ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DE SERVICIOS COLECTIVOS EN BARRANQUILLA

Orieth Guzmán Rivera

Rosario Muñoz Osorio

Nohora Moncada León

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de Trabajadora Social.

Jairo Solano Alonso

Asesor

Jorge Torres Díaz

Decano

CORPORACION MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Barranquilla, 1.982.

En el fondo de mi corazon siento una luz encendida, es la luz del triunfo a quien dedico con orgullo a mis padres GUSTAVO GUZMAN, HILSE DE GUZMAN, y a mí esposo EDGARDO SERJE quienes contribuyeron a la culmina ción de mi profesión

Orieth C. Guzmán de Serje

Dedico este triunfo con cariño a mis padres VICTOR MUÑOZ, CATALINA OSORIO DE MUÑOZ, por los esfuerzos que me brindaron para la iniciación de mis estudios y especialmente con amor a OTTO SERJE GUZMAN, por el apoyo que me prodigó hasta la culminación de mis estudios.

Rosario Muñoz Osorio

AGRADECIMIENTOS

A JAIRO SOLANO, Sociologo y Master en Investigaciones Sociales, por su orientación y asesoría de nuestro trabajo, al cual, dedicamos nuestro triunfo.

LISTA DE CUADROS

		Pág.
1.	Programación del gasto en el sector educación	57
2.	Fuente de Financiación para el sector Educación	58
3	Edades, niveles por proporción poblacional	68
4.	Personal docente por Plantel	70
5.	Capacidad locativa por cobertura	72
6.	Población Educativa por cobertura	73
7.	Mortalidad por grupo de edades	80
8.	Defunsiones en Barranquilla 1973 - 1976	106
9.	Instituciones y camas hospitalarias en Barranqulla según financiación .	107
10.	Recursos de la Política Nacional de atención al menor.	113
11.	Inventario de parques por distrito	122

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
1. DISEÑO DE INVESTIGACION	3
1.1. Formulación del Problema	3
1.2. Justificación	8
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Generales	8
1.3.2 Específicos	9
1.4. Delimitaciones	9
1.4.1. Espaciales	9
1.4.2. Temporales	9
1.5. Metodología	10
1.5.1. Método	10
1.5.2. Técnicas	10
1.6. Hipótesis	11
1.6.1. Operacionalización de variables independientes	11
1.6.2. Operacionalización variable dependiente	12
1.7. Marco conceptual	12

Página

CAPITULO II

2. EL SECTOR SOCIAL EN EL MODELO DE DESARROLLO 23

Notas Bibliográficas 33

CAPITULO III

3. CRITERIOS BASICOS DE EVALUACION DEL PIN 34

CAPITULO IV:

4. EVALUACION INTERSECTORIAL 47

4.1. Plan de integración Nacional Sector Educación 47

4.1.1. Objetivos y lineamientos generales de políticas 49

4.1.2. Organización Administrativa 52

4.1.3. Servicios educativos en el Departamento del Atlántico 64

4.1.4. Sistema educativo en el departamento del Atlántico 65

4.1.5. Cobertura de servicios educativos 66

4.2. Plan de Integración Nacional Sector Salud 77

4.2.1. Objetivos fundamentales del Pin en Salud 85

4.2.2. Cobertura de servicios de salud en Barranquilla 88

4.3. Plan de integración Nacional Sectro Seguridad Social. 109

4.4. Plan de Integración Nacional Sector Vivienda 114

página

4.5. Plan de Integración Nacional Sector Recreación 117

4.5.1. Sistema recreacional 119

CAPITULO V.

5. DESCRIPCION Y ANALISIS CRITICO DE LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS RUBROS DEL FRENTE SOCIAL 126

CONCLUSIONES 135

BIBLIOGRAFIA 138

ANEXOS 139

INTRODUCCION

Presentamos hoy los resultados de un trabajo arduo, difícil pero fructífero y justificable desde la perspectiva de la investigación Social . Se trata de un balance evaluativo del funcionamiento y la cobertura de los servicios sociales y de Bienestar en la ciudad de Barranquilla. Circunscribimos nuestro análisis al período del Frente Nacional y concretamente al lapso gubernamental que se desarrolla entre 1.978 y 1.982.

Conviene admitir que no restringimos el calificativo de Frente - Nacional a los 16 años iniciales, sino a la vigencia global de la coalición que doroge eñ país .

Introducimos en el presente trabajo la modalidad de la investigación evolutiva y tragamos unas pautas importantes para su implementación por parte de los trabajadores sociales .

Es evidente que partimos del convencimiento inicial de que las deficiencias del Frente Social en este período eran ostensibles , no podíamos evitar la vinculación entre el deterioro presupuestal y el desplazamiento del interés del Estado hacia otros rubros, -

estos criterios guiaban nuestros planteamientos hipotéticos y condujeron la busqueda exhaustiva de fuentes documentales que nos permitieran comprobar las deficiencias planteadas . Aunque la carencia de un sistema local de información consistente no permitió el despliegue total que deseabamos , creemos haber logrado presentar un cuadro general de la situación asistencial en Barranquilla y haber realizado un estimativo de la ubicación de los trabajadores sociales en estos, y comentado a la vez que hemos descrito las funciones que desempeña el profesional en nuestro medio y la filosofía que guía su discurrir .

Es un empeño serio , que ponemos a disposición de los lectores y de los investigadores futuros, dada la sintesis estadística lograda en referencia a nuestro centro de interés.

1. DISEÑO DE INVESTIGACION

1.1. Formulación del Problema

La organización estatal moderna dentro de sus funciones básicas otorga una cobertura de servicios sólidos que ha de sustentarse en la participación ciudadana por medio del trabajo y el régimen de impuesto. Se puede afirmar que, desde el punto de vista de la política social se persiguen metas supremas de bienestar individual y colectivo en todos los regímenes .

Es evidente que existen diferencias en las concepciones en cuanto a las estrategias sociales por parte del Capitalismo. Identificados con la consideración de que el crecimiento económico habrá de conducir a la distribución social de la riqueza, se separan en los principios que guían a este proceso .

Mientras en el Capitalismo se imponen los intereses privados a los intereses colectivos, en tanto la tendencia

a la maximización de la tasa de ganancia es mayor que las posibilidades intervencionistas del Estado, en el Socialismo vemos que existe una férrea centralización de la economía que está planificada y se orienta, al menos en teoría, al servicio de los trabajadores.

En lo que nos concierne, nos referiremos al Estado dentro de un país Capitalista, dependiente y con grandes problemas estructurales como Colombia cuya formación social no cumple ni los logros redistributivos del Capitalismo avanzado y dista de trazarse metas socialistas.

Servicios básicos de carácter comunitario como la Salud, la Vivienda, la Educación, la Recreación, el Trabajo y la Seguridad Social, que Lojkine ha denominado medios de consumo colectivos, son endebles en el país al punto que es crónico al déficit presupuestal que representa en todas las áreas, ésto se refleja en el caos institucional en el Frente Social.

Se ha demostrado, incluso, que durante el pasado cuatrenio presidencial existió abandono de los objetivos socia-

les, para centrarse en otros campos como la infraestructura, la defensa, la minería, etc. Además la presencia de factores políticos y burocráticos en las instituciones encargadas de los servicios, que se enfocan actualmente bajo un criterio de rentabilidad.

Los servicios sociales, entonces, presentan hondas deficiencias en el país:

En Colombia existen alrededor de 4 millones de analfabetas, al mismo tiempo con altos índices de deserción estudiantil a nivel primario, medio y superior; observándose el abandono casi total de la provincia en los planes educativos oficiales, tanto en lo que se refiere al personal docente como al discente. El sector Salud presenta contornos más dramáticos; escasez de camas para servicios asistenciales en una proporción de un 17.1% que constituye un preocupante indicador; una tasa anual de mortalidad infantil de 37.6%, muertes por enfermedades curables y por falta de atención, epidemias estacionales etc.

La ciudad de Barranquilla, no obstante su relativo grado de desarrollo regional, presenta anualmente alarmante - tasas de mortalidad por gastroenteritis, poliomelitis y otras, en 1.982 han muerto durante el primer semestre alrededor de 124 niños por estos flajelos .

El Estado Colombiano no ha logrado resolver el proble- ma de la vivienda, es tal el clamor comunitario en de- manda de este bien, indispensable para la reproducción social, que los comicios presidenciales se definieron en torno a promesas de dotación de vivienda sin cuota ini- cial por parte del Estado que prevalecieron frente a los lotes con servicio, denotando una desesperada urgencia comunitaria .

Carencia de Empleo, que alcanza un indice del 12% au- sencia de centros recreacionales concebidos para los sec tores populares, nos sugieren la presencia de una pro- funda crisis institucional en lo que se refiere a la asis- tencia social a la comunidad que se expresa en el hecho de que no obstante la existencia de organismos oficiales en las áreas del Frente Social, sus labores se ven entor

pecidas, retardadas y bloqueadas por factores que no son perceptibles inmediatamente y que son motivos de investigación por parte nuestra para evaluar realmente la cobertura de las instituciones de servicio social en Barranquilla, que constituye una expresión de la situación nacional, surgen, entonces, estos interrogantes - claves :

- Cuál es la cobertura real de las diversas instituciones asistenciales de la ciudad y sus fallas más protuberantes ? .

- Se puede lograr una precisión estadística del déficit estructural de la red de servicios del Estado en relación a los requerimientos poblacionales ? .

- Qué diferencia puede establecerse en los objetivos y propósitos del ejercicio del Trabajo Social en las diversas instituciones estudiadas ? .

- Cuales son las tendencias teóricas que priman en - su implementación en nuestro medio ?.

1.2. Justificación

Nos motiva a realizar la presente investigación nuestro interés profesional en el conocimiento de calidad de vida de los sectores sociales que utilizan los medios institucionales para acudir a los servicios asistenciales y la eficiencia de estos servicios colectivos contemplados en los programas estatales a nivel municipal, dado que es nuestro empeño la promoción y desarrollo de la población que intervenimos .

1.3. Objetivos

1.3.1. Generales

- Mediante la realización de este trabajo pretende aportar diversos elementos teóricos que contribuyen al desarrollo de nuestra disciplina en los centros asistenciales urbanos .

- Determinar los factores que inciden en el grado de eficiencia en los servicios de Asistencia Urbana .

- Evaluar las políticas de Bienestar Social de las diversas instituciones de Servicio Social .

1.3.2. Específicos

- Realizar un inventario y evaluación de los Servicios Colectivos de la ciudad de Barranquilla .

- Establecer la presencia y el papel ejercido por el Trabajador Social en las instituciones asistenciales de la ciudad .

- Determinar las políticas a nivel municipal en lo referente a Vivienda, Salud, Recreación, Seguridad - Social y Educación .

1.4. Delimitaciones

1.4.1. Espacial

- Restringimos nuestro trabajo al área urbana de la ciudad de Barranquilla donde se localizan los diversos centros asistenciales que intervenimos .

1.4.2. Temporal

- Ubicamos nuestra investigación en el período global que comprende entre 1.978 a 1.982 para establecer

la naturaleza de las políticas gobernamentales dirigidas durante el período aludido .

1.5. Metodología

1.5.1. Método

- Abordamos nuestro trabajo afianzados en el método didáctico de la investigación que concibe la sociedad como una totalidad compleja, estructurada, con la determinación fundamental de los factores económicos . Es posible, a partir de aquí, emprender la transformación, el cambio y el sentido crítico para el examen de los fenómenos analizados y establecer los nexos entre los múltiples factores que inciden en el objeto de estudio .

1.5.2. Técnicas

Observación, Entrevistas Estructuradas a informantes claves, Síntesis Bibliográficas, Hemerografías, Técnicas paramétricas .

1.6. Hipótesis

Los criterios de eficiencia económica y máxima rentabilidad prioritarios en el Plan de Integración Nacional expresado en restricciones presupuestales determinan la reducción de la cobertura del funcionamiento del sector social .

1.6.1. Operacionalización de Variable Independiente

Criterios de eficiencia económica y máxima rentabilidad .

Indicadores :

- Restricciones, inversión social, enfasis de otros rubros, (minería e infraestructura) .
- Tendencia a la autofinanciación con aporte del beneficiario en : Salud : costos de atenciones . Educación : matrículas altas . Vivienda : autoconstrucción, tasa de intereses, cobro . Recreación : valorización en obras . Altas tarifas a los beneficiarios: servicios públicos: agua, luz, teléfono , etc .
- Eliminación de subsidios : transporte
- Supresión de renglones de servicio .

1.6.2. Operacionalización Variable Dependiente

Reducción de la Cobertura de Funcionamiento .

Indicadores :

- Déficit presupuestal para ; Nóminas, Gastos de funcionamiento e Inversión e Instituciones .
- Salud : Déficit de camas, implementos, drogas, pagos de nóminas .
- Educación : Inestabilidad, deficiencias en ayudas y locales, pagos atrasados .
- Vivienda : Construcción, normas mínimas .
- Recreación : Abandono de parques y zonas verdes .
- Seguridad Social : Crisis Seguro Social y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar .

1.7. Marco Conceptual

Beneficencia

Acción de ayudar y prestar asistencia a los necesitados de protección y apoyo, a quienes no puedan valerse por sí mismo, a los que están en una situación de miseria

o han resultado víctimas de una desgracia .

En el servicio y Trabajo Social, beneficencia es una palabra calumniada, por una parte, y llena de connotaciones paternalistas y miserabilista, por otra . Es un concepto ideológico útil a la clase dominante, porque es un modo con el que se pretende reemplazar con limosnas lo que corresponde por justicia .

Estructura

Se utiliza la palabra para designar el modo como las partes de un Estado están articuladas unas con otras . En sentido estricto y en la forma que es más admitido - el término, hace referencia al conjunto de constelaciones dinámicas y significativas de las relaciones significativamente estables entre diversas partes o elementos constitutivos de un todo, articulados dentro de una sociedad , de modo tal que el cambio es uno de sus aspectos o de una de sus relaciones que supone cambios correlativos en los otros, pero asegurando la persistencia de tipo - fundamental de la totalidad .

Evaluación

El término se utiliza para designar la apreciación de los resultados obtenidos en una acción determinada . En Trabajo Social es el proceso de apreciación y valorización de resultados, consistentes en estimar periódicamente los resultados obtenidos teniendo en cuenta los objetivos propuestos del programa o del proyecto, los procedimientos utilizados, la opinión de los beneficiarios sobre el programa o proyecto y el grado de participación democrática y efectiva del pueblo .

Política Social

El término se utiliza para designar la acción que el Estado desarrolla o debe desarrollar, para resolver problemas sociales mediante disposiciones que tienden a aliviar o mejorar la situación social , económica , jurídica de los pobres y de los grupos con situaciones especiales (huerfanos, niños, enfermos, viejos, etc.) .

Urbanización

Tiene dos acepciones :

Tasa de Ganancia

Se asume como tasa de ganancia en la literatura económica particularmente de economía política marxista al mayor valor que se deduce una vez establecido al costo de producción, los pagos en capital variable, las deducciones del capital fijo y la depreciación que percibe el capital, la tasa de ganancia tiene que ver con los costos netos de la producción, las inversiones y se plantea en relación con los precios de los mercados regulandose por la oferta y la demanda tiene un sentido histórico social que varía de acuerdo a los distintos regímenes productivos .

La tasa de ganancia está vinculada en nuestro trabajo particularmente a la tendencia, a la búsqueda de la rentabilidad, característica del modo de producción capitalista .

Por principio el capital tiende a obtener mayores tasas de ganancia, por lo tanto cuando se habla de servicios sociales colectivos se asume que si son prestados por

instituciones de carácter privado siempre tendrá presente la búsqueda insaciable de tasa de ganancia, por tanto cuando el caso de servicios prestados por el Estado se consigue ganancia y rentabilidad se considera criticable desde el punto de vista teórico más no desde el punto de vista de las modernas tendencias de racionalidad económica imperantes en este momento .

Desarrollo Social

Se entiende por desarrollo social al conjunto de proceso que conducen a la transformación de las condiciones materiales de vida enmarcados dentro de estrategias globales de carácter gubernamentales que tienen como objetivos fundamentales la reproducción de las condiciones de la producción en el sentido que le conferimos al desarrollo social que tiene que ver en nuestro trabajo particulamente con el conjunto de instrumentos y medios oficiales que estimulan al conjunto social y colectivo de la gente, en este sentido desarrollo social está intimamente ligado con las políticas de Bienestar Social .

Biiemestar

No debe entenderse solamente desde el punto de vista - individual sino básicamente desde el punto de vista colectivo en términos de que los esfuerzos desarrollados por la sociedad para la reproducción del agente de la producción también se extiende a la familia y a la célula primaria de la sociedad así como tiene una cobertura de - carácter social colectivo de un conglomerado .

Estado

Suele definirse como la condensación de las relaciones de clase, ésta expresión es básicamente de los intereses de la clase hegemonicamente dominante de la sociedad, aunque conviene advertir que dentro de la dinámica dialéctica imperante en toda la sociedad tiene representación y sufre a la manera de un campo de fuerza en el - cual puede existir cierto tipo de presiones desde la base hacia la cúspide del Estado , de todas maneras se considera que el Estado no funciona exclusivamente a partir de una sola clase sino que se suscita las solidaridades de otras clases manifestándose en alianza con ella, con

otras clases o fracciones de ella, constituyendose lo que Nicols Poulantzas denomina bloque en el poder, es la característica que asume las coalisiones en nuestro medio como la coalisión del Frente Nacional donde existe básicamente la manifestación de una clase dominante expresada en dos alas dipartidistas pero con participación de una base de carácter policista que tiene de una u otra manera expresión en el aparato burocrático del Estado .

Desde el punto de vista de los principios Marxista clásico se puede asumir el Estado como un aparato de represión y como el vehículo de la reproducción de los intereses ideológicos de la clase transportando lo que se denomina el órden jurídico burgués, sin embargo no obstante aceptamos estas definiciones de principios considerando que el Estado es un aparato mucho más complejo que tiene mecanismos internos de dominación y sujeción en el cual no solamente participa la clase dominante sino que se encuentra otro tipo de participación tales como la categoría burocrática del Estado donde está todo un cuerpo de funcionarios que se ejercen en determinados roles para la realización de los fines de mantenimiento

del orden y reproducción de clases sociales .

Educación

Puede entenderse como el proceso mediante el cual se califican y se distribuyen los agentes de la producción que necesitarán ascender a determinados saberes y a - determinadas destrezas para desempeñarlas en el proceso productivo y de esta manera ascender a la movilidad en la escala social . En el capitalismo el proceso educativo está ligado a la reproducción y ubicación de las clases sociales .

Presupuesto

Se entiende por presupuesto a las asignaciones de carácter oficial para nuestro trabajo destinadas a servir como recurso básico para los gastos de funcionamiento y sostenimiento e inversión de las diferentes instituciones de - Servicio Social y asistencial .

Planificación

Es un proceso de caracter económico mediante el cual se

trazan determinadas metas para ser desarrolladas en un lapso de tiempo deliberado por una colectividad, que en un aspecto macro-social está constituído por las clases sociales de una nación .

Los empeños en planificar el Estado, tiene su origen - modernamente en los planes quinquenales de la Unión - Soviética que en desarrollo del programa de la N.E.P. ante los sorprendentes resultados obtenidos . Los sistemas de planificación se extienden a occidente, originando la dominada planificación flexible o concertada que afronta problemas por la oposición de los intereses del Estado y los intereses privados .

Financiación

Se entiende por financiación a las diversas transac - ciones combinadas tanto por el Estado como por entidades privadas y bancarias para la obtención de recursos por parte del Estado acudiendo tanto a fuentes Nacionales como Extranjeras particularmente las diversas obras del frente social en el país son desarrolladas mediante capital extranjero procedente del Banco Mundial y las -

distintas instituciones nacionales de préstamo y ayuda percibiendo por estos intereses deducidos de la financiación es la base que antecede a la asignación presupuestada.

2. EL SECTOR SOCIAL EN EL MODELO DE DESARROLLO

Nuestro trabajo exige la incursión en un ámbito de elementos teóricos que tienen que ver con la función que ejerce la ciudad en el sistema Capitalista en términos de habitat fundamental de la vida moderna .

Por otra parte nos corresponde introducirnos en el examen de la comunidad urbana moerna para precisar la ingerencia del trabajador social en la administración de instituciones de bienestar y de servicios asistenciales .

El análisis que nos hemos impuesto implica relacionar a nuestra disciplina con la vida urbana, siguiendo el derrotero señalado por Carlos Castillo podemos afirmar que se trata de rescatar a partir de " las declaraciones de las gentes que habitan la ciudad sobre - sus experiencias, su biografía, el modo como viven, las concep - ciones que tienen sobre la ciudad y las políticas que se toman"(1), inmersos en las tribulaciones del ciudadano común, que demanda salud, educación, vivienda, recreación, etc., pretendemos "com - prender e investigar la vida urbana hasta el diseño de políticas -

sobre su crecimiento " (2) .

Un análisis superficial de la ciudad nos conduce a pensar apresurablemente que la ciudad es un simple casco de concreto, una aglomeración de edificios y un conjunto de calles de tráfico acelerado etc. Sinembargo si profundizamos un poco descubrimos que la ciudad es ante todo un centro de producción; que en élla se desarrolla una agitada vida fabril; y que, a diferencia del sector rural, existe una aglomeración de unidades de comercio, mercado y administración. Vinculamos la economía al equipamiento general de la ciudad y entendemos entonces que el crecimiento de las ciudades se relacione con el desarrollo del Capitalismo y con la inmigración se suele afirmar que " desde los burgos feudales con su estatuto legal, que refrendaba la libertad y la protección de sus habitantes hasta la moderna ciudad Capitalista las ciudades han crecido por la incorporación de personas provenientes de otras áreas generalmente no urbanas " (3) , más adelante sostiene Carlos Castillo " en la ciudad se ha promovido un cambio permanente hacia una sociedad mejor y sus contradicciones solo han sido un impulso y un motor para lograr el avance general de la sociedad, una relación más justa y un mayor beneficio común " (4) .

Los hombres, entonces, se agrupan no sólo para producir, sino para protegerse mutuamente, tal como sucedía en la edad media o para la prestación de servicios. Si nos preguntasen cuan sería la función básica de la ciudad en el Capitalismo diríamos que, a más de la producción de mercancías, se relaciona con la reproducción de las clases o los " faux-frais " de la producción, como decía Marx .

El hecho que la ciudad cumpla la función de la reproducción de las clases implica que en ella se provean " los medios de consumo colectivo ", fundamentales para la subsistencia, tales como la vivienda, que alberga la familia trabajadora y contribuya a la reposición de sus fuerzas físicas por el descanso, la educación que cumple la función de calificar y distribuir los agentes, la salud que repara, restituye y previene, la recreación que tiene que ver con la utilización del tiempo libre, implica que exista una dimensión digna de una profundización por parte de los trabajadores sociales .

Ahora bien, el Estado moderno es el encargado de disponer y administrar lo relacionado a los servicios de asistencia ciudadana, Nels Anderson apunta que " el gobierno civil de una comunidad -

está creado esencialmente para servir, para que las cosas se hagan, el gobierno moderno tiende a una mayor diversificación y especialización, y posee diversos departamentos o ramas para - realizarse distintos tipos de servicios " (5) , se sostiene por parte de Anderson y Wiedner que el gobierno es un " proceso para - realizar cosas " (6) . Por nuestra parte creemos que esta visión técnica y desapacionada del gobierno, expuesta por otros tratadistas dista de considerar al Estado como lo sugiere Nicos Poulantzas en términos de " un campo de fuerzas y condensación de relaciones de clase ", que implica asumir el análisis de las contradicciones entre grupos y poseedores y grupos marginados de los servicios vitales de la sociedad . Por esta vía llegamos a entender - por qué, sistema prima la tendencia hacia la maximización de la tasa de ganancia, por lo tanto habrá una división entre la vía privada y rentable de los servicios y la vía pública que no es prestada con similar eficiencia .

Discrepamos por estas razones de Nels Anderson que atribuye los desperfectos del mecanismo estatal Capitalista a la mayor o menor destreza en el arte de gobernar, puntualiza Anderson " a los que conocen este arte los llamamos estadistas, políticos o líderes. El material básico con el que trabajan es el mismo del que se -

componen la ciudad o el Estado, o sea, el propio pueblo " (7).

La concepción que prima en las formulaciones de estos autores estriba en su percepción, por demás idealista, de que el Estado es la conciliación del bien común y que se encuentra por encima de todas las clases respondiendo a imperativos genéricos. Creemos nosotras que, no obstante la indiscutible tecnificación y racionalización que hoy pueda existir, el Estado no puede eludir su sello de clase y la desigual distribución de sus servicios .

Umberto Cerroni critica la concepción Hegeliana del Estado puesto que según aquel " el estado aparece como un órgano de mediación entre el gobierno en general, por una parte, y el pueblo por otra", lo que no se compagina con la concepción Marxista generalizada de que " el Estado es la forma por medio de la cual los individuos de una clase dominante hacen válidos sus intereses comunes, sobre esta base los servicios estatales se concebirán para lograr la reproducción, la distribución, el intercambio y el consumo, intereses económicos capitalistas que garantizarán la optimización de la ganancia " (8), es en esa lógica como debemos emprender el análisis de los servicios asistenciales .

La complejidad de la ciudad y las imperfecciones lógicas en todo proceso de administración, las diferencias entre la sociedad tradicional y la sociedad moderna, traen consigo el hecho que uno de los problemas medulares del Capitalismo radica en el pugilato entre los servicios de utilidad pública y los servicios que presta la empresa privada .

A diferencia del Socialismo donde el Estado asume por principios la prestación de los servicios , en la sociedad occidental existe - la ambivalencia entre la intervención estatal y la iniciativa privada, existe, según Nels Anderson, " un debate entre los que defienden los servicios de utilidad pública y los defensores dela propiedad privada ", mientras esto sucede en la sociedad Norteamericana donde se desenvuelve el autor citado, en los países dependientes de América Latina, la ineficiencia e irracionalidad del Estado, a la vez que su gran peso burocrático en diversos frentes, permiten que muchos servicios de utilidad que se reconocen como " indispensables para la comunidad y anhelados por el interés público " , sean insufructados por contratistas privados que asumen las prerrogativas estatales e interponen su interés de ganancia, es el caso - en nuestro medio de la prestación del transporte por parte de particulares que reclaman periódicamente reajustes para actualizar su

rentabilidad a la vez que perciben subsidios políticos que el go - bierno se ve forzado a otorgar para mantener la estabilidad y no sucumbir ante la inconformidad social .

Igual tendencia se observa en la paulatina privatización de la educación ante la inestabilidad originada en el abandono oficial del - sector . Se manifiesta como producto del modelo económico inspirado en el Neoliberalismo . La tendencia a la recuperación de una eficiencia estatal pero recargada sobre el objeto mismo del Bienestar, sobre el trabajador, sobre los agentes sociales, al punto que se busca racionalizar incrementando la carga impositiva y la autofinanciación de los servicios .

En lo que nos concierne nos referiremos a grandes rasgos . En - el diagnóstico realizado por el equipo del CONPES nos plantea con respecto al sector social que " Ningún otro sector ha logrado durante los últimos diez años los incrementos porcentuales en las ejecuciones presupuestales que se han registrado en el área social, entendiendo en ella lo relacionado con Educación , Recreación, Adiestramiento, Vivienda popular, Deportes y Recreación " (9) , y agrega el documento oficial " en efecto entre 1.970 y 1.978, este sector elevó su participación relativa dentro del total del presupuesto

nacional, de un 31.3% a un 40.9%". Es evidente que esos incrementos porcentuales que se expresan, no pueden conducirnos a confusiones retóricas puesto que el desarrollo con inflación impuesta por el modelo económico y la devolución cotidiana justifican asignaciones superiores cada vez más en los presupuestos oficiales, sinembargo, el gobierno que se planteaba el Plan de Integración Nacional exterioriza su preocupación por cuanto " los desarrollos positivos han visto acompañados por deficiencias cualitativas ", se plantea, entonces, que ante la experiencia derivada de los resultados procedentes surgen dos interrogantes de fondo :

" El primero, hace referencia al nivel hasta el cual se pueda o debía mantener esa tendencia creciente de la participación del sector social dentro del presupuesto nacional . El segundo, quizas el más fundamental tiene que ver con la correspondencia entre el sector oficial y los resultados obtenidos " (10) . Se trata de plantear por parte del gobierno que se desenvuelve entre 1.978 y 1.982 en un esquema de rendimientos decrecientes en las inversiones en el sector social . Con base en estos lineamientos teóricos el sector oficial se plantea en este período que " la justificación para una creciente participación presupuestal en un determinado sector, de cualquier sector radica en su propia capacidad para absorver y

asimilar cualitativamente esa expansión ", de no presentarse esta situación, los analistas estatales llegan a afirmar " la necesidad de replantear la conveniencia de mantener esa prioridad con la - misma intensidad ", argumentan los técnicos que es el momento de las políticas y los diagnósticos para revisar la eficiencia marginal y las tendencias decrecientes del sector social .

Esta incertidumbre oficial lo sitúa en una posición vacilante ante el sector puesto que si bien reconoce que " No todo es positivo. Subsisten por lo menos tres aspectos preocupantes... alta mortalidad infantil, deserción escolar, baja calidad de la educación y el subempleo... han surgido problemas sociales menores como - la desprotección del pre-escolar al aumentar la participación de la mujer en el mercado del trabajo " (11), finalmente se plantean otros flagelos tales como el incremento del sector informal dentro del mercado de trabajo urbano .

Toda esta constelación de problemas ligados a una filosofía de la máxima eficiencia del gasto ha conducido a un desmedro presupuestal en términos reales para concentrar los esfuerzos en otros rubros como el sector minero y de desarrollo infraestructural, además expresamente se plantea " el cobro de tarifas por los servi-

cios que presta el Estado teniendo en cuenta la capacidad económica de los beneficiarios. Se habla de integración de servicios, en términos de una justa posición de instituciones, como se ha demostrado en otras investigaciones, asimismo de selectividad en la inversión y adopación de criterios de aumentos de eficiencia - de los esfuerzos realizados, se llega, incluso, a reconocer que hay que recurrir donde ello sea más económico a esquemas de prestación de servicios por el sector privado, con apoyo oficial, para minimizar costos " (12), todo este panorama de austeridad oficial en el sector social se irá a reflejar en todo el financia - miento de los servicios en la comunidad urbana del país .

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

II CAPITULO

1. CASTILLO, Carlos, Vida Urbana y Urbanismo, Bogotá Biblioteca Básica Colombiana, 1977 : 8p.

2. Idem 9p.

3. CASTILLO, Carlos, Apuntes sobre las Limitaciones de la Planificación Urbana In Vida Urbana y Urbanismo, Biblioteca Básica Colombiana,463 p.

4. Idem 464p.

5. ANDERSON , Nels , Sociología de la Comunidad Urbana, México Fondo de Cultura Económica 1975, 375p.

6. Idem 376p.

7. Idem 379p.

8. CERRONI, Humberto, La crítica de Marx a la Filosofía Hegeliana del Derecho Público In Marx, Derecho y el Estado , Barcelona, Colección Libros Tau, 1969, 17p.

9. Colombia Plan de Integración Nacional 1979-1982, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, 1980. 194p.

10. Idem 196p.
11. Idem 197p.
12. Idem 197p.

3. CRITERIOS BASICOS DE EVALUACION DEL PIN

Se impone inicialmente la caracterización del tipo de investigación que vamos a empreder . Se trata de un trabajo de tipo evaluativo de los Servicios Asistenciales de la ciudad de Barranquilla con - proyección al Departamento del Atlántico . Se desprende entonces que se trata de detectar los indicadores propios del funcionamien- to de instituciones en el área de Educación, Salud, Vivienda, Re- creación y Seguridad Social en un período histórico determinado - 1.978 - 1.982 .

La pregunta evaluativa fundamental que se plantea todo investiga- dor es según Carol Weiss : En qué medida el programa está lo- grando alcanzar sus metas ?, han existido variaciones ?, exis- ten desniveles en los éxitos de los programas diversos que se - ejecutan ? , cuáles componentes del programa están alcanzando mayores logros ? .

De todas formas es sabido que cuando nos disponemos a ejecutar una evaluación, nos estamos refiriendo a programas que tienen - metas, puesto que partimos del supuesto que se trata de una ac- tividad planeada . El diseño del estudio requiere el seguimiento

de los siguientes pasos :

1. Ubicar las metas del programa
2. Traducir las metas a indicadores mesurables .
3. Reunir datos de los indicadores correspondientes .
4. Comparar los datos con cifras procedentes y con normas universales .

Es preciso por otra parte plantearnos en torno a las finalidades de los programas, a la filosofía imperante en su concepción y administración y a la cobertura de personas que sirven .

La investigación aplicada a la evaluación busca la relación entre una variable independiente que puede ser método, el uso de un - producto, un programa de comunicaciones, la conducta de un grupo o un individuo etc y una variable dependiente representada por los resultados logrados . Es así como la evaluación de programas sociales está directamente relacionada con la toma de decisiones, orientada a los siguientes propósitos :

1. Continuar o descontinuar el programa .
2. Tratar de mejorar su funcionamiento .
3. Agregar o suprimir alguna de sus partes.

4. Establecer programas similares en otros lugares .

5. Redistribuír los recursos según los resultados de programas alternativos .

6. Aceptar o rechazar algún enfoque o teoría en la cual está - basado el programa .

En la investigación evaluativa se destacan las siguientes fases :

a. Conceptualización y especificación de los objetivos .

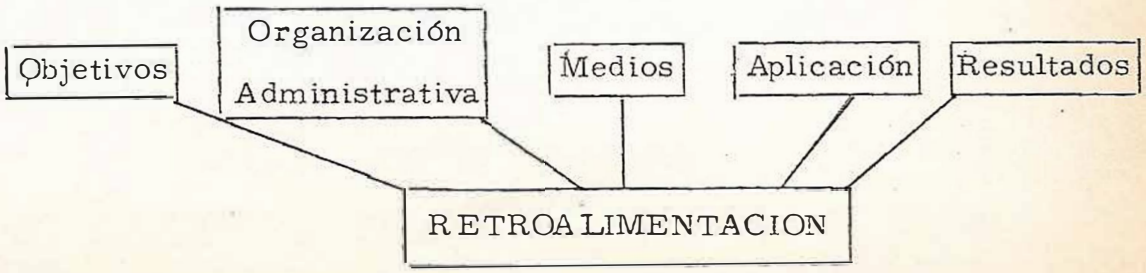
b. Análisis de los medios y de la estructura administrativa - del programa .

c. Diseño metodológico (selección de criterios de evaluación, recolección de información, medición, análisis de datos, etc.)

d. Evaluación propiamente tal .

e. Explicación de los éxitos o fracasos logrados por el programa o alguna de sus partes .

Las fases de la investigación evaluativa se presentan el Diagrama Numero 1.



En las primeras fases del estudio evaluativo la principal tarea - consiste en realizar clasificaciones conceptuales que conduzcan a la adecuada selección de criterios e indicadores para la medición de aquellas variables que se estiman pertinentes. La evaluación de los objetivos corresponden en nuestro esquema a la denominada evaluación contextual ; la evaluación de la organización administrativa, de los medios y dela forma de aplicación de éstos, a su evaluación de insumos y, finalmente, la evaluación de los resultados equivale a la evaluación del producto .

Es fácil ver que en los estudios evaluativos aparecen las mismas tareas y los mismos problemas de toda investigación científica .

Así, después de la clasificación de los objetivos, se recoge la información necesaria, se analiza y, finalmente se interpretan los - resultados con la ayuda de una teoría o recurso explicativo que permita establecer conexiones de implicación entre los medios ,y estructura administrativa por un lado, y los resultados y consecuencias producidas, por otro. Esta marcha de la investigación presenta exigencias de formación teórica y metodológica, que el evaluador, naturalmente, debe conocer y aplicar .

En un programa de Evaluación no es fácil ubicar las variables , no obstante el siguiente modelo general nos permite indicar los principales focos de referencia y las principales tareas y análisis específico de cada uno de ellos :

FOCOS DE REFERENCIA	TAREAS Y ANALISIS ESPECIFICOS
OBJETIVOS.	- Determinación - Especificación - Jerarquización - Tipo de modificación buscada - Conexiones
EXTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y MEDIOS INSTRUMENTALES .	- Recursos financieros (origen, montos, disponibilidad real, rigidéz, administración , etc.) - Recursos físicos (inventario, utilización , etc.) - Recursos humanos (organización, comunicación, control, número, calificación, motivación, etc.)

APLICACION	- Estrategia y táctica de las acciones (apoyo, refuerzo, acciones directas, etc.)
	- Cronogramas .
	- Universo de aplicación (usuarios).
DISEÑO METODOLOGICO	- Diseño metodológico global .
	- Operacionalización de variables.
	- Medición de efectos buscados.
	- Determinación de efectos no - buscados.
RESULTADOS	- Análisis

Los Objetivos del Programa :

La formulación de objetivos es un proceso de decisión y comprende varias etapas. Siendo de especial importancia para la evaluación analizar como se realizaron las siguientes tareas :

a. Diagnóstico de la situación dentro de la cual opera el programa (magnitud del problema sobre el cual se actuará : relaciones con otros fenómenos etc.)

b. Justificación para la puesta en marcha del programa .

c. Estimación de los resultados y consecuencias probables de alcanzar el programa propuesto y con programas alternativos .

El análisis de cada uno de estos puntos permitirían al evaluador tener un marco de partida donde ubicar alguna de las principales variables a media .

Tanto en la formulación de objetivos como en las tareas de evaluación es fundamental preguntarse que es lo que se desea lograr - específicamente, ya sea en términos de algo a producir o cambiar. La mayoría, de los objetivos de los programas sociales se refieren a conductas, conocimientos, creencias, valores, motivaciones, intereses y actitudes, Por lo mismo, las personas que formulan - un programa deben establecer con claridad a cual de esas áreas - se refieren sus objetivos y que se espera obtener en ella, es así como la clarificación de los objetivos permite la selección de indicadores objetivos . Son éstos, en última instancia, los que harán posible la descripción o medición de los resultados .

Los Medios y la Estructura Administrativa.

Un programa está formado por un conjunto de instancias coordinadas con los objetivos. Esas instancias son : los medios instrumentales, la estructura administrativa y la aplicación del programa .

En muchos programas la selección de los medios y su conexión - con los fines a perseguir no pasan de estar basadas en meras - hipótesis . Aun cuando no exista una relación fija entre las metas y el tipo de acciones que se consideren más adecuada para lograrlas, no hay dudas que los resultados finales estarán determinados, de diversas maneras : por las características de la forma estructural o institucional que se adopte .

Si se reconoce la relación que existe dentro de la estructura administrativa de un programa y sus objetivos es conveniente considerar las redefiniciones de los esquemas organizativos cuando cambian - los objetivos o se persiguen objetivos que apuntan a contenidos diferentes, La evaluación se referirá, en especial al grado de flexibilidad del aparato bucrático en relación con los cambios que - halla sido necesario introducir . Cuando no existe esta flexibilidad en el aparato administrativo se dá la inercia institucional .

4. Recolección de la información

5. Procesamiento

6. Análisis e interpretación de los resultados

Como sabemos, el diseño metodológico comprende tanto la estrategia general para conseguir los objetivos del estudio como las diversas tácticas y procedimientos específicos para lograr resolver los diversos problemas que presentan en cada una de las fases de la investigación .

Recolección de la Información

El enfoque del sistema utilizado en la investigación evaluativa implica, atender a distintos niveles estructurales y formas de funcionamiento, como también, recoger informaciones de distintas fuentes y de diversos niveles de agregación. A continuación se presentan diversas fuentes de variables individuales y variables colectivas .

NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL DE COLECTIVOS
-Observación (sistemática, no sistemática,participante, no participante).	- Documentos estadísticos . - Información censal .

En programas de organizaciones mayores, la estructura administrativa no es compatible con la estructura administrativa del sistema mayor . Tal situación no es importante en tanto no perjudique los objetivos del programa y su rendimiento .

Mucho de los criterios de empresa son de utilidad en la evaluación de programa social, teniendo especial importancia las siguientes áreas de indagación :

a. Formas y mecanismos para la toma de decisiones
b. Naturaleza y contenido de la comunicación
c. Sistema de control sobre la marcha del programa
d. Costos de financiamiento

Diseño Metodológico General

Los estudios evaluativos tienen las mismas características de una investigación social, y por lo tanto se distinguen las siguientes etapas :

1. Definición de los objetivos del estudio
2. Operacionalización de estos objetivos
3. Definición del universo de referencia, luego se procede a la selección de una muestra apropiada .

NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL DE COLECTIVOS
- Entrevistas (uso de guías, cuestionarios).	- Registros institucionales
- Auto-Evaluación	- Datos colectivos a partir de la información obtenida en personas con la característica X, etc.
- Técnicas sociométricas .	
- Medición de conocimientos, valores, actitudes, habilidades, conductas .	

Análisis y Explicación de los Resultados

Cualquiera sea la naturaleza de los resultados de un programa, ya se trate de éxitos, fracasos el evaluador debe buscar los factores explicativos que condujeron a una situación final . De igual manera la formulación de esquemas explicativos e interpretativos hace posible la generalización de los resultados que permiten aprovechar la experiencia en otras situaciones. Pueden aplicarse a otros programas que buscan objetivos iguales o similares con un grado ya anterior de confirmación .

Nos apoyamos en cuestionarios de entrevistas estructuradas (adjuntos) observaciones, clasificaciones, registros institucionales, esta-

dísticas del gobierno, testimonios físicos, registros financieros , etc. y en el cúmulo de fuentes documentales suceptibles de analizar .

Conviene advertir que en la concepción general del Plan de Integración Nacional se involucran las teorías de costo-beneficios que se sustentan sobre el sistema de planeación y programación presupuesto que se enuncia así :

1. Descubre y define los objetivos fundamentales del gobierno y considera todas las actividades indepen dientemente de cual - sea la institución que lo realiza en relación con estos objetivos .

2. Señala explicita y sistemáticamente otras maneras posibles de cumplir los objetivos .

3. Estimar los costos totales de cada una de las maneras de - proceder, sin eceptuar a los costos de capital . Piensa no sólo en el año por venir sino en varios años futuros .

4. Estimar los beneficios esperados de cada posibilidad de - acción, Tiene algunas ventajas, reducir los beneficios a término monetarios, pero también puede utilizarce información cualitativa .

5. Presentar las comparaciones de costo-beneficio resultante de cada curso posible de acción a la vez que señalar cuales son los presupuestos primordiales y las incertidumbres.

Estas recomendaciones que proceden de Robert Manamara han inspirado la racionalización en la destinación del presupuesto y orienta las decisiones en la concepción del Plan de Integración Nacional.

4. EVALUACION INTERSECTORIAL

4.1. Plan de Integración Nacional Sector Educación .

En la introducción del diagnóstico del CONPES para la educación, se señala que el período 1.964 - 1.977 es - suficiente para detectar las tendencias actuales del sis_ tema educativo. Se sostiene en ese estudio gubernamen_ tal, que " El sistema educativo presenta en los últimos años una rápida expansión . Es así como la matrícula en los 3 niveles, ha tenido un crecimiento contínuo que es mayor que el de la población en edad escolar y que a medida en que se asciende en el nivel de educación es más pronunciado " (1) , durante el período en refe- rencia , el crecimiento fue de un 92% en la matrícula de primaria, 31.4% en secundaria y 52.7% en la supe- rior .

A partir de estas cifras es conveniente considerar que - si bien el gobierno, en tanto intendente general de la - educación, se puede atribuir la iniciativa en el crecimien_

to del sistema, sería procedente discriminar entre el sector público y el sector privado puesto que el incre mento de universidades, evidencia una primacía de ins_ tituciones privadas y no precisamente gubernamentales.

Ahora bien, uno de los aspectos del diagnóstico de pla· neación es el de que la cobertura y la retención , em pieza a aflorar los perfiles característicos del sistema educativo a nivel nacional y es el que está determinado por el hecho de que en 1.977, " el sistema educativo cubría en el nivel primario el 80% de la población en - edad escolar, en secundaria el 37.2% mientras en el - nivel superior habría 9.4% estudiantes por cada 1.000 habitantes " (2) , esto es explicable, por la existencia de una alta tasa de deserción puesto que la retención en primaria apenas alcanza el 32% y la de secundaria el - 48% .

Existen , por otra parte, diferencias discriminatorias entre la ciudad y el campo, puesto que en el sector ru- ral, en primaria solo se alcanza a cursar, según el - documento oficial en promedio, un grado y medio sien-

do duplicado por el promerio de las escuelas urbanas que alcanzan 3 grados . Así mismo en el campo los estudiantes secundarios son casi nulos, mientras que se encuentran concentrados en los centros urbanos.

En general, se observa por parte del mismo Estado - ciertas ineficiencias internas del sistema, desarticulación entre los niveles educativos y falta de concordancia e inadecuación con las necesidades socio-económicas.

Se estudiarán en adelante aspectos particulares del sistema educativo para tener inicialmente una visión global de los aspectos Nacionales que descriminarán los - objetivos de los diferentes niveles, organización administrativa, su aplicación y sus resultados .

4.1.1. Objetivos y Lineamientos generales de Políticas .

Se consigna en el documento oficial que la - " Educación es un bien social y ante todo un factor decisivo en el desarrollo económico"(3).

El énfasis se refiere a lo cultural, científico y tecnológico, sin embargo se plantea como objetivo general de la política educativa "hacer de la educación un proceso permanente - mediante la integración de los modos de educación formal, no formal, e informal " (4).

Se sostiene dentro del documento del CONPES que " en concordancia con la nueva política social y en especial con las políticas de atención al menor, el enfasis se pondrá en el sector - primario, así como en la educación de adultos, como factor determinante de la eficiencia del primero " (5) .

a. Se plantea como objetivos específicos en torno a la educación pre-escolar que - persigue " intensificar la atención integral del niño principalmente a través de la familia " (6) en coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Educación .

b. En cuanto a la educación primaria, se plantea como objetivo central " El aumento de la retención en la zona rural y el mejoramiento cualitativo mediante una mayor educación de las condiciones económicas, sociales y culturales de la población " (7) .

c. La educación secundaria, persigue la expansión de este nivel y el impulso a la diversificación, mediante una racional distribución de planteles y modalidades de acuerdo a la vocación productiva de las diferentes regiones del país .

d. La educación superior, busca impulsar la investigación, organizar la educación profesional tecnológica, racionalizar la demanda por ingreso a la universidad y lograr una mayor vinculación al desarrollo nacional y regional mediante la investigación y extensión a la comunidad.

e. Educación de adultos. Mediante este programa se confiere un impulso especial a la educación formal e informal con el propósito de elevar el nivel educativo de la población. En el ámbito de lo no formal, se plantea la " educación funcional de adultos, la capacitación laboral y otros programas en areas diferentes como la - salud, nutrición, puericultura como parte esencial del proceso de educación permanente " (8) .

Se plantean adicionalmente aspectos estratégicos como la descentralización del deporte y - la recreación y otros propósitos enunciativos de dudoso cumplimiento .

4.1.2. Organización Administrativa

1. La estructura administrativa del Plan de Integración Nacional se sustenta en el principio de la " regionalización - mediante la creación de los servicios

seccionales de educación " (9) , puesto que se considera por parte del Estado que éste permitirá una organización más eficiente " desde el pre-escolar hasta la media vocacional en distritos y núcleos del desarrollo educativo " (10) .

2. En cuanto al sistema universitario, se - habla de " una organización nuclear regionalizada alrededor de unos centros que - desempeñan las funciones propias de la - universidad, no sólo en el campo de la docencia, sino también en las actividades de la investigación " (11). Se propone el plan, incrementar y apoyar la investigación y el posgrado, se insiste en los - núcleos regionales, en la formación y - preparación de personal docente a través de la colaboración y asesoría en programas de investigación .

3. Se pretende igualmente, coordinar los dis

tintos programas aislados de educación no formal, capacitación laboral, etc. Los vínculos se establecerán a través - del Min-educación y el Sena.

4. Se plantea por otra parte, la estructura- ción de centros de cultura y recreación promovidos por Colcultura " tales cen- tros deberán contar con una infraestruc- tura mínima de biblioteca y servirán de base para la creación y desarrollo de - centros de estudios , grupos artisticos, organizaciones deportivas y recreación"(13).

El Plan de Integración Nacional, se propone cris- talizar diversos programas en el sector que se - orientan a diversas ramas y que mencionaremos a groso modo :

Se concede importancia a la educación en el sec- tor agrícola, así como la orientación y capacita- ción a nivel laboral que vincula a la educación - primaria , secundaria y media vocacional, inter

media o tecnológica, coordinan este proceso el Ministerio de Educación y el Servicio Nacional de aprendizaje .

Otras instituciones que tienen que ver con los programas que adelanta el gobierno durante el período son Colcultura y Colciencias, la primera se ocupa del desarrollo cultural y artístico, mientras que Colciencias perseguirá el incremento de las investigaciones Universitaria en sus nexos con las entidades públicas y privadas .

Se enuncian seguidamente tareas concretas como incremento de 2.500 núcleos y distritos de desarrollo educativo, mejoramiento estructural de carácter infraestructural en el sector agrícola, red Nacional de 800 centros de Colcultura y Biblioteca comunales .

Así mismo, se enuncia un modelo de educación para los territorios Nacionales de acuerdo a las particularidades étnicas de sus habitantes .

- Desarrollo de la educación media diversificada a través del INEM.
- Construcción de 15 centros tecnológicos a nivel superior .
- Equipamiento de bibliotecas en instituciones oficiales de Educación Superior .
- Renovación de laboratorios y talleres en Instituciones de Educación Superior .

Gasto y Financiamiento de la Educación : Se plantea un capital disponible total para educación a un costo de $147.980 millones distribuidos así :

86.6% gastos de funcionamiento .

13.4% gastos de inversión

Este presupuesto general provendrá del Tesoro Nacional de Crédito externo y de servicios propios de autofinanciación así :

138.011 millones Presupuesto Nacional

4.056 millones

5.913 millones

CUADRO Nr. 1

PROGRAMACION DEL GASTO EN EL SECTOR EDUCACION

1979 - 1982 (Millones de Pesos Corrientes)

Año	Funcionamiento	Inversión	Total
1979	26.221	2.433	28.654
1980	27.435	4.650	32.085
1981	33.530	5.969	39.499
1982	41.986	6.756	47.742
Total	128.172	19.808	147.980

CUADRO Nr. 2

FUENTE DE FINANCIACION PARA EL SECTOR EDUCACION

1979 - 1982 (Millones de Pesos Corrientes)

Año	Presupuesto Nal.	Crédito Externo	Recursos Propios	Total
1979	27.828	-	826	28.654
1980	29.712	1.217	1.156	32.085
1981	36.248	1.622	1.629	39.499
1982	44.223	1.217	2.302	47.742
Total	138.011	4.056	5.913	147.980

Educación Primaria :

Incursionemos en adelante en los distintos niveles educativos con que cuenta el país .

Educación Primaria : Es la primera etapa educativa del sistema escolar Colombiano .

Cubre o aspira a cubrir a la mayor parte de la población por tanto el Estado pretende su universalización . Sus propósitos son : 1. Aportar elementos fundamentales de conocimiento.

2. Desarrollar habilidades y destrezas mínimas.

El Estado busca, según afirma, mejorar su calidad y ampliar su oferta educativa .

Problemas : Baja calidad educativa, alta deserción .

Cobertura : 2.213.400 alumnos 1.964

2.781.000 alumnos 1.968

3.558.700 alumnos 1.972

4.254.300 alumnos 1.977

Tasa de crecimiento : 92% (13 años)

Participación sector privado 13.4% - 1970

14.3% - 1976

Tasa de crecimiento	14.3 %
Parcipación sexual	51.1 % - 1964
	51.5 % - 1976

Eficiencia Interna :

El aparato educativo tiene actualmente capacidad para responder casi totalmente a la demanda de ingreso a primer grado . Sin embargo, la eficiencia real del sistema está dada no sólo por la capacidad de recibir a la población en edad escolar, sino retener dicha población hasta la finalización del ciclo .

a. Retención :

La proporción de estudiantes que terminan el ciclo de primaria se ha elevado en los últimos años :

1961 - 1966	1969 - 1974
25%	32%

Esta en las zonas urbana y rural es notable .

Zona Urbana	Zona Rural
53.1%	10.9%

b. Escolaridad :

Los niveles de escolaridad son aún preocupantemente bajos, especialmente en la zona rural .

Educación Secundaria :

Constituye la etapa intermedia entre la educación primaria y la superior .

Sus propósitos son :

1. Sirve para la formación ocupacional o para la orientación tecnológica profesional.
2. Impulsar la creación de los institutos de enseñanza media diversificada (INEM) encargados de ofrecer diferentes modalidades técnicas y vocacionales .

El Estado ha influido en la evolución de la educación vocacional, ofreciendo una serie de alternativas para un aumento en los estudios secundarios .

Problema :

Respuesta tardía del sector educativo por una educación diversificada .

Cobertura : 390.300 alumnos 1964

640.600 alumnos 1968

1.003.500 alumnos 1972

1.616.100 alumnos 1977

Tasa de crecimiento : 134 %

Participación sexual : 47.34% 1964

49.02% 1977

a. Retención .

En dicho cohorte se aprecia que los estudiantes desertaron lo siguiente :

53.0% 1964

48.0% 1976

b. Rendimiento académico

En los resultados de las pruebas del ICFES, se pueden apreciar una disminución en el rendimiento académico, lo cual es indicativo de pérdida de calidad en la educación.- secundaria .

c. Personal Docente

14% personal docente 1974

18% personal docente 1977

10.1% personal docente sector privado 1964 -1977

34.4% personal docente sector público 1964 - 1977

38% categorias del escalafón de maestros 1964

70.6% categorías del escalafón de maestros 1977

d. Tendencias de la Educación Secundaria.

La alta participación del bachillerato - académico y clásico en la matrícula de secundaria se explica por los siguientes factores :

1. La preferencia que manifiesta los estratos altos y medios urbanos de impartir el bachillerato académico, los cuales pueden participar de los altos costos de la educación .

2. A su vez la educación vocacional pasa

a constituirse en una alternativa para los estratos de menores ingresos, con limitados acceso a la educación superior quedándole una relación con otros niveles, tales como la educación intermedia o la tecnológica .

4.1.3. Servicios educativos en el Departamento del Atlántico .

Con el propósito de establecer el número de establecimientos educativos de la ciudad se han planteado las siguientes normas clasificatorias :

1. Tipo de Plantel : Oficial
   Privado
   Preescolar
   Primaria
   Universitario

2. Alternamente se procedió a establecer la capacidad de cada uno de los plante-

les que tienen asiento en la ciudad .

3. Distribución de establecimientos en la ciudad con base en sectorización .

4. Grupos de edades predominantes

4.1.4. Sistema Educativo en el Departamento del Atlántico .

Para hablar de la educación en el departamento del Atlántico, debemos partir de la base de que orgánicamente depende administrativa y financieramente de manera directa del Ministerio de Educación Nacional .

El Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES, ejerce la función de supervigilancia, control de las Universidades oficiales y privadas. Igualmente otras entidades que tienen que ver con el sistema educativo es el Instituto Colombiano de Construcciones Escolares ICCE, que maneja la dotación

de infraestructura para los niveles primaria y secundaria . Por su parte el ICBF, administra lo relativo al diseño de políticas del area de preescolar .

Los aspectos administrativos atinentes a la administración de escuelas y colegios Departamentales lo ejerce el FER en relación con la Secretaría Departamental de Educación .

Sobre esta base nuestra investigación nos ha conducido a establecer los siguientes datos :

4.1.5. Cobertura de Servicios Educativos

En el área Urbana de Barranquilla se localizan 324 escuelas, escuelas de primaria, que se discriminan de la siguiente manera (ver tabla) .

El 49% es de carácter oficial y el 51% de carácter privado. Aunque esta relación arroja una mayor cuota de los colegios privados en cuanto a población podemos decir que ésta se distribuye así : de un total de 152.981 un 73.1% corres

ponde a la educación primaria oficial puesto que se cuenta con 111.905 alumnos de este sector cuenta con 26.9% correspondiente a la primaria privada es decir 41.076 alumnos .

Esto evidencia un congestionamiento del sec - tor oficial, donde se encuentran 1.175 aulas para la población mencionada lo que arroja un promedio de 95 alumnos por aulas, mientras que en los planteles privados, se cuenta con 2.254 para una inferior población lo que arroja un promedio de estudiantes por aula, de 18 - estudiantes . Las cifras son elocuentes en términos del desequilibrio locativo entre las dos modalidades lo que se traduce también en una astenible injusticia .

Complementamos esta información con la comparación de alumnos por escuelas porque mientras en el sector oficial encontramos un promedio de 35.6% de alumnos por escuela primaria, en el privado el promedio se establece -

CUADRO Nr. 3

EDADES NIVELES POR PROPORCION POBLACIONAL

1 . 9 8 1

N I V E L E S	E D A D	% POBLACION
Preescolar	0 - 4	11.94
Primaria	5 -14	27.66
Secundaria	15 -19	13.10
Universitaria	20 -64	18.04

en término de 18.1% por escuela .

En cuanto a maestros la relación se presenta de la siguiente manera para una población de 111.905 corresponden 3599 más mientras que para 41.076 corresponden 1.484 maestros .

La educación preescolar se presenta de la - siguiente manera: en el Departamento existen 44 establecimientos oficiales y 128 privados para un total de 172 preescolares . Se establece entonces, una proporción porcentual de 25% de cobertura a la población infantil de los preescolares oficiales contra un mayoritario - 75% de establecimientos de caracter privado . De entrada, se observa cierta debilidad Estatal en el área .

En cuanto a número de niños se plantean los siguientes guarismos : En preescolar oficial 3.634 y en preescolar privado 8516, de tal suerte que de 12.150 niños un 29.9% estudian

CUADRO Nr. 4

PERSONAL DOCENTE POR PLANTEL

Niveles	Personal Docente, Planteles Oficiales	Cobertura %	Personal Docente, planteles - Privados	Cobertura %	Personal Docente.	Cobertura %
Preescolar	127	27.7	330	72	457	1000
Primaria	3.599	70.8	1.484	29.1	5.083	1000
Secundaria	1.843	38.5	2.941	61.4	4.784	1000

CUADRO Nr. 5

CAPACIDAD LOCATIVA POR COBERTURA

Niveles	Capacidad Planteles Oficiales	Cobertura %	Capacidad Planteles Privados	Cobertura %	Capacidad Total	Cobertura Total %
Preescolar	44	25.5	128	74.4	172	100
Primaria	314	58.1	226	41.9	540	100
Secundaria	49	23.7	157	76.2	206	100
Universitaria	1	14.0	8	86.0	9	100

CUADRO Nr. 6

POBLACION EDUCATIVA POR COBERTURA

Niveles	Población Planteles Oficiales	Cobertura %	Población Planteles Primaria	Cobertura %	Población Total	Cobertura %
Preescolar	3.634	29.9	8.516	70.	12.150	100
Primaria	111.905	73.0	41.076	26.9	152.981	100
Secundaria	39.975	36	66.586	63.6	104.561	100
Universitario	4.530	43	5.590	57	10.350	100

de 37.975 oficiales o sea un 36.3%, contra 66.586 alumnos en los colegios privados para un 36.7% . Ahora, si tenemos en cuenta los promedios poblacionales, observamos la congestión en los colegios oficiales, que contienen un promedio de 775 alumnos contra 424 de los privados donde no es protuberante el nacimiento. Esto es también válido en cuanto a aulas puesto que en el sector oficial encontramos 562 aulas, que albergan un promedio de 67 alumnos, en el privado donde hay 2.254 aulas el promedio de estudiantes es de 33 por aula, lo que nuevamente plantea la problemática de la desigualdad .

Los profesores que sirven a las respectivas poblaciones son : En el sector oficial 1843 - maestros para 37.9 alumnos, lo que equivale a un promedio de 27 alumnos por profesor, y en el sector privado 2.941 maestros para - 66.586 alumnos lo que constituye un promedio de 89 alumnos por profesor lo que significa -

que mientras en el sector oficial hay una despoblación relativa y un exceso de profesores existe una amplia congestión en el sector privado en sus distintos niveles predominantes en los colegios de nivel sociales bajos un hacinamiento de estudiantes .

El nivel universitario en la ciudad está representado por 97 establecimientos de los cuales el 86% es de carácter privado mientras el 14% de naturaleza oficial . La capacidad total de las universidades docentes es de 24.692 estudiantes.

El Departamento del Atlántico, es el foco receptor de flujos de estudiantes de la región, tanto hacia la universidad del Atlántico que concentraba en 1980, 10.350 matrículados que relacionada - con una población de 20.542 estudiantes que acuden a los centros oficiales de la región, representa el 50.38% y que se tiene en cuenta la población discente que se agrupan en las 8 universidades privadas que es de 21.326 alumnos de -

los cuales Barranquilla capta 19.375; la cual representa el 90.85% .

Señalando el auge de las Instituciones no oficiales en la región, al superar en un 50.93% a las oficiales, sin embargo en términos de la captación particular de cada centro docente, la Universidad del Atlántico sigue manteniendo el liderazgo en la región con 24.75% sigue la Universidad Autónoma del Caribe con 14.64% . El resto de las universidades están por debajo de este guarismo .

Desde el punto de vista de los grupos de edades que constituyen el centro de atención para nuestros objetivos se presenta la siguiente - distribución :

Se puede apreciar que en cuanto a la población de menores de 18 años tienden a descender al pasar del 48.6% en 1964 al 40.9% en 1980 y - que se proyecta un descenso hacia el año 2000 del 31% , la que se ubica en el intervalo de -

15 a 64 años manifiesta el fenómeno contrario puesto que del 48.5% para 1964 expresa un aumento que alcanza el 56.6%, con una tendencia al alza hacia el año 2000 cuando llega al 65.9% . Es importante señalar las tendencias localizadas en este grupo de edades por cuanto se constituyen en sujetos potenciales de los programas de la educación permanente incluida dentro de ella la educación a distancia .

4.2. Plan de Integración Nacional Sector Salud

Para el exámen del sector salud, hemos de contar con el diagnóstico oficial proveniente de los organismos gubernamentales en particular el Departamento Nacional de Planeación y la Secretaria de Salud Departamental del Atlántico .

Se trata por parte de los planificadores Estatales , de evaluar " el impacto de las acciones desarrolladas por el sector y su eficiencia para promover la Salud y re-

ducir los riesgos de enfermar y morir " (13) . Las - políticas en materia de Salud, se estructuran con base en los resultados del análisis cualitativos y cuantitativos realizados .

Se reconoce por parte de los técnicos de Planeación que elaboraron el Plan de Integración Nacional que " el exá- men de las estadísticas de salud en los últimos 20 años, permite concluir que, en esa área, el país ha obtenido - logros significativos, pero que aún subsisten situaciones extremadamente preocupantes cuya acción exigirá una - acción decidida del Estado y de toda la comunidad "(14).

Se llega a afirmar por parte del gobierno que si bien se ha logrado llevar a la mortalidad en términos globales - hasta un 7 por mil, " para el grupo de menos de un año la mortalidad sigue siendo excesivamente elevada en com- paración con otros paises de similar desarrollo económi- co " (15) .

En el país , se cuenta obviamente con datos estadísticos procedentes de las agencias oficiales , pero que a su vez

confrontan las flaquezas generales de la estructura general del país. Así bien, se afirma que entre 1974 y 1976, se reduce la proporción de hospitalización por mil de - 48.8% a 40.0%, esto se puede atribuir, a las dificultades locativas y de prestación de servicios y no precisamente a la extinción de una población sana, porque si se agruparan las causas de hospitalización con las causas de - mortalidad se expresa una coincidencia sobre todo en la población de menores de 5 años .

Existen diversos indicadores que hacen relación con la - eficiencia o no de los servicios Estatales de salud así :

Tasa Bruta de Mortalidad	14.1	-	1950
Reducción 50%	7.0	-	1975

(tasa por miles)

Sinembargo la TBM puede tener un comportamiento divergente de acuerdo a los grupos de edad que intersecte por tanto hay que segmentar el análisis .

Esperanza de vida al nacer

Incremento		47.9	1951
11.6 años	Hombres	59.5	1980
13.0 años	Mujeres	50.4	1951
		63.4	1980

Como hemos sostenido, la tasa de mortalidad varía por sexo y por grupo de edad, sin embargo, desplacemos un tanto nuestra atención hacia tipos de afecciones que conducen en Colombia inevitablemente a la muerte y veremos que según el cuadro que construímos con datos de 1976 para el país, los diversos grupos de edad significan los impactos mortales de los siguientes flagelos :

Gastroenteritis y colitis	19.4	21.3	6.7			
Neumonía y Bronconeumonía	14.2	13.2	6.4			
Afecciones anóxicas e hipóxi - cas del recien nacido	12.4					
Enfermedades Perinatales	11.4					
Causas mal definidas y des - conocidas.	6.8	12.3	12.1	6.0	6.9	7.9
Bronquitis crónica	6.7	7.8				
Avitaminosis y otros estados carenciales		8.7	4.1			
Enfermedades debido al helmintos		3.6				
Todas las formas accidentales			17.3			
Anemias			3.5			
Homicidio y lesiones intensional				20.0		
Envenenamientos accidentales				7.1		
Todas las demás formas accidentales				6.5		
Enfermedades del Corazón				4.0	10.0	14.4
Lesiones vasculares afectan el sistema nervioso central				3.8	10.3	10.0
Enfermedades Arterioescleróticas					12.6	14.0
Tumor maligno diversas localiza - ciones.					10.5	5.8
Hipertensión cardíaca					3.2	
Senilidad sin mención de psicosis						4.6

Si examinamos los guarimos de las causas de mortalidad por grupo de edad en el país , en 1976 , observamos que el grupo de menos de un año, está afectado por la presencia dominante la gastroenteritis y la colitis con un 19.4% seguido del grupo de enfermedades vinculados con la neumonía con un 14.2% así mismo, se expresa la continuidad de afecciones respiratorias del recien nacido con 12.4 y porcentajes menores de enfermedades perinatales con 11.4%, causas mal definidas y desconocidas 6.8% y bronquitis crónica 6.7% .

Se revela preocupante el guarismo relacionado con las epidemias de gastroenteritis y colitis que tiene particular vigencia en el país y especialmente en Barranquilla en la época invernal .

El grupo de edades de 1 a 4 años, expresa la superioridad del mismo tipo de enfermedades estomacales en una proporción incluso mayoritaria de un 21.3% , seguida por la neumonía con un 13.2%, causas mal definidas y desconocidas un 12.3% y avitaminosis desnutrición y otros estados carenciales con un 8.7%, existen

proporciones menores de brnnquitis 7.8% y otras enfermedades parasitorias y helmínticas 3.6%

Los niños que oscilan entre los 5 y los 14 años se ven más bien propensos, en razón de su discurrir vital, a todas las formas accidentales wue adquieren liderazgo con un 17.3% y por causas mal definidas o desconocidas con un 12.1%, asímismo se expresan irrisorias proporciones de neumonía, bronquitis 6.4%, avitaminosis 4.1% y anemia 3.5%. Se advierte, haciendo uso de estos datos que más eficientes servicios de salud se requieren en estos rubros de edad tanto para las epidemias como para la accidentalidad . Es vital para enfrentar todas las formas de violencia que se ensañan sobre la población entre 15 y 44 años, que se ve amenazada por homicidio y lesiones personales con un 20 % , envenenamiento 7.1% y todas las demás formas accidentales 6.5%. Se reportan proporciones menores de causas mal definidas y desconocidas 6.0%; otras enfermedades del corazón 4.0% y lesiones vasculares que afectan el sistema nervioso central con 3.8%. Se puede observar que con la variación del nivel de edades, se modifican las causas de mortalidad

predominante; sin embargo, persiste el riesgo en todo grupo etáreo así ; en el que se desenvuelve entre 45 y 64 años las causas dominantes son las enfermedades - escleróticas y degenerativas del corazón, seguida de - los tumores malignos con un 10.5%, lesiones vascula- res y trombosis 10.3% otras enfermedades vasculares con 10% y proporciones menores de causas mal defini- das y desconocidas, 6.9%, hipertensión con enfermedades cardíacas 3.2%.

Finalmente, el grupo de ancianos padece predominante - mente otras enfermedades del corazón 14.0%, lesiones vasculares y senilidad con 5.8% y 4.0% respectivamente.

Los guarismos presentados nos hacen palpable la necesi- dad de mas eficiente servicios de salubridad en el país, si a lo enunciado agregamos la mortalidad de menores de un año que es de 54%. No obstante, las deficiencias estadísticas, si a esto agregamos que entre el primero y el cuarto año de vida persisten las cifras citadas aun- que en una intensidad inferior. La mortalidad de 5 a 14 años si bien ha descendido ostensiblemente aun puede -

aludir los riesgos de transporte y de la accidentalidad.

El grupo siguiente que se desenvuelve entre los 15 y los 44 años, tiene como característica la exposición, a riesgos del trabajo y del proceso de urbanización con todas las implicaciones que este conlleva en términos de riesgos laborales, invalidéz, descomposición fami - liar, etc. y finalmente el declive de edades entre 45 y 65 años o más tiene que ver con los procesos degene_ rativos, la tasa específica de mortalidad estaba en eda- des en un 15.6% por mil en 1976 .

4.2.1. Objetivos Fundamentales del PIN en Salud

Ante el dramatismo de los guarismos presen_ tados el gobierno debe obviamente trazar me- tas , a propósito de ésto el objetivo general es lograr una reducción significativa de los - índices de morbilidad y mortalidad " (16) . Para el logro de este cometido se propone el Estado actuar en términos de regionalización

e integración con la comunidad reclamando su aporte. Se plantea sin embargo pautas discriminadas por grupos de edad .

Se define como sector prioritario " el sector materno infantil y las epidemias prevalentes como el paludismo, dengue y fiebre amarilla

Se trazan a partir de aquí metas y porpósitos específicos por grupo de edades.
Las metas en los distintos grupos de edades están definidas en torno a la reducción de la tasa de mortalidad en cada uno de estos umbrales, para lo cual se plantea:

a. " Mantenimiento de nieveles de cobertura de atención médica de los menores de un año en proporción no inferior al 80% .

b. Vacunación del 100% de los menores de un año con DPT, Sarampión , Polio, BCG y Tétano .

c. Refuerzo de actividades de atención primaria en - salud .

d. Incremento de cobertura del PAN.

e. Suministro de agua potable y alcantarillado al 78% de la población Urbana, al 79% de la población - rural nucleada y aumento de las acciones de saneamiento básico en un 18% para la población rural dispersa" (17) .

Existen razones suficientes que nos permiten discrepar de la eficiencia de los planes esbozados para este grupo de edades . Si se tiene en cuenta las altas tasas de mortalidad infantil en Barranquilla, como tendremos - oportunidad de expresarlo más adelante .

Se plantean igualmente, objetivos particulares para los demás grupos de edad, por ejemplo para el de 5 a 14 años se esboza a más del incremento de la cobertura de atención médica en un 30%, programas de reducción de los accidentes y traumatismos, programas de salud escolar asi como prevención, tratamiento y rehabilitación .

Para la población entre 15 y 44 años, se tiene como -

propósito : el incremento de " actividades tendientes a reducir la incidencia de lesiones personales, accidentes y traumatismo " (18) en atención a la tendencia básicas de este grupo de edad. Además programas como la - prevención del aborto y las enfermedades venereas .

Se observa en los programas oficiales una ingerencia - mecánica de las cifras a los objetivos .

Se esbozan para la población mayor de 45 años Planes indicativos de geriatría y rehabilitación para los flage- los propios de la tercera edad, que distan mucho de - tener un servicio eficiente y especializados en el país .

4.2.2. Cobertura de Servicios de Salud en Barranquilla

Para el fomento , la prevención, la recupera- ción y la rehabilitación de la salud de la co- munidad Barranquillera está dada por los si- guientes subsectores :

1. Oficial Mixto : Se designa mediante esta caracterización a las organizaciones de - salud que se caracterizan por :

a. Dependencias Estatales

b. Las que recihen tanto parte del Estado o este está representado por - algún delegado en puntos directivos privados .

La ciudad de Barrranquilla, se encuentra con 8 hospitales oficiales, - generales, 20 clínicas de carácter privado, 10 consultorios ubicados en diferentes sectores sociales de la - ciudad, 24 centros de salud, 3 unidades programáticas , 2 dispensarios y una caja Departamental de Beneficencia .

Hospitales Oficiales, generales :

- El hospital Universitario de Barranquilla enuncia su denominación .

- La clase de servicio que presta se dirige a las áreas de : Atención médica, hospitalaria y ambulatoria .

- El nivel de atención que presta es hospitalaria. Desde el punto de vista de financiación es dependiente del Ministerio de Salud y la especialidad es general .

Cuenta actualmente según datos oficiales con - diversos turnos de médicos asi :

Servicios Ambulatorios :	23
Hospitalización :	70
Administración :	2
Para un subtotal :	95

Posee además :130 auxiliares de enfermería , 4 odontólogos , 2 auxiliares de odontología, no cuenta con higienista dental, posee además 30 enfermeras graduadas así

Servicio Ambulatorio: 4 . Hospitalización :23.

Administración : 3 .

No cuenta el hospital con promotoras de salud, ingeniero sanitario, no cuenta con veterinario, promotor ni supervisor de saneamiento .

-El hospital general de Barranquilla dirige sus servicios a la atención médica hospitalaria y ambulatoria.

- El nivel de atención que presta es hospitalaria .

- Esta institución depende financieramente del Ministerio de Salud y su especialidad es general .

- Según los datos estadísticos oficiales cuenta actualmente, con diversos turnos de médicos así :

Servicio Ambulatorio	:	30
Hospitalización	:	36
Administración	:	2
Para un Subtotal		68

Posee además : 195 auxiliares de enfermería ,

2 Odontólogos, 2 auxiliares de Odontología, no cuenta con higienista dental, posee además 12 licenciadas y enfermeras graduadas, distribuidas así :

Servicio Ambulatorio : 1

Hospitalización : 11

No cuenta el hospital con promotoras de salud, higienista dental, ingeniero sanitario, no cuenta con veterinario, supervisor ni promotor de saneamiento .

- El Hospital de San Francisco de Paula, sus servicios están dirigidos a la atención médica hospitalaria y ambulatoria y el nivel de atención que presta es hospitalario .

Desde el punto de vista de financiación es dependiente del Ministerio de Salud y la Especialidad es pediatría .

Cuenta actualmente, según datos oficiales con

diversos turnos médicos así :

Servicio Ambulatorio	:	23
Hospitalización	;	25
Administración	:	2
Para un subtotal de	:	50

Posee además 109 auxiliares de enfermería .

No cuenta con higienista dental, odoltólogos , - Auxiliares de odontólogos, posee además 3 - Licenciadas y Enfermeras graduadas así :

Hospitalización : 3

No cuenta el hospital con Promotoras de salud, Ingenieros Sanitarios, no cuenta con veterinarios, supervisor ni promotor de saneamiento .

- Hospital Niño Jesús , éste orgánicamente responde a las características que enuncia su denominación .

La clase de servicio que presta se dirige a las áreas de : Atención Médica, Hospitalaria y ambulatoria

Su nivel de atención es hospitalaria, financieramente depende del Ministerior de Salud y la especialidad es atender los casos de tuberculosis .

Según datos oficiales, cuenta con diversos turnos médicos así :

Servicio Ambulatorio	:	8
Hospitalización	:	2
Administración	:	1
Sub Total	:	11

Posee además 22 auxiliares de enfermeras , 5 Odontólogos, 5 Vacunadores, 5 promotoras de salud, no cuenta con higienista dental, posee además 3 enfermeras graduadas así :

Servicio Ambulatorio	:	1
Hospitalización	:	2

No cuenta el hospital con Ingeniero Sanitario, no cuenta con Veterinario .

Cuenta con 1 supervisor y 6 promotores de saneamiento .

- El Hospital Mental, el servicio que presta se dirige a las areas de : Atención Médica, Hospitalaria y Ambulatoria .

El nivel de atención que presta es hopitalaria.

Desde el punto de vista de financiación es dependiente del Ministerio de Salud y su especialidad es la Psiquiatría .

Cuenta actualmente condiversos turnos médicos así :

Servicio Ambulatorio	:	4
Hospitalización	:	5
Administración	:	1
Para un total de	:	10

Prestan sus servicios 30 auxiliares de enfermeras, 1 Odontólogo, no cuenta con Higienista dental .

Tiene 4 enfermeras graduadas así :

Servicio Ambulatorio : 1

Hospitalización : 3

Al Hospital le falta prestar servicios de : Promotoras de Salud, Ingeniero Sanitario, Veterinario, Supervisor y Promotor de Saneamiento.

El Hospital Psiquiatrico, Organismo que presta servicios de atención médica, hospitalaria y ambulatoria con un nivel de atención hospitalaria depende financieramente del Ministerio de Salud y su especialidad es la Psiquiatría .

Tiene diversos turnos de médicos así :

Hospitalización : 2.

Cuenta con 15 auxiliares de enfermeras, no cuenta conodontólogos, con higienista dental, promotoras de saneamiento, ni con veterinario. Posee además con 3 enfermeras graduadas así :

Ubicadas en Hospitalización .

- El Hospital Nazareth presta servicios médicos hospitalario y ambulatorio . Su especialidad es general y depende del Ministerio de Salud .

Prestan los médicos sus servicios con diferentes turnos así :

Servicios Ambulatorios	30
Administración	1
Subtotal	31

Posee 29 auxiliares de enfermería , 7 odontólogos, 2 auxiliares de odontólogos, 57 promotoras de salud .

Presta sus servicios una licenciada o enfermera graduada ubicada en servicios ambulatorios .

También cuenta con 1 veterinario, 1 supervisor, 17 vacunadores y 20 promotoras de saneamiento.

- Hospital Metropolitano, sus servicios están dirigidos a la atención médica exclusivamente hospitalaria, su financiación es privada .

Su especialidad es general, cuenta con 95 auxiliares de enfermería .

-Hospital Pediátrico , atiende a la niñez de la ciudad brindandoles una atención médica hospitalaria y ambulatoria .

Depende financieramente del Ministerio de Salud, prestan sus servicios 28 enfermeras .

Clinicas :

La clase de servicios que presta se dirige a las areas de atención médica exclusivamente hospitalaria. Financieramente dependen de personas de caracter privado.

Estas insituciones las observamos en el listado siguiente :

- Clínica de los Organos de los Sentidos .
- Clínica del Instituto de Seguros Sociales
- Clínica del Socorro
- Clínica Santa Leona
- Clínica Santa Rita

- Clinica Santa Mónica
- Clínica la Piedad
- Clínica Maternidad Cristo Rey
- Clínica Nueva Granada
- Clínica del Atlántico
- Clínica del Norte
- Clínica la Asunción
- Clínica del Prado
- Clínica del Caribe
- Clínica del Terminal
- Clínica Bautista
- Clínica de Especialistas
- Clínica de Fracturas
- Clínica Boston
- Clínica Cepeda

Ver anexo.

Consultorios :

Estas entidades prestan sus servicios dirigidos a la atención médica exclusivamente ambulatoria. Ubicados en los diferentes sectores sociales .

- Consultorio Damas Santa Isabel

- Consultorio San Ramón Nonato.
- Consultorio Base Naval Via 40
- Consultorio Caja Municipal
- Consultorio Caja Nacional
- Caja Departamental
- Consultorio Cruz Roja
- Consultorio Batallón Nariño Via 40
- Consultorio Vía Respiratoria
- Consultorio Dermatológico .

Ver anexo .

Centros de Salud :

Dichas instituciones responden a la prestación de servicios exclusivamente ambulatorio.

- Centro de Salud Francisco de Paula
- Centro de Salud La Paz
- Centro de Salud las Nieves
- Centro de Salud Julio Montes
- Centro de Salud La Magdalena
- Centro de Salud Enfermedades transmisibles
- Centro de Salud Asilo de San Antonio

- Centro de Salud Nazareth
- Centro de Salud Santuario
- Centro de Salud Simón Bolivar
- Centro de Salud Las Flores
- Centro de Salud Las Américas
- Centro de Salud San Felipe
- Centro de Salud Carrizal
- Centro de Salud Rebolo
- Centro de Salud Santo Domingo
- Centro de Salud San Pedro Claver
- Centro de Salud La Manga
- Centro de Salud El Bosque
- Centro de Salud La Alboraya
- Centro D.A. del Cáncer
- Centro de Salud Lipaya
- Centro de Salud Buenos Aires

Ver anexos .

Unidad Programática :

Es aquella que implica reclusión del paciente - para hospitalización en un tiempo determinado y servicios ambulatorios .

- Unidad Programática Norte
- Unidad Programática Central

Ver anexo .

Dispensarios y Cajas Departamentales :

Prestan su servicio a pacientes externos, sin - utilizar camas hospitalarias, es decir, exclusivamente ambulatoria.

- Dispensario San Ignacio de Loyola
- Caja Departamental de Beneficencia.

Ver anexo

Una vez clasificada las entidades hospitalarias y el personal humano que presta servicio en ella, analicemos las causas de egresos hospitalarios más frecuentes .

El año de 1977 se presentaron en las instituciones del Estado, un total de 19.223 egresos hospitalarios, siendo principalmente los siguientes:

Partos sin mención de complicaciones con una

tasa de 9.77% por mil habitantes siguiendole en orden de importancia enteritis y otras enfermedades diarreicas con una tasa de 2.44 por mil hábitantes, le siguen en su orden abortos, hemorragias del embarazo y del parto .

Si tenemos en cuenta los grupos de edad y los cruzamos con egresos de los hospitales observamos que " para los grupos de menos de un año y de 1-4 años la enteritis y otras enfermedades diarreicas " (19) . En otros dos grupos las principales causas son epidémicas .

En general, podemos decir que las principales causas de morbilidad general por egreso hospitalario son parte sin mensión de complicaciones e inherentes, enfermedades diarreicas y amibiasis y helmintasis .

Morbilidad y Montalidad en Barranquilla :

En el grupo de menores de 1 año las causas de -

morbilidad se pueden orientar en torno a dos grupos :

1. Enfermedades de carácter infeccioso de origen hídrico y respiratorio .
2. Enfermedades relacionadas con la atención al parto .

El fuerte acento que se observa con respecto a las enfermedades infeccionas tienen que ver con el bajo nivel de vida de la gente y los precarios servicios públicos, dentro de los indicadores de estos elementos tenemos :

- Baja cobertura
- Deficiente calidad de agua suministrada a la población .
- Tipo de vivienda
- Nivel de Ingresos
- Nivel de atención médica .

A su vez la morbilidad se convierte en mortalidad .

En general las condiciones de vida, los inviernos inclementes y las epidemias ponen a prueba a los servicios de salud de la ciudad que no soportan los riesgos .

El grupo de 15 a 14 años existen otras causas de morbilidad como obstrucción intestinal, fracturas de miembros laceraciones y heridas , apendicitis, etc.

Mortalidad y su Extructura :

Contamos con datos del año de 1976, de acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), referidos al área Metropolitana de Barranquilla .

Según esto, en la ciudad se presentaron 4.938 defunciones, de ese total, se le atribuyen a - Barranquilla 4.581 que configuran una proporción de 6.2 por cada mil habitantes. De acuerdo a estos guarismos la distribución por grupos de edad son como sigue :

El 20.9% corresponden al grupo de menos de un año .

El 8.6% corresponden al grupo de 1 a 4 años

El 2.9% corresponden al grupo de 5 a 14 años

El 9.4% corresponden al grupo de 25 a 44 años

El 16.3% corresponden al grupo de 45 a 64 años

El 37.0% corresponden al grupo de 65 y más años.

Se puede observar que la mayor cuota de defunciones se presenta entre los menores de un año y el grupo de 65 años y más constituyendo globalmente un 57.9%.

Se observa sin embargo una tendencia a la reducción de la mortalidad infantil entre 1973 y 1976 que se comporta según datos del DANE de la siguiente manera :

CUADRO Nr. 8

DEFUNCIONES EN BARRANQUILLA 1973-1976

AÑOS	DEFUNCIONES	TASA X 100
1973	6.393	9.7
1974	4.657	6.8
1975	4.661	6.6
1976	4.581	6.2

Fuente DANE.

CUADRO Nr. 9

INSTITUCIONES Y CAMAS HOSPITALARIAS EN BARRANQUILLA SEGUN FINANCIACION

FINANCIACION	INSTITUCIONES		CAMAS	
	No.	%	No.	%
Oficial y Mixta	6	17.1	746	43.5%
I. S. S.	3	8.6	366	21.4
Terminal	1	2.9	60	31.6
Privadas	25	71.4	541	3.5
Total	35	100.0	713	100.0

De acuerdo al cuadro expuesto , la proporción del peso ejercido por las instituciones es el siguiente :

El 71.4% de las instituciones hospitalarias son del sector privado, lo que de hecho constituye un problema grave de acuerdo a las - deficiencias estatales en este puesto que sólo aportan el 17.1% del total de instituciones .

En cuanto al número de camas la proporcón establecida es la siguiente : 31.6% de las camas pertenecen al sector privado y al - sector oficial y mixto representan el 43.5%

De acuerdo a los datos del DANE, el número de camas por cada mil habitantes es de 1.99, lo que representa un déficit protuberante en una ciudad de las proporciones de Barranquilla .

4.3. PLAN DE INTEGRACION NACIONAL SECTOR SEGURIDAD SOCIAL

El area de la Seguridad social tiene que ver con la participación de servicios a la fuerza de trabajo y con tribuye a la reproducción de ésta . Ha sido básicamente resultado de una conquista laboral en el documento del Plan de Integración Nacional se consigna " La Política de trabajo y Seguridad Social es preza clave de la estrategia del desarrollo y esta relación con todas las otras políticas que dentro del PIN se han, diseñado para consolidar la estructura económica y social del país y para lograr un aumento del Bienestar general y un crecimiento rápido y autosostenido del producto y del empleo " (20) .

No obstante que los objetivos de la Seguridad Social involucra los aspectos laborales, principalmente en el campo económico, desplazamos nuestra atención a las políticas e instituciones generales del sector trabajo.

En el documento señalado el gobierno del período 1978-

1982 afirma se " dará prioridad a la ejecución rápida e integral de las reformas del ISS, contenidas en el - decreto 1650 de 1977 " (21), sin embargo, a renglón - seguido, se consigna el espíritu de la reforma que no es otro que " desarrollar prioritariamente proyectos - de alta rentabilidad económica y social y se introducirá la posibilidad de introducir el cobro de tarifas con el objeto de racionalizar la demanda por los servicios"(22).

Estas contendentes afirmaciones inspiradas en lo más ortodoxo de la escuela de Chicago , introduce la línea de desplazar al Usuario el pago de los servicios para eludir los subsidios por parte del Estado , se llegan a plantear restricciones presupuestales que disminuyen los aportes gubernamentales al Frente Social y se advierte " en el corto plazo será prácticamente imposible aumentar sustancialmente la cobertura de los servicios de salud del ISS" puesto que " se considera conveniente que las cajas de Compensación asuman una myor responsabilidad en la prestación de servicios " lo que en otras palabras , significa desentenderse de servicios que anteriormente eran de responsabilidad - compartida puesto que se tratan de esfuerzos mixtos .

Dentro de las políticas de Seguridad Social se inscribe la política de atención al menor .

La atención al menor desprotegido total o parcialmente se agencian por intermedio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que se apoya a su vez en los programas del Plan de Alimentación y Nutrición, Desarrollo Rural e Integrado e IPC y en el Sistema de Cajas de Compensación Familiar .

Se enuncian 4 frentes o zonas prioritarias :

1. Atención Integral al preescolar que se apoya en 3 modalidades :
   a. Hogar Familiar
   b. Hogar Vecinal
   c. Hogar Comunitario

2. Protección al menor dirigidos a niños con problemas físicos o Psiquicos .

3. Educación familiar y participación comunitaria a través de asociaciones de Padres de Familia.

4. Adecuación de la legislación Laboral a los requerimientos del menor trabajador .

CUADRO Nr. 10

RECURSOS DE LA POLITICA NACIONAL DE ATENCION AL MENOR

Años	Ministerio Salud	Ministerio Educación	PAN-DRI	Recursos Propios I.C.B.F.	Crédito Externo Min. Educación	Total
1980	283.9	2.320.8	304.8	2.762.4	362.7	6.034.6
1981	407.6	2.831.3	411.5	3.377.5	391.3	7.419.2
1982	503.1	3.454.3	534.9	4.126.7	293.4	8.912.4
Total	1194.6	8.606.4	1251.2	10.266.6	1047.4	22.366.1

4.4. Plan de Integración Nacional Sector Vivienda

Procedemos en el siguiente tema a establecer un estimativo del estado de la vivienda en la ciudad de Barranquilla mediante la confrontación de las necesidades presentadas con la solución que el Estado ha otorgado a estos aspectos .

Es un hecho ampliamente conocido que Barranquilla es uno de los centros urbanos que presenta un déficit de vivienda más protuberante y ostensible. Es así como ha recibido a lo largo de toda la historia, flujos pa - blacionales procedentes del exterior y del interior del país, al punto que sus estrategias de planificación no alcanzan a cubrir las necesidades reales del personal advenedizo. Diversos sucesos de índole política que han tenido ocurrencia en el país, se vinculan a los co piosos flujos de personas a la ciudad.

Las entidades encargadas de intervenir en el área de la vivienda en Barranquilla, son de índole oficial y/o

es así como se puede mencionar al I.C.T. (Instituto de Crédito Territorial) y el Banco Central Hipotecario. Recae nuestra atención en la primera de las instituciones mencionadas, por cuanto la segunda se ocupa más del aspecto financiero que del social.

No nos referimos en el presente tema a todas las ejecutorias del Instituto de Crédito Territorial a lo largo de su historia desde su ingreso a la ciudad, sino a su discurrir actual o reciente.

Al Instituto de Crédito Territorial, ha correspondido enfrentar las diversidades de problemas vinculados con la edificación ilegal de la ciudad.

Del estudio realizado por la Trabajadora Social Bersaida Arrieta referidas a la crisis de vivienda en Barranquilla tomamos las siguientes expresiones :

"En síntesis, podemos decir que en 1.949 y 1.960, el Instituto de Crédito Territorial provee un total de 3.347 soluciones de vivienda, básicamente dirigida a los sectores medios y altos de la sociedad (según clasificación

del DANE), cifra que se duplica en la década siguiente 1.961-1.969 con 6.141 viviendas construídas. Esta progresión se incrementa apreciablemente en la década de 1.970-1.979, cuando el total de vivienda alcanzó la cifra inusitada dd 25.050 edificaciones entre unifamiliares!. (23).

Dentro de los últimos datos se incluye a la Ciudadela Veinte de Julio, plan masivo de vivienda popular en el sector sur-oriental. La labor del Instituto de Crédito Territorial en la ciudad podría calificarse como eficiente por las cifras mencionadas, sin embargo, coincidimos con las Trabajadoras Sociales mencionadas cuando dicen :

"Si comparamos la suma global de vivienda del Instituto de Crédito Territorial con las cifras del DANE para los barrios clasificados como bajos, excluyendo incluso las nuevas invasiones de la ciudad como Ralengo, Metropolitanos, Las Malvinas, Por Fín, Barrio Plático, etc." que alcanzan el monto de 45.626 viviendas computadas se puede afirmar parcialmente que las instituciones de vivienda oficial sólo construyen para personas

de sectores medios y bajos, debiendo proveerse los sectores medios y medios bajos de soluciones espontáneas e informales". 21.

Por tanto, consideramos que no hay contundencia de la labor de entidades oficiales que son las que tienen que ver con ese medio de consumo colectivo indispensable para la reproducción.

Con el tránsito al gobierno actual existe una tendencia al abandono de estrategias anteriores y se propende por soluciones sin cuota inicial como bandera gubernamental , se plantea una irrigación presupuestal que permita superar la indigencia de asignaciones en el período anterior.

4.5 Plan de Integración Nacional Sector Recreación

En el campo de la recreación, la ciudad de Barranquilla presenta un panorama comprometedor para sus habitantes.

Es así como en la ciudad, el deterioro progresivo se hace más crítico ambiental y físicamente, aún se podría decir que socio-culturalmente al comparar la creciente deficiencia en la relación habitantes-áreas libres recreativas, cuando el crecimiento poblacional es acelerado y él y las respuestas de áreas libres no existen.

Ahora bien, para poder diagnosticar el estado de cosas que ocurren en ambiente de la vida ciudadana, se hace necesario determinar los factores que más notoriamente inciden en la concepción del problema :

1. Urbanizaciones residenciales que dentro del porcentaje exigido de áreas verdes han cedido terrenos no aprovechables, por su topografía, características del suelo, etc.

2. Utilización de las áreas recreativas para otros fines, aún por parte del Estado.

3. La invasión de terrenos destinados para parques por parte de los Colonos.

4. La no correspondencia en el aumento de la población con el aumento de las zonas verdes.

5. La comparación de los índices existentes de metros cuadrados área recreativos por habitantes, con los standars que se consideran aceptables en nuestro medio.

Es así, como existen varios casos concretos, en que los Urbanizadores, con la complacencia de la Oficina de Planeación Municipal, han destinado para parques verdaderos abismos o terrenos sin ninguna adecuación; es muy común en la ciudad de Barranquilla, ver como parques o terrenos destinados para ese fin, son utilizados para otros fines o invadidos por colonos para levantar sus viviendas. Es así como se comprende, que a medida que aumenta la población es menor la correspondencia de los metros cuadrados por persona.

4.4.5.1 Sistema Recreacional

Como en todas las ciudades Colombianas, el aspecto recreacional especialmente en lo

que se refiere a parques y zonas deportivas es promocionado por el sector privado y oficial.

Dentro del sector oficial tienen ingerencia en el sistema recreativo organismos, como: Coldeportes, Empresas Públicas Municipales, la Corporación Nacional de Turismo, la Beneficencia del Atlántico y el FESORD.

Cada una de estas entidades tienen dentro de sus funciones o desempeño actividades, un renglón destinado ya sea a la implementación física, mantenimiento, vigilancia, organización de los espacios para parques o escenarios deportivos, sin embargo, estas entidades actúan descordinadamente, sin que existan programas de desarrollo unificados que permitan un mejor equipamiento recreativo para la ciudad.

El sector privado a través de instituciones

cívicas o gremiales y algunas grandes empresas impulsan programas casi siempre positivos que mal o bien tapan un poco el vacío que el sector oficial va dejando en este campo, pero que no disculpan la desidia oficial.

Bajo este aspecto se analiza la distribución espacial de los parques y escenarios deportivos dentro de la ciudad.

C U A D R O No. 1 1

INVENTARIO DE PARQUES POR DISTRITO

DISTRITO	PARQUES Y ESCENARIOS DEPORTIVOS	PORCENTAJE
Central	6	8 %
Norte	39	55 %
Occidental	1 2	17 %
Sur	1 1	15 %
Oriental	3	5 %
T O T A L	71	100

El anterior cuadro nos muestra como la mayor parte de los parques y escenarios deportivos de la ciudad de Barranquilla, se encuentran localizados en la parte norte, lo representa una concentración del 55 %, con existencia de 39 parques, de los cuales 4 son escenarios deportivos; siguiéndole el distrito occidental, con un 17 % que está conformado por 12 parques; el distrito sur, tiene 11 parques para un 15 %, el oriental, posee 3 parques para un 5 %.

El distrito central, que viene a ser el distrito comercial o principal centro de actividades de la ciudad, sólo existen 6 parques o sea un 8 % del total.

Resumiendo, se puede predicar que el desequilibrio entre los diferentes distritos en cuanto al equipamiento de parques se refiere, es altamente notorio, se puede precisar un alto déficit de áreas de parques en la ciudad aproximadamente de 584 hectáreas, o lo que es lo mismo la cobertura existente en términos de áreas de parques-habitantes es apenas de un 11 %.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colombia Plan de Integración Nacional , 1979 - 1982, Bogotá Departamento Nacional de Planeación, 1.980, 221 p. Tomo I

2. Idem 221p.

3. Idem 222p.

4. Idem 222p.

5 Idem 223p.

6. Idem 223p

7. Idem 223p.

8 Idem 224p

9. Idem 225p.

10. Idem 225p.

11. Idem 225p.

12. Idem 225p.

13 Idem 215p.

14 idem 215p.

15 Idem 216p.

16 Idem 216 p.

17 Idem 217p.

18 Idem 218p.

19. Asociación de Dptos. de la Costa Plan Integral de Desarrollo de Barranquilla y su area metropolitana, Tomo I 262p.

20. Colombia Plan Integración Nacional 1979-1982, Bogotá, Dpto. Nacional de Planeación .

21. Idem 204p.

22. Idem 202p.

23. ARRIETA Viero, Bersaida et al Posición del Trabajador Social ante la crsis de la vivienda en Barranquilla . Estudio de la Urbanización el Pueblo, Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolivar.

5. DESCRIPCION Y ANALISIS CRITICO DE LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS RUBROS DEL FRENTE SOCIAL

El plan de integración Nacional, debe examinarse en el marco de la política social y ésta se concibe como un canal repro ductor de las relaciones sociales. Esta lógica, también se impone en las estrategias de Bienestar Social que son expre sión de una condensación de relaciones de clase que se da a menudo en forma contradictoria.

Carlos M. Vilas, sostiene sin embargo, que el Estado le com pete una función mediadora "Como conjunto global de prácticas que preservan y reproducen la dominación de clases en una for mación social". Según el autor aludido "Las demandas popula res que eventualmente cristalizan en políticas del Estado ex presan la lucha por la determinación del valor de la fuerza de trabajo... demandas por compatibilizar el nivel de los sa larios con la productivadad del trabajo, el desarrollo y la extensión de la seguridad social".[1] Separándonos un tanto de las expresiones de Vilas, nosotras consideramos que, si bien la política social, como hecho histórico lleva sobre sí un acervo de luchas de las masas trabajadoras, también res ponde a las necesidades específicas del capital y a las que

tienen que ver con su reproducción ampliada y con la maximización de la tasa de ganancia. Por tanto, los medios de consumo colectivo administrados por el Estado, no sólo responden a las demandas sociales, sino a necesidades de la extorsión, de plusvalía. Estas necesidades enunciadas por nosotras tienen una mayor crudeza que las señaladas por Vilas, quepodrían desprenderse de las leyes propias del capitalismo que a juicio de Marx son tendencias que se imponen con férrea necesidad. La calificación de la fuerza de trabajo, vivienda, subsidios y precios políticos tienen que ver más con el mantenimiento del Estado que con los imperativos de la Economía.

De todas formas coincidimos con Vilas en el hecho de que "unas y otras políticas se nutren de recursos económicos que surgen del excedente social generado previamente y más aún en el hecho de que el trabajo social articulado estrechamente a las incidencias del desarrollo de la política social, "Se encuentra aprisionado por las contradicciones que emanan de la dialéctica dela sociedad"[2].

Reconociendo un valor enunciativo importante en lo señalado por Vilas, en el sentido que el trabajo social entre otras disciplinas se halla vínculado muy estrechamente a la reproducción de la sociedad bajo la forma de ideología "tecnocráticas o antipolíticistas", sin embargo, hay que reconocer que de sus aseveraciones críticas respecto a la disciplina, propias de la época de la reconceptualización, no se han desprendido cambiios significativos en la orientación y en la prác

tica en la misma. Por tal razón, el examen del discutir del Trabajo Social en la Formación Social Colombiana y concretamente su actuación en las áreas de asistencia social en Barranquilla supone adscrib irse ya sea a la respuesta, a las demandas populares y por tanto, anticipar movilización y reivindicación de ésta o también como instrumento control de conflictos y disturbios políticos, para el mantenimiento de clases, en ambos casos se presentan contradicciones "entre las convicciones Políticas del Trabajador Social y el aherrolamiento estructural de su práctica profesional", por tanto,en elmarco Institucional, que es el que examinamos, el Trabajador Social deberá restringirse a seguir los lineamientos oficiales o a lo sumo aprovechar los pequeños espacios que ofrezca la práctica de la profesión para ubicarse en la orilla o puesta al mantenimiento del orden estatal, de todas formas , asumimos con Carlos M. Vilas, que "en uno y otro caso, la superación de estas contradicciones no puede provenir del interior mismo de la práctica del Trabajo Social, sino en la dinámica de su articulación de su formación, y de su práctica en procesos concretos de reproducción de sociedades"[3]

TRABAJO SOCIAL EN EDUCACION

Una de las deficiencias más protuberantes que se presentan en el sector Educación, es la falta de provisión de cargos de Trabajo Social. Existe un déficit de profesionales especializados en el área educativa que se manifiesta en la ausen

sencia de estos en áreas de intervención. El Trabajador Social debe actuar en el terreno de la orientación profesional puesto que se require armonizar el proceso educativo y brindar las condiciones para la potimización del rendimiento estudiantil. Con base a lo anterior, el Trabajador Social, debe implementar en la Escuela el dispositivo teórico indispensable que víncule a los procesos de aprendizaje, según María Rubiela de Torres "la orientación profesional es un proceso que se inicia con las primeras inclinaciones de escolar,cuando él llega al estadio de las relaciones formales o abstractas o al llamado por Piaget, el período de las operaciones formales que se inicia a partir de la primera decada de la vida del educando cuando se dá la particularización del conocimiento, para continuar posteriormente en la especialización"[4]

Se comprende entonces que la orientación profesional es una de las fases suceptibles de realización por parte del Trabajador Social que debe insistir en ivestigar las condiciones o interrumpe el proceso de parendizaje. Con una labor externa a la labor pedagógica el Trabajador Social debe proyectar su acción colateralmente en la organización de los prerrequisitos del rendimiento educativo es decir, en la provisión del Bienestar estudiantil del plantel educativo. Un programa de Binestar estudiantil, ha de sustentarse en un conocimiento eficiente por parte del Trabajador Social de la realidad que interviene por tal razón, debe indagar los aspectos socio- económicos y socio-familiares de los estudiantes para estable

cer sus potencialidades y conocer sus demandas más importantes, realizando un balance de la situación del personal docente en las áreas pertinentes. Conviene resaltar que Ezequiel Ander Egg, define a grandes rasgos el campo de acción del trabajador Social en el ámbito educativo: "Consiste en establecer y fortalecer las relaciones entre la escuela y los padres y para integrar a la escuela, a los niños que tienen dificultades de adaptación a la vida escolar"[5]. En este sentido el Trabajador Social debe intervenir para enfrentar el fenómeno de la deserción escolar y propender por el mayor rendimiento del estudiante en la escuela. Es sin embargo, muy restríngida la presencia del Trabajador Social en los niveles primarios de escolaridad en nuestro medio, donde son inexistentes los ervicios del profesional al menos en lo que se refiere al sector oficial. Por lo que hace a los plantesles secundarios existe una cuota exigua de profesionales en la región. Citando nuevamente a Ander Egg estamos en condiciones de afirmar que: "El Trabajador Social escolar contribuye también a la formación y desarrollo de las actividades de las asociaciones de padres de familia, maestros y vecinos,vitaliza los objetivos educativos y recreativos de los alumnos,etc.

Históricamente la ingerencia del Trabajador Social en las instituciones educativas en Colombia se víncula a la provisión de servicios de becas administradas por los servicios de Bienestar Estudiantil, ha sido tradicional la participación del Trabajador social "en la organización de comedores y residencias estudiantiles, otorgamientos de becas y atención de la

salud de los estudiantes. Independientemente de su trabajo intramural el Trabajador Social debe particpar en la investigación de problemas comunitarios susceptibles de análisis y actualización.

TRABAJO SOCIAL EN SALUD

Primero hemos de partir de la consideración de que la salud es "una inversión tanto en desarrollo económico como en progreso social". OLGA AMPARO SANCHEZ, distingue las siguientes características de la política de salud hasta este momento:

Enfásis en la ampliación de cobertura. Distinción de grupos prioritarios a quienes va dirigida ésta política grupo materno infantil y población trabajadora. Enfásis en la denominada población que ha sido considerada objeto de Trabajo Social Hay que destacar, sin embargo, que en el examen de las políticas de salud se expresan imperativos de Racionalidad económica, unido a una necesidad de racionalidad política, asímismo, existe una necesidad de eficiencia específica en tanto la Salud es considerada un derecho. El Trabajo Social en Salud,se constituye en un elemento de apoyo para los programas gubernamentales que se pueden sintetizar así:

a) Se resalta su participación en la "Organización y participación de la comunidad en los programas y actividades del Plan Nacional de Salud" .

b)"Contribuye a mejorar la atención de la población usuaria... con enfásis en los grupos maternos infantiles y laboral"o sea para los grupos prioritarios.

c)"Contribuye a la coordinación intersectorial con otros programas (DRI

PAN,etc.) en orden a ampliar la cobertura de los servicios de salud y e vitar duplicaciones en la prestación de los mismos".

d) "Determina la capacidad de la población para aportar económicamente al sector salud" según sus ingresos.

Sostiene la T.S. OLGA AMPARO SANCHEZ, que los equipos de sa lud (médicos, odontologos, enfermeros auxiliares) a nivel de la comunidad, tienen dos tareas, una de carácter técnico mé dico y otra predominantemente social. El Trabajo Social coad yuva a lograr mayor eficiencia del sector salud, no hay que desconocer el hecho señalado en el primer seminario latino americano sobre la salud de los trabajadores, en el que se plantea que las Instituciones de seguridad social del estado (ISS y CAJAS DE PREVISION) que reciben cuantiosos aportes de los trabajadores para velar por su salud. Se limitan a ac tuar sobre la enfermedad pero no hacen nada para prevenirla, es decir, todo se reduce a practicar medicina curativa, al mínimo costo orientada a reintegrar al trabajador al proce so productivo en el menor tiempo posible. La estructura de salud en el Dpto.del Atlántico contempla servicios de trabajo social y cumple las tendencias básicas señaladas en elespacio precedente.

TRABAJO SOCIAL EN RECREACION

Enfoca la situación desde el punto de vista de la integración Individuo-grupo y ambiciona una cobertura mayor dentro de una perspectiva de recreación colectiva. Respecto al estado de nuestra disciplina, en un documento de Trabajo Social elabo

rado por Coldeportes de Antioquia, se consigna la siguiente postura teórica: "Es importante que el Trabajador Social por medio de programas recreativos pueda contribuir significativamente en el enriquecimiento de la personalidad descubriendo los aspectos que el individuo tiene oportunidad de desarrollar ayudándole luego a perfeccionar esa capacidad necesaria para una actuación superior" [6]. Esta formulación de los colegas Antioqueños tiene una visión individualista y competitiva del deporte conllevándolos a la necesidad de ser aceptados en el grupo hasta llegar a la forzosa obligación de ser adaptado al grupo.

Esta posición teórica, no esconde su esencia funcionalista, sin embargo, la recreación asume distintas formas determinadas culturalmente, sin separarnos de considerar que estos valores son los del Capitalismo comercial y de la sociedad de consumo. Ahora bien, refiriéndonos al espacio en el que habrá de moverse el Trabajador Social, nosotras concebimos que puede hacerlo tanto en un marco Institucional como extrainstitucional, logrando proponer e implantar facilidades de expresión recreativa, espontánea sin excesiva normatividad. En este tipo de Instituciones, "el Trabajador social interviene en la administración y Planeación" ya sea de carácter pública o privada, oficial o gremial sin desechar el proceso metodológico de caso, grupo y comunidad. En el campo general de la Administración y Planeación, el Trabajador Social ejecuta las siguientes funciones:

- Investiga las necesidades recreacionales de la comunidad, el grado de

satisfacción de las demandas recreativas y plantea nuevas alternativas de recreación, bienestar y libertad.

- Planea la prestación de servicios con base en programas y actividades concretas derivadas de las demandas de los usuarios.
- El Trabajador Social en estos momentos deplanificación requiere empren der "el análisis, evaluación y selección de los recursos adecuados para las actividades recreativas".
- Programar de acuerdo a las políticas trazadas en los planes maestros y la implementación de los recursos humanos, materiales y físicos en una dimensión temporal y específica.
- Para nuestro caso una buena programación require de instituciones de re creación colectivas administradas por el Estado que disponga de espacios y zonas verdes para la libre ejecución de actividades, para satisfacer las necesidades del grupo y la comunidad.
- Planifica las actividades recreativas que se han de ejecutar, dotándo se de los elementos metodológicos para alcanzar los fines propuestos.
- Supervisa con el propósito de adelantar las prácticas fundamentales que le competen a dirección, educación y desarrollo del personal que di rige las actividades recreativas, cuidando de generar un personal califi cado para el ramo.
- Evalua los programas diversos para reformar los objetivos y las metas propuestos en el programa propio.
- Motiva para proporcionar el interés hacía determinado ámbito de activi dades o núcleos de interés.

TRABAJO SOCIAL EN VIVIENDA

El campo de acción del Trabajador Social en el área de la vi

vienda se define en torno a las características de víncula ción del profesional ni los destinatarios del servicio. En gran medida su actuación va a estar condicionada por los li neamientos de política general trazados desde arriba por la institución y que responden a la filosofía general que sonex presión de planes de desarrollo. Sabemos que los procesos cre cientes de urbanización, ligados a la industrialización en América Latina, ha exigido la intervención del Estado en los procesos de distribución de medios de consumo entre los que se destaca la vivienda.

Siguiendo a Borís tenemos que entender que "las premi sas históricas delo que hoy se denomina política social que son las mismas del Trabajo Social, estudiar la evolución su pone estudiar la evolución de la otra. El Trabajador Social se adscribe al trabajo en diferentes proyectos señalados por Ander Egg, así: "Proyectos de autoconstrucción (ayuda mutua o esfuerzo propio) planes de construcción de vivienda por ad ministración y, planes de mejoramiento, reparación y amplia ción de viviendas". Uno de los terrenos en los que más se debe intervenir el Trabajador Social, es en la realización de estudios socio-económicos para la selección de lasfamilias asumiendo principal pero no exclusivamente criterios finan cieros.

Adicionalmente a estas labores el Trabajador Social partici pa en medio de la comunidad en labores organizativas víncula das a la capacitación y el Bienestar.

TRABAJO SOCIAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL

En esta área tomando como base al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y al Instituto de Seguros Sociales. La intervención del Trabajador Social ha estado presente tanto a nivel de la Planeación y Asesoría de Programas, como de la ejecución de los mismos. Por ésta razón, reivindicamos el compromiso profesional de asumir la participación comunitaria, como metodología de trabajo, a nivel teórico y práctico en lo que a familia y menor se refiere, sea cual fuere la ubicación administrativa que como profesionales ocupemos.

Teniendo en cuenta el análisis, el Trabajador Social debe orientar a la comunidad a participar en la administración de los servicios en relación a sus intereses, para lo cual, el debe capacitarse para que tenga una visión amplia que vaya de la política de la administración y de allí a la comunidad teniendo en cuenta, el engranaje familiar y social de la gente y a través de una educación popular robustecer el núcleo familiar, elevar los valores morales del hogar para así extinguir los problemas sociales.

Como funciones especfícas asignadas a Trabajo Social a nivel de la Seguridad Social vamos a conocerlas:

- Realizar a adoptar a su región los contenidos de educación social elaborados por la sede regional.
- Asesorar a los centros zonales y locales en la implementación de diferentes modalidades de atención integral al menor.

- Participar en el estudio de los factores condicionantes de los problemas sociales que puedan ser susecptibles de modificaciones por acciones educativas.
- Estudiar los diferentes mecanismos para vínculación de personal voluntario a los programas de servicio que desarrolla la regional.
- Asesorar a los centros zonales en la implementación de las normas técnicas que deben cumplir las instituciones del sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- Controlar en coordinación con la sección administrativa y financiera los aportes otrogados y los cupos contratados en las instituciones.
- Participar en los estudios tendientes a otrogar licencia de funcionamiento a las instituciones del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

CITAS

1. VILAS, Carlos. Política Social; Trabajo Social y la cuestión del Estado IN acción crítica No.6. Diciembre de 1979, 6 - 13 pp.

2. SALAZAR, María Cristina. Fracasos de las políticas de Bienestar familiar; el ICBF y la asistencia legal. In Trabajo Social publicaciones especializadas en el estu dio de procesos y políticas sociales. Bogotá, D.E. Co lombia, julio - septiembre, 1982. 24 pp.

3. SANCHEZ, Olga Amparo, et al. Política de Salud y Traba jo Social IN Trabajo Social No. 16. Julio - Septiem bre de 1982. 35 - 41 pp.

4. ANDER EGG Ezequiel. El Trabajo Social como acción libe radora. Edit. Ecro, Buenos Aires,1976. 25. pp.

5. INSTITUTO COLOMBIANO DE LA JUVENTUD Y EL DEPORTE (COLDEPORTES) Seccional de Antioquia. s.p.i.

6. Ibid.

CONCLUSIONES

Culminamos hoy un arduo trabajo que ha pretendido hacer un balance parcial de los servicios asistenciales y de Bienestar Social en la ciudad de Barranquilla, una vez finalizado estamos en condiciones de concluír .

1. Se ha podido apreciar la importancia de los estudios de tipo evaluativo, que son imprescindibles para la planificación y reestructuración de los servicios asistenciales de la ciudad . Barranquilla adolece de un estudio integral que permita fijar nuevas metas de desarrollo y Bienstar Social .

2. El estudio realizado por parte nuestra, ha permitido establecer y ratificar unas profundas deficiencias en lo que se refiere a los medios de consumo colectivo social, que no responden a los mismos criterios de rentabilidad y eficiencia - capitalista .

3. Es evidente que las más graves y dramáticas deficiencias se centran en las áreas de la educación y la vivienda que no alcanzan a cubrir las crecientes demandas sociales ,

Sin embargo existen areas de menor desarrollo relativo como la vivienda, la recreación , la seguridad social y la protección al menor que no satisfacen los requerimientos mínimos planteados .

4. Es notoria y preocupante el déficit de Trabajadores Sociales en los Servicios Asistenciales de Barranquilla. Fuera del área de la Salud donde se concentra un mayor número de profesionales, las demás áreas encabezadas por la - Educación y seguidas por la vivienda, la seguridad social, la protección al menor y la recreación no llenan los cupos de profesionales que mínimamente exigiría la copiosa población que atienden .

Por tal razón creemos importante :

1. Comprometer a instituciones oficiales o privadas de profesionales y equipos interdisciplinarios para emprender investigaciones exhaustivas de un balance más completo delos servicios asistenciales .

2. Las deficiencias en los medios de consumo colectivo, vinculadas a un abandono evidente del frente

social, solo pueden resolverse para el cumplimien to de niveles mínimos de eficiencia incrementando asignaciones presupuestales y desburocratizando - las entidades .

3. Es importante plantear la necesidad de descentrali- zar realmente los servicios en cuanto a manejo y disponibilidades presupuestales, lo que tambien - exige la conformación de equipos técnicos idóneos para adelantar planes y programas referidos a las realidades regionales concretas .

4. Se requiere plantear la exigencia por parte de las asociaciones de Trabajadores Sociales , de incre- mentar la presencia de la profesión en todos los - servicios asistenciales donde el accionar del pro- fesional administrador de programas de Bienestar es imprescindible.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON, Nels. Sociología de la Comunidad Urbana. México, Fondo de Cultura Económica, 1975, 619 p.

ASOCIACION DE DEPARTAMENTOS DE LA COSTA. Plan Integral de Desarrollo de Barranquilla y su área metropolitana, Tomo I y II 560 p. - 480 p.

ARRIETA VIERO, Bersaida et al, Posición del Trabajador Social ante la crisis de la vivienda en Barranquilla. Estudio de la Urbanización El Pueblo, Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, Barranquilla 1982, 81 p.

BRIONES, Guillermo. Metodología de la Investigación Evaluativa, Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias y Humanidades, Sección de Trabajo Social.

CASTILLO, Carlos. Vida Urbana y Urbanismo, Bogotá, Biblioteca Básica Colombiana, 1977, 542 p.

CERRONI, Humberto. Marx el Derecho y el Estado. Barcelona, colección Libro Tau, 1969, 134 p.

COLOMBIA PLAN DE INTEGRACION NACIONAL 1979-1982. Bogotá Departamento Nacional de Planeación, 1980, Tomo I y II 276 p - 444 p.

DATOS SOBRE EDUCACION

Número de planteles de Jurisdicción departamental que funcionan en el área de la ciudad .

En Barranquilla hay 136 escuelas. Con 57.962 alumnos, 1.772 maestros (prestando servicios en esas escuelas) .

- Datos estadísticos de la Secretaría de Educación 1.981

- Alumnos de primaria oficial 111.905

  Alumnos preescolar oficial 3.634

  Alumnos secundaria oficial 37.975

Maestros de primaria oficial 3.599

Maestros prescolar oficial 127

Establecimientos de primaria oficial 314

Establecimientos de secundaria oficial 49

Establecimientos de preescolar oficial 44

Aulas.

Primaria oficial 1.175

Secundaria oficial 562

Profesores secundaria oficial 1.843

Alumnos primaria privada	41.076
Alumnos preescolar privada	8.516
Alumnos secundaria privada	66.586
Maestros primaria privada	1.484
Maestros preescolar privada	330
Establecimientos primaria privada	226
Establecimientos preescolar privada	128
Establecimientos secundaria privada	157
Profesores secundaria privada	2.941
Aulas privadas	2.254

Asignaciones presupuestales anuales para el funcionamiento e inversión por plantel

$1.376.456.000

Presupuesto global destinado para la educación por parte del gobierno nacional .

Departamental : $85.000.oo aporte del departamento que hace el FER de sueldos y primas y asenso de categoríasalos profesode secundaria (es el aporte anual)

2. Clasificaciones del personal docente por grados

Grado A.2 Grado B.15 Grado 1. 450 Grado 2. 751

Grado 7. 1. Grado 6.3.

Grado 12	$ 40.300	Grado 11	$ 33.600
Grado 10	29.000	Grado 9	25.100
Grado 8	22.500	Grado 7	19.500
Grado 6	17.100	Grado 5	16.000
Grado 4	15.000	Grado 3	14.000
Grado 2	13.000	Grado 1	12.500

Catedráticos según el # de horas así :

Grado 01-02-03	$ 95.25
Grado 04-05	120.00
Grado 06-07-08	180.00
Grado 09-10-11	190.00
Grado 12 adelante	240.00

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN RAFAEL

Tipo	:	Hospital
Clase de servicio	:	Atención médica hospitalaria y ambulatoria
Nivel de Atención	:	Hospitalario
Financiación	:	Dependiente de minsalud
Especialidad	:	Psiquiatría
Número de Aux. Enfermeras	:	4
Número de camas	:	6

CONSULTORIO CAJA MUNICIPAL

Tipo	:	Consultorio
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	Consultorio
Financiación	:	Otras cajas
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
número de camas	:	0

HOSPITAL PEDIATRICO :

Tipo	:	Hospital
Clase de Servicio	:	Atención médica hospitalaria y ambulatoria
Nivel de A tención	:	Hospitalaria
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Pediatría
Número de Aux. Enfermeras	:	28
Número de camas	:	90

CONSULTORIO SANTA ISABEL

Tipo	:	Consultorio
Clase de Servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de Atención	:	Consultas
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
NúmeroAux. Enfermeras	:	1
Número de camas	:	0

HOSPITAL METROPOLITANO

Tipo	:	Hospital
Clase de servicios	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de Atención	:	Hospitalaria
Fuente de financiación	:	Privada
Especialidad	:	General
Número Aux. de Enfermeras	:	95
Número de camas	:	170

HOSPITAL CASA MATERNIDAD DE BARRANQUILLA

Tipo	:	Hospital
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Hospitalaria
Fuente de financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco-obstetricia
Número Aux. Enfermeras	:	26
Número de camas	:	12

HOSPITAL UNIVERSITARIO :

Tipo de Organismo	:	Hospital
Clase servicio	:	Atención Médica, Hospitalaria, Ambulatoria.
Nivel de atención	:	Hospitalaria
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Enfermeras Auxiliares	:	130
Existió Hospitalización	:	1
Número de Camas	:	161

HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA

Tipo de Organismo	:	Hospital
Clase Servicio	:	Atención Médica, Hospitalaria y Ambulatoria
Nivel de Atención	:	Hospitalaria
Fuente de Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Auxiliares de Enfermerías	:	77
Número de Camas	:	248

HOSPITAL MENTAL :

Tipo	:	Hospital
Clase de Servicio	:	Atención médica, hospitalaria y ambulatoria
Nivel de Atención	:	Hospitalaria
Fuente de Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Psiquiatría
Número de auxiliares de enfermería	:	20
Número de Camas	:	160

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PAULA

Tipo	:	Hospital
Clase de Servicio	:	Atención médica hospitalaria y ambulatoria .
Nivel de Atención	:	Hospitalaria
Fuente de Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Pediatría
# Auxiliares de Enfermería	:	36
# de camas	:	167

HOSPITAL NIÑO JESUS

Tipo	:	Hospital
Clase de servicio	:	Atención médica hospitalaria y ambulatoria .
Nivel de Atención	:	Hospitalaria
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Tuberculosis
# auxiliares de enfermeras	:	15
Número de Camas	:	60

CLINICA DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS :

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria .
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Otra especialidad
Número de Enfermeras	:	0
Número de Camas	:	0

CLINICA DE BOSTON

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria.
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco-obstreticia
Número Aux. Enfermeras	:	10
Número de camas	:	22

CLINICA CEPEDA :

Tipo	:	Clínica
Clase de servicios	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Número Aux. Enfermeras	:	10
Número de camas	:	20
Especialidad	:	Gineco obstetricia

CLINICA SEGUROS SOCIALES :

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención hospitalaria y ambulatoria .
Nivel de Atención	:	Clínica
Financiación	:	Instituto Seguros Sociales
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	61
Número de camas	:	25

CLINICA DEL SOCORRO

Tipo	:	Clínica
Clase servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de Atención	:	Clínica
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Geneco-Obstetricia
Número auxiliar de enfermeras	:	6
Número de camas	:	15

CLINICA DEL SOCORRO

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínica
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco-Obstetricia
Número Auxiliar Enfermeras	:	6
Número de Camas	:	15

CONSULTORIO BATALLON NARIÑO -VIA 40

Tipo	:	Consultorio
Clase de Servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de Atención	:	Consultorio
Fuente de Financiación	:	F.F.A.A.
Especialidad	:	General
Número Auxiliares Enfermeras	:	0
Número de Camas	:	0

CONSULTORIO SAN RAMON NONATO

Tipo	:	Consultorio
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	Consultas
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número Aux. Enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CONSULTORIO BASE NAVAL VIA 40

Tipo	:	Consultorio
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria .
Nivles de atención	:	Consultas
Financiación	:	F.F.A.A.
Especialidad	:	General
Número Aux. Enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CONSULTORIO CAJA NACIONAL

Tipo	:	Consultorio
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	Consultorio
Financiación	:	Cajanal
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CONSULTORIO CAJA DEPARTAMENTAL

Tipo	:	Consultorio
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamante ambulatorio
Nivel de atención	:	Consultorio
Especialidad	:	General
Número de camas	:	0
Número de enfermeras	:	0

CONSULTORIO CRUZ ROJA

Tipo	:	Consultorio
Clase de Servicio	:	Atención médica ambulatoria
Nivel de atención	:	Consultorio
Financiación	:	Otro oficial no directo
Especialidad	:	General
Número enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO CE SALUD FRANCISCO DE PAULA

Tipo	:	Centro
Clases de servicios	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número enfermeras	:	3
Número de camas	:	0

CONSULTORIO VIAS RESPIRATORIAS :

Tipo	:	Dispensario
Clase de Servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio .
Nivel de Atención	:	Consultorio
Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Cancerología
Número Aux. de Enfermeras	:	2
Número de camas	:	0

CONSULTORIO DERMATOLOGICO

Tipo	:	Consultorio
Clase de servicio	:	Atención médica ambulatoria
Nivel de atención	:	Consultorio
Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Dermatología
Número Aux. Enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CLINICA SANTA RITA

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de Atención	:	Hospitalaria
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco-Obstetricia
Número Aux. de Enfermeras	:	1
Número de camas	:	8

CLINICA SANTA RITA :

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de atención	:	Hospitalaria
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco Obstetricia
Número Aux. Enfermeras	:	5
Número de camas	:	12

CLINICA SANTA MONICA

Tipo	:	Clínica
Clase servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de atención	:	Hospitalaria
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco-obstetricia
Número Aux. de Enfermeras	:	6
Número de camas	:	17

CLINICA LA PIEDAD

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número Aux. de Enfermeras	:	10
Número de camas	:	42

CLINICA MATERNIDAD CRISTO REY

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínica
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Obstetricia
Número Aux. de Enfermeras	:	2
Número de camas	:	8

CLINICA NUEVA GRANADA

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco-Obstetricia
Número Aux. de Enfermeras	:	2
Número de camas	:	8

CLINICA NUEVA GRANADA

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco Obstetricia
Número Aux.de Enfermeras	:	1
Número de camas	:	4

CLINICA DEL ATLANTICO

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención exclusivamente hospitalaria .
Nivel de atención	:	Clínico
Fuente de financiación	:	Otros
Especialidad	:	Siquiatría
Número Aux. de Enfermeras	:	30
Número de camas	:	50

CLINICA DEL NORTE

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica exclusiva hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número Aux. Enfermeras	:	22
Número camas	:	56

CLINICA LA ASUNCION

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención exclusivamente hospitalaria .
Nivel de atención	:	Clínico
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	Gineco Obstetricia
Número Aux. Enfermeras	:	22
Número de camas	:	56

CLINICA DEL PRADO

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Fuente de financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número Aux. de Enfermeras	:	35
Número de camas	:	40

CLINICA DEL CARIBE

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Fuente de financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número Aux. Enfermeras	:	15
Número de camas	:	70

CLINICA DEL TERMINAL

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Fuente de financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número Aux. Enfermeras	:	26
Número de camas	:	13

CLINICA BAUTISTA

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Fuente de Financiación	:	Privado
Especialidad	:	Gneral
Número Aux. Enfermeras	:	39
Número de camas	:	60

CLINICA ESPECIALISTA

Tipo	:	Clínica
Clase de Servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Fuente de financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número auxiliares Enfermeras	:	15
Número de camas	:	28

CLINICA DE FRACTURAS

Tipo	:	Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	Clínico
Fuente de financiación	:	Otros
Especialidad	:	Ortopedia, traumatología y rehabilitación .
Número Aux. Enfermeras	:	20
Número de camas	:	87

CENTRO DE SALUD LA PAZ CENTRO SAN CAMILO

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel Atención	:	1
Financiación	:	Otros
Especialidad	:	General
Número enfermeras	:	7
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD LAS NIEVES

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Venereología
Número de enfermeras	:	2
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD LA MAGDALENA

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Tipo	:	Centro de Salud
Clase de Servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Venereología
Número de enfermeras	:	3
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD ASILO DE SAN ANTONIO

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de Atención	:	4
Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Otra especialidad
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD NAZARET

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atencón médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Núm ero de enfermeras	:	8
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD SANTUARIO

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD SIMON BOLIVAR

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD LAS FLORES

Tipo	:	Centro de Salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio.
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD LAS AMERICAS

Tipo	:	Centro de Salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD SAN FELIPE

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD CARRIZAL

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	2
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD REBOLO

Tipo	:	Centro
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel de atención	:	1
Fuente de Financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	4
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO

Tipo	-	Centro de salud
Clase de servicio	-	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel de atención	-	1
Fuente de financiación	-	Dependiente de Minsalud
Especialidad	-	General
Número de enfermeras	-	2
Número de camas	-	0

CENTRO DE SALUD SAN PEDRO CLAVER

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio.
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente del Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD LA MANGA

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel de Atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Gneral
Número de Enfermeras	:	1
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD EL BOSQUE

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatorio
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD LA ALBORAYA

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de Atención	:	1
Fuente financiera	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	3
Número de camas	:	0

CENTRO DE D.A. DEL CANCER

Tipo	:	Consultorio o Dispensario
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	4
Fuente financiera	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

CENTRO DE SALUD LIPAYA

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente hospitalaria
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	Geneneral
Número de enfermeras	:	2
Número de camas	:	0

PUESTO DE SALUD BUENOS AIRES

Tipo	:	Centro de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Fuente financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialiadad	:	General
Número de enfermeras	:	2
Número de camas	:	0

PUESTO DE SALUD BARRIO PARAISO

Tipo	:	Puesto de salud
Clase de servicio	:	Atención médica exclusivamente ambulatoria
Nivel de atención	:	1
Fuente de financiación	:	Dependiente de Minsalud
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	0
Número de camas	:	0

UNIDAD PROGRAMATICA NORTE

Tipo	:	Hospital y/o Clínica
Clase de servicio	:	Atención médica hospitalaria y ambulatoria
Nivel de atención	:	0
Fuente de financiación	:	I.C.S S.
Especialidad	:	General
Número enfermeras	:	60
Número de camas	:	36

UNIDAD PROGRAMATICA CENTRAL

Tipo	:	Hospital y/o Clinica
Clase de servicio	:	Atención médica hospitalaria y ambulatoria
Nivel de atención	:	0
Fuente de financiación	:	I.C.S.S.
Especialidad	:	General
Número de enfermeras	:	75
Número de camas	:	48

RESUMEN PLAN DE CARGOS

1981

CONSOLIDADO

REGIONAL | SECCIONAL (x)

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ATLANTICO

PROGRAMA	CATEGORIA		UNIDAD LOC. DE HOSP. UNIVERSIT.		UNIDAD LOC. DE HOSP. B/QUILLA.		UNIDAD LOC. DE HOSP. S.PCO.P.		UNIDAD LOC. DE HOSP. MENTAL.		UNIDAD LOC. DE HOSP. PSIQUIATRICA		TOTAL	
			No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS
ATENCION A LAS PERSONAS	MEDICOS	Servicios Ambulatorios	2	3150	30	40400	23	11844	4	5250	-	-	80	89041
		Hospitalizacion	-	12845	36	65436	25	8000	5	4750	2	2000	138	208641
		Administracion	2	4000	2	4000	2	1750	1	2000	-	1000	7	12750
		Sub Total	95	164000	68	109836	50	21594	10	12000	2	3000	225	300433
	ODONTOLOGOS	Servicios Ambulatorios	4	4000	2	2000	-	-	1	1000	-	-	7	7000
		Hospitalizacion									-	-	-	-
		Administracion									-	-	-	-
		Sub Total	4	4000	2	2000	-	-	1	1000	-	-	7	7000
	AUXILIAR ODONTOLOGIA SOCIAL	Servicios Ambulatorios	2	4000	1	2000	-	-	-	-	-	-	3	6000
		Administracion									-	-	-	-
		Sub Total	2	4000	1	2000	-	-	-	-	-	-	3	6000
	HIGIENISTA DENTAL	Servicios Ambulatorios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sub Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	LICENCIADAS Y ENFERMERAS GRADUADAS	Servicios Ambulatorios	4	8000	1	4000		1000	1	2000	-	-	6	15000
		Hospitalizacion	23	46000	11	18000	3	3000	3	4000	3	4000	43	75000
		Administracion	3	6000		2000		2000		2000		2000	3	14000
		Sub Total	30	60000	12	24000	3	6000	4	8000	3	6000	52	104000
	AUXILIARES Y AYUDANTES DE ENFERMERIA	Servicios Ambulatorios	52	10000	50	100000	26	51000	2	4000			130	259000
		Hospitalizacion	110	22000	145	290000	83	166000	28	56000	15	30000	381	762000
		Administracion												
		Sub Total	162	32400	195	390000	109	217000	30	60000	15	30000	511	1021000
	VACUNADORES		-	-	-	-	-	-	-	-				
	PROMOTORAS DE SALUD	Visita Domiciliaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		Sub Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ATENCION AL AMBIENTE	INGENIEROS	Atencion al Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		Administracion	1	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2000
		Sub Total	1	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2000
	VETERINARIOS	Atencion al Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		Sub Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SUPERVISORES	Atencion al Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sub Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PROMOTORES DE SANEAMIENTO	Atencion al Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sub Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
			23	41000	13	46000		[illegible]	4	[illegible]	2	4000	54	[illegible]
			62	24000	28	[illegible]		11250	2	1000			101	197251
			20	[illegible]		[illegible]	-	-	-	-			45	[illegible]
			[illegible]	16		1000	-	-	3	6000			16	32300
			40			54000	17	27000	6	12000	1	6000	103	199000
					81	162000	66	12850	36	72000	7	14000	300	596500
									1	2000			1	2000

SUB - SISTEMA DE PLANEACION

PAB - S.I.
AÑO 1981

RESUMEN PLAN DE CARGOS
1981
CONSOLIDADO

REGIONAL | SECCIONAL
x

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ATLANTICO

PROGRAMA	CATEGORIA		UNIDAD LOC. DE HOSP. NTRO JESUS		UNIDAD LOC. DE NAZARETH		UNIDAD LOC. DE STO. TOMAS		UNIDAD LOC. DE BARANDA		UNIDAD LOC. DE HOSP. SOLEDAD		TOTAL	
			No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS	No PERSONAS	HORAS PRESUPUESTADAS
ATENCION A LAS PERSONAS	MEDICOS	Servicios Ambulatorios	8	10619	30	37818	6	20300	8	13668	8	20000	60	102405
		Hospitalizacion	2	3000	-	-	3	3200	9	12715	1	2316	15	21233
		Administracion	1	2481	1	1750	1	2000	1	4177	1	2000	5	12408
		Sub Total	11	15500	31	39568	10	15500	18	30560	10	14918	80	116046
	ODONTOLOGOS	Servicios Ambulatorios	5	4750	7	5500	4	8000	6	12000	2	4000	24	34250
		Hospitalizacion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sub Total	5	4750	7	5500	4	8000	6	12000	2	4000	24	34250
	AUXILIAR ODONTOLOGIA SOCIAL	Servicios Ambulatorios	-	-	2	4000	1	2000	1	2000	1	2000	5	10000
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sub Total	-	-	2	4000	1	2000	1	2000	1	2000	5	10000
	HIGIENISTA DENTAL	Servicios Ambulatorios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sub Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	LICENCIADAS Y ENFERMERAS GRADUADAS	Servicios Ambulatorios	1	1500	1	1000	1	2000	2	3500	1	1500	5	9500
		Hospitalizacion	2	4000	-	-	2	2040	2	4000	1	1500	7	11540
		Administracion	-	500	-	1000	-	1960	1	2500		2000	1	6960
		Sub Total	3	6000	1	2000	3	6000	5	10000	2	4000	14	28000
	AUXILIARES Y AYUDANTES DE ENFERMERIA	Servicios Ambulatorios	10	20000	29	41416	9	14000	16	10619	15	16500	79	102535
		Hospitalizacion	12	18000	-	-	14	23875	26	52000	9	21548	61	115423
		Administracion	-	6000	-	16584	-	4125	-	11381	-	7952		46042
		Sub Total	22	44000	29	5800	23	42000	42	80000	24	46700	140	370000
	VACUNADORES		5	10000	17	34000	2	4000	2	4000	3	6000	29	58000
	PROMOTORAS DE SALUD	Visita Domiciliaria	5	2763	57	46775	18	14602	33	44562	11	7604	124	118726
		Administracion	-	7237	-	56673	-	19910	-	21018	-	8940	-	113778
		Sub Total	5	10000	57	103448	18	34512	33	66000	11	16544	124	232504
ATENCION AL AMBIENTE	INGENIEROS	Atencion al Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administracion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sub Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	VETERINARIOS	Atencion al Ambiente	-	-	-	-	-	-	1	2000	-	-	1	2000
		Administracion	-	-	1	2000	-	-	-	-	-	-	1	2000
		Sub Total	-	-	1	2000	-	-	1	2000	-	-	2	4000
	SUPERVISORES	Atencion al Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administracion	1	2000	1	2000	-	-	1	2000	1	2000	4	8000
		Sub Total	1	2000	1	2000	-	-	1	2000	1	2000	4	8000
	PROMOTORES DE SANEAMIENTO	Atencion al Ambiente	6	8996	20	35000	4	5471	8	12278	10	13522	48	75269
		Administracion	-	1002	-	1496	-	2529		3722		5470		19219
		Sub Total	6	12000	20	39496	4	8000	8	16000	10	18992	48	94488
OTROS SERVICIOS			2	4000	6	12000	1	2000	2	4000	2	2584	13	24584
			8	16000	4	8000	1	2000	2	4000	4	6584	19	36584
			-	-	2	4000	-	-	-	-	-	-	2	4000
ADMON.			1	2000	-	-	-	-	1	2000	-	-	2	4000
			9	18000	6	12000	5	10000	7	14000	6	12000	33	66000
			33	66000	34	68000	17	34000	28	56000	19	38000	131	262000
	Administrativos		1	2000	1	2000							2	4000

NOMBRE	Dirección	Tipo	Clase Serv.	Nivel - Atención	Fuente Financiación	Especialidad.	Meses de funcionamiento, organismo	Nr. auxiliares enfermería.	Existio	Meses funcionamiento	Nr. de camas
CS. El Socorro	Kra. 38 #58-46	1	1	0	8	04	12	6	1	12	15
CS. Las Nieves	Kra. 16 Cl. 24/25	3	2	1	1	12	12	2	0	0	0
CS. Julio Montes	Kra. 23 Cl. 26/27	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. La Magdalena	Cl. 41 Cra. 7C	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. Enfermedades transmisibles	Cl. 35 Kra. 35	3	2	4	1	12	12	3	0	0	0
CS. Asilo de San Antonio	Kra. 41#47-75	3	2	4	1	15	12	0	0	0	0
CS. Nazareth	Kra. 16#47B-05	3	2	1	1	01	12	8	0	0	0
CS. Santuario	Kra. 8G Cl. 45E	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. S. Bolivar	Cl. 24 K. 7 Esq.	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. Las Flores	Barrio L. Flores	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. Las Américas	Cl. 46A #3D-36	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. Sn Felipe	Cl. 68 Kra. 26B1	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. Carrizal	Kra. 7 #45B-06	3	2	1	1	01	12	2	0	0	0
CS. Rebolo	Cl. 46 #29-44	3	2	1	1	01	12	4	0	0	0

	Dirección	Tipo	Clase serc.	Nivel atención	Fuente financiera	Especialidad	Meses funcionamiento - organismo	enfermeras.	Existió	Tratamiento	camas
Cl. Boston	Kra. 45# 57-62	1	1	0	8	04	12	0	1	12	22
Cl. Bautista	Cl. 70B Kra. 38	1	1	0	8	01	12	39	1	12	60
Cl. Fracturas	Kra. 43 #70B-55	1	1	0	8	06	12	1	0	0	0
Cl. Especialista	Kra. 43 #70-106	1	1	0	8	01	12	4	1	12	28
Cl. Del Prado	Cl. 59 #50-10	1	1	0	8	01	12	1	0	0	0
Cl. del Caribe	Cl. 80 #49C-65	1	1	0	8	01	12	0	1	12	40
Cl. del Terminal	Kra. 46 Cl. 32	1	1	0	8	01	12	15	1	12	70
Cl. del Atlántico	Cl. 30 #4B-250	1	1	0	8	09	12	26	1	12	13
Cl. del Norte	Kra. 48 Cl. 70	1	1	0	8	01	12	1	1	12	50
Cl. La Asunción	Cl. 71 Kra. 41B	1	1	0	8	04	12	22	1	12	56
Cl. La Piedad	Kra. 38 #60-16	1	1	0	8	04	12	22	1	12	56
Cl. Cristo Rey	Cl. 56 #45-57	1	1	0	8	04	12	4	1	12	42
Cl. Nva. Granada	Cl. 68 #28-11	1	1	0	8	04	12	0	1	12	8
Cl. Sta. León	Cl. 57 #24-05	1	1	0	8	04	12	0	1	12	4
Cl. Sta. Rita	Cl. 59 #46-120	1	1	0	8	04	12	0	1	12	8
Cl. Sta. Mónica	Cra. 43 #70-144	1	1	0	8	04	12	0	1	12	12
Cl. Cepeda	Kra. 38 #43.37	1	1	0	8	04	12	12	0	1	12

	Dirección	Tipo	Clase Serv.	Nivel atención	Fuente financiación	Especialidad.	Meses funcionamiento organismo	Auxiliares. Enfermería.	tió.	namiento	camas
CS. La Victoria	Cl. 45 Kra. 10C.	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
CS. Sto. Domingo	Kra. 24, 2S. C. 45	3	2	1	1	01	12	2	0	0	0
CS. La Manga	Cl. 76B #20-74	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
Cons. V. respiratorias.	Cl. 33 #33-128	5	2	4	1	10	12	0	0	0	0
Cons. Determatolog.	Cl. 33 #33-128	5	2	4	1	03	12	0	0	0	0
Cons. Cja. Mpal.	Cl. 38 Kra. 46	5	2	0	4	01	12	0	0	0	0
Cons. Cja. Nal.	Kra. 46 #60-41	5	2	0	3	01	12	0	0	0	0
Cons. Cja. Dptal.	Cl. 40 Kra. 45/46	5	2	0	4	01	12	00	0	0	0
Cons. Cruz Roja	Kra. 34 #65-24	5	2	0	6	01	12	0	0	0	0
Cons. Fco. de Paula	Kra. 9E #65C-42	3	2	1	1	01	12	3	0	0	0
Cons. La Paz	Cl. 76B #14-65	3	2	1	8	01	12	7	0	0	0
Cons. Sn. Ramón N.	Cl. 63 Kra6A	5	2	0	8	01	12	0	0	0	0
CS. Sn. Pedro C.	Kra. 56 Cl. 58	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
Cons. Base Naval	Vía 40	5	2	0	5	01	12	0	0	0	0
Cons. Batallón Nar.	Vía 40	5	2	0	5	01	12	0	0	0	0
Cons. 2a. Brigada	Cl. 58 #59-136	5	2	0	5	01	12	0	0	0	0
Cons. Damas Sta. Isabel	Cl. 53C #31-175	5	2	1	1	01	12	1	0	0	0

ENFERMEDAD	Menores de 1 año %	1-4 años %	5-14 años %	15-44 años		45 años
Gastroenteritis y colitis	19.4	21.3	6.7			
Neumonía y Bronconeumonía	14.2	13.2	6.4			
Afecciones anóxicas e hipóxicas del recien nacido	12.4					
Enfermedades Perinatales	11.4					
Causas mal definidas y desconocidas.	6.8	12.3	12.1	6.0	6.9	7.9
Bronquitis crónica	6.7	7.8				
Avitaminosis y otros estados carenciales		8.7	4.1			
Enfermedades debido al helmintos		3.6				
Todas las formas accidentales			17.3			
Anemias			3.5			
Homicidio y lesiones intensional				20.0		
Envenenamientos accidentales				7.1		
Todas las demás formas accidentales				6.5		
Enfermedades del Corazón				4.0	10.0	14.4

Nombres	Dirección	Tipo	Clase Serv.	Nivel atención	Fuente financiera	Especialidad	Meses de Funcionamiento	Nr. Aux. enfermería	Existio	Meses funcionamiento	Nr. de camas
Centro de D.A. del Cancer	Cl. 75 Vía 40	5	2	4	1	01	12	0	0	0	0
Centro de Salud Lipaya	Barrio Paraiso	3	2	1	1	01	12	2	0	0	0
Fuente de salud Paraiso	Cl. 73 #3F-04	4	1	1	1	01	12	0	0	0	0
Puesto de salud Buenos aires	Cl. 45A Nr. 5B-99	3	2	1	1	01	12	2	0	0	0

		Tipo	Clase Ser.,	Nivel atención	Fuente financiera	Especialidad.	Meses de funcionamiento - organismo	enfermeras.	Estatio	funcionamiento	Nr. de camas
Hp. Gral. B/quilla.	Cl. 31 #33-139	1	3	2	1	01	12	77	1	12	248
Hp. Sn. Francisco de Paula	Kra. 43 #60-29	1	3	4	1	07	12	36	1	12	167
Hp. Mental Dpatal.	Kra. 24 Cl. 55	1	3	4	1	09	12	20	1	12	160
Hp. Niño Jesus	Kra. 75 Cl. 80	1	3	4	1	10	12	150	1	12	60
Hp. Universitario	Kra. 57 Cl. 23/24	3	2	3	1	01	12	130	1	12	161
Cl. Organo de los Sentidos	Kra. 43 #69E-53	1	1	0	8	15	12	0	0	0	0
Dispensario Sn Ignacio de Loyola	Cl. 58 #14-30	5	2	1	1	01	12	0	0	0	0
Centro de Salud el Bosque	Cl. 62 #2E-46	3	2	1	1	01	12	0	0	0	0
Centro S. I. S. S.	Cl.30 Kra. 14	1	3	0	2	01	12	61	1	12	25
Centro S. La Alboraya	Kra. 45 #36-62	3	2	1	1	01	12	3	0	0	0
Unidad Programática del Norte	Cl 77 Kra. 74	1	3	0	2	01	12	0	45	12	36
Unidad Pg. Central	Kra. 11 #35-167	1	3	0	2	01	12	75	1	12	48
Unid. Pg. In.	Cl. 57 Cra. 24	1	3	0	2	01	12	259	1	12	299