médicas y sanitarias. Es capaz de interpretar las necesidades sociales de los individuos; está más familiarizado en lo que respecta a la posible génesis de los problemas que afectan a la estructura familiar. Dentro del Servicio Nacional de Salud y de las políticas y prioridades actuales del sector el Trabajador social debe cumplir las siguientes funciones como miembro integrante del equipo de salud.

Nivel Nacional: El Trabajador Social en el Ministerio de Salud se integra al equipo de salud de las diferentes reparticiones para cumplir las funciones propias de este nivel: Definir políticas, normatizar las acciones de salud, planear programas, controlar y supervisar el nivel seccional.

De manera más específica podrán señalarse algunas funciones así: Retomamos de las memorias de IV Congreso Nacional de Trabajo Social.

- Planear y realizar investigaciones sobre las características sociales, económicas de la comunidad que incidan en el nivel de salud de la misma, de acuerdo con las prioridades y necesidades de cada programa.
- Participar en la definición de políticas, programas y servicios de salud con base en el conocimiento que se tiene de la pobla

ción.

- Planear la intervención de trabajo social en los programas del Plan Nacional de Salud y desarrollar métodos, procedimientos y normas de Trabajo Social en cada uno de ellos.
- Proponer a la Dirección del Ministerio los objetivos, metas y metodología, relacionadas con la participación de la comunidad en las acciones de salud.
- Normatizar y supervisar las funciones y organización de Trabajo Social a nivel de las instituciones adscritas al Sistema Nacional de Salud.
- Promover la aplicación y desarrollo de las políticas de salud relacionadas con la participación de la comunidad.
- Promover el desarrollo profesional del recurso de Trabajo Social de acuerdo con las necesidades del sistema.
- Investigar necesidades y recursos de Trabajo Social a nivel nacional, para el desarrollo de los diferentes programas diseñados en el plan Nacional de Salud.
- Evaluar el desarrollo de los programas de Trabajo Social y participación de la comunidad en los servicios seccionales de salud.
- Establecer coordinación intersectorial para armonizar las políticas y programas de participación de la comunidad con las políticas de desarrollo social.

Nivel Seccional: Los Trabajadores Sociales ubicados a ni

vel de los servicios Seccionales, se integran al equipo de salud de este nivel cumpliendo, por delegación las mismas funciones del Ministerio de Salud, adoptándolas a las costumbres y realidades de los departamentos, intendencias o comisarías.

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

Las funciones que el Trabajador Social realiza en 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 experiencia 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.

Para mayor eficacia la intervención del Trabajador Social en el área de salud en general se le asignan actividades específicas como:

Investigación Social a través de la cual se pretende indagar en forma sistemática los elementos que condicionan la situación social de las personas, grupos y comunidades sujeto de la atención en salud.

El diagnóstico Social que pretende identificar las causas de los problemas sociales particulares a una situación en salud, cuya solución se considere determinante para el logro de la misma. Planeación y programación de actividades de carácter terapéutico orientado a la solución de problemas sociales diagnosticados en una situación de salud controlada, estableciendo sistema de organización interpersonal, intergrupar, comunitaria e interinstitucional a través de las cuales se generan, distribuyen y modifican los componentes satisfactorios de los programas y servicios de la salud; mediante la promoción social, el desarrollo de procesos motivadores que determinen comportamientos afines con objetivos de salud, sometido a una evaluación constante con miras a poner en práctica nuevas alternativas.

Las funciones y actividades del Trabajador Social anotadas anteriormente son una síntesis de lo que realiza actualmente en nuestras instituciones de salud. En ellas encontramos un divorcio entre la situación social que viven los grupos marginados de los servicios de salud y el sistema social, económico y político que afecta a éstos grupos. Generalmente el Trabajador Social ha reducido su accionar a la práctica individual como única salida a la problemática que afecta a los individuos, en ésta forma su accionar se considera a un nivel micro-social. Entendiendo que la enfermedad es una consecuencia de la organización familiar determinada pero sin cuestionar a fondo su verdadera causa generadora: desempleo, desnutrición, analfabetismo, pesimas condiciones de vida etc., que inciden necesariamente en las clases desprotegidas y que afectan al individuo no sólo en el aspecto físico sino también mental.

3.1 INIERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA.

A través de un gran esfuerzo de todas las instituciones en cargadas de velar por el bienestar del pueblo colombiano, sobre todo los que hacen relación directa a la salud, se puede contribuir a elevar los niveles de vida y salud, aplicando una labor preventiva cuyo punto de partida siempre es educativo. El Trabajador Social es el vinculo de unión entre los programas de salud y la comunidad por lo tanto es un elemento indispensable para la educación y participación de las comunidades.

En medicina preventiva es importante la labor del Trabajador Social por sus conocimientos basados en el estudio y la investigación de aquellas causas sociales que inciden sobre la salud de la comunidad (inmigración, hacinamiento, insalubridad, desnutrición etc.). Participa en la investigación de problemas sociales, en programas de educación médico-sanitario y social y en general en toda actividad encaminada hacia el logro de una modificación de conducta que no solo se basa en el mejoramiento del aspecto físico de la vivienda por ejemplo, sino en la formación de nuevos estandares sanitarios, culturales y sociales que marchen más acorde con las reglas elementales de higiene y salud.

Es de especial interés para el Trabajador Social ocuparse de la medicina preventiva ya que el mejoramiento de la salud depende en gran parte el bienestar social de la población, puesto que le permite participar activamente en el proceso de desarrollo socio-económico del país. De acuerdo a los principios planteados por la medicina preventiva es importante destacar la repercusión social que supone, ya que no solo considera el derecho a los servicios para los trabajadores sino que manifiesta claramente la necesidad de una prestación integral de servicios a la familia lo que implica asistencia, prevención y desarrollo de las comunidades en materia de salud. El principal objetivo del Trabajador Social es preparar a través de actividades educativas a la familia para que así puedan utilizar adecuadamente los servicios de salud y contribuir en la solución de los problemas psico-sociales que los afectan, mediante programas especiales para la recuperación de la salud y prevención de enfermedades. Incluyen servicios materno-infantil, salud escolar, programas de vacunación contra algunas epidemias y saneamiento ambiental. El trabajador Social debe intervenir observando las necesidades sanitarias, buscando la coordinación de los servicios de salubridad local y educando a las personas en lo relacionado con la protección de la salud.

Es de importancia estudiar también el aspecto de higiene

ambiental y personal por influenciar esta directamente en la salud del grupo familiar. La Principal labor del Trabajo Social es la relacionada con el propósito de conocer la verdadera situación psicológica, económica y ambiental para poder conocer si constituyen un medio favorable o perjudicial para la salud. Como en la mayoría de las situaciones son adversas, se hace necesario contribuir a que este medio se modifique y pueda ofrecer oportunidades óptimas que permitan la recuperación y conservación de la salud.

No solo se consideran adversas las condiciones físicas de la vivienda, sino las aptitudes mentales de los miembros de la familia para estimular los factores positivos y mejoramiento de hábitos, costumbres o condiciones que constituyan factores negativos para la salud. A través del trabajo en equipo cuya finalidad es atender la salud integral de la familia en los diferentes aspectos biológicos y sociales y de esta forma contribuir de una manera más efectiva a mantener y conservar la salud. Este equipo debe estar constituido por el personal médico, para-médico, administrativo, trabajo social. Para su funcionamiento se hace indispensable realizar programaciones y evaluaciones periódicas con el fin de que las diversas actividades correspondan a las necesidades y a las circunstancias específicas de la comunidad.

La actuación del trabajador social en salud demanda no solo

saber como se diagnostica y se tratan las enfermedades, si no también percibir e interpretar correctamente los problemas del medio físico, psicológico, y social que influyen en la ubicación del individuo a su medio. Hay que tener en cuenta que las características de la cultura de una comunidad estan determinadas por una serie de factores geograficos, históricas, culturales, políticos, sociales, económicas que son importantes conocer para saber en que medida influyen en el funcionamiento y organización de la comunidad. Una vez conocidos los problemas de salud que afectan a la comunidad, el próximo paso es considerar los recursos de la misma que estan o pueden estar disponibles para su solución. Aunque los recursos materiales son valiosos, los recursos humanos son siempre más importantes. El uso de estos y su desarrollo es un proceso básico de la organización.

El programa social orientado a educar a la comunidad en relación con sus ideas, hábitos y actitudes hacia la salud misma y el conocimiento de las condiciones que cualquier individuo debe tener para gozar de buena salud, debe desarrollarse tan lentamente como se necesita para que la gente esté siempre de acuerdo con él. La organización del programa de prevención de enfermedades y promoción de salud, se inicia a través de los siguientes pasos:

1. Reunión formal de las personas interesadas. Es preferible que este grupo inicial sea pequeño para permitir la con

sideración cuidadosa de todas las sugerencias que se presenten.

2. El segundo. El grupo iniciador presenta el problema, los objetivos del programa y sus planes preliminares en una asamblea general, con el fin de buscar la participación y el apoyo de los demás miembros de la comunidad. Se toman acuerdos prácticos.

3. Paso. Selección de proyectos y deben reunir los siguientes requisitos:

- Unir y no dividir los distintos grupos.
- No contrariar las costumbres.
- Dar oportunidad a los posibles líderes de la comunidad para que actuen.
- Preparar las bases para actividades futuras.
- Búsqueda de datos.
- Utilización de recursos humanos materiales y económicos.
- Participación general estimulando en la comunidad una actitud de confianza y de respeto mutuo dando a los participantes la oportunidad de identificarse con el programa.
- Promover líderes de diferentes tipos.
- Organización, coordinación particular de la comunidad a través de la formación de diferentes grupos, establecida y adaptada a la situación y decidir si será permanente o tem

poral.

- Difusión del programa a todos los grupos.
- Evaluación de los programas. debe incluir un método sistematico y periódico para evaluar su proceso, de lo contrario existe el peligro de que se pierda la orientación o que los esfuerzos se desperdicien por falta de comprobación de su eficacia.

El aporte del Trabajador Social se basa en todo aquello que hace referencia a la parte social del programa a través de los métodos y técnicas propias de la profesión, realizando las siguientes funciones:

- Colaborar en la planeación y ejecución de los programas de educación para la salud con el fin de asegurar su proyección a las comunidades y familias.
- Participar en los programas de educación para la salud en las empresas y sitios de trabajo, con el fin de promover y motivar la formación de grupos educativos.
- Investigar, estudiar y analizar la incidencia de los factores socio-culturales que inciden en la salud, para contribuir a que se de una atención integral y se alcancen mejores niveles de salud.
- Analizar la actitud de la familia y compañeros de trabajo frente al enfermo con el fin de propiciar su cambio cuando sea necesario.

- Colaborar en la prevención de enfermedades profesionales y en las de trabajo, en las empresas estudiando los problemas familiares o laborales que inciden en la frecuencia de las mismas.
- Organizar a las comunidades para despertar el interés por sus problemas sanitarios y de salud con el fin de solucionar los.
- Participar en la promoción, elaboración y desarrollo de programas y campañas de medicina preventiva.
- Fijar la atención en situaciones sociales específicas, para determinar soluciones apropiadas y preventivas, incrementando los recursos disponibles en la comunidad para promover el bienestar social.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de los problemas sociales con el fin de búsqueda de casos aparentes en la comunidad.
- Supervisar y evaluar los programas de las instituciones de bienestar a fin de garantizar su óptima eficacia.
- Orientar y motivar a las familias para que progresivamente vayan reconociendo la importancia del control médico preventivo.
- Colaborar en la higiene y seguridad del medio familiar, escolar y laboral.

Para que se realice una verdadera acción en medicina preven

tiva es muy importante que la comunidad esté consciente de los beneficios que reportan todas las acciones a la prevención, fomento y recuperación de la salud. Es una tarea compartida que no solo corresponde a educadores sanitarios, sino también gobernantes, organizaciones, administradores y órganos de financiamiento de la salud y de la seguridad social, además de la participación activa de la comunidad.

Mirando las condiciones sociales, económicas, culturales e institucionales de la comunidad estudiada (Pivijay) y teniendo en cuenta lo planteado en medicina preventiva que nos reporta algunas técnicas o procedimientos que educan a la familia y que favorecen a la población infantil. La medicina preventiva en esta comunidad es deficiente ya que solo cuenta con un hospital para atender a la comunidad en general un puesto de salud y un consultorio de los Seguros Sociales, cuyos recursos humanos son pocos para cubrir las necesidades que demanda la ejecución de la medicina preventiva. Por tal efecto es indispensable proyectar una educación preventiva que favorezca la comunidad en cuanto a condiciones de higiene, recolección de basura, canalización de aguas negras etc., para evitar la proliferación y propagación de enfermedades infantiles. Teniendo en cuenta que el aspecto económico de esta comunidad es bajo debido a la misma fuente de su ingreso (agricultura) y al salario mínimo que logran ob

tener aquellos que son empleados. Podemos decir que en base a un plan de acción en medicina preventiva por los trabajadores en salud se mejoraría el nivel de salud de esta comunidad. Otro aspecto que canalizaría la medicina preventiva es la erradicación de hábitos y costumbres ya que muchas de estas creencias demeritan la acción de una educación en salud.

3.2 ALTERNATIVAS Y PROPUESTAS

Partiendo del diagnóstico y salud planteado en capítulos anteriores y teniendo en cuenta los recursos disponibles en ésta comunidad (Pivijay), nuestra alternativa ésta enca minada a:

- Desarrollo de la participación de la comunidad. Es una forma organizada de actuar con intereses comunes para contribuir en la solución de los problemas sociales que la afectan y que no han sido resueltos adecuadamente por las organizaciones de bienestar social. Teniendo como estrategias la organización de la comunidad para obtener su participación activa en la definición, ejecución, y evaluación del programa, sus actividades y la conversión del sector salud en un instrumento de progreso social para lograr un mejor nivel de salud que sea compatible con el nivel de desarrollo de la comunidad. Tendremos en cuenta las siguientes caracte

risticas:

Consciente: Para que la población de Pivijay identifique sus problemas sanitarios, los traduzca en necesidades sentidas y sugiera soluciones.

Deliberante: Para que exprese libremente su voluntad y aspiraciones sin coacción externa.

Responsable: Para que se comprometa cabalmente en el logro de los objetivos fijados encaminados a solucionar sus problemas de salud.

Activa: Para que participe dinámicamente en todo el proceso de planeación en la realización de acciones de salud.

Organizado: Para que unan sus esfuerzos y utilicen racionalmente los recursos.

Sostenidas: Para que actuen en forma terminante para resolver los problemas.

Los objetivos que nos proponemos son:

- Motivar a la comunidad para que interprete su salud como un elemento básico de su desarrollo integral.
- Hacer que la comunidad participe como sujeto activo en

acciones orientadas al fomento, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

- Organizar a la comunidad para que participe en la solución de problemas de salud.
- Capacitar a los líderes para que se desempeñen dentro de la comunidad como agentes multiplicadores de la educación en salud.

Para el cumplimiento de estos objetivos es necesario desarrollar las siguientes etapas:

- a) Promoción: -Coordinar la participación de la comunidad con el hospital Santander Herrera. - Motivación de la comunidad para despertar el interés por sus problemas de salud. - Coordinación y motivación de las organizaciones de bases existentes en la comunidad (Junta de acción Comunal, Comité de salud, Asociación de Padres de familia, defensa civil etc)
- b) Implantación: - Esta se inicia con una reunión, con la asistencia del médico director y demás personas que laboran en el hospital. - Visitas domiciliarias a la comunidad, para lograr su participación, acordando el día, la hora y el lugar para elegir su respectivo comité.
- c) Capacitación: A los miembros que integren los respectivos comités de salud, mediante orientaciones educativas, para

que modifiquen ideas y actitudes respecto a la salud, la enfermedad y se conviertan en mutiplicadores de las acciones educativas en salud.

d) Participación: Una vez organizado los comités de salud y capacitada la comunidad, se podran integrar con el personal de salud del hospital para desarrollar actividades relacionadas con la definición, programación, ejecución, supervición y evaluación de los programas de salud.

Esto se logra con la ayuda del equipo multidisciplinario que se define como la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y su familia, y se ha considerado como el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de prevención y recuperación de la salud.

El equipo de estar conformado por: Médicos, Odontólogos, enfermeras, auxiliares, promotores de saneamiento, promotores de salud, nutricionista, y trabajador social, debe basarse en los siguientes principios:

- La necesidad de que los problemas humanos se resuelva desde sus raíces y en forma permanente.
- La concepción del ser humano como unidad total, física, mental, emocional y social.
- La convicción de que el tratamiento debe efectuarse enfor

ma integrada

Es muy importante señalar como función de este equipo de profesionales la necesidad de que establezca y mantenga un clima democrático donde se desarrolle un sentimiento de grupo de tal naturaleza que se forme un frente unido hacia el logro de un propósito común. Como consecuencia, cada uno de sus miembros podrá desarrollar y utilizar sus potencialidades al máximo, así como asumir en su oportunidad la posición del líder y comportir la función.

La opinión de cada profesional debe ser tomada en cuenta a fin de que todos los miembros tengan una visión polifacética del paciente, que es también lo que caracteriza el trabajo en equipo. El ser miembro de un equipo requiere del profesional cualidades tales como flexibilidad, amplitud de criterio, liberalidad de pensamientos, compartir el conocimiento. Cada miembro está obligado no sólo a responder de su rol profesional, sino a estar alerta sobre los tratamientos que están haciendo los otros integrantes del equipo para el mismo individuo, así como de los progresos o retrocesos del enfermo.

Otro aspecto que se tendrá en cuenta es la problemática del menor proyectada a su familia. Esto se inicia con la investigación y estudio de los problemas sociales que afectan

a la familia y sus miembros teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Las características biológicas y de salud en general; la composición del grupo familiar y sus roles, las condiciones socioeconómicas y culturales que están actuando en la vida del grupo familiar, el funcionamiento general de las familias.

Mediante éste, proceso de estudio ordenado, sistemático, y científico se logran las hipótesis acerca de la naturaleza y causa de los problemas que actúan en la vida familiar.

Diagnóstico: Mediante la ordenación e interpretación de los hechos descubiertos en el estudio, las conclusiones alcanzadas por este proceso proporcionan una definición del problema total. Definido así el problema, seleccionan los objetivos inmediatos y mediatos directamente relacionados y se formula así el plan de tratamiento social, en el que se incluirán medidas en relación con los problemas que se consideran centrales y críticos que están afectando la salud. Por último se evalúa la labor realizada para identificar los elementos positivos y corregir los errores o desviaciones para futuras acciones.

PROPUESTAS

- Promover las acciones multidisciplinaria para llevar

a efectos los programas de atención en salud, de acuerdo con la filosofía y objetivos propuestos.

-Necesidad de la educación en salud de las comunidades a distintos niveles de cultura, para la adquisición por parte de ellos de sus responsabilidades, de sus deberes y derechos en lo referente a la conservación de su salud.

- Es necesario solicitar a las autoridades competentes una adecuada legislación sanitaria, planificación, y ejecución de programas de salud (prevención, curación, rehabilitación) teniendo en cuenta el concepto integral de salud dado por la O.M.S. para que se cumpla los tres aspectos fundamentales arbitrando los medios para lograr un bienestar físico, psicológico y social.

- Mejor organización y distribución de los servicios de atención en salud, asegurando que estos lleguen en forma más efectiva a las comunidades rurales con el fin de atender las necesidades básicas mediante su participación activa y consciente.

- Las políticas de ajuste económico y social debieran ser conscientemente diseñadas para reestructurar y proteger al niño y a otros grupos más vulnerables en lugar de ignorar los o sacrificarlos, ya que ésta es la más fundamental de

todas las inversiones.

- Se necesita la integración del trabajador social como profesional en los equipos de salud, su presencia y su participación en todos los programas de salud pública a nivel de planificación y ejecución de manera universal.

- Trabajo social representa un conjunto de acciones específicas de las cuales la comunidad de Pivijay requiere a fin de lograr los objetivos de promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación de la salud.

- Se requiere una adecuada organización y preparación para el equipo de salud existente en el hospital de Pivijay de forma que desarrolle un trabajo consciente, crítico y responsable que permita satisfacer las necesidades y demandas de la comunidad y promocionarla para que participe activamente en los programas de salud a cargo de esa unidad.

CONCLUSIONES

Las políticas estatales para atender la salud de la población, no se traducen en hechos concretos y su proyección hacia las zonas rurales es poca. Sin embargo, estas se elaboran con el fin de atender las poblaciones más necesitadas. En nuestro medio hay una contradicción con lo anterior, ya que la salud su prevención y recuperación se ha convertido en un privilegio de clase, no solo por la escasez de capital y recursos sino por la deficiente distribución y utilización de dicho recurso. Producto de una sociedad capitalista donde la salud se ha tratado de manejar como un sistema de servicios basados en relaciones comerciales, donde los médicos venden sus servicios como cualquier otra mercancía, del mismo modo las instituciones de salud deben limitar sus servicios a los que pueden pagar o aquellos que queden cubiertos por los programas gubernamentales, debido al déficit presupuestal que los ha llevado al cierre de los más importantes servicios, al sostenimiento semiprivado y a los continuos paros escalonados, originándose una atención deficientemente que agrava la sanidad y la existencia pública.

- Dentro de las características que se observaron en la comunidad estudiada (Pivijay) podemos destacar:

Escasas y malas vías de comunicación.

Dedicación preferentemente a la agricultura y producción pecuaria en forma rudimentaria.

Insuficiencia de recursos médicos y sanitarios permanentes y efectivos.

Carencia de condiciones básicas de saneamiento ambiental.

Elevada proporción de analfabetismo en la población adulta.

Malos hábitos alimenticios y desnutrición frecuente.

Escasa certificación médica de la defunciones.

Bajo ingreso económico familiar para la satisfacción de necesidades vitales.

-La atención de la población infantil debe ser la principal preocupación de un estado ya que éste, es el futuro recurso humano del país, quienes bien formados pueden transformar cuantitativamente y cualitativamente una sociedad con proyecciones de progreso. Pero la realidad social del país nos muestra una situación diferente ya que las políticas encaminadas hacia esa protección, no se traducen en hechos concretos porque solo se atiende a la minoría y porque su elaboración es generalizada sin tener en cuenta que los problemas son múltiples, complejos y diferentes

en cada región del país, de ahí que miles de niños mueran por enfermedades gastrointestinales y desnutricionales o quedan condenados a la parálisis por invalidez, sordera, ceguera o trastornos del crecimiento.

- La medicina preventiva contribuye de una manera más efectiva que la curativa al mejoramiento de los niveles de salud, sin embargo los bienes y recursos para la atención en salud se gastan en servicios curativos, ya que los gastos de cuidados preventivos se pueden posponer más fácilmente ya que muchos de estos no son considerados como actividades de salud. Además los encargados de la salud en gran medida son entrenados primordialmente en atención curativa y tienen más experiencias en esta actividad que en atención preventiva. Lo anterior no causa muchas sorpresas dado que la gente de todas las sociedades y niveles de desarrollo tienden a demandar atención cuando está enferma y no cuando se siente bien.

La medicina preventiva que brinda el hospital es insuficiente ya que los programas que se realizan no alcanzan a cubrir la totalidad de la población por falta de recursos financieros, humanos e institucionales, además a la familia no se le educa sobre la importancia de las medidas preventivas por ejemplo la vacunación, examen médico periódicos etc.

- Los factores socio-económicos y culturales juegan un pa

pel importante en la etiología y distribución de las enfermedades, ya sea como causantes directa o indirecta. Determinan la respuesta del individuo y la comunidad a los problemas de salud, el significado de la enfermedad, su percepción, así como la aptitud que se adopten frente a ella. Teniendo en cuenta lo anterior podemos decir que los factores sociales, influyen en la morbi-mortalidad de la población infantil de Pivijay donde las enfermedades más comunes son: Las diarreicas agudas, parasitarias y desnutrición teniendo como factores condicionantes la mala disposición de excreta, contaminación del agua, malas disposición de basuras, contaminación del producto alimenticio, poca accesibilidad a los servicios de atención, factores educacionales relacionados con malos hábitos de higiene, mal estado de la vivienda, hacinamiento y contaminación ambiental.

- La familia tiene un papel irremplazable en el logro de la salud de la persona. Es aquí donde el individuo desde su nacimiento recibe elementos que le permitirán un desarrollo integral, por lo tanto los padres deben ser conscientes de sus funciones y deberes de ahí que sea cada vez más necesario la educación para la conservación de la salud de sus miembros, la cual debe estar orientada a suministrar a los padres elementos que le permiten desempeñar adecuadamente sus roles, como también cambio de actitud y comportamiento.

La familia por su gran importancia y transcendencia en la vida individual y colectiva ha constituido siempre la máxima preocupación de trabajo social.

- La intervención de trabajo social en el área de la salud y específicamente en medicina preventiva no puede darse aislada de un equipo multidisciplinario donde cada uno aporta conocimientos y experiencias hacia el logro de un objetivo común, claro y definido, debido a que la salud no sólo es un problema médico, sino social, condicionado por factores como educación, vivienda, medio ambiente etc., donde trabajo social realiza una importante labor, detectando los problemas que inciden sobre la salud y el bienestar de la familia orientándolos hacia su solución. Dentro del equipo de salud es un miembro importante, capaz de interpretar las necesidades sociales de los individuos, está más familiarizado en lo que respecta a la posible génesis de los problemas que afectan a la estructura familiar. Pero muchas veces su accionar se ve limitado por las estrechas normas de las instituciones que no son más que manifestaciones y prolongaciones del Sistema, que impiden todo aquello que haga palpable la realidad social, para que el pueblo no se contentice de la verdadera causa que genera la problemática social; de ahí que le imponga una serie de políticas, planes, objetivos y funciones que no son más que meros paliativos.

BIBLIOGRAFIA

- ANDER EGG, Ezequiel. Metodología de Trabajo Social. 4ed. Editorial el Ateneo. Barcelona, 1982.
- ANGULO, Alejandro, AREVALO, Eduardo y otros. Salud Pública. ¿Para quién? Controversia. Editorial Centro de Investigaciones y educación popular, 1978.
- BETANCUR CUARTAS, Belisario. Cambio con Equidad. Plan Nacional de Desarrollo. Departamento de Planeación 1982-1986.
- CLIMEN, Carlos, CARVAJAL, María y otros. Salud y comportamiento I. Editorial norma. Bogotá, 1975.
- Directorio Telefónico Pivijay (Magdalena). Tipografía Angelo. Barranquilla, 1984-1985.
- FERRARA, Floreal y otros. Medicina de la comunidad. 2ed. Editorial Intermédica. Buenos Aires, 1976.
- HERNANDEZ, Lidia. Trabajo Médico Social. Editorial Humanistas. Buenos Aires.
- HUGUES VEGA, Murgas, JANICA, Martha. Magdalena mi Departamento. Editora Guadalupe. Bogotá. colección mi departamento. enero 1980.
- Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior (ICFES). Asociación de facultades de medicina (Ascofame). El fenómeno de la salud. Base para el trabajo académico y la labor administrativa.
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Monografía del departamento del Magdalena. Bogotá, 1973.
- IV Congreso Nacional de Trabajo Social. Medellín, 1981. Memorias.
- KISNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Humanistas, Buenos Aires.
- La Política Económica y Social del Gobierno de Belisario Betancour. Editorial Corporación Universitaria de Colombia. Universidad del Valle. Cali, julio 1983

Manual Operativo para el desarrollo del componente de participación de la comunidad. Ministerio de Salud. Dirección participación de la comunidad. Documento de participación C. S.-4 Bogotá, 1981.

MENEGHELLO, Julio. Pediatría. 2ed. Editorial Interamericana Tomo 1. Buenos Aires 1972.

Ministerio de Salud. Manual operaciones y de procedimientos del programa ampliado de inmunización. Editorial Instituto Nacional de Salud. Bogotá, 1979.

Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. Colombia diagnóstico de salud, políticas y estrategias. Bogotá, junio 1984.

MOLINA, Gustavo. Introducción a la salud pública. Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de salud pública. Medellín, 1977.

MONDE, Raymond y otros. Pediatría Social Labor. Barcelona 1978.

NAVARRO, Vicente. Medicina Bajo el Capitalismo. 1979

PEREZ, Clemencia y LOMBANA, Emma. Trabajo Social en el Campo de la salud. Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. División Médica Departamento de Medicina Preventiva. Bogotá, agosto, 1975

READ, Margaret. Cultura, salud y enfermedad.

Revista Centro Latino Americano de Trabajo Social(celasts) y Asociación Latino Americana de escuelas de Trabajo Social (Alaets). Asociación Crítica. N°7 julio 1980.

Revista. Indice Nacional de Terapéutica y Enfermedades(Inte) Editorial Interdata. Bogotá, nov, 1984.

Revista Nueva Frontera N°491.

Revista Nueva Frontera N°504

Revista. Publicación Oficial de la Asociación Nacional de enfermedades de Colombia (ANEC). Salud ocupacional N°32 sep-dic, 1981

ROJAS, Williams. Inmunología. 5ed. Medellín, Colombia.

SCHIRES, David, HENNEN, Brian. Medicina Familiar, Guía

práctica. Mexico, abril 1983.

SERVICIO NACIONAL DEL MAGDALENA. Plan de Salud. 1983-1986

SHHOCH, Dieter R. Financiamiento de la salud en el tercer mundo. Asociación Americana de Salud. Programa Internacional de Salud. Serie de monografía. N°1

SCHWARTZ, Marco. Un niño nace muerto cada 19 horas. Barranquilla. Heraldó, marzo 3 1985.

TERRIS, Miltón. Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Editorial Siglo veintiuno, Mexico, 1980.

TURBAY AYALA, Julio César. Plan de Integración Nacional (PIN) 1978-1982.

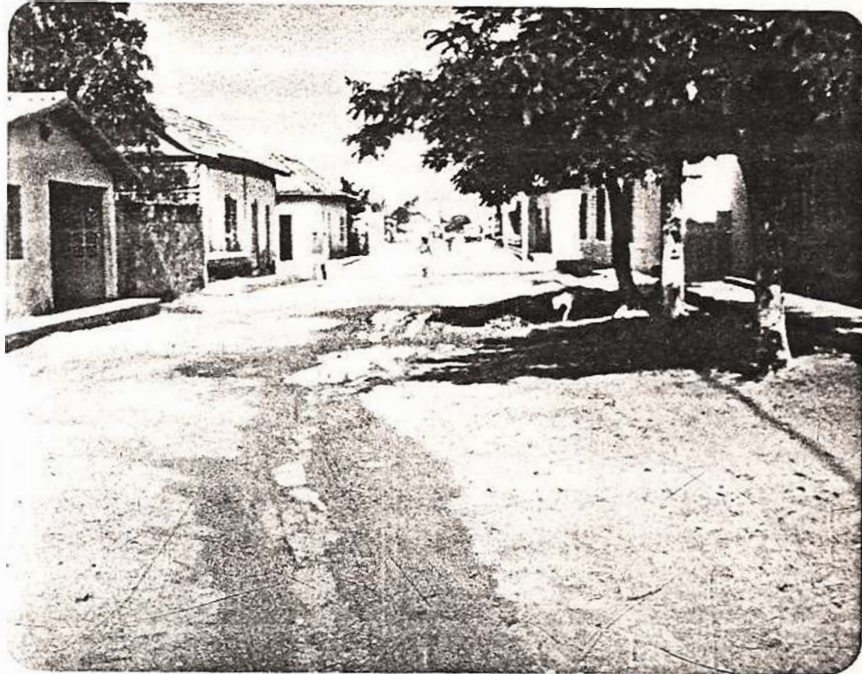
VASCO URIBE, Alverto. Salud, Medicina y Clase Social. 3ed. Ediciones hombres nuevos. Medellín, agosto 1978.

V. Congreso Nacional de Trabajo Social. Cartagena. 1983. Memorias. Editores Helena de Guerrero y otros. 1983.

VILLAR GAVIRIA, Alvaro. El niño otro oprimido. 4ed. Ediciones Peñaloza, Bogotá 1977.

ANEXOS

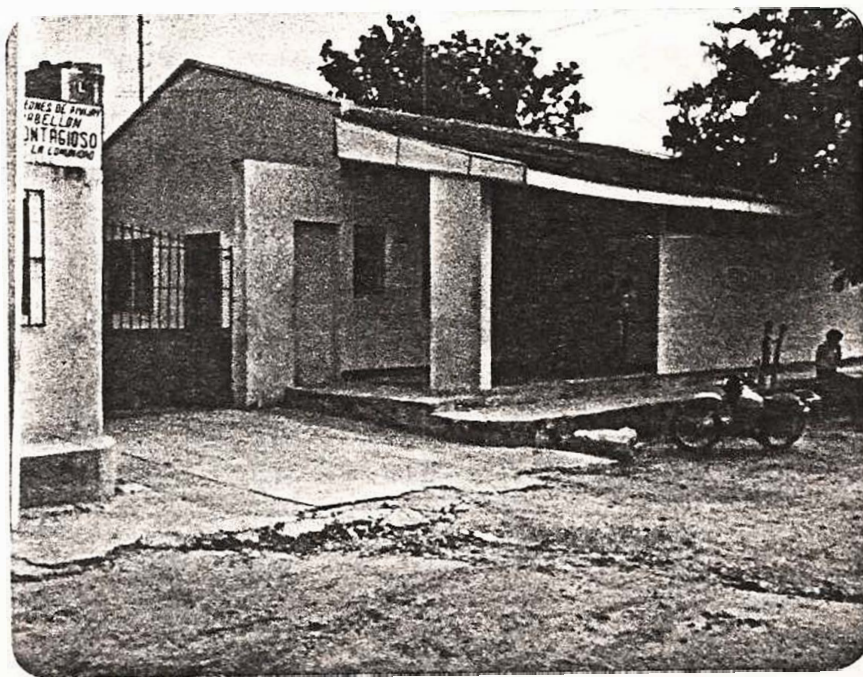
ALGUNOS ASPECTOS FISICOS DE LA COMUNIDAD DE PIVIJAY



Estas son una de sus calles donde se puede observar como las aguas de uso diario corren en ellas, y las basuras son arrojadas en los solares debido a que la comunidad no cuenta con los servicios de alcantarillado y aseo. Condiciones que afectan la salud de la población.



FACHADAS DEL HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY





VISTAS INTERNAS DEL HOSPITAL



CONSULTA EXTERNA

SALA DE MATERNIDAD



SALA DE CARIDAD

