



LA E.D.A. FLAGELO DE LAS CLASES POPULARES, INTERVENCION
DEL TRABAJADOR SOCIAL

NELSY DE LA CRUZ DOMINGUEZ
BELINDA DE LA ROSA COTES

Trabajo de grado presentado
para optar el título de Traba
jadora Social.

Asesor: JOSE CONSUEGRA B.
Médico.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1986.

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Dic. 1986

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos en especial a los Servicios Seccionales de Salud y a todas aquellas instituciones que nos colaboraron para la realización de nuestra investigación.

Igualmente hacemos extensivos éstos, a nuestro asesor el Doctor José Consuegra Bolivar, quien colaboró con sus valiosos aportes y su interés en el manejo e interpretación de los resultados.

Así como a todas y cada una de las personas que de una u otra manera contribuyeron en la culminación y presentación de nuestro trabajo de grado.



DEDICATORIA

Este trabajo de grado obtenido después de muchos esfuerzos y dedicación, va dirigido a mis padres y hermanos quienes influyeron a lo largo de mi carrera y en la culminación de la misma. Así como a cada uno de mis familiares y a mi novio quienes me apoyaron en la realización de esta meta.

"BELINDA"

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de grado a mis padres CALIXTO DE LA CRUZ y MARIA DOMINGUEZ, lo mismo que a mis hermanos quienes me brindaron su apoyo en el transcurso de mi carrera a la vez la hago extensiva a mis familiares y amigos.

"NELSY"

TABLA DE CONTENIDO

	Pags
0. INTRODUCCION.....	8
1. LA E.D.A. CONCEPTOS, CAUSAS, SINTOMATOLOGIA, CLASIFICACION.....	12
1.1. CONCEPTOS.....	12
1.2. CAUSAS.....	13
1.3. SINTOMATOLOGIA.....	16
1.4. CLASIFICACION.....	17
1.5. MODOS DE TRANSMISION EN LA ENFERMEDAD DIARREI CA AGUDA, IMPORTANCIA SANITARIA.....	22
1.6. CLASIFICACION DE LOS PROCESOS INFECTO-CONTA GIOSOS SEGUN SU MECANISMO DE TRANSMISION.....	24

1.7.	MEDIDAS PREVENTIVAS CON RESPECTO A LA E.D.A.....	25
1.8.	LA E.D.A. COMO PROBLEMATICA DE SALUD COMUNI TARIA.....	28
2.	POLITICAS Y PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL A NIVEL DE SALUD MATERNO INFANTIL, DIRIGIDAS AL CONTROL DE LA E.D.A. COMO PROBLEMA DE SALUD SOCIAL	35
2.1.	EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	36
2.2.	PLAN NACIONAL DE SALUD.....	38
2.3.	POLITICA DE SALUD DEL PLAN NACIONAL "CAMBIO CON EQUIDAD"	40
2.4.	SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD.....	47
2.4.1.	Servicios Seccionales de Salud del Atlántico...	47
2.5.	PROGRAMA MATERNO INFANTIL, SUBPROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE CINCO ANOS (SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO).....	49
2.5.1.	Prevención y Rehidratación oral en E.D.A.; salas o áreas de rehidratación.....	49

3.	ESTUDIO, DIAGNOSTICO SOCIAL DE LA PROBLEMATICA DE SALUD, DETERMINADA POR LA E.D.A. EN LOS BARRIOS LA MANGA Y LA MAGDALENA Y SU INCIDENCIA EN LOS MISMOS.....	57
3.1.	INCIDENCIA DE LA E.D.A. EN BARRANQUILLA, TASA DE MORTALIDAD, PERIODO DE INCIDENCIA, CUNAS EPIDEMICAS.....	57
3.2.	ESTUDIO Y DIAGNOSTICO SOCIAL EN LOS BARRIOS LA MANGA Y LA MAGDALENA.....	60
3.2.1.	Diagnostico social acerca de la situación de salud estudiada en los barrios La Manga y la Magdalena.....	69
4.	INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD, ESPECIFICAMENTE EN LA E.D.A.	84
4.1.	TRABAJO SOCIAL EN SALUD	84
4.2.	FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD.....	84
4.2.1.	Nivel Nacional	85
4.2.2.	Nivel Seccional	87
4.2.3.	Nivel Regional	88
	CONCLUSIONES	95

RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFIA.....	100
ANEXOS.....	103



INTRODUCCION

Toda problemática que tenga que ver con las ciencias sociales, encuentra en el Trabajo Social a una profesión que está ligada a la realidad y trabaja para transformar la en la medida en que crea condiciones favorables para el cambio.

Por medio del presente trabajo a nivel explicativo de tipo teórico-práctico procuramos realizar un estudio acerca de la intervención del Trabajador Social en la problemática de la Enfermedad Diarreica Aguda como Flagelo de las Clases populares; determinando los factores económicos y culturales que inciden en la problemática sanitaria a nivel comunitario investigando de manera específica aquellos que se comportan como factores predisponentes, etiológicos y desencadenantes de trastornos digestivos en la población infantil.

Para la realización de este estudio se tomó como centro de referencia las siguientes comunidades: La Manga y Comu

nidades aledañas, Los Olivos, La Paz, Por fin. La Magdalena y sus comunidades aledañas, San Nicolas, Alboraya, Galan, Buenos Aires y Carrizal.

Hemos juzgado necesario realizar este trabajo de investigación de la Enfermedad Diarreica Aguda por ser un tema de mucha actualidad social debido a su alta incidencia dentro de las tasas de morbi-mortalidad infantil presentando se en las primeras causas de muerte en niños menores de 5 años lo que demuestra que las medidas que se han tomado para detener este flagelo han fallado. Se necesita tomar una medida de peso donde exista una coordinación interinstitucional para tratar de eliminar los focos infecciosos o contaminantes, diagnosticar y presentar alternativas de solución que conllevan a la minimización de la Enfermedad Diarreica Aguda.

El Trabajo Social es la profesión que crea una actitud crítica acerca de las causas y efectos de los problemas sociales con el fin de que los sujetos afectados por esto asuman una acción organizada, preventiva y transformadora para así lograr su superación.

Nuestro objetivo en este aspecto son muy claros queremos dar a conocer la intervención del Trabajador Social en la

problemática de la Enfermedad Diarreica Aguda para aportar elementos teóricos y prácticos que permitan el manejo de dicho problema, así mismo orientar a los miembros de las comunidades marginadas por medio de una educación social que les permita actuar en forma preventiva ante el problema de la enfermedad diarreica aguda.

Nuestro estudio parte de la clasificación de diferentes conceptos de la Enfermedad Diarreica Aguda, sus causas y consecuencias sociales continuando con las políticas y programas a nivel de salud materno-infantil nacionales y locales, haciendo un análisis acerca de las condiciones de salubridad en Barranquilla y que tipos de programas aplican los Servicios Seccionales de Salud.

En el tercer capítulo realizamos un estudio y diagnóstico social de las comunidades escogidas para nuestra investigación, el cuarto y último capítulo trata de la importancia e intervención del Trabajo Social en este tipo de problemática sanitaria; concluyendo nuestro trabajo presentamos varias recomendaciones respecto al accionar del Trabajador Social en el manejo de dicha problemática.

Se puede afirmar que las hipótesis formuladas en la inves

tigación se han comprobado; en la medida que la observación directa en las comunidades antes mencionadas nos han demostrado que presentan condiciones ambientales aptas para que se desarrolle este tipo de enfermedad y se convierta en un flagelo de las clases marginadas.



1. LA E.D.A. CONCEPTOS, CAUSAS, SINTOMATOLOGIA, CLASIFICACION

1.1. CONCEPTOS.

1. La E.D.A. se manifiesta por una pérdida de líquidos y electrolitos que pueden provocar una deshidratación aguda en el niño, que lo puede conllevar a la muerte, se podría definir también como un aumento en la frecuencia y en la intensidad de las deposiciones, con cambios en las características de ellas que pasan del estado sólido, a ser totalmente líquidas.

2. La diarrea aguda es una enfermedad infecto-contagiosa que afecta al aparato gastrointestinal, y produce entre la sintomatología más importante, fiebre vomitos y diarrea; tiene tendencia a la curación espontánea y es causa de gran incidencia de mortalidad y morbilidad en nuestro medio. Afecta en forma secundaria a otros órganos y sistemas tales como el renal, cardiovasculares, nervioso etc

3. La diarrea puede definirse como una absorción defectuosa del agua y los electrolitos "que no conduce" a la excreción acelerada del contenido intestinal.

1.2. CAUSAS

Las causas de la diarrea aguda son múltiples, pero generalmente los cuadros agudos son frecuentes en la infancia, están condicionados por el medio ambiente social y son producidos por infección viral, bacteriana y parasitismo.

Puede prolongarse la diarrea cuando existe un mal manejo dietético en el cuadro agudo, ya que las condiciones de malnutrición, el proceso infeccioso, especialmente el viral dañan la vellosidad intestinal, condicionando un mal manejo de los azúcares.

Estudiaremos algunas de las causas más importantes en materia de diarrea aguda.

a.- Por Enteropatógenos o Agentes Biológicos.

Conformado por cuatro grupos que son: Virus, Bacterias, parásitos y hongos.

- Virus:

Cualquiera de los agentes infecciosos más pequeños que las formas corrientes de bacterias, algunos apenas visibles y otros invisibles con el microscopio ordinario que pasan a través de los filtros de un tamaño entre 0.2 y 0.01 se multiplican en el cuerpo animal, pero no pueden ser cultivados en medios inertes, sino que requieren células vivas son causas de numerosas enfermedades.

- Bacteria (Pl. de bacterium, bastoncito).

Género de esquizonitos, familia bacteraceos que comprende especies en forma de bastoncito, la mayoría de los cuales se incluyen en otro género.

- Parásitos (del Latín parasitus y éste del gr. parasi-
tos).

Organismo animal o vegetal que vive sobre otro o dentro de él y a sus expensas.

Tipos de parásitos.

a. Accidental.

Organismo parásito en ocasiones solamente.

b. Cariozoico, Citozoico o Hemozoico.

Parásitos que viven en los núcleos, en las células o en la sangre, respectivamente

c. Comensal.

Hongo: Miembro de una clase de plantas criptógamas, que comprende gran número de familias, géneros y especies muchos de ellos patógenos, como el actinomicosis, estreptotricófitos, etc otros venenosos, y algunos comestibles.

b.- Terapéuticos con Antibióticos.

Los antibióticos tales como la Ampicilina y la Tetraciclina producen por lo general diarrea, porque provocan una disminución de la absorción de glucosa y de la actividad de las disacaridasas. En un medio clínico en el cual ha sido descartada una infección bacteriana, deberán ser suspendidos y administrar una dieta carente de lactosa.

c.- La Desnutrición.

Puede conducir a la diarrea en la actividad de las disaca

ridasas, motilidad alterada o cambios en la flora intestinal pueden constituir otros factores.

d.- Dieta.

Las causas dietarias de diarrea son numerosas. La alimentación excesiva de un lactante constituye un ejemplo, común. La introducción de nuevos alimentos como jugos de frutas, yemas de huevo, verduras, etc que pueden provocar diarrea.

1.3. SINTOMATOLOGIA.

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad son inconsistentes, para una mejor asimilación de nuestro estudio, hemos decidido hacer una generalización de estas, teniendo en cuenta que sí algunos síntomas corresponden en particular a una causa de diarrea, en su mayoría están íntimamente relacionados.

Mencionaremos los síntomas más frecuentes:

- Anorexia
- Pérdida de peso
- Vómitos
- Distensión abdominal

- Temperatura elevada 38 a 40 grados
- Deposiciones acuosa, amarillo verdosa
- Pérdida de agua y electrolitos
- Deposiciones con moco, pús y sangre.
- Deshidratación
- Rostro momificado
- Ojos hundidos
- Piel grisacea
- Calambres.

La gravedad y las diversas manifestaciones clínicas varían considerablemente de un paciente a otro, dependiendo del estado físico de éste.

1.4. CLASIFICACION.

Existen diferentes clases de diarrea pero la que ocupa nuestro estudio es la diarrea aguda, (logicamente si existe esta tiene que haber una crónica). La diarrea aguda se divide en diarrea específica y diarrea inespecífica

- Diarrea Específica.

Entre los dos principales enteropatógenos causantes de diarrea se encuentran la Schiguella y la Salmonella.

La Schiguella determina los cuadros más agudos, pero no siempre con moco, pús y sangre a la vista, en ocasiones la diarrea es coleriforme, pero en el extendido coloreado se puede detectar su carácter invasivo por la presencia predominante de Leucocitos Neutrófilos.

La Salmonella es un germen invasivo que usualmente no destruye la mucosa, la capa epitelial puede permanecer intacta y los micro-organismos alcanzan la "lamina propia" en donde determinan su inflamación. El cuadro clínico de la diarrea aguda producida por Salmonella es el más impreciso y las deposiciones a parte de su aspecto cremoso y olor a huevos podridos, no ofrece ninguna característica especial y muestra mucho menos leucocitos polinucleares que en la Schigelosis.

La infección por E. histolytica sólo provoca enfermedad en la minoría de pacientes, los portadores asintomáticos frecuentemente expulsan quistes y en raras ocasiones, formas vegetativas.

Las cepas de enteropatógenos del tipo Escherichia Coli no invaden la pared intestinal, sino que producen toxinas, capaces de generar diarrea del tipo de las que produce el vibrio cólera, es decir, diarrea típica secretoria origina

da en el intestino delgado sin alteración de la función absorptiva del colon para el agua, el sodio y la glucosa. Las cepas toxigénicas de E. Coli se adhieren a la mucosa del intestino delgado proliferan y elaboran potentes enterotoxinas, termoestable y termolábiles.

Cabe mencionar dentro de la diarrea específica el rotavirus o virus de la gastroenteritis, debido a que se han precisado los caracteres clínicos y epidemiológicos de la enfermedad, se define que afecta a los niños desde el período neonatal, pero casi con exclusividad a los recién nacidos que no reciben el calostro materno; en los pacientes ambulatorios es endémica, pero en los institucionalizados se han descrito las mayores epidemias que ceden con el uso de la leche humana y medidas de sanidad ambiental. Las características clínicas y algunos datos de laboratorios corrientes han sido ya precisados como para que el Médico intente identificarlos en la práctica; la diarrea es acuosa coleriforme. es precedida y acompañada de vómitos y seguida de éste por más tiempo que en ningún otro tipo de diarrea. Estos dos caracteres hacen que sea tal vez la diarrea más deshidratante, incluso en niños bien nutridos. También se sabe que la diarrea dura más tiempo que en otras gastroenteritis y es a menudo causa de rehospitalizaciones, con frecuencia hay fiebre, lo que induce

al Médico a prescribir erróneamente antibióticos de absorción.

La amibiasis es el prototipo de diarrea por hiperperistalsis, sencillamente porque sus lesiones tienen tendencia a ser más profundas hasta llegar a los plexos mientéricos y estimular así las contracciones de las capas musculares, circulares y longitudinales, cuando esto ocurre al nivel del rectosigmoide hay pujo y tenesmo; cuando no, solo se percibe la peristalsis y el dolor abdominal difuso.

La amibiasis en los niños es un problema grave y frecuente en algunos países tropicales, pero es rara cuando las condiciones sanitarias son buenas. Pueden ser infectados los lactantes y niños de todas las edades y, entre más joven sea el paciente, mayor es la posibilidad de que la infección se haya adquirido dentro de la familia. Solamente los trofozoitos invaden los tejidos y sólo los quistes pueden sobrevivir fuera del huésped e infectan a otros individuos. La infección sobreviene por la ingestión de los quistes.

Es discutible la patogenidad de algunas cepas variantes y de otras especies de amibas.

- Diarrea Inespecífica.

Se ubican las diarreas que no revisten gravedad, es decir las simples, no progresivas a menos que se les maneje mal, la que con justa razón los pediátras de antaño denominaban dispepsia intestinal transitoria, que sí son de origen infeccioso y se comportan epidemiológicamente como tales. Es el caso de un niño que posee un estado nutricional satisfactorio o solo discretamente deficiente, presenta diarrea no demasiado abundante, semi-líquida, con variación en la coloración (blanco o verdosa) con olor alterado pero sin llegar a fetidez, presencia de moco pero sin sangre, con vómitos al principio, del cuadro clínico disminución del apetito sin llegar a la anorexia, sin fiebre a menos que se tenga una infección parenteral y como es obvio sin tendencia, ni presencia de desequilibrio hidroelectrolítico. No se descubre noción de contagio, ni personal, ni epidémica y la higiene de los alimentos (esterilización de la leche) así como la higiene personal de quien lo prepara es la adecuada.

- Diarrea Crónica.

Son las deposiciones aparentemente aumentadas en cantidad y disminuidas en consistencia. Repercute sobre el peso

primero y la estatura después, en los demás larga data.

1.5. MODOS DE TRANSMISION EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, IMPORTANCIA SANITARIA.

Las enfermedades transmisibles cobran importancia sanitaria porque adquieren gran difusión y ocasionan invalidez o muerte entre muchos seres humanos, se pueden propagar en cadena extendiendose en poco tiempo entre muchos sujetos que son a la vez víctimas y responsables de tan general extensión.

Notamos que todos los años para épocas ya muy precisas (primeros meses del año abril, mayo, junio) se presenta el problema de la E.D.A. en los hospitales infantiles, puestos de salud, clínicas, consultorios privados etc, se incrementan las consultas externas y las hospitalizaciones; se les dá educación sanitaria a las madres de familia, se les enseña a preparar y utilizar las sales hidratantes, pero no se atiende uno de los focos primarios que en el medio ambiente en el que se desenvuelven estos menores. El medio ambiente de las comunidades del sur de Barranquilla se caracterizan por tener un bajo nivel sanitario: El agua debe ser comprada a los carrotanques sin saber si estas estan o no contaminadas, los tanques de almacenamientos y recolección de la misma no presentan la

higiene adecuada. El agua que es un elemento físico del ambiente y los microbios que son elementos biológicos del mismo entran en contacto con el organismo humano cuando este bebe el agua, estando en riesgo de enfermarse.

El almacenamiento de desechos sólidos (basura) durante varios días permite la descomposición de los mismos y contamina la atmósfera, es otro factor importante que afecta contra la salud de la población en especial la población infantil que cuenta con menos defensas. Además esta descomposición produce la prelación de animales como la mosca, cucarachas, ratas, que van pisando todo el material en descomposición y lo llevan pegado en sus cuerpos y patas a los alimentos y utensilios de cocina así como al agua almacenada.

La carencia de alcantarillado permite la utilización de pozos sépticos o letrinas y en algunos casos ningún método para deshacerse de las materias fecales, lo que ocasiona que estos queden al aire libre y a través de las lluvias se diseminan, contaminando el medio y por ende a la población en general.

Es importante que se implementen programas sanitarios que cubran todas las áreas, para contrarrestar las enfermedades infectocontagiosas que tanto mal le hacen a la pobla

ción infantil.

1.6. CLASIFICACION DE LOS PROCESOS INFECTO-CONTAGIOSOS
SEGUN SU MECANISMO DE TRANSMISION.

Dentro de su gran variedad, las enfermedades transmisibles se pueden sistematizar segun su modo de propagación en los siguientes grupos:

a.- Enfermedades de transmisión hídricoalimentaria.

El agente se expulsa vía fecal, a veces vía urinaria e ingresa vía oral en el nuevo huésped; las deyecciones del enfermo o portador, y sus manos, actúan como mecanismo principal de transmisión en la contaminación del agua y del alimento.

b.- Enfermedades de transmisión aérea.

Desde las vías respiratorias los agentes pasan al aire y con él son inhalados por nuevos huéspedes, según dure su permanencia en la atmósfera la transmisión se considera directa o indirecta, requiriendo mayor o menor proximidad entre fuente y huésped.

c.- Enfermedades transmitidas por Artrópodos-vectores.

Son todas aquellas infecciosas transmitidas por insectos, como la cucaracha, la mosca, entre otros. Los cuales se reproducen y viven en los inmensos basureros y afectan notablemente la salud de nuestras comunidades.

d.- Incluidos o no en los grupos anteriores la zoonosis o enfermedad procedentes de animales mantienen peculiaridades epidemiológicas.

Enfermedades de transmisión hídricoalimentaria.

Son causadas por agentes de ubicación preferentemente intestinal, eliminación de las heces y traspaso de ellas a las manos del humano-fuente, a las patas de las moscas que se apoyan en ellas y el agua usada en bebidas, riego de hortalizas, cocinado, lavado de enceres o para aseo personal. Ingerida el agua o los alimentos contaminados, el agente ingresa vía oral y, llegando al intestino inicia un nuevo ciclo. Con cada contaminación de agua o alimentos produce un nuevo brote de casos entre las personas que la ingieren.

1.7. MEDIDAS PREVENTIVAS CON RESPECTO A LA E.D.A.

Siendo la mayoría de las diarreas causadas por enteropató

genos que se ubican a nivel intestinal, su prevención dependerá de una serie de medidas higiénicas y sanitarias tendientes a actuar sobre el individuo, la familia y la sociedad, así como ayudar a las autoridades de salud pública en sus programas de acción. Toda medida que incremente el nivel de vida, reduce la frecuencia del síndrome diarreico, en el saneamiento del medio ambiente recibe una de las mejores armas para abatirlo. El saneamiento ambiental ha unido a los programas de educación para la salud y a la oportuna atención médica, será la llave del éxito en este problema. Estas medidas higiénicas y sanitarias las podemos resumir en los siguientes puntos:

a.- De tipo personal o individual.

- Lograr aseo adecuado, principalmente el lavado frecuente de las manos, especialmente antes de ingerir alimentos y después de cada acto de defecación; esto tiene importancia básica en la madre que alimenta a sus hijos, o en personas que ayudan a la madre a alimentarlos, así como en enfermeras responsables de cuidar al niño enfermo en el hospital.

- Evitar la defecación al aire libre, practicandolas en letrinas adecuadas.

- Orientar adecuadamente al niño y a la familia en lo que concierne a la nutrición y a la distribución nacional del ingreso económico familiar.

- Estimular y orientar la alimentación materna en los primeros meses de vida.

b.- De tipo comunitario o social.

- Construcción y cuidado de alcantarillado en pueblos y ciudades.

- Proteger y disponer adecuadamente las basuras lo que a su vez disminuye o evita la proliferación de vectores.

- Incrementar los niveles de educación sanitaria al niño y a su familia con el fin de disminuir el riesgo de contaminación.

- Incrementar el suministro de agua potable, domiciliaria elemento de gran importancia en la lucha contra las enfermedades o infecciones intestinales.

A parte de las medidas comunes utilizadas con otros procesos infecto-contagiosos, las más efectivas son: Las de

saneamiento del medio ambiente y particularmente de potabilización del agua, eliminación de excretas, control higiénico de alimentos e higiene personal.

1.8. LA E.D.A. COMO PROBLEMATICA DE SALUD COMUNITARIA.

Partiendo de la definición de comunidad: Una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situadas en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí que en otro contexto.

Planteamos que el hombre no sólo es un ser social, sino que necesita serlo, pues su existencia es dependiente de la sociedad, toda comunidad donde se encuentre atendidas las necesidades básicas de vida se les puede dar el nombre de comunidad organizada o en vías de organizarse porque vá marchando en pos del desarrollo y por ende del país que genera esas condiciones. No sucediendo esto en las comunidades de nuestro pueblo colombiano, donde los estados carenciales se acentúan cada vez más, especialmente en las zonas rurales dándose la escasez de infraestructura; de igual manera sucede en las zonas urbanas, concretamente en

los barrios marginados de las ciudades, en caso particular de la ciudad de Barranquilla, donde la mala planeación urbana ha incidido en el surgimiento de barrios marginados, carentes de un saneamiento que garantice la salud de sus moradores. La ciudad de Barranquilla atraviesa por múltiples problemas sociales que afectan a sus habitantes encontrándose como uno de los principales el de la insalubridad, que afecta especialmente a la población infantil de los estratos más bajos de la ciudad.

Las condiciones de insalubridad en que se encuentran las comunidades populares de Barranquilla, son causantes de enfermedades epidémicas y endémicas, y estas a su vez son causada por los siguientes factores: Contaminación ambiental, falta de agua potable, inadecuada prestación de los servicios públicos. Estos factores son causados por una desorganizada planeación existente en materia infraestructural en nuestro país y sobre todo en aquellas ciudades como Barranquilla, en donde el éxodo tanto de campesinos, como de personas de diferentes regiones del país, ha contribuido a que la urbe haya crecido en forma acelerada y desordenada, conformándose los cinturones de los barrios tuguriales, los cuales están ubicados más concretamente en la periferia de la ciudad. El organismo máximo de planeación del país al realizar las obras de infraestructura

y crear las instituciones de prestación del servicio público a la comunidad, no prevee el crecimiento demográfico que puede tener la misma.

Logicamente las malas condiciones ambientales en que se encuentran estas comunidades inciden en la adquisición y propagación de diversas enfermedades entre las cuales encontramos la Enfermedad Diarreica Aguda, que se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad infantil demostrada a través de los estudios estadísticos realizados en nuestro país. Para la realización de nuestro estudio, hemos investigado y evaluado a los 12 centros de salud: Nazareth, Olivos, Bosque, Las nieves, La Manga, Meisel, San Luis, Lipaya, Sierrita, Buenos Aires, Rebolo, Alboraya, Carrizal, ubicados en los barrios marginados de la ciudad. Al hacer un análisis de estas instituciones podemos darnos cuenta que la clase dirigente de nuestro país no elabora políticas de Bienestar social adecuadas a nuestro sistema, como las citadas en el Plan "Cambio con Equidad": Menor riesgo de enfermar o morir y Atención integral a la familia, porque no son el resultado del estudio de las necesidades reales de la comunidad, sino el producto de modelos importados de otros países, principalmente de los llamados potencias mundiales, trayendo como consecuencia que las alternati

vas de solución aplicadas a la problemática no cumplen su cometido.

La atención del problema de la salud, que es el caso particular que nos ocupa, debe ser de carácter integral, estructural y sociocultural. Requiere de un equipo multidisciplinario y de una estructura institucional, científica que congrege esos elementos en una acción promocional, educativa, preventiva y curativa.

Todas estas políticas de salud emanadas del gobierno y encaminadas a buscar el bienestar de nuestra sociedad no logran los resultados requeridos para la superación de nuestra problemática sanitaria. Dicha realidad sanitaria la podemos evaluar a través de los siguientes factores o variables.

- Cabe destacar como elemento primordial la contaminación ambiental producida por la ineficacia de los servicios públicos en cuanto a la disposición de residuos líquidos y sólidos. Los residuos sólidos son parcialmente eliminados en épocas de verano por la quema de basuras y en época de invierno son arrastrados por las fuertes corrientes de agua que se forman en la ciudad por la falta de alcantarillado pluvial. Cuando estos residuos no logran ser eva

cuados por la quema ni por los arroyos, generalmente son depositados en lotes desocupados, convirtiendose en focos contaminantes generando la proliferación de artrópodos que actuan como vectores para la transmisión de enfermedades que afectan a la población en general, con mayor incidencia en la niñez. Los residuos líquidos forman parte de la contaminación ambiental al ser parcialmente evacuados, debido a la ausencia del servicio de alcantarillado en gran número de los barrios de Barranquilla, esto conlleva a la formación de corrientes de aguas negras en las calles de la ciudad convirtiendose las vías en focos de infección que inciden en la salud de nuestros habitantes.

- Otro factor que interviene en el detrimento de la salud de nuestra comunidad es la ausencia de servicios de agua potable entubada en muchos barrios de la ciudad y la mala calidad en aquellos en la cual se presta el servicio. Es importante describir también el alto nivel de contaminación que presenta el Rio Magdalena a causa de los residuos líquidos, sólidos y desechos industriales que depositan en los pueblos y fábricas de las ciudades aledañas a sus riveras y vertientes. Además la deficiencia del acueducto de Barranquilla al no poseer técnicas adecuadas para una total purificación del agua entubada que tratan al mismo tiempo, este no abastece de agua potable entubada a

a toda la ciudad (o sea que tiene una cobertura parcial) y en los barrios tuguriales no llega el agua potable entubada, sus moradores para satisfacer ésta necesidad se ven obligados a comprar el agua en carros tanques en condiciones antihigiénicas que atentan contra la salud de los residentes de estos barrios, a esto se suma la negligencia e ignorancia de algunos miembros de estas comunidades que no realizan, actividades de higiene casera en relación con el agua del consumo humano.

Las condiciones habitacionales de las viviendas ubicadas en los barrios tuguriales de Barranquilla son propicias para el hacinamiento y la promiscuidad trayendo como consecuencia la fácil propagación de diversas enfermedades infecto-contagiosas.

- La desnutrición suele ser consecuencia de una alimentación inadecuada o de la absorción defectuosa de los alimentos-

- La desnutrición suele presentarse con mayor frecuencia en la niñez y más que todo en aquellos niños que se encuentran residenciados en los barrios más pobres de la ciudad, causada en la mayoría de casos por la falta de alimentación adecuada, lo que conlleva a una baja defensa

en el organismo y por ende la adquisición de diversas enfermedades entre las que cabe mencionar la E.D.Ā.

Estas personas que pertenecen a la clase social más baja tienen muy poca oportunidad de llevar un adecuado modo de alimentación, ya sea por bajo ingreso económico debido al subempleo o al desempleo y a costumbres alimenticias inadecuadas.

Otro aspecto de vital importancia es el educativo, es de conocimiento general que las clases sociales bajas no tienen una adecuada educación que les permita salir del círculo vicioso en que se encuentran (desempleo, hacinamiento, malnutrición, tugurios etc), por lo tanto muchas de esas familias no entienden las indicaciones que se les hacen para obtener una mejor vida, a nivel sanitario, hay que tener en cuenta además que el pueblo colombiano, en general no posee una adecuada educación sanitaria, que le permita prevenir y disminuir las enfermedades infecto-contagiosas, desencadenándose muchas de ellas en epidemias, como es la E.D.A. objeto de nuestro estudio.



2. POLITICAS Y PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL A NIVEL DE SALUD MATERNO INFANTIL, DIRIGIDAS AL CONTROL DE LA E.D.A. COMO PROBLEMA DE SALUD SOCIAL

La creación y definición de las políticas y programas de Bienestar Social de todo país deben partir de un estudio de los fenómenos globales que generan la problemática social de cada región, a partir de la consideración de este estudio, elaborar planes y programas encaminados a subsanar la necesidad real de salud por la que atravieza.

Las políticas de bienestar social que el gobierno enuncia y pone en práctica con el objeto de reducir la problemática social en general, no logran cumplir a cabalidad todos los objetivos propuestos ya que:

1.- No parten del estudio, análisis y diagnóstico de los fenomenos particulares que generan la problemática en la población.

2.- No abarcan a la totalidad de la población, quedando

relegada aquella parte de la población que más necesita de los servicios del Estado (en cuanto a salud se refiere).

3.- No se brinda una motivación permanente.

Quedando estas series de políticas y programas como simples paliativos, al no brindar una verdadera alternativa de protección de salud a los grupos y población de alto riesgo, como son las comunidades marginadas del país.

Para la realización de este capítulo hemos creído necesario hacer una breve reseña histórica acerca de los organismos encargados de crear y ejecutar las políticas y programas de salud tanto a nivel nacional como departamental, seguidamente profundizaremos en el programa materno infantil, en cuanto a los subprogramas que se han elaborado encaminados a la prevención de la E.D.A.

2.1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Es el conjunto de organismos, instituciones, agencias, entidades, que tienen como finalidad procurar la salud a las personas en los aspectos de: Promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

La dirección del sistema la ejercen: A nivel Nacional el Ministro de Salud, a nivel departamental, intendencial, comisarial y del Distrito Especial de Bogotá los Servicios Seccionales de Salud y a nivel regional las unidades regionales a través de un hospital sede.

La prestación de los servicios de salud se dá a través de las siguientes instituciones: Hospital Universitario, hospitales regionales y locales, Centros y Puestos de Salud. A cada uno de los niveles de organización, el Sistema Nacional de Salud les asigna funciones, actividades, tareas ámbitos de autoridad y de coordinación para una mejor atención a la salud. Comprenden actividades de: Educación, mejoramiento de las condiciones de vida, vivienda, trabajo, recreación y seguridad. Entre las acciones orientadas a la prevención de la salud estan: La vacunación, la protección y tratamiento del medio ambiente físico; entre las acciones de recuperación de la salud estan: Diagnóstico precoz de la enfermedad y tratamiento de la misma, a través de la consulta externa médica y paramédica; las acciones de rehabilitación procuran detener los efectos, evitar la muerte y recuperar secuelas físicas y mentales provocadas por la enfermedad.

2.2. PLAN NACIONAL DE SALUD.

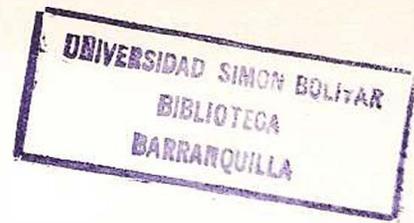
Representa un conjunto de acciones que realizan las instituciones del sistema de salud con el fin de contribuir a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos.

A partir del Plan Decenal de Salud para las Américas 1972 se establece que el Plan Nacional de Salud debe partir de una estrategia, según la cual debe atenderse a las personas y al medio, en cuanto al aspecto de salud se refiere de acuerdo con los grados de desarrollo de la patología, procurando que la población solicite servicios a partir de los niveles de atención que requiera.

En cumplimiento de estas políticas se establece: El Plan de Salud Rural y la apertura programática. El plan ejecuta acciones establecidas por el Sistema Nacional de Salud representada en planes nacionales, regionales y seccionales, definidas como áreas programáticas.

En relación a la atención de las personas, tenemos:

- Materno infantil
- Salud Oral



- Control de T.B.C.
- Salud Mental
- Rehabilitación
- Salud Ocupacional
- Vigilancia Epidemiológica
- Control de Venereas
- Inmunizaciones
- Sanidad Portuaria
- Control de enfermedades crónicas

En cuanto a la atención al medio ambiente, los programas son:

- Suelo
- Aire
- Agua
- Alimentos
- Zoonosis
- Saneamiento básico rural (agua, excretas, basuras).
- Saneamiento Urbano

Las actividades para el desarrollo de estos programas son

- La consulta médica
- La hospitalización

- Consulta y tratamiento odontológico
- Control de enfermería
- Vacunación
- Asistencia a las viviendas
- Visitas a las promotoras de salud
- Abastecimiento de agua
- Programas de educación en salud, en establecimientos.
- Disposición de desechos
- Salud ocupacional
- Control de alimentos y medicamentos

Estas actividades se realizarán por un equipo multidisciplinario conformado por: Médicos, Odontólogos, Auxiliares Enfermeras, Vacunadoras, Promotoras de salud y de saneamiento ambiental.

2.3. POLITICA DE SALUD DEL PLAN NACIONAL "CAMBIO CON EQUIDAD"

El Plan Nacional "Cambio con Equidad" planteó una serie de políticas en el área de la salud tendientes a "Disminuir los riesgos de Enfermar y Morir", bajo diversas estrategias.

a.- El mejoramiento de la vivienda campesina

- b.- La provisión de vivienda urbana
- c.- La dotación de agua potable
- d.- La producción de alimentos

Que tiene apoyo en la política económica y social expuestas en el Plan. Contiene una política de empleo e ingresos que beneficie a los sectores marginales y la social comprende una educación continua e integral.

El objetivo general de la política de salud contemplado en el Plan se centra en la prevención de las enfermedades, el aumento en la cobertura de los servicios asistenciales a los más desfavorecidos y la mejora de su calidad.

En uno de los apartes de este Plan, el Dr. Belisario Betancur Cuartas hace referencia a los aspectos de la salud pública que inciden en la problemática de salud que sufre la población colombiana. Dice "existe una íntima conexión entre la salud pública y la organización social y económica. El atraso del campo, las desigualdades sociales, el desarreglo urbano, los bajos ingresos, el desempleo y la delincuencia elevan los riesgos de enfermar y morir".

"Una cuarta parte de la población reside en chozas o tugurios. Este hecho limita la posibilidad de control de pla

gas y la prevención de enfermedades respiratorias. Enfermedades infecciosas intestinales serían menos recurrentes si se mejorará la calidad de la vivienda campesina. A su vez el déficit de vivienda urbana produce hacinamiento de familias, el cual facilita la transmisión de enfermedades y eleva los riesgos de accidentes domésticos".

"Las enfermedades infecciosas intestinales y la desnutrición están asociadas a la existencia y calidad de agua potable, a los sistemas de disposición de residuos líquidos y sólidos, a la cantidad y calidad de alimentos y a la contaminación de fuentes hídricas. Con servicio de acueducto están cubierto el 81% de los habitantes urbanos, sólo el 20% de los habitantes de la zona rural nucleada y apenas el 7% de quienes habitan en zona rural dispersa. El 65% de las localidades urbanas y sólo el 14% de las rurales disponen del servicio de alcantarillado". (1)

El gobierno reconoce, a través del análisis de la situación social, económica y cultural que vive el país, que la delincuencia, el desempleo, los bajos ingresos, las malas

¹PLAN NACIONAL "CAMBIO CON EQUIDAD", Doctor Belisario Betancur.

condiciones habitacionales etc. inciden directamente en las condiciones deplorables de salubridad de la población. Por otro lado la insuficiencia en la prestación del servicio público en general.

Partiendo de éste análisis, el gobierno elabora unas políticas encaminadas a subsanar esta problemática social, las cuales en su contenido teórico son muy precisas, y concuerdan en parte con la situación en que se encuentra el país y de ser ejecutadas tal y como están elaboradas las mismas, se disminuirían en un gran porcentaje el alto índice de morbi-mortalidad que existe actualmente, la actual situación de salubridad de el país exige más acciones a nivel preventivo, que curativo.

Todas las políticas contempladas en el Plan "Cambio con Equidad" son de suma importancia, pero para la realización de nuestro trabajo que contiene el estudio de algunas de las enfermedades gastro-intestinales, que se ha convertido en una de las primeras causas de morbi-mortalidad en menores de cinco años, a la vez queremos profundizar en las políticas que están dirigidas a la protección de la madre y el niño, y a la prevención de las enfermedades infecciosas intestinales. Estas son las siguientes:

- Menor riesgo de enfermar y morir.

Equidad en salud significa extender la asistencia del Estado a los grupos más vulnerables de la población, a aquellos que carecen de otra oportunidad.

La madre y el niño, primera prioridad.

Se propone disminuir la mortalidad en menores de un año hasta alcanzar la cifra 40 por cada mil nacidos vivos, reduciendo en la mitad la mortalidad por enfermedades infecciosas, parasitarias intestinales, inmunoprevenibles, respiratorias y perinatales. Para el grupo de uno a cuatro años, la mortalidad debe descender de cinco a siete por mil.

Para llegar a estas metas, se aumentará la cobertura de los programas de crecimiento y desarrollo (60%) rehidratación e inmunización (80%) lactancia materna y nutrición, la atención médica debe cubrir en un 90% al menor de un año, y en un 50% al niño entre uno y cuatro años. El instituto colombiano de Bienestar Familiar ampliará la cobertura de atención al niño, dando prioridad a los menores de cinco años en condiciones de abandono o semiabandono. Se modificarán los centros de atención integral al Pre-escolar CAIPS, desarrollando programas de complementación alimenticia, actividades pedagógicas y capacitación de los

padres.

- Atención integral a la familia.

La transformación de la sociedad colombiana, como el intenso progreso de urbanización, la mayor participación de la mujer en el mercado laboral y la migración campesina han modificado las antiguas formas de organización familiar. En los estratos marginales de las ciudades se unen al desempleo y a la pobreza, la delincuencia, el abandono de menores y las familias conformadas sólo por la madre e hijos.

Dado el papel constitutivo de la familia como núcleo del ser nacional, el gobierno ha diseñado una política nacional de atención integral a la familia. Bajo tal política se coordinarán acciones en empleo, salud, nutrición, educación, recreación, vivienda y participación comunitaria, tendientes a lograr que la consolidación económica signifique a la vez, el incremento del bienestar de la familia su cohesión y desarrollo, particularmente en los estratos más pobres de la población, la familia. Será instrumento general de la política, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, creado por la Ley 07 de 1979. El Instituto colombiano de Bienestar Familiar constituye el organismo

rector y coordinador de todos los programas y planes que en torno a las familias se diseñen.

Serán los objetivos generales de la política, mejorar las condiciones de empleo, ingreso y seguridad social para la familia; ampliar la cobertura de los servicios de atención que se les prestan, vinculandola en la solución de sus problemas; fortalecer los servicios de educación y capacitación de la pareja; prevenir las causas que conducen a la desintegración familiar y al abandono de la niñez, y fomentar la coordinación de los organismos públicos responsables de la atención a la familia.

Se modificará la concepción de los Centros de Atención Integral al Pre-escolar, de modo que sean a la vez centros de atención a la familia y a la comunidad. Mayor cobertura e impacto se logrará concentrando esfuerzos en los menores de cinco años expuestos al abandono o semiabandono. Lo mismo se logrará creando nuevas modalidades de hogares infantiles con participación comunitaria.

El año de 1983 fue declarado por el gobierno como el año de la familia colombiana (Decreto 434 de 1983), con tal motivo, se constituyó un comité coordinador y se han creado consejos regionales con carácter permanente, a fin de

promover la modernización de normas legales sobre la familia, la investigación sobre sus características regionales, para la educación, para la vida en familia y el diseño de políticas específicas.

2.4. SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD.

Tienen a su cargo la organización en el nivel intermedio de los Servicios de Salud, con vinculación directa al Ministerio de Salud. Existe prácticamente una seccional por cada una de las divisiones político-administrativo del país y su grado de integración es variable, dependiendo de condiciones muy específicas.

Los Servicios Seccionales se encuentran vinculados también en grado variable los hospitales, tanto regionales como locales, y de ellos dependen los centros y puesto de salud, mediante el proceso de regionalización, estos se han ido integrando y coordinando paulatinamente con los hospitales.

2.4.1. Servicios Seccionales de Salud del Atlántico.

El servicio seccional de salud del Atlántico forma parte del Sistema Nacional de Salud y es organismo ejecutor de

los programas y políticas nacionales, técnicamente dependen del Ministerio de Salud y su organización está contenida en los Decretos 056 y 350 de 1976.

La ejecución de sus programas se realizan a través de sus hospitales (Universitarios, de Barranquill, regionales de Sabanalarga, Baranoa etc) centros y puestos de salud, así como también por sus entidades adscritas y vinculadas destinadas a resolver las necesidades de salud de la comunidad en sus diferentes aspectos, aún en zonas más apartadas. Cuenta con personal especializado en el área de la salud pública que analizan los planes seccionales y la armonización con las políticas nacionales buscando una coordinación efectiva; el objetivo general de los servicios de salud se expresa de la siguiente manera:

Integrar la prestación de los servicios de salud para la prevención y mantenimiento de la salud de la población del área departamental, sistematizando los servicios de atención a las personas, al medio infraestructural a través de la planeación coordinada y el control de los servicios de tal manera que permita la fiel aplicación de las políticas emanadas a nivel nacional.

Para su promoción y para bienestar la participación activa de la comunidad, los servicios seccionales de salud

han elaborado los siguientes programas:

- Organización y participación de la comunidad
- Programa de vacunación
- Plan de alimentación
- Programa materno infantil

A continuación analizaremos más detalladamente el programa materno infantil, pues en él se encuentran los lineamientos para el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda.

2.5. PROGRAMA MATERNO INFANTIL, SUBPROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE CINCO AÑOS (SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO).

2.5.1. Prevención y Rehidratación oral en enfermedad diarreica aguda; salas o áreas de rehidratación oral.

Justificación:

La enfermedad diarreica aguda (E.D.A.) constituye la primera causa de muerte en la población menor de cinco años, encontrándose que aproximadamente representa la cuarta parte de las defunciones ocasionadas en este grupo.

Según el estudio nacional de salud 1977-80 se encontró que se presentan en promedio 2.6 episodios de diarrea por menor de cinco años, en el año, por lo cual existe la po

sibilidad que para 1983 ocurran 9.3 millones de episodios. En el año 1981 la consulta médica por diarrea, en las instituciones del sector fue de 348.834 casos, de los cuales fue necesario hospitalizar 48.999 niños, lo cual muestra una relación de un hospitalizado por cada 7 consultas. Esta alta relación hace suponer la falta de medidas adecuadas en lo relacionado con la deshidratación en lo referente a su efectividad, o que por otra parte se está dando preferencia al tratamiento hospitalario por vía endovenosa.

En vista de la problemática expuesta anteriormente y de la potencial demanda de servicios que se pueden generar a través del componente de Prevención y Rehidratación Oral, por medio de la promoción masiva que se viene realizando, lo cual conllevaría a incrementar las actividades de atención de tipo ambulatorio y de hospitalización, ponen de manifiesto la necesidad de estructurar estrategias asistenciales, de tal forma que permitan dar la atención a esta patología, de acuerdo al grado de complejidad, y en relación con el caso que nos ocupa, adecuar dichas estrategias asistenciales en forma tal, que permitan garantizar la atención oportuna y eficiente de los pacientes,

La atención debe comenzar en el domicilio del menor infectado en el estadio primero de la diarrea, teniendo encuen

ta que se busca primordialmente que la familia conozca la forma de evitar esta patología y por otra parte si se llega a presentar la E.D.A. mantenga preventivamente en su casa sobres de Suero oral, para su uso oportuno.

A nivel institucional se hace necesario mejorar la calidad de la atención, organizando las salas o áreas de rehidratación oral, y buscando que el niño que acude por diarrea, comience a recibir la solución de suero oral, desde su entrada a la institución. Por otra parte al contar las instituciones de salud con las salas o áreas de Rehidratación Oral, para el mejor manejo ambulatorio de la E.D.A. se obtendrá una mayor disponibilidad de camas y recursos a nivel hospitalario, los cuales podran utilizarse para prevención o control de otros tipos de patología, que no estan siendo atendidos oportunamente.

OBJETIVO GENERAL.

Promover y desarrollar estrategias para la prevención y tratamiento de la deshidratación ocasionada por la E.D.A dentro del contexto del subprograma de crecimiento y desarrollo con el fin de mejorar la calidad de la atención y contribuir a reducir la morbi-mortalidad infantil por E.D.A. por medio de la participación activa del equipo de

Salud y de la Comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Organizar las salas de rehidratación oral, contemplando su dependencia jerárquica, tipo y ámbito de autoridad, relaciones de coordinación, recurso necesario, normas y procedimientos, con el fin de garantizar la correcta prestación de servicios.

- Establecer las normas y procedimientos para el personal institucional y comunitario, con el fin de normalizar la prestación del servicio de rehidratación oral y mejorar la calidad de la atención.

- Educar a la comunidad y actualizar al recurso humano del Equipo de Salud en aspectos preventivos y curativos relacionados con la E.D.A. con el fin de lograr el desarrollo del componente de Prevención y rehidratación oral en E.D.A.

ORGANIZACION DE LAS SALAS O AREAS DE REHIDRATACION ORAL.

a.- Recursos.

Se deben tener en cuenta los recursos físicos, humanos y

materiales existentes en esos sitios de rehidratación oral, pues este proyecto ni busca generar un nuevo programa, sino incorporar una acción diaria a la prestación de los servicios.

b.- Recursos físicos.

Está representado por el área destinada a prestar el servicio de Rehidratación Oral y sus características dependen del grado de complejidad de las instituciones de salud, así como la disponibilidad del área locativa existente por lo cual no implica la construcción de infraestructura, sino la distribución racional del recurso físico actual; sólo se requiere de la disponibilidad de un servicio sanitario y un mesón con lava plato.

La Rehidratación oral se realizará en salas o espacios en el área ambulatoria de los hospitales regionales, locales y de máxima tecnología, buscando su ubicación en el servicio de urgencia o consulta externa, asignando el espacio correspondiente para realizar todas las actividades que le son pertinentes. Anivel de Puesto o Centro de Salud, se ubicará dentro de los recursos disponibles, el que pueda asegurar mejor este tipo de atención.

c.- Recurso Humano

El recurso humano para la Rehidratación Oral a nivel institucional, estará conformado basicamente con el Médico, la enfermera la auxiliar o ayudante de enfermería, y otro recurso con que se cuente asignando a cada uno las funciones correspondientes para esta actividad. El recurso esencial para esta actividad es la madre o persona a compañante del niño, quien también se le asignaran funciones específicas.

d.- Recursos materiales

Representados por el equipo y suministro que requiere la actividad de Rehidratación oral. El equipo debe contar con: Estufa, fogón, ollas, botellas, litros, cucharas, equipo de pesajes, termómetros, fonendoscopio, mesa, sillas, cunas; como suministro permanente se debe contar con sobre de suero oral (sales rehidratantes) elementos de aseo y papeleria del programa. (5)

5 MINISTERIO DE SALUD, Dirección de Atención Médica. División Materno infantil y Dinamica de la Población.
Bogotá Septiembre 1983

Es importante analizar el punto de vista preventivo, que tiene el programa de Rehidratación oral así como la intervención de la comunidad en general en el desarrollo del mismo, porque este programa permite dejar a un lado el tratamiento hospitalario por vía endovenosa, siendo la Rehidratación oral un método que a la vez de evitar la deshidratación puede empezar a utilizarse en el hogar del niño afectado, involucrando la intervención de los familiares del paciente. Siendo este un aspecto positivo en la ejecución del programa de Rehidratación Oral porque una vez que la familia y la comunidad conoce la sintomatología de la enfermedad puede comenzar a prevenir la deshidratación del niño, utilizando los sobres de suero oral, actividad que de ser practicada efectivamente disminuirá la hospitalizaciones y por ende las muertes en los menores de cinco años que habitan en los barrios marginados de la ciudad.

Al respecto podemos afirmar que después de haber observado directamente el comportamiento de las comunidades estudiadas (La Manga, Por fin, Buenos Aires, La Paz etc), podemos decir que mientras que la comunidad no reciba la educación sanitaria adecuada este programa no tendrá los éxitos esperados que se necesita con urgencia en el tratamiento de la E.D.A. porque encontramos:

1.- Que casi un 70% de los encuestados no consideran la diarrea como lo dice la definición; tres deposiciones diarias aumentadas en cantidad en estado líquido o semilíquido y con olor a fetidez, sino que se considera que el niño padece de diarrea cuando se presentan vómitos, fiebre, destinción estomacal y deposiciones líquidas, en este estadio de la enfermedad es cuando comienzan a tratar la diarrea o a llevarlo al puesto de salud, endonde al estar la enfermedad en estadio avanzado necesita de hospitalización y del tratamiento endovenoso para evitar la muerte del niño por deshidratación (ver gráfico No. 1, 2, 3.).

2. - Que la utilización del suero oral en la prevención de la deshidratación es mínima. (ver gráfico No. 4). Es de preferencia de las madres, porque los consideran de mayor efectividad los tratamientos caseros con agua de manzanilla, arroz tostado, agua de zanahoria etc, que aunque evitan que el niño se deshidrate no restituye en el organismo del menor las sales y los electrolitos que ha perdido en el transcurso de la diarrea .

3. ESTUDIO, DIAGNOSTICO SOCIAL DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD, DETERMINADA POR LA E.D.A. EN LOS BARRIOS LA MANGA Y LA MAGDALENA Y SU INCIDENCIA EN LOS MISMOS!

3.1. INCIDENCIA DE LA E.D.A. EN BARRANQUILLA, TASA DE MORTALIDAD, PERIODO DE INCIDENCIA, CUNAS EPIDEMIOLÓGICAS.

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

En consecuencia el conocimiento de la mortalidad es primordial para la definición de las políticas y prioridades del sector salud, la creación de subprogramas, actividades y normas, y para el control de la gestión de los administradores de salud en los diferentes niveles de la organización.

La medición de la mortalidad en Colombia no ha sido satisfactoria hasta el momento, la carencia de recursos confiables, completos y oportuno sobre defunciones ha sido la dificultad más grande con que se han topado los investigadores. No obstante las muertes registradas constituyen una proporción más o menos estable de las ocurridas anualmente, obteniendose de esta forma un buen indicador del comportamiento real del fenómeno.

En la Costa y particularmente en la ciudad de Barranquilla la enfermedad diarreica aguda se ha convertido en un azote para la niñez barranquillera afectando a más de 19.000 niños, y en los primeros meses del año aumenta la incidencia de la enfermedad entre la población infantil de la ciudad, caracterizandose el mes de Abril que es el mes en que tradicionalmente comienza a subir el número de casos por enfermedad diarreica aguda.

La gastroenteritis en Barranquilla ataca todos los años a la población infantil que vive en los barrios del sur, donde la infraestructura sanitaria (agua potable, recolección de basuras y sistemas de alcantarillado) es insuficiente.

En 1983 hubo 23.381 casos de diarrea aguda de los cuales

2.061 merecieron hospitalización y murieron 86 niños. En 1984 hubo 22.598 casos 1.525 hospitalizaciones y 49 defunciones; en 1985 el total de casos fue de 17.475, las hospitalizaciones sumaron 1.393 y murieron 75 menores de edad (2).

Las estadísticas nos demuestran que el índice de mortalidad y hospitalizaciones por la Enfermedad Diarreica Aguda tiene una alta incidencia en la ciudad de Barranquilla convirtiéndose en uno de las primeras causas de muertes en menores de 0 - 5 años.

A pesar de que en los últimos años el índice ha ido disminuyendo; los programas y las campañas de higiene personal que ejecutan los Servicios Seccionales de Salud no logran cumplir con la meta propuesta. En este año la meta en cuanto a la mortalidad en menores de 0 a 5 años es de 40 por mil nacidos a nivel nacional, es el caso de Barranquilla que en lo que va corrido del año han muerto 46 niños por la enfermedad diarreica aguda, causada en un alto índice por las condiciones de insalubridad en que se encuentran dichas comunidades ya que la mayoría carecen de los servicios públicos, de una adecuada infraestructu

EL HERALDO, Viernes 11 de Abril de 1.986. Página 7A.

ra sanitaria, que unida a la contaminación ambiental crean un ambiente propicio para la propagación de esta enfermedad.

3.2. ESTUDIO Y DIAGNOSTICO SOCIAL EN LOS BARRIOS LA MANGA Y LA MAGDALENA.

La comunidad provee el ambiente para la vida individual y constituye la unidad de la vida nacional.

Cada comunidad es una totalidad orgánica que crece continuamente por vida interna, todos sus miembros, sean profesionales, líderes o simples ciudadanos tienen una amplia participación en su crecimiento y desempeñan cada uno diferentes papeles para su organización. Los organismos oficiales y privados, las organizaciones cívicas y comunitarias son medios a través de los cuales los ciudadanos se organizan y se ayudan entre sí. Estas organizaciones resultan de los esfuerzos del pueblo y a su vez contribuyen al desarrollo del mismo.

El bienestar de la comunidad que procede de los recursos disponibles para el pueblo y del uso que se hace de ellos es responsabilidad de todos.

Siendo el bienestar colectivo la satisfacción de todas y

cada una de las necesidades básicas de un individuo (sociales, culturales y económicas), las condiciones sociales que reflejan las comunidades marginadas están determinadas por la carencia en un elevado porcentaje de las necesidades enunciadas anteriormente, por ende presentándose en estas comunidades innumerables problemas de tipo social siendo el principal de estos la insalubridad que afecta la salud de los habitantes.

La atención en salud está directamente relacionada con la existencia de recursos que respondan a las necesidades de la población, sin embargo, en nuestro medio suele suceder que no existen los recursos institucionales suficientes para el pueblo colombiano, caso particular en la ciudad de Barranquilla las instituciones públicas (hospitales, centros de salud) existentes no alcanzan a cubrir la demanda de la población donde se observan cantidades de enfermos en espera de atención alguna sin la posibilidad de que se les preste asistencia médica.

La problemática social que viven los habitantes de las zonas marginadas está representada en el total abandono en lo referente a las condiciones sociales, económicas, habitacionales, ambientales y en la prestación de servicios públicos, sanitarios y atención en el sector de la salud.

La salud de los habitantes de las zonas marginadas está influenciada por la carencia de los servicios públicos y sanitarios (presencia de aguas estancadas, inexistencia de control de alimentos, contaminación atmosférica, entre otros) tanto en los sectores urbanos como en los rurales afectando su salud, porque ayudan a la propagación de enfermedades gastrointestinales o epidémicas y ocasionando mayores víctimas en los niños menores de cinco años, de allí la alta tasa de mortalidad infantil que año tras año se presenta.

Teniendo en cuenta las condiciones estructurales de nuestra sociedad, podemos afirmar que no son las más adecuadas para superar el problema de salud ya que la prestación de los servicios públicos y médicos solo se da de manera muy limitada a las comunidades marginadas, mientras que las clases sociales medias y altas gozan de esos servicios de una manera más distributiva, es decir los servicios médicos y públicos se encuentran estratificados en clases sociales.

En 1942 se habla por primera vez de Desarrollo de la Comunidad entendiéndose como "El proceso por el cual el propio pueblo participa en la Planificación y en la realización de programas que se destinan a elevar su nivel

de vida. Eso implica la colaboración indispensable entre los gobiernos y el pueblo para hacer eficaces esquemas de Desarrollo viables y equilibrados" (3).

Para que este tipo de comunidades puedan impulsar su propio desarrollo, deben iniciarlo a nivel organizativo, formado por sus propios miembros en grupos de acción social, porque solamente actuando de esta forma podrían minimizar la problemática y en mejor forma darle un tratamiento adecuado, siendo que el sistema social en el que vivimos y la forma de gobernar no le interesa generar desarrollo sino por el contrario, mientras se empobrecen las comunidades populares más se enriquecen las clases gobernantes.

Los grupos de acción social buscaran el desarrollo comunitario definiendose como "Un movimiento con el fin de promover el mejoramiento de la vida en toda la comunidad, con su participación activa y en lo posible por iniciativa de la propia comunidad. Si acaso dicha iniciativa no apareciera de manera espontanea se emplearán técnicas que la hagan surgir y la estimulen con el objeto de asegurar res

3-----
ANDER EGG Ezequiel, Desarrollo de la Comunidad. Ed. Humanitas, Buenos Aires Argentina. Pag. 22 y 26.

puestas activas y entusiastas al movimiento".

El desarrollo de la comunidad abarca a toda la forma de mejoramiento , influye por lo tanto un conjunto de actividades que se desarrollan en un Distrito ya sea promovida por el gobierno o por las organizaciones no oficiales, en el campo de salud se promueve:

- Mejores condiciones sanitarias y suministro de agua.
- Medidas de higiene
- Protección a la infancia y a la maternidad.

El Trabajo Social es una profesión que interactúa más a nivel comunitario, buscando la superación de estos, a través del trabajo comunitario se cumplen funciones de prestación de servicios directos, el Trabajo Social tiene la posibilidad de atender amplios sectores de la población.

El trabajo de comunidad se inició en el siglo XVII tratando de dar una respuesta organizada y planeada a una creciente demanda de asistencia individual, para diferentes necesidades humanas de una determinada población.

A partir de las décadas del 40 y 50 reaparece el Trabajo Social comunitario, haciendo énfasis en el desarrollo de

los barrios, poblaciones y ciudades con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la comunidad. En la década del 60 surge la Acción Social con la finalidad de resolver los problemas sociales que cada día se tornaban más intensos, haciendo presión en las instituciones del bienestar social y conflictos a las personas que detectan el poder y los recursos su punto de partida son los grupos pobres que no contaban con las condiciones sociales adecuadas, personas que carecen de recursos económicos y sociales que viven en condiciones de insalubridad.

El Trabajo Social de Comunidad adquiere relevancia e impulso al considerarla como el epicentro nuclear de toda la problemática social, la cual debe dirigirse el Trabajador Social como "planificador del cambio" negando de hecho el desarrollo y agudización de las contradicciones sociales requeridos en cada relación social.

El profesional de Trabajo Social es considerado como un elemento que contribuye a que la comunidad estudie sus propios problemas, que decida por sí misma la forma de resolver y participar en la búsqueda de soluciones y conciliar las necesidades y preferencias de la población.

A continuación presentamos algunas de las características

más importantes que encierran las mismas y se particularizan en las comunidades La Manga y la Magdalena.

La comunidad de la Manga es un barrio de invasión, la mayoría de sus viviendas pueden catalogarse como tuguriales porque no llenan los requisitos de una vivienda normalmente habitable, se encuentra situada en la zona Oeste de Barranquilla, cuenta con una sola vía de comunicación la cual es la vía central y se encuentra en muy mal estado, en cuanto a sus servicios públicos puede decirse que estos son insuficientes presentandose como el principal problema la carencia de agua potable, por lo cual los miembros de la comunidad se ven precisados a comprar este líquido que se hace indispensables a los carrotanques.

En lo social la escasez de agua trae como consecuencia problemas de orden salubrico , higiénico y ambiental, agravandose el estado de salubridad de la comunidad, porque la proliferación de enfermedades es más frecuente e incide más gravemente sobre la población debido a la inadecuada higiene personal, reincidiendo sobre todo en la población infantil menores de cinco años.

Otro de los problemas que afronta la comunidad es la prestación de los servicios de salud, en la actualidad por par

te del gobierno es nulo, a pesar de que existen centros de salud a nivel primario de orden privado; la comunidad se encuentra desprotegida en lo que se refiere a la prestación de éste servicio, quedando expuesto a recibir todo tipo de enfermedades que al no obtener el cuidado, la atención y el tratamiento médico necesario puede constituirse en cualquier momento en una epidemia de grandes proporciones causando la muerte o la degeneración física de la población adulta e infantil que por ser esta última más débil se encuentra más expuesta a recibir este tipo de epidemias y correr el mayor riesgo de enfermar y morir.

Con respecto a la comunidad La Magdalena podemos anotar las siguientes características se encuentra ubicada en la zona sur-occidental de Barranquilla creada a través del Instituto de Crédito Territorial en el año de 1960 por autoconstrucción, puede calificarse dentro de la escala sociológica Media Baja porque la mayoría de sus habitantes, están vinculados a los medios de producción y el resto posee su propio negocio, en lo que concierne a su parte interna, las vías de acceso están en muy buen estado, la mayoría de sus viviendas presentan una simetría en su construcción y sus condiciones habitacionales son adecuadas.

La prestación de los servicios públicos es aceptable en lo

que se refiere al agua la cual al iniciarse el mismo se prestaba en forma normal años más tarde empezó a presentar ciertas anomalías que al pasar los años se ha ido agudizando hasta llegar al punto en que en algunos sectores no llega el agua o llega a altas horas de la noche viendo se en la necesidad los habitantes del barrio de comprarla. El servicio de aseo en general es pésimo pues el carro de las Empresas Públicas Municipales pasa dos veces por semana lo que obliga a los habitantes de esta comunidad a utilizar el servicio particular de aseo o sea (pagar a personas que utilizan carros de mulas para este menester) a pesar de que no se presta un adecuado servicio de aseo, la comunidad no afronta el grave problema de basureros en terrenos baldíos que se encuentran dentro de la comunidad, ya que es preocupación de la Junta de Acción Comunal que además de abastecer la necesidad de salud del barrio presta sus servicios a miembros de las diferentes comunidades aledañas al mismo, este centro de salud no está adscrito a los Servicios de Salud del Atlántico ni recibe ningún auxilio por parte del gobierno municipal, se sostiene a través del valor de la consulta que es de 200 pesos.

El centro de salud se encuentra dotado de todos los implementos necesarios para su funcionamiento, en el cual se presta un servicio integral a la comunidad y a muy bajo

costo; cuenta con médicos generales y especialistas en Oftalmología, Psicología, Dietética y Nutrición, Otorrinolaringología con consultas por valor de 350 pesos, además cuenta con la colaboración permanente de cinco enfermeras ya que el centro labora de 7 a.m. a 8 p.m.

En términos generales podemos decir que la comunidad se encuentra respaldada en sus necesidades de salud a nivel primario por este centro que además se proyecta hacia los barrios aledaños a él, hecho por el cual lo escogimos como centro de estudio para nuestra investigación.

3.2.1. Diagnóstico Social acerca de la situación de Salud estudiada en los barrios "La Manga y la Magdalena"

En materia de salud encontramos una similitud en estos barrios debido a que en ellos existen Centros de Salud que no dependen de los Servicios Seccionales de Salud y se diferencia en este aspecto en que los existentes en el barrio la Manga son de tipo privado y carecen del equipo material, cuentan con personal médico, pero no con personal auxiliar para el buen funcionamiento de las instituciones de esta naturaleza, además los locales donde están ubicados no son los más apropiados por ser muy reducidos

En lo que concierne al Centro de Salud existente en el barrio la Magdalena, este ha surjido a través de esfuerzos de la comunidad con el apoyo de sus Juntas de Acción Comunal, el cual presta los servicios de medicina general, especialistas en Dietética y Nutrición, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psicólogo, personal auxiliar adecuado, además cuenta con un local amplio que permite el buen funcionamiento de esta institución.

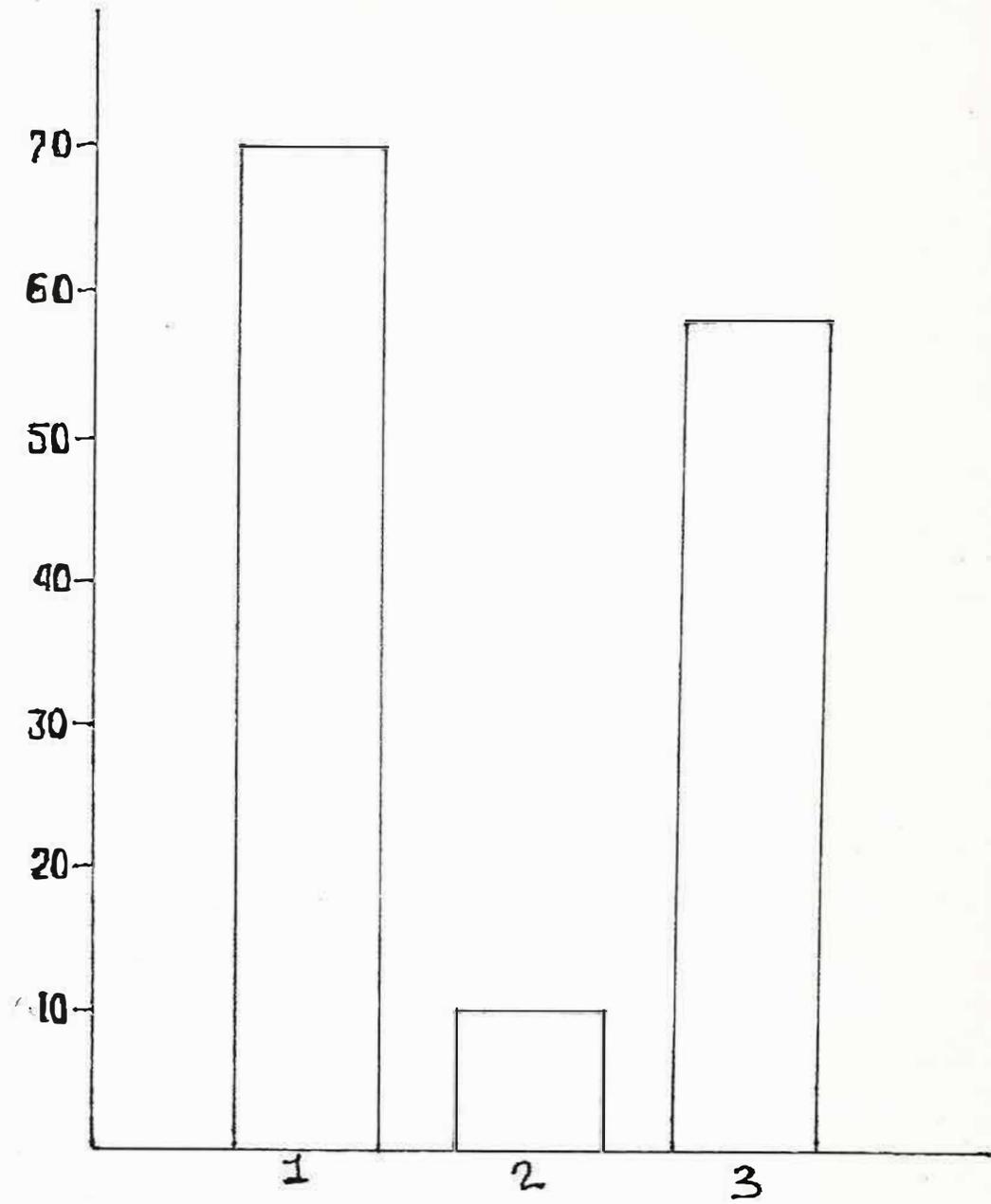
A nivel general en el barrio la Manga el sector de la salud se encuentra totalmente desprotegido trayendo como consecuencia que el índice morbi-mortalidad sea elevado atacando más directamente a la población infantil por ser más vulnerables a recibir cualquier tipo de infección sumando a esto las condiciones de salubridad del barrio (agua impotable, carencia de alcantarillado, basureros) las condiciones infrahumanas en la mayoría de sus viviendas, y las costumbres antihigiénicas en gran parte de sus habitantes, contribuyendo el aspecto económico y el nivel cultural de los mismos.

En el barrio la Magdalena el sector de la salud se encuentra en mejores condiciones, porque las características del barrio no son deplorables debido a que no encontramos focos de contaminación y en lo que se refiere a la vivienda son habitables, no sucediendo esto en los barrios aleda

Nos a la Magdalena por ser estos en su mayoría barrios de invasión hasta los cuales se proyectan los servicios médicos del Centro de Salud del mismo, motivo por el cual fue escogido para nuestro estudio.

En los siguientes gráficos se explica detalladamente el resultado obtenido en nuestra investigación que complementa el diagnóstico, el cual se realizó a través de 80 encuestas aplicadas en los barrios la Manga y la Magdalena; se utilizó la técnica teniendo en cuenta la población infantil menores de cinco años que solicitó el servicio de atención médica en los Puestos de salud escogidos para nuestro estudio (Centro médico la Hermosa y Centro de Salud comunal la Magdalena).

QUE ENFERMEDAD MAS FRECUENTE SUFRE EL NIÑO



1.- Diarrea - 70

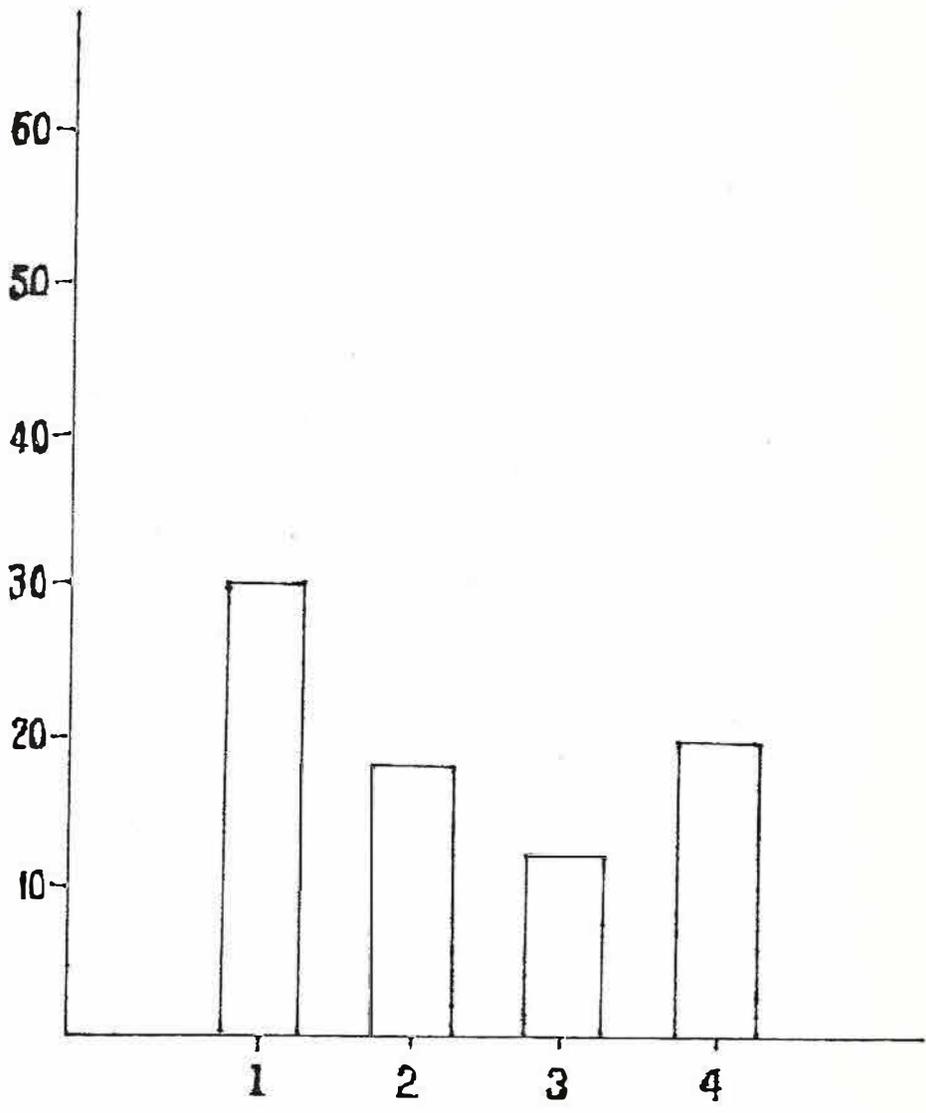
2.- Fiebre - 10

3.- Gripe - 58

El gráfico nos demuestra que la E.D.A. dentro de las enfermedades más frecuentes en menores de cero a cinco años posee la frecuencia más alta a nivel del estudio realizado, permite demostrarlo porque de 80 encuestados resultaron 70 niños afectados de diarrea, superando a las demás variables escogidas (gripe y fiebre).

Esta representación gráfica resultado de nuestro trabajo de investigación con respecto a la E.D.A. sus causas, consecuencias y como afecta la población infantil estudiada justifica la escogencia de éste tema y la implicación que tiene a nivel social y particularmente en nuestra profesión.

DURANTE UN AÑO CUANTAS VECES LE DA DIARREA AL MENOR DE 5 AÑOS?

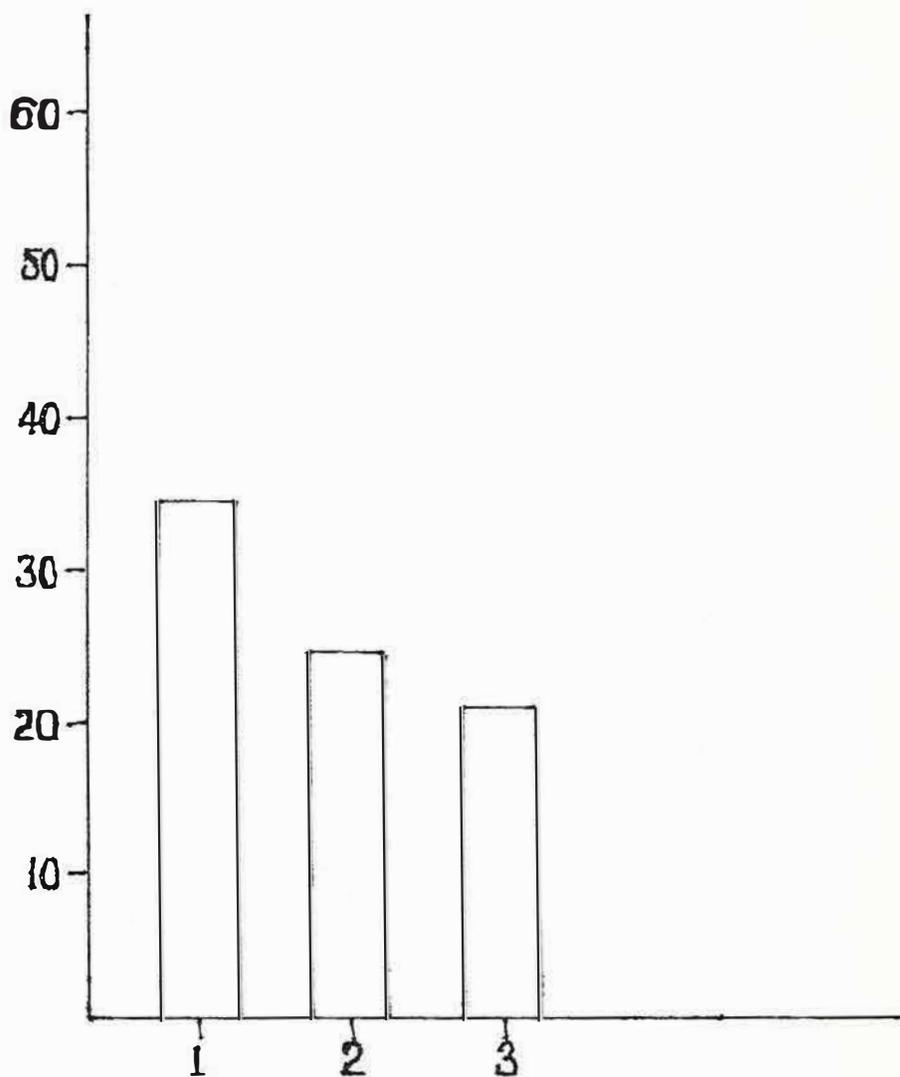


El gráfico # 2 nos indica la frecuencia con que se enferma un niño menor de cinco años de diarrea. Pero hay que anotar el concepto general de la madre de la mayoría de los encuestados.

Por que no está bien clarificado para esta el término diarrea ya que se cree que el niño se enferma o se enfermó de diarrea, cuando este se agrava y presenta los primeros síntomas de deshidratación, mientras el niño presenta de pociiones aumentadas en número y cantidad, no se le califica como diarrea, sino como en términos populares se diria "obradera o daño de estómago;" y no se pone en práctica desde este momento el tratamiento adecuado para la diarrea, lo lleva a que el menor se complique y posible mente muera.

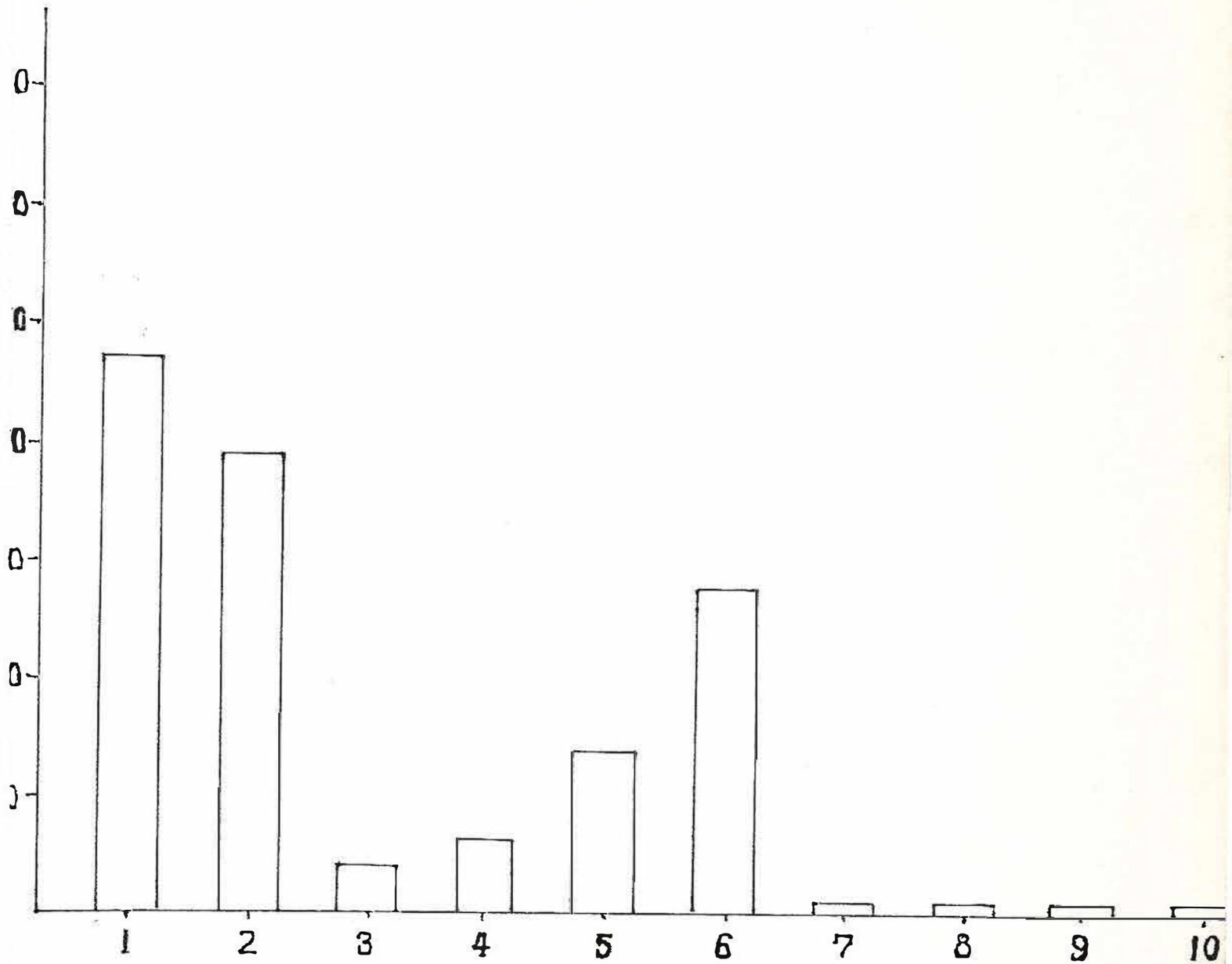
Esto nos demuestra que no existe una educación en salud a nivel de las comunidades estudiadas, la cual se convierte en muchos casos en causante para que la enfermedad se desarrolle.

CUANDO SU HIJO SE ENFERMA DE DIARREA LO LLEVA INMEDIATA
MENTE AL PUESTO DE SALUD, DEJA PASAR UN DIA Y LE ADMINIS
TRA MEDICAMENTOS CASEROS, DOS TRES O MAS DIAS



En el gráfico # 3, nos representa como una mala educación en salud, y viene a coincidir con el gráfico anterior. Pero con diferentes resultados, porque en el gráfico # 2 encontramos que se expresa una sola vez al año, pero cuando el niño está para hospitalización. Y en el presente gráfico podemos observar que la variable (inmediatamente), resulta de aplicar este mecanismo cuando el caso de la enfermedad es realmente grave, mientras el niño presenta sin tomas de diarrea sin fiebre, ni vómitos, se deja pasar un día, pensando que se cura sólo, se dejan pasar dos o tres días y se le aplican medicamentos sin prescripción médica o caseros que aparentemente mejoran al niño, pero que al pasar su efecto el niño vuelve a presentar la diarrea, se complica y se agrava como también dependiendo de la causa de la diarrea, el niño mejore.

QUE TRATAMIENTO CASERO LE APLICA AL NIÑO EN CASO DE DIA
RREA



- 1.- Agua de Manzanilla - 47
- 2.- Agua de arroz tostado - 39
- 3.- Agua de zanahoria - 4
- 4.- Agua de té - 6

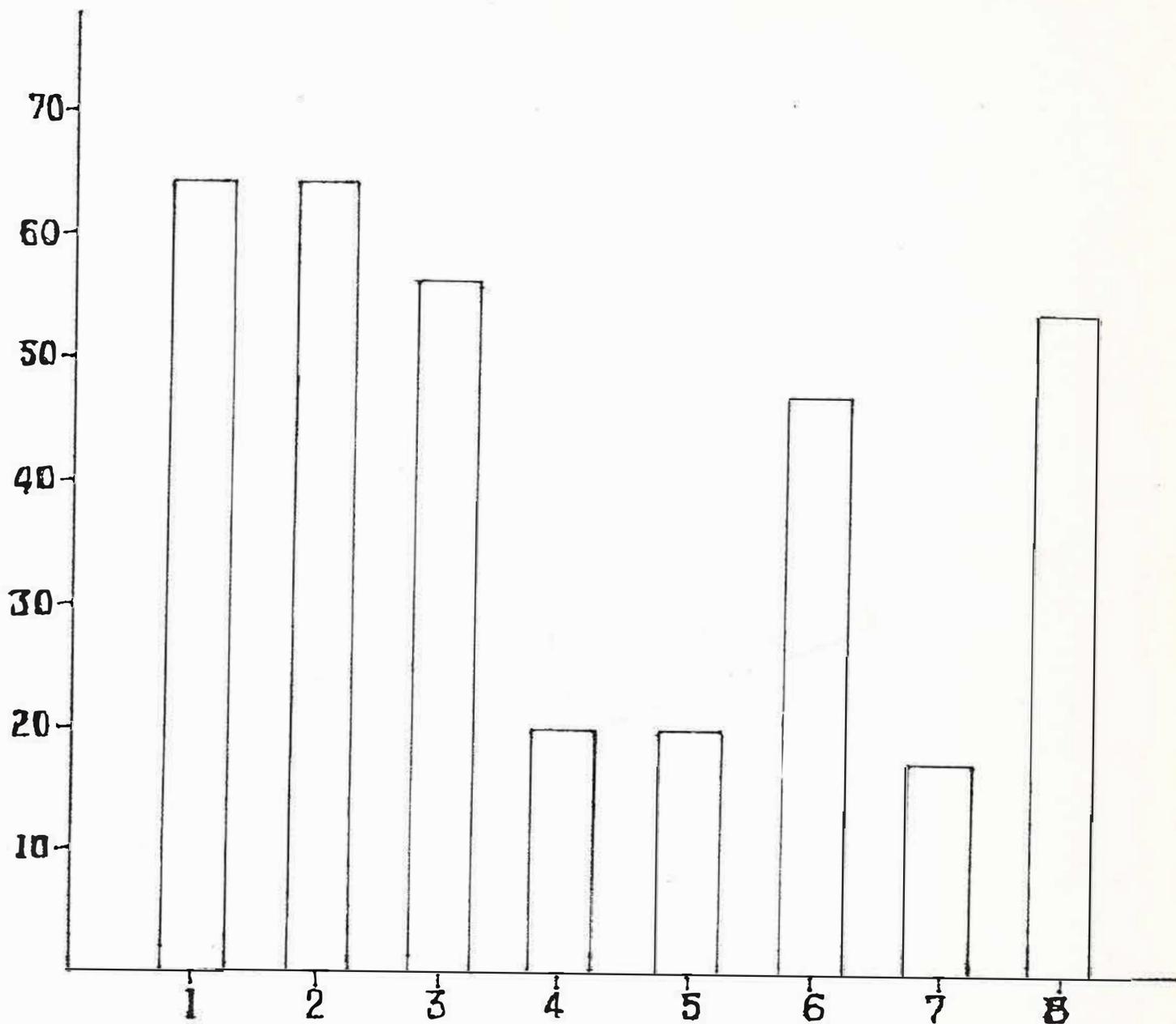
- 5.- Coca kola con suero - 14
- 6.- Suero oral - 28
- 7.- Kola con limón - 1
- 8.- Tilo con canela - 1
- 9.- Pan tostado - 1
- 10.- Agua de linasas - 1

En el gráfico # 4 vemos como aun prevalece la utilización de los denominados "remedios caseros", como agua de li nasa, pan tostado, tilo con canela, kola con limón, agua de té que no benefician en nada al niño cuando atravieza por esta enfermedad.

Además nos demuestra como a pesar de las campañas emprendidas por los Servicios Seccionales de Salud a través de sus Promotoras de salud, sobre la hidratación, la utilización y preparación del suero oral y casero, se prefiere utilizar agua de manzanilla, agua de arroz tostado, agua de zanahoria, coca kola con suero, que aunque hidratan al menor no son del todo recomendables porque no poseen los componentes del suero oral que reemplaza o repone los elementos que pierde el organismo cuando el niño sufre de diarrea.

Otra costumbre, muy arraigada es la de quitarle totalmente el alimento al niño, y darle las mencionadas aguitas al niño lo que conlleva a que este comience a desnutrirse agravando el transcurso de la enfermedad.

CUAL ES LA PREPARACION Y EL MANEJO DEL ALIMENTO DEL NIÑO



- 1.- Lava los utensilios con los que lo prepara - 64
- 2.- Hierve el agua antes de prepararlos - 64
- 3.- Tapa el alimento después de haberlo preparado - 56
- 4.- Guarda el alimento en la nevera y vuelve a calentarlo

cada vez que el niño va a tomarlo - 20

5.- Si el niño deja alimento en el tetero, usted lo guarda y despues´vuelve a dárselo - 20

6.- Prueba usted los alimentos antes de dárselos al niño - 47

7.- Después que el niño toma el alimento usted deja el tetero sin el protector - 17.

8.- La comida que come el menor de cinco años es igual a la de todos los demás - 54

El gráfico No.5 nos muestra la preparación y el manejo del alimento del niño menor de cinco años, y nos permite observar como ciertas prácticas de higiene conllevan a minimizar o aumentar la enfermedad.

Porque el aplicar los mecanismos de la higiene casera, uno de ellos es: Lavar los utensilios con los que prepara el alimento, es una sola vez al día y puede ser con agua contaminada, no se hierve el agua con el tiempo adecuado. Si no se tapa el alimento después de haberlo preparado o dejar el tetero sin el protector, éste está expuesto a que la mosca lo contamine, y estas series de fallas en la higiene casera puede provocar de una u otra forma que se de la diarrea en los niños.

En cuanto al manejo del alimento vemos que aun se cometen muchas fallas que van en perjuicio del niño, porque al guardar el alimento en la nevera y calentarlo cada vez que el niño va a tomarlo este no guarda una temperatura estable causando desorden en la digestión que conlleva a la diarrea, al no probar el alimento antes de dárselo al niño la madre no sabe si este está en condiciones óptimas para ser ingerido por el niño, y otra falla es dar al menor comidas de la que come el mayor, porque esta contiene grasa y condimento que puede afectar al menor y causarle diarrea.

4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD, ESPECIFICAMENTE EN LA E.D.A.

Para la realización de éste aparte del capítulo considera remos la acción de Trabajo Social en el área de la salud, a través de las funciones que cumple a nivel general.

4.1. TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

Para que un Trabajador Social pueda ejercer su papel, es necesaria la presencia de un individuo, un grupo o una comunidad que demande sus servicios frente a una situación vivida como problemática. El Trabajador Social procurará crear una actitud crítica acerca de las causas, efectos de los problemas sociales, en el sector salud la problemática de salud que los afecta, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva, transformadora que los supere.

4.2. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

4.2.1. Nivel Nacional.

a.- Promoción.

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud tanto para los usuarios reales y particulares de los servicios de salud, como dirigidos a otras profesiones.
- Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

b.- Prevención.

- Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la Etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los Servicios de Salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.
- Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los

recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.

- Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.

- Capacitar a voluntarios, auxiliares y a alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.

c.- Recuperación.

- Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.

- Capacitar al enfermo y a su familia para que sean agentes de su recuperación.

d.- Rehabilitación.

- Asegurar que todo enfermo, o minusvalido físico o mental pueda lograr el uso de su potencialidad.

- Orientar al Médico familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusvalido.

do. (4).

4.2.2. Nivel Seccional.

Los Trabajadores Sociales ubicados a nivel de los Servicios Seccionales de Salud se integran al equipo de salud de este nivel cumpliendo, por delegación las mismas funciones del Ministerio de Salud, adaptandolos a la realidad de los Departamentos, Intendencias y Comisarias específicamente a Trabajo Social en este nivel le corresponde:

- Relacionar las instituciones de salud con las instituciones de promoción, rehabilitación y protección a fin de cooperar para el logro de una atención integral.
- Asesorar y coordinar al equipo de salud, en la promoción organización y participación de la comunidad en las acciones de salud.
- Evaluar los resultados de los programas de participación de la comunidad en salud y proponer cambios o modificaciones.

4 KISNERMAN Natalio, Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Humanitas Buenos Aires.

- Coordinar acciones de educación, promoción, organización y participación social, con las diferentes reparticiones, que precisan de estas acciones en el desarrollo de programas específicos.

- Establecer normas en materia de Bienestar Social para los grupos de la población atendidos por el sistema (niños, adultos y ancianos), de acuerdo con sus características y patología.

4.2.3. Nivel Regional.

El Trabajador Social cumple por delegación del nivel seccional las funciones de este adaptandolas a las condiciones de la región, además por estar ubicado a su vez en el nivel operativo cumple funciones de ejecución.

- Promover y organizar las comunidades en su área para obtener participación activa en las acciones de salud.

- Realizar estudios, diagnosticos y tratamientos de los problemas sociales que inciden en la situación de salud o recuperación de pacientes que sean remitidos por atención médica.

Si bien el Trabajador Social no cumple o no ejecuta estas

funciones en determinados casos, esta dado por la misma estructura que rige una institución o por la estructura existente a nivel general que vive la comunidad, pueblo o nación determinado por el sistema político nacional. El Trabajador Social trata de mantener su ubicación dentro de la sociedad en que se desenvuelve ya que es una profesión que se desarrolla día a día buscando nuevas formas de ejercer su acción social.

A través del estudio y análisis de las funciones que cumple el Trabajador Social en el área de la salud consideramos que la intervención de Trabajo Social se hace necesaria y sería efectiva en el tratamiento de la problemática de la Enfermedad Diarreica Aguda que afrontan las comunidades populares de nuestra ciudad, porque precisamente al pertenecer a un estrato social bajo se encuentran involucrados en diferentes situaciones económicos, sociales y culturales que generan múltiples problemas de índole social a sus miembros que afectan en gran escala su estado de salud sobre todo a la población infantil.

Como el Trabajo Social es la profesión que puede influir más directamente sobre la problemática social que afecta a los individuos de una determinada clase social por medio de la utilización de métodos y técnicas, en este caso

particular podría realizar su intervención a través de tres funciones específicas que hemos seleccionado de las generales y después de haber palpado la problemática en la realidad social y conocer las limitaciones que a nivel estructural enfrenta Trabajo Social. Estas funciones son:

- Promoción
- Prevención
- Educación Social

- Promoción:

El trabajador Social deberá participar en la elaboración de programas, dirigidos a prevenir la E.D.A. conjuntamente con el equipo multidisciplinario.

Interesarse en que este programa sea conocido en los diferentes organismos encargados de la salud (puestos y centros de salud), para que de esta manera sea proyectado a la comunidad.

deberá evaluar constantemente la promoción de estos programas a nivel de la comunidad.

-Prevención:

Estudiar la incidencia y la etiología en el desarrollo de la E.D.A. determinando variables socioeconómicas que incidan en la problemática para poder centrar su acción sobre los factores determinantes de la misma.

Estudiar los programas y subprogramas creados por los Servicios de Salud con respecto a la E.D.A. y conocer el nivel de aprovechamiento de los usuarios de los Servicios de Salud, en general de la comunidad.

Orientar a la comunidad a través de los Comités de Salud y grupos de acción social con respecto a la utilización de los mecanismos necesarios para prevenir la E.D.A.

- Educación Social:

Orientar y capacitar a los familiares en general acerca de los factores causantes de la E.D.A. (carencia de higiene personal, basuras, aguas contaminadas, contaminación ambiental). con el fin de que asuman una actitud preventiva, ante la enfermedad generando acciones que conlleven a la minimización de los factores causales de la misma.

Se debe educar a los miembros de la comunidad hasta que e

llos acepten la salud como un valor colectivo que todos deben preservar.

Observando la situación actual de la ubicación del Trabajador Social en el sector de la salud nos damos cuenta que casi en su totalidad se encuentran ubicados en el área aplicativa de atención a las personas como parte del servicio ambulatorio de consulta externa en hospitales universitarios y regionales.

En ésta área han venido desarrollando funciones de clasificación socio-económica de pacientes, reubicación de los mismos en instituciones de Bienestar Social y transferencias de aquellos a niveles adecuados de atención médica.

El nivel primario de la salud se identifica como la atención de servicios mínimos, integrales de salud en el ámbito domiciliario, ambulatorio y hospitalario, con relación al fomento, prevención y recuperación de salud de las personas en este nivel se encuentran los centros, puestos de salud y hospitales locales.

La estructura institucional del sector primario de la salud se dá en tres áreas.

- Atención a las personas

- Medio Ambiente
- Salud ocupacional

En el área de atención a las personas se realizan los programas de Rehidratación oral, salud oral, ocupacional y control de accidentes.

Estos subprogramas están encaminados a la atención de los problemas por área en coordinación con las unidades de carácter institucional existentes en las ciudades urbanas y rurales.

Los programas de atención al medio ambiente están basados sobre todo a la contaminación del aire, suelo, fauna, flora y medio ambiente en general.

En la atención primaria de la salud, el Trabajador Social se encuentra con una amplia problemática a nivel económico y social, hambre y desnutrición; desempleo y subempleo escasos o ausencia total de vivienda, tugurios y hacinamientos; enfermedades y epidemias. Ante esta problemática el Trabajador Social debe intervenir buscando el mejoramiento del nivel de vida o comunidad. A través de desempeñar diferentes roles como son: Orientador, asesor, organizador, capacitador, planeador, evaluador etc. Par

tiendo de que el hombre a nivel individual y colectivo posea potencialidades de cambio, por medio de las cuales es capaz de crecer, cambiar y desarrollarse, pero que el medio ambiente debe proporcionarle dichas oportunidades de cambio.

CONCLUSIONES

- La E.D.A. es consecuencia de la conjugación de una serie de factores: Ambientales, educativas, sanitarias, culturales entre otros ya que todas ellas se entrelazan ocasionando anualmente la muerte de un gran número de menores.

- A pesar que el gobierno ha trazado una serie de programas tendientes a disminuir o erradicar este flagelo, se pudo comprobar que en estos últimos tres años han fallecido 210 niños de 5.579 que han acudido a recibir atención médica por presentar los síntomas de la E.D.A. lo que demuestra que aun prevalece este tipo de flagelo en una ciudad que adolece de un buen servicio de recolección de basuras, tratamiento de agua para el consumo, erradicación de aguas negras, además de un alto índice de desempleo que conlleva a las personas a utilizar los recursos disponibles en esos momentos sin utilizar ninguna prevención.

- Los Servicios de Salud del Atlántico se han encargado

de realizar una campaña educativa en salud en las zonas más afectadas para que a través de las promotoras los familiares puedan detectar a tiempo los síntomas de la enfermedad, puedan aprender a preparar el suero casero, para evitar la deshidratación y lo más importante aprender a preparar los alimentos, cuidar de mantener tapado los teteros y demás utensilios para evitar la contaminación, sin embargo aun prevalecen muchas costumbres alimenticias inadecuadas que lleva a deshidratar y desnutrir los menores que presentan esta enfermedad como se observa en el gráfico No. 3 y 4.

- La E.D.Á. se acentúa en aquellas zonas donde la infraestructura sanitaria, la educación, la planeación urbana no estan en proporción directa con las necesidades de las gentes, de allí que los programas en su mayoría no cubren todas las expectativas de las mismas y los niños pasen a ser las victimas de ese fenomeno.

- El Trabajador Social por ser un profesional que interviene en las situaciones conflictivas o en la superación de los estados carenciales de la sociedad juega un papel vital en la problemática planteada ya que le corresponde desarrollar una serie de funciones como son: Rehabilitadoras, concientizadoras, educadoras; que involucren no so

lo a las comunidades en general para que se pueda conseguir un verdadero desarrollo social.

RECOMENDACIONES

1.- Las facultades de Trabajo Social deben dotar de conocimientos teóricos-prácticos a través de seminarios en el área de la salud a sus estudiantes, con el fin de que puedan intervenir en las comunidades marginadas con mayor dominio, clarificando de inmediato su accionar.

2.- A nivel de equipo multidisciplinario conformado por profesionales que practican en instituciones de salud como hospitales y centros de salud, elaborar conjuntamente planes de trabajo a largo plazo, con proyección a las comunidades populares con respecto a la prevención de diferentes enfermedades infecto-contagiosas con el fin de disminuir la mortalidad anual de los menores.

3.- Intensificar más las campañas sanitarias por parte de los servicios de salud y las empresas públicas municipales en las comunidades marginadas con el fin de minimizar los focos infecciosos y por ende las epidemias.

4.- A nivel de los servicios de salud presentarle una propuesta que implique acciones y vincule a las diferentes instituciones (Empresas pública municipales entre otras) que en mayor o menor grado deben estar comprometidas en el desarrollo de las comunidades y su bienestar para impulsar un programa de educación y prevención de este tipo de enfermedades.

5.- En la práctica comunitaria los estudiantes de Trabajo Social, agrupen, movilicen, capaciten a líderes para que estos se encarguen de ser multiplicadores de acciones preventivas en materia de salud, y trabajen todo el año en ello, evitando que la enfermedad se convierta de inmediato en epidemia.

BIBLIOGRAFIA

ANDER EGG, Ezequiel. Historia del Trabajo Social. Editorial Humanitas.

C. HENRY KEMPE, HENRY K. SILVER, DONOUGH OBIEN. Diagnóstico y tratamiento pediátrico, 3a Edición. Editorial El manual moderno S.A. México 1978.

ANDER EGG, Ezequiel, Que es el Trabajo Social. Editorial Humanitas.

KISNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social, Editorial Humanitas, Buenos Aires.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION, Plan de Desarrollo 1983 - 1986 "Cambio con Equidad".

ANDER EGG, Ezequiel. Desarrollo de la Comunidad. Editorial Humanitas.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS, Salvat Editores S.A. Undecima Edición, Barcelona, Madrid, México, Caracas, Bogotá.

EL LIBRO DE LA SALUD, Editado por RONDOLPEE LU GLARK, M.D y RUSSELL W. CUMLEY, PHD.

CAROLINE F. Ware, Estudio de la Comunidad. Ed. Humanitas.

PLATA RUEDA Eduardo, El Pediatra Eficiente, 2da Ed. Salvat Editores colombianos S.A. Bogotá 1982.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Dirección de atención médica, División materno infantil y dinámica de la población. Bogotá septiembre 1983.

MARTINEZ JIMENEZ, Magaly Del Socorro, RIVALDO ESCORCIA, Martha Luz. y TORRENEGRA PEREZ, Olinda Esther. Acción del Trabajador Social en el área de la salud. 1982.

LERMA DAVILA, Nancy, RODRIGUEZ JALAFF, Aisa. y VIEIRA PINEDA, Liris. El Trabajador Social frente a la situación de salud en las zonas marginales de B/quilla, 1984.

BALLESTEROS HERNANDEZ, Dilia, DE LA ROSA GUTIERREZ, Nancy

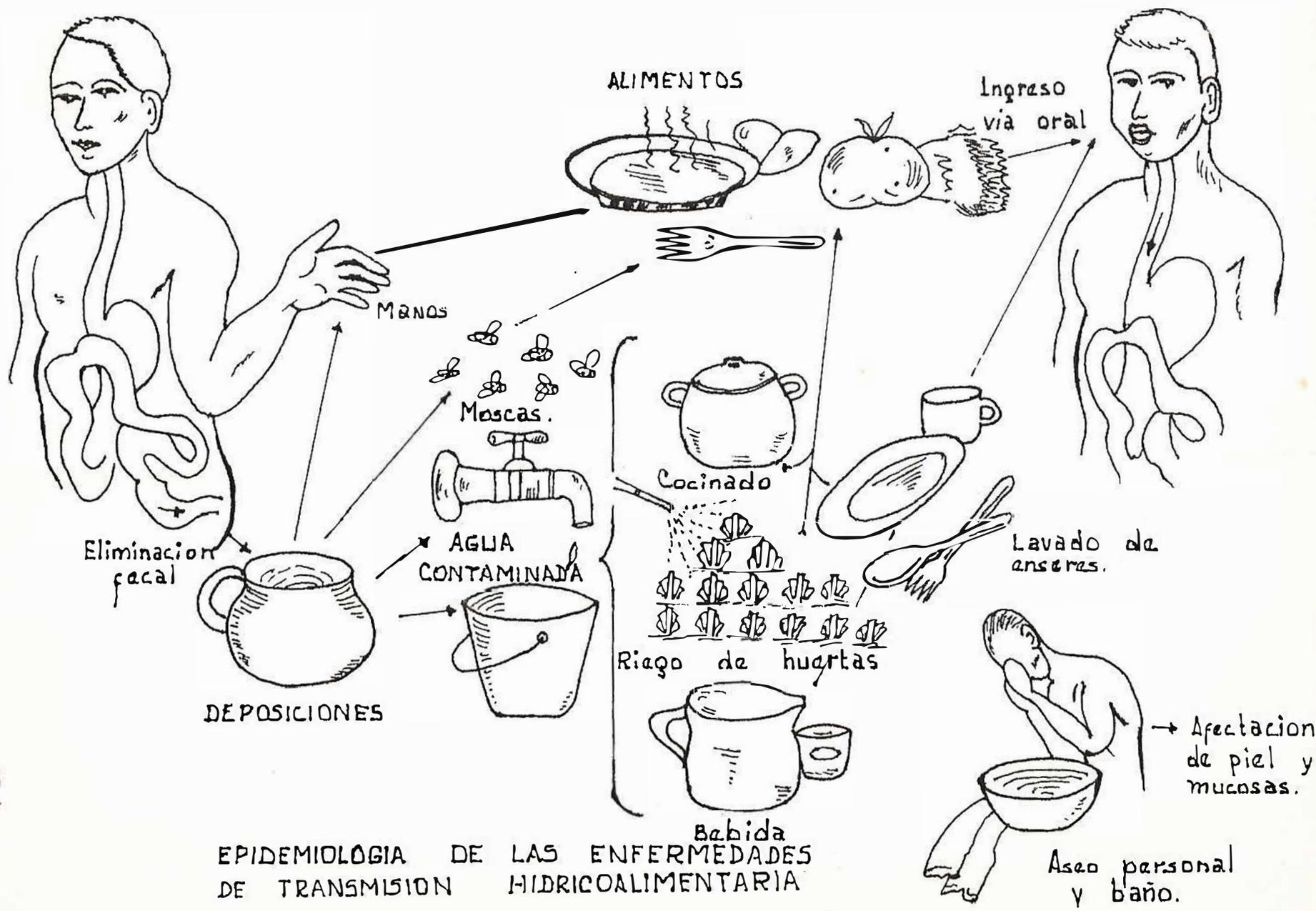
y JULIO DE PARAMO, Ana Lucia. Epidemiología en los barrios marginados de la ciudad de Barranquilla y la acción del Trabajador Social 1982.

NUÑEZ P. Martha, RUIZ B. Rosario. y SILVAC Beatriz. La intervención del Trabajador Social en el sector primario de Salud en las comunidades populares de la ciudad de Barranquilla 1984.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

ANEXOS

101



EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES
DE TRANSMISION HIDRICOALIMENTARIA

ALIMENTOS

Ingreso via oral

MANOS

Moscas.

Eliminacion fecal

DEPOSICIONES

AGUA CONTAMINADA

Cocinado

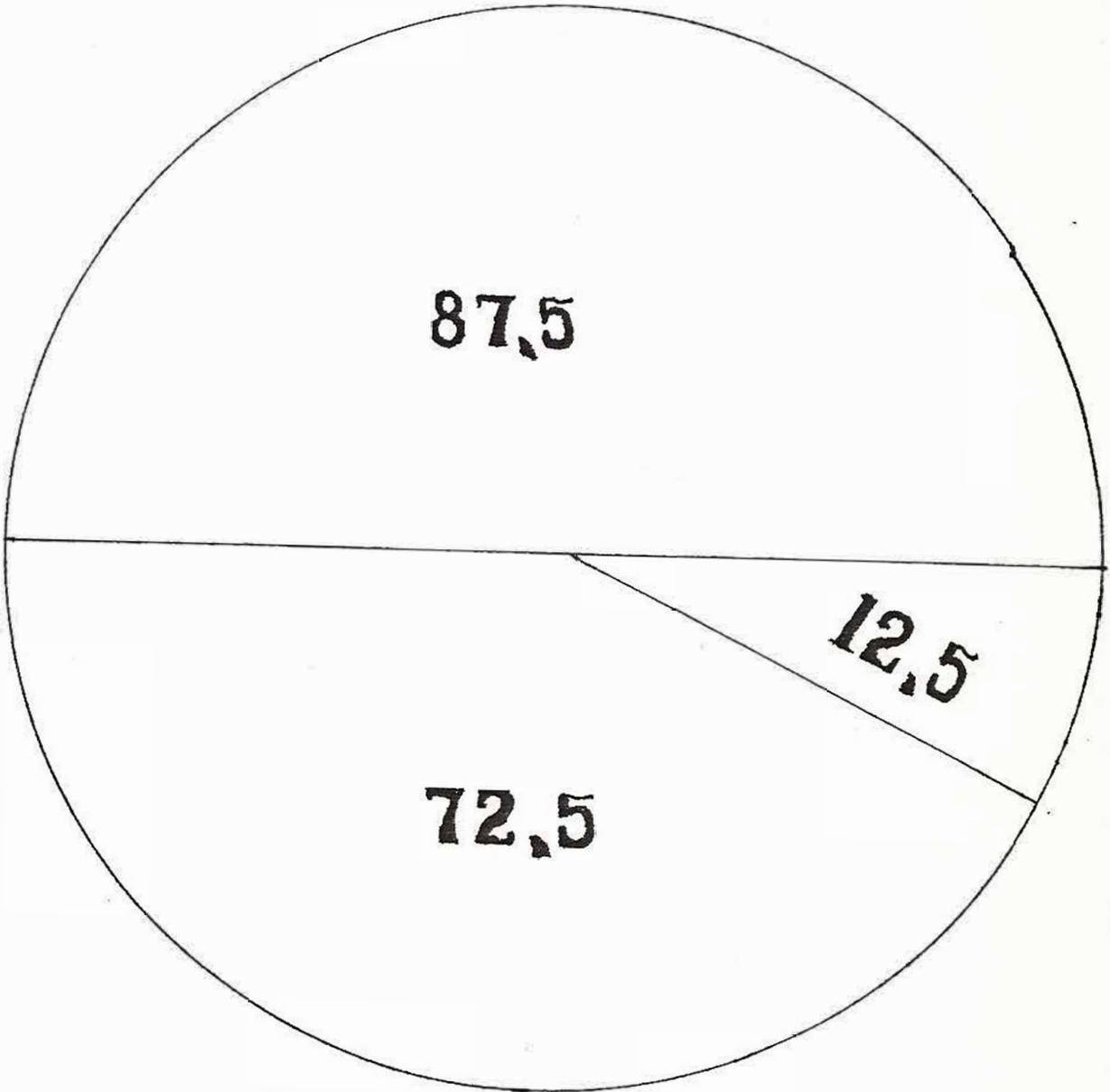
Lavado de verduras.

Riego de huertas

Bebida

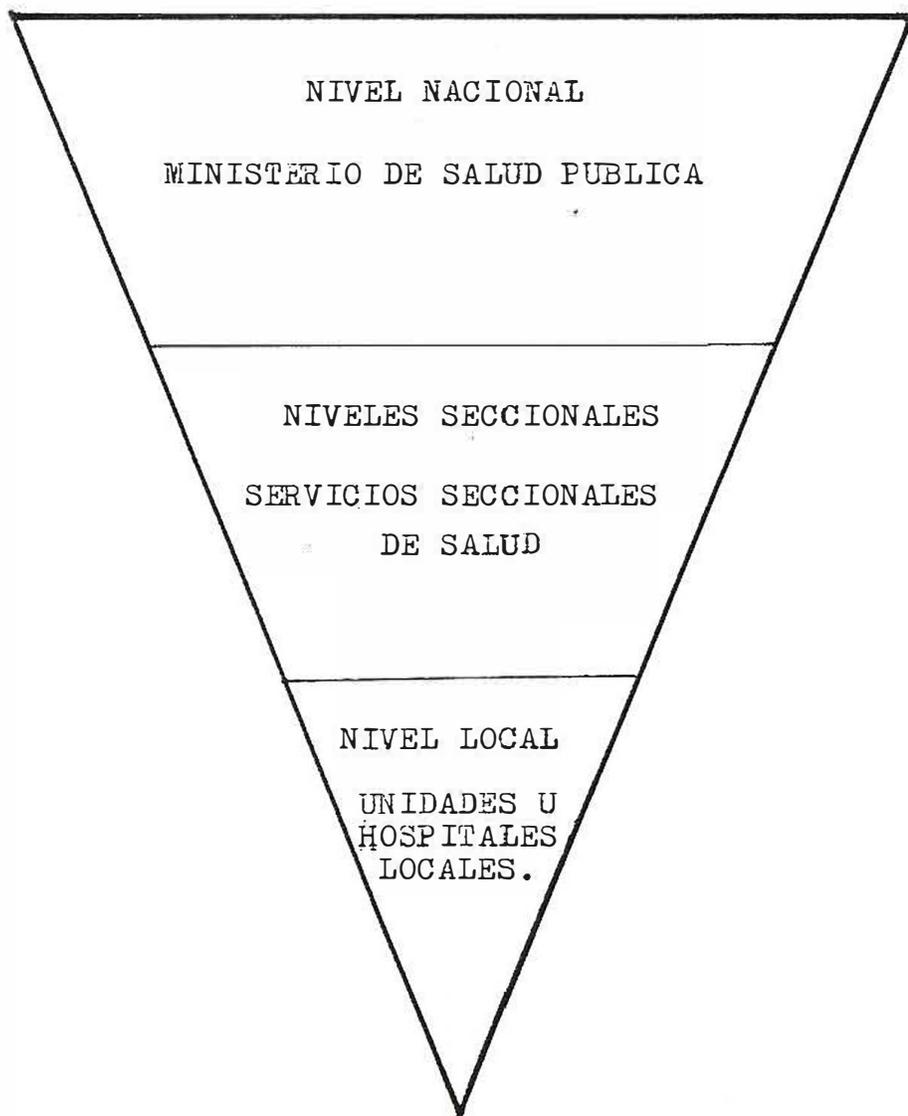
Afectacion de piel y mucosas.

Aseo personal y baño.



DIARRREA 87,5
GRIPE 72,5
FIEBRE 12,5

NIVELES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.



MORTALIDAD POR EDADES 1977		
GRUPOS DE EDAD	TASA POR MIL	%
0 4	18.2	33.9
5 14	1.1	4.1
15 24	1.8	5.5
25 34	2.8	5.3
35 44	4.5	5.6
45 59	9.6	11.6
60 y más	54.3	34.0

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS			
ORDEN	DIAGNOSTICO	TASA POR MILLON	%
1º	INFECCIOSAS INTESTINALES	4.338	23.8
2º	AFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2.759	15.1
3º	OTRAS PERINATALES	1.541	8.4
4º	AFECCIONES RESPIRATORIAS CRONICAS	1.235	6.8
5º	AFECCIONES ANOXICAS E HIPOXICAS	1.169	6.4
6º	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	958	5.2
7º	ANOMALIAS CONGENITAS	464	2.5
8º	MENINGITIS	433	2.4
9º	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	420	2.3
10º	OTROS ACCIDENTES	353	1.9

Para frenar epidemia de gastro

Unicef moviliza expertos para asesorar a Servisalud

Por JOSE GRANADOS

Una comisión de expertos de la Unicef preocupados por la "alarman-te mortalidad" registrada con la fuerte incidencia de la gastroenteritis llegará el domingo a Barranquilla, para investigar cuáles son las causas que ocasionan la dramática situación actual que continúa, día tras día, por el "azote" de este temible mal, que cobró en las últimas horas su primera víctima de junio y la número 48 de este año.

La enfermedad diarreica aguda causó la muerte de la niña Rosemary Correa, de 7 meses, y afectó, entre el lunes y martes de esta semana, a 210 nuevos pacientes. El fuerte ataque de la gastroenteritis, que se presenta desde el pasado primero de mayo, sigue manteniendo un comportamiento "preocupante" según destacaron médicos de los hospitales Pediátrico e Infantil, porque si en un día la incidencia

de la gastroenteritis desciende en las siguientes veinticuatro horas vuelve a duplicarse el número de pacientes atendidos en los centros asistenciales.

Debido a esta situación, la Unicef ha decidido enviar a Barranquilla a un grupo de sus asesores para Colombia, con el fin de que analizando el sistema socioeconómico de vida de las familias donde han muerto niños por la diarrea aguda entreguen una serie de recomendaciones para hacerle frente a estas periódicas epidemias de gastroenteritis que "azotan" a los niños barranquilleros.

Inminentes pediatras como Ernesto Plata Rueda y Gonzalo Franco, de la Universidad del Rosario, Melba Franklin Borrero, de la Universidad del Valle, Augusto Hernández, de la de Antioquia, David Berch, Martha Villegas, Margarita Osorio y Jorge Iván Arbeláez, llegarán a la ciudad este 8 de junio para realizar un trabajo

investigativo sobre la enfermedad diarreica aguda en Barranquilla.

ASESORIA INTERNACIONAL

La Jefe de la División Materno Infantil del Servicio de Salud del Atlántico, Inés de Vargas, quien regresó de Ecuador a donde asistió a un simposio internacional sobre Enfermedad Diarreica Aguda, dijo a EL HERALDO que ante el panorama presentado sobre lo que sufre cada año la población infantil barranquillera de los barrios tuguriales de la zona sur por el ataque de la gastroenteritis, la Unicef decidió enviar una comisión de expertos para que analicen, en lo posible, cuáles son las causas para que este mal "azote" a los niños, especialmente menores de dos años, periódicamente.

Esos expertos del organismo mundial, analizarán varios frentes de trabajo, entre la noche del domingo 8, y el martes 10, a saber:

—Revisión de las historias clínicas de los pacientes que han muerto este año.

—Inspección de los sectores de donde proceden el mayor número de pacientes atacados por el temible mal.

—Análisis de los tratamientos que se siguen con los niños afectados por la diarrea aguda. Los funcionarios de la Unicef entregarán una serie de recomendaciones sobre lo que debe hacer para tratar de mejorar esta dramática situación que viven las familias indigentes de Barranquilla año tras año.

"La Unicef preocupada por esta situación que se está presentando en Barranquilla, que es alarmante por la alta mortalidad existente, nos ofreció su asesoría y pensamos que si es necesario implementar otras estrategias para educar a la comunidad, si se necesita cambiar los sistemas de tratamiento, etc., será necesario hacerlo para evitar que la enfermedad diarreica aguda siga atacando en forma tan cruel a nuestros niños., dijo Inés de Vargas

INFECCIONES RESPIRATORIAS SEGUNDA CAUSA DE MORBILIDAD

Ayer quedó plenamente confirmado que las infecciones respiratorias agudas, como los síndromes gripales, faringoamigdalitis, bronconeumonía, entre otros males, se han constituido en la segunda causa de morbilidad (enfermedad) entre la población infantil de Barranquilla.

Este tipo de males son, según explicaron varios médicos, de mayor agresividad en cuanto a que pueden producir más fácilmente la muerte a un niño, porque ocasionan paros cardiorespiratorios. El tratamiento es más riesgoso.

En las últimas veinticuatro horas, por infecciones respiratorias agudas —IRA— han sido atendidos en los centros asistenciales 36 nuevos pacientes con este mal. O sea que, la enfermedad sigue aumentando su incidencia y hay un mayor peligro de muerte para los niños con desnutrición o para aquellos cuyos padres no tienen mayor cuidado en casa.

Mueren otros 5 niños por gastro

•Albercas públicas venden agua contaminada

Otros cinco niños muertos, elevándose a treinta y ocho el total de víctimas en el mes de mayo, ciento diez pacientes y más de cuarenta hospitalizaciones es el dramático balance dejado en los últimos dos días por la pavorosa epidemia de gastroenteritis que sigue flagelando a la población infantil de Barranquilla.

Dentro de las medidas de control y prevención que se han tomado para tratar de hacerle frente al "azote" de la gastroenteritis, el Servicio de Salud del Atlántico ordenó el cierre de cinco albercas donde se halló un alto grado de contaminación por bacterias en el agua allí almacenada. Al

mismo tiempo, la Unidad Regional de Salud, adscrita a la Administración Municipal, reportaba que otras seis albercas están en las mismas condiciones y es necesario suspender sus operaciones ya que el líquido que están expendiendo no es apto para el consumo humano dadas las fallas sanitarias que registran.

Ayer, trascendió que la sala de hidratación del Hospital Pediátrico estaría infectada con una bacteria conocida como Seudomona que es, según explicaron dos bacteriólogos de la ciudad, de alta peligrosidad.

Emergencia sanitaria en diez barrios del sur

Por Jorge Mariano

Diez barrios del sur de la ciudad fueron declarados en emergencia para adelantar en ellos intensos programas de aseo y de fumigación, y brigadas de salud, con el fin de contrarrestar la epidemia de gastro que viene azotando la población infantil y que este año ha cobrado más de cincuenta víctimas.

Así lo informó el Alcalde Ramiro Besada Lombana, al término de una reunión que se cumplió en su despacho y a la cual asistieron funcionarios de la Unidad Regional de Salud, Cruz Roja, Empresas Públicas Municipales, Hospital Pediátrico, Servicio de Erradicación de la Malaria, Servicio de Salud del Atlántico, y representantes de las juntas comunales del sur.

Los barrios declarados en emergencia son: Bosque, Ciudadela Veinte de Julio, Carrizal, Rebolo, Santuario, Siete de Abril —Realengo—, Sierrita, Santodomingo y Las Nieves.

La primera brigada de salud se cumplirá el próxi-

mo martes en el barrio Bosque, que es donde se ha detectado el mayor índice de esta enfermedad.

En estas jornadas las Empresas Públicas Municipales dispondrán diez volquetas y dos cargadores para la eliminación de los basureros que se han convertido en focos de infección.

La Alcaldía se hará cargo de la reparación de dos vehículos del Servicio de Erradicación de la Malaria, así como del combustible de los mismos y del material necesario para adelantar la fumigación.

El Servicio de Salud del Atlántico y la Unidad Regional de Salud se encargarán de controlar el cierre de las albercas públicas que sirven de aprovisionamiento a los carros-tanques que distribuyen el agua en los barrios del sur.

Ayer se informó que en muchas ocasiones la contaminación del agua no proviene de la distribución en esos vehículos, si no a la forma antihigiénica como se mantiene en las albercas.

Pág. 8A

Por gastro

Emergencia en diez barrios

Viene de la Pág. 1A

La Cruz Roja y las Damas Grises llevarán a cabo programas de capacitación a la comunidad, "para que las amas de casa, especialmente, se conviertan en multiplicadores de las instrucciones sobre primeros auxilios, preparación de sales hidratantes, y demás", informó el Alcalde Ramiro Besada Lombana.

Los proyectos de capacitación se cumplirán en los siguientes sitios; puesto de salud Conldec, Las Moras y Colegio Cooperativo, en la Ciudadela Veinte de Julio; puesto de salud San Ramón Nonato, escuela número 28 para Varones, y puesto de salud comunal, en el Bosque; puesto de salud del barrio Siete de Abril; Bachillerato de las Nieves, y Colegio Elena de Chauvin, en las Nieves; colegio Goida Mier, en la Sierrita; puesto de salud de Santodomingo; y escuela comunal, y puesto de salud en Carrizal.

La campaña de educación comenzará este sábado. En estos programas se entregarán instrucciones para evitar la transmisión de las bacterias que originan la gastro.

LOS CAÑOS.

Igualmente, el Alcalde Ramiro Besada Lombana, informó que para construir el puente en el caño de Los Tramosos, es necesario primero que se abra el canal.

"El contrato se firmó, legalizó y se está casi listo para comenzar los trabajos, pero los dueños de los terrenos donde se hará un relleno que los beneficiará salen con que primero hay que construir el puente antes de hacer el corte. Estas personas no pueden perjudicar a toda una ciudadanía. De lo que estoy seguro es que si no dejo construido el puente, por lo menos lo dejo presupuestado", expresó Besada.

LLEGO STOTTMANN

Walter Stottman, analista financiero del Banco Mundial, vino ayer para terminar de revisar dos licitaciones que próximamente serán abiertas por las Empresas Públicas Municipales y que se financiarán con el crédito de los 24 millones de dólares.

Las licitaciones corresponden a la intervención para el montaje de los equipos electromecánicos del acueducto, y la contratación de un programa de desarrollo institucional para reorganizar las EPM en todos los niveles. Stottmann regresó anoche a Bogotá.

Finalmente, las EPM y la Electricidad del Atlántico llegaron a un acuerdo para la construcción de la acometida eléctrica de la planta cinco, que tiene un costo de 38 millones de pesos. Según el acuerdo, las EPM pagarán un anticipo de 19 millones de pesos, y el departamento cancelará el resto.

Dice Minsalud

Problema de gastro es por el acueducto

Bogotá, junio 2 (Colprensa). "Mientras la población siga consumiendo agua impura, la gastroenteritis desafortunadamente seguirá su marcha", indicó hoy el Ministro de Salud Efraín Otero Ruiz.

En Barranquilla, así como en otras zonas de las dos costas colombianas, han sido denunciados en los últimos días una alarmante proliferación de gastroenteritis en la población infantil.

En los últimos 30 días han muerto en la capital del Atlántico más de 40 menores como consecuencia de la gastroenteritis.

Según las autoridades sanitarias del Atlántico, el mes de mayo es uno de los que registran el más alto grado de mortalidad y morbilidad.

Consultado el Ministro de Salud sobre la epidemia de gastro, dijo que desde el punto de vista médico se está haciendo todo lo posible para evitar que siga difundiéndose.

"Pero de que sirven los medicamentos y las prevenciones, si la población marginada está consumiendo agua de bajísima calidad", se preguntó y agregó: "El problema en Barranquilla no es otro que el acueducto".

Enfatizó que el Ministerio ha hecho todo lo posible en las zonas costeras para evitar la enfermedad, mediante programas de vacunación y recordó que el personal se ha trasladado a las zonas para fiscalizarlas.

"Las seccionales vienen trabajando con las sales orales, en forma complementaria", precisó.

Hizo un llamado a toda la población para que acuda al centro de salud más cercano cuando perciba diarreas por leves que sean.

Otero Ruiz dijo además que cuando no hay agua potable, el líquido debe ser hervido antes de consumirse.

Epidemia de gastro

Expertos de Unicef inician investigación

Por JOSE GRANADOS

Un grupo de expertos de la Unicef en Colombia llegan hoy a Barranquilla para iniciar un trabajo investigativo, en el que se analizarán aspectos socio-económicos y médicos, sobre la fuerte epidemia de enfermedad diarreica aguda o gastroenteritis que sigue atacando a la población infantil de los barrios pobres de Barranquilla.

El interés de este organismo internacional surgió luego de que se conocieran los datos sobre la "alarmante mortalidad" que se estaba registrando en la ciudad, por el "azote" de este terrible mal, que ha dejado 52 víctimas en lo que va corrido del presente año. Inmediatamente se escuchó una exposición de la Jefe de la División Materno-Infantil del Servicio seccional de Salud, Inés de Vargas, en un seminario realizado en Ecuador sobre la incidencia de la enfermedad diarreica aguda, la Unicef decidió movilizar a ocho de sus especialistas asesores del Gobierno colombiano en este tipo de situaciones.

Es así como los eminentes pediatras colombianos, que a través de la Unicef han asesorado a otros gobiernos latinoamericanos, Ernesto Plata Rueda y Gonzalo Franco, de la Universidad del Rosario; Melva Franklin de Borrero, de la Universidad del Valle; Augusto Hernández, de la de Antioquia y los expertos en salud pública David Berchs, Martha Villegas, Margarita Osporio y Jorge Iván Arbeláez, realizarán durante dos días y mediarán análisis de las condiciones sanitarias de Barranquilla, conocerán sobre el terreno cómo viven las familias de los barrios pobres de la ciudad donde más se registran casos de niños con gastroenteritis, evaluarán los tratamientos médicos que se llevan a cabo en los centros asistenciales y, finalmente, darán a conocer una serie de medidas sobre cómo debe hacerse frente a toda esta dramática situación, con el fin de evitar que la mortalidad siga aumentando.

La jefe de la División de Materno Infantil del Servicio de Salud encabezará el equipo médico seccional que se encargará de suministrar toda la información que requieren los expertos de la Unicef, además de que los guiarán a los barrios tuguriales durante el trabajo que desarrollarán este lunes.

El jefe de Epidemiología del Seguro Social, Alfredo Remolina; el Epidemiólogo del Servisalud, Roberto Vásquez; el director del Hospital Pediátri-



Ernesto Plata R.

co, José Vergara Montaño; el director del Hospital Infantil, Enrique Triviño y el Pediatra Carlos Tache Zambrano, como representante de la Facultad de Medicina de la Unillbre y de la Sociedad de Pediatría, conforman el grupo de médicos y expertos barranquilleros que tomarán contacto con los miembros de Unicef para realizar la investigación sobre la incidencia de la diarrea aguda.

En las últimas veinticuatro horas la epidemia de gastroenteritis que "azota" a la niñez barranquillera de los barrios pobres no causó ninguna víctima; pero, como es costumbre, afectó a más de setenta menores más, quienes quedaron bajo tratamientos especiales en sus casas y en los hospitales para salvarlos de la muerte.

Ahora que la diarrea aguda está disminuyendo su morbilidad y mortalidad, son las infecciones respiratorias agudas las que han comenzado a "azotar" a los barranquilleros, incluyendo a adultos. Claro, que los menores de edad son los más afectados y los que viven en los barrios pobres, que se sobreentiende son niños malnutridos y rodeados de pésimas condiciones sanitarias, son los más susceptibles a morir por infecciones como bronconeumonía, bronquitis, faringoamigdalitis, neumonía y síndrome gripal.

La epidemia de Infecciones respiratorias es tan frontal que en el Hospital Pediátrico, que mueve el mayor número de pacientes, mientras eran atendidos en doce horas un total de 19 casos de gastroenteritis, por síndrome gripal consultaron 11 pacientes, 8 con faringoamigdalitis, 3 con bronconeumonía y 6 con bronquitis.

La gastroenteritis,

el azote de la niñez barranquillera



Tras recoger el agua de la manzana en el distante pozo... una pequeña niña campesina emprende el largo camino de vuelta al hogar. P. Almeda, GMS.

Asmedas Atlántico rinde en esta edición tributo de admiración a la niñez desprotegida del Atlántico y Barranquilla. Es un homenaje a su estoicismo, a la valerosa cuota de sacrificio que innecesariamente ha tenido que dar para resistir con abnegación la reciente epidemia de gastroenteritis, fruto de la ineficacia de una clase diri-

gente como la que criminalmente dirige las Empresas Públicas Municipales. Herodes del siglo XX jugando con la vida de más de 60.000 inocentes. Es un insulto grave, contra una sociedad indolente, que clama al cielo y merece castigo de la justicia colombiana si es que la Ley no es solamente para los de ruana.

Los menores de 5 años, los más vulnerables

En esta segunda entrega que hace El Correo de la realidad sobre la mortalidad en Colombia, se especifica las causas e índices de fallecimientos de menores de 5 años. Aún cuando los técnicos suelen dividir para su estudio esta franja de población en

dos grupos, (menores de un año y de uno a cinco años), aquí tomaremos el conjunto, tratando en lo posible, de no despojar a cada una de estas dos fracciones, de las características que le son inherentes



PRESA FACIL

En Colombia, los niños menores de 5 años, pero particularmente los de menos de un año, son la presa más fácil de la muerte. Prevenir las enfermedades para evitar su desaparición temprana es una obligación de todos.

Mueren otros 5 niños por gastro

Viene de la Pág. 1A

dad y riesgo de muerte para niños que, como los que llegan a este centro asistencial, tengan alto grado de deshidratación (producida por la gastroenteritis) y desnutrición.

Los cinco menores muertos por enfermedad diarreica aguda, mal que, además, les ocasionó otras complicaciones como bronconeumonía, sepsis, etc., fueron identificados como: Miriam Sánchez, de 44 días de nacido; Jorge de la Ossa García, 4 meses; Ana V. Polo, 2 meses; Miriam Sánchez Zambrano, de un año y cuatro meses y Nelson Palacio, de 3 meses.

CIERRAN ALBERCAS

El Jefe de Saneamiento Básico del Servicio de Salud, Alvaro Castillo Miranda, ordenó ayer el cierre de cinco albercas construidas en casas del barrio "Las Américas" para vender agua por latas. Los sitios que quedaron desautorizados para expender este líquido están ubicados en las siguientes direcciones: calle 46B No. 7H-47; carrera 7H No. 45E-95; calle 46 No. 6-09, carrera 7 No. 45D-269 y carrera 3A No. 57-25.

"Nadie debe consumir el agua que se vende en esos sitios, porque el agua almacenada allí tiene alto grado de contaminación con Echerichia Coli, bacteria que produce diarrea a niños y adultos", destacó el funcionario departamental.

En barrios del sur de la ciudad han sido construidas centenares de albercas para almacenar agua que es comprada a carro-tanques y después la expenden por lata a la comunidad. Pero, en esas albercas, propietarios inescrupulosos, almacenan agua de lluvia que corre por los techos arrastrando toda clase de suciezas y porquerías, y así se contamina todo el tanque donde se guarda el vital líquido que es vendido al público.

"El agua que está suministrando las EPM a la ciudad está en buenas condiciones. La misma que están vendiendo los carro-tanques", aclaró ayer el jefe de la Unidad Regional de Salud, Adolfo Villalobos Pineda, pero; destacó, hay albercas que sí están contaminadas y tienen malas disposiciones higiénicas por lo tanto deben ser cerradas.

Esas albercas son: una que funciona

en la manzana 81 (según nomenclatura del SEM) en el barrio Realengo y que es propiedad de Angel Galvez; una segunda en la calle 43C3 No. 6 sur 158, en el mismo barrio tugurial, propiedad de Ana B. Gómez de Meza; en la carrera 3 sur No. 45C3-36, propiedad de Noé Rivera; en la calle 45C4 No. 3 sur-39, propiedad de Elvia Patermina; en la calle 45D No. 4B sur-26, propiedad de Ísidro Guerrero y en la calle 45D No. 5B sur-03. Todas funcionan en Realengo.

CONTAMINADA SALA DEL PEDIATRICO?

Una seria duda ha surgido en el Servicio de Salud del Atlántico por la alta mortalidad, la mayor en casi toda su historia, que se viene registrando en el Hospital Pediátrico de Barranquilla. Se presume que la sala de hidratación de ese centro asistencial donde son sometidos a tratamientos especiales los niños atacados por la gastro, está contaminada con Seudomona.

El Hospital Pediátrico, por petición del Servicio de Salud, colocó en diferentes puntos de la sala de rehidratación unas Cajas de Petri, que sirven para hacer cultivos de bacterias que posteriormente son identificadas, con el fin de establecer si hay contaminación.

"Esas cajas de Petri para hacer los estudios fueron puestas en la sala el lunes pasado y hay que esperar hasta el próximo miércoles para obtener un resultado concreto, claro está que hoy puede que haya alguna respuesta preliminar no contundente a esas pruebas", señaló el Director del Pediátrico José Vergara Montaño.

Agregó, que "hasta el momento lo que se quiera decir o hacer ver corresponde a puras especulaciones. Clínicamente nada se ha comprobado, aunque no se descarta porque esas son bacterias que crecen en las instalaciones de los hospitales y el único cuidado que hay que tener es detectarlas a tiempo para cerrar las salas contaminadas y fumigarlas".

42 niños murieron en mayo por la gastro

• Infecciones respiratorias aumentan y causan dos víctimas

Por JOSE GRANADOS

Cuarenta y dos niños murieron en mayo por la epidemia de gastroenteritis que afecta a la niñez barranquillera, "azote" al cual se suma, ahora, una fuerte incidencia de infecciones respiratorias agudas —bronconeumonía, síndrome gripal, faringoamigdalitis— que causaron la muerte a dos menores en los hospitales Infantil y General de Barranquilla en las últimas horas.

Igualmente, en los centros asistenciales como el Hospital Universitario y Pediátrico han sido reportados casos de niños con hepatitis, enfermedad viral que, de seguro, está generándose en el desbordamiento de las alcantarillas en diferentes sectores de la ciudad. A raíz de la ola invernal y de la formación de los grandes arroyos de la ciudad, se han destapado los registros de las aguas residuales y es así como por la carrera 21 con calle 47 y en la carrera 29 con calle 44 están bajando seis chorros de agua contaminada.

En cuanto al ataque de la enfermedad diarreica aguda o gastroenteritis, médicos de planta del Hospital Pediátrico indicaron que la enfermedad sigue mostrando un comportamiento descendente y tiende a estabilizarse en 40 consultas diarias por este mal. Por ejemplo, el viernes 30 de mayo hubo 34 casos atendidos; el día 31 del mismo mes se reportaron treinta y un casos y el domingo 1 de junio 13 pacientes más.

En este centro asistencial murió en la sala de emergencia, a pocas horas de haber sido llevada por su padres, la niña Irina Bermejo, de 4 meses. La paciente está afectada por infección respiratoria aguda y diarrea prolongada, además de que sufría desnutrición en segundo grado.

ATACAN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

En el Hospital Infantil "San Francisco de Paula" en este momento hay

nueve pacientes hospitalizados en la sala de Lactantes y seis en emergencia, padeciendo de gastroenteritis. En este centro asistencial murió en la urgencia un menor de edad. Su nombre y edad no fue dado a conocer.

La gran preocupación que existe en este momento entre los médicos de los principales hospitales infantiles de la ciudad es que los niños, menores de dos años, están siendo atacados por la temible gastroenteritis (enfermedad diarreica aguda) y las infecciones respiratorias.

Mientras que en los tres últimos días en el Hospital Pediátrico atendían setenta y ocho menores afectados por el primero de estos males, un total de 40 fueron examinados y sometidos a tratamientos especiales porque están padeciendo síndrome gripal, faringoamigdalitis o bronconeumonía; que forman parte del otro grupo de enfermedades.

"Un niño o niña atacado por diarrea aguda, que además padece desnutrición en segundo o tercer grado y, encima de todo esto, sufre una afección por una infección respiratoria, es muy difícil que se salve", dijo uno de los médicos internos del Pediátrico.

En el Hospital General de Barranquilla, donde hay seis niños en cuidados médicos por estar padeciendo la gastroenteritis, murió un menor afectado por una infección respiratoria aguda. El nombre y edad del paciente tampoco fue dado a conocer.

Es tan alta la incidencia de este tipo de males, producidos especialmente por los bruscos cambios de temperatura que se están registrando a raíz de la ola invernal, ya que de una mañana calurosa en pocos minutos o en horas puede pasarse a una temperatura fría, que en el mes de mayo en el Hospital Infantil, por lo menos, atendieron 162 menores con infecciones respiratorias y en el Pediátrico hubo 386 casos hasta el día 30 del mes que acaba de pasar.

ABREN OTRA VEZ SALA DE HIDRATACION
En el Hospital Pediátrico reabrirán

hoy en la tarde la sala de hidratación que fue sometida a una desinfección general. Los médicos de este centro asistencial están preocupados porque ha disminuido el número de consultas y presumen que esto se deba a que la gente le ha perdido un poco la confianza a la Institución, a raíz de que se dijo que probablemente la alta mortalidad por diarrea aguda que allí se estaba presentando en mayo se debía a la contaminación de su sala de hidratación y tratamientos especiales para niños afectados por la diarrea aguda.

Indicaron los especialistas y médicos de planta que el alto número de muertes registrados por enfermedad diarreica aguda en esa institución se debió a dos factores:

—Que las madres de familia estaban dejando deshidratar y desnutrir mucho a sus hijos, ya que cuando eran atacados por la diarrea aguda y vómitos no le estaban dando las sales rehidratantes o suero casero.

—Y, como consecuencia de este primer hecho, a los niños los estaban llevando a los hospitales, especialmente el Pediátrico que atendió el mayor número de pacientes con diarrea aguda, en un estado o "fase terminal", es decir que ellos estaban llegando casi muertos, por descuido o desconocimiento de los padres.

En el Hospital Pediátrico este martes debe comenzar a prestarse el servicio de hidratación oral ambulatoria, con lo que se pretende que las madres de familia que tengan a sus hijos con diarrea aguda se queden en esta institución dándole sal rehidratantes por seis o cuatro horas, para asegurar que el menor no morirá y aguantará el tratamiento médico que le formulen para acabar con la infección viral, bacteriana o parasitaria que le produce la enfermedad.

Con este sistema, y de acuerdo a las experiencias y resultados logrados en otras instituciones pediátricas, se logrará salvar la vida de muchos niños, destacaron fuentes oficiales consultadas sobre este particular.

Ochenta niños han muerto por gastro

Por JOSE GRANADOS

Nueve niños han muerto en julio afectados por la gastroenteritis, elevándose a 80 el total de víctimas de este año, en momentos que en Barranquilla han comenzado a aparecer —como si lo anterior fuera poco— casos de sarampión, tosferina, hepatitis, rubeola y plodermittis (la famosa "sabrosita") entre la población Infantil.

"Es como si le estuvieran cayendo las siete plagas a nuestros niños, porque además está el ataque de las infecciones respiratorias agudas que se mantienen en los niveles de epidemia", manifestó un médico de planta del Hospital Pediátrico de Barranquilla, donde están atendiendo el mayor número de pacientes.

El pediatra Vicente Ferrer Garcés confirmó la aparición de casos de hepatitis, rubéola y piodermitis. "Cada día es más sombría la situación en que se encuentran los niños barranquilleros. Muchos de ellos provienen de barrios o sectores tuguriales del sur de la ciudad y sus casos se agravan porque padecen acentuada desnutrición, que contribuye a que mueran por enfermedades como la gastroenteritis o infecciones respiratoria, entre otras comentó el especialista.

En las últimas cuarenta y ocho horas murieron otros tres niños afectados por la enfermedad diarreica aguda. En el Hospital Infantil fallecieron, en la sala de Lactantes, los menores José A. Miranda, de 2 meses y Sandra San Juan, de 1 año. La División de Estadísticas y Defunciones del municipio informó que fue registrada allí la muerte de Gilberto Reyes Almanza.

BALANCE SEMESTRAL

En el primer semestre de 1.986 se registró el siguiente balance por el "azote" de la gastroenteritis. En enero hubo 1.317 niños enfermos, 89 fueron hospitalizados y no se registraron muertes. En febrero 1.135 pacientes se reportaron en los centros de atención médica, 100 quedaron hospitalizados y hubo dos muertes. En marzo atendieron 1.082 niños con gastroenteritis, 107 fueron hospitalizados y uno murió.

En abril se registraron 1.381, 103 niños tuvieron que ser hospitalizados y tres fallecieron. En mayo atendieron 2.581 enfermos con gastro, 192 tuvieron que ser hospitalizados y 27 murieron. En junio el total de consultas fue de 2.084, de ese número de pacientes 160 quedaron hospitalizados y 8 murieron.

Cabe señalar que en el mes de mayo hay que sumarle al número de niños muertos por gastro en los hospitales, los registros de defunciones expedidos para 21 pacientes más que no alcanzaron a ser atendidos en los centros asistenciales y murieron por esta enfermedad.

O sea que 1.986 en el primer semestre supera ampliamente a 1.985 en

cuanto al número de niños con gastroenteritis atendidos en los hospitales, ya que en los primeros seis meses de este año fueron atendidos 9.577 casos y el anterior solo 9.058.

Cabe señalar que en este momento los índices de la gastroenteritis están bajo y su incidencia marca apenas niveles de endemia, ya que en el Hospital Pediátrico el número de consultas diarias es de 32 pacientes, mientras que en el Infantil "San Francisco de Paula" tan solo están atendiendo entre 10 y 5 niños con gastro por día.

TERCERA JORNADA CONTRA LA POLIO

El Servicio de Salud del Atlántico inicia hoy la tercera jornada de vacunación contra la poliomielititis o parálisis infantil. Utilizando el mismo sistema de canalización ampliada, o sea visitas casa a casa, se espera inmunizar a los 2.908 niños menores de un año susceptibles de contraer esta enfermedad.

Durante la segunda jornada fueron aplicadas 15.437 dosis antipoliomielíticas, lográndose inmunizar —es decir aplicar las tres vacunas necesarias contra este mal— a 3.013 menores de un año y a 1.327 niños con edad entre 1 y 3 años.

Entre el mes de enero y junio fueron inmunizados contra la parálisis infantil 12.792 niños, reveló el Jefe de Vacunación del Servicio seccional de Salud, Alvaro Santrich Martínez. Manifestó el funcionario que el Departamento del Atlántico está a un paso de poder comenzar a hablar de erradicación de la polio, porque una vez concluyan estas jornadas de vacunación ordenadas por el Ministerio del ramo se podrá controlar en una forma más estricta la inmunización de los niños que nacen y cumplan dos meses de edad, que es cuando comienza el período crítico o se susceplibilidad frente a esta enfermedad.

Es posible que en los próximos días al Servicio de Salud del Atlántico se le ordene la aplicación de una primera dosis de vacuna anti-poliomielítica a los niños recién nacidos, con lo que se podrá ejercer en forma más estricta el cumplimiento del esquema de inmunización y se disminuyen los riesgos de contraer esta enfermedad en un 50% para los menores de un año, que deberán completar, de todos modos, la inmunización con las tres dosis que evitan la parálisis infantil.

En Hospital Infantil

Mueren 2 niños por falta de atención

Por José Granados

Dos niños afectados con gastroenteritis murieron ayer por falta de atención médica en el Hospital Infantil, debido a que los días martes y miércoles en razón de una protesta las enfermeras prohibieron la entrada de los especialistas encargados de evaluar el estado de salud de los pacientes de la sala de Lactantes, hecho lamentable por el cual la Procuraduría Regional abrió una investigación interna en esa institución y pidió que se inicie un proceso penal.

Las dos nuevas víctimas de la enfermedad diarreica aguda, que más que todo murieron por la indolencia humana, fueron identificadas como Jorge Luis Acosta, de 5 meses, y Rosa A. Pérez, de 9 meses de nacida. "Recibí una información de que esos niños murieron porque las enfermeras no

dejaron entrar a los especialistas que los atendían", expresó ayer la Procuradora Clara Balcázar de Galofre al dar a conocer su decisión sobre las investigaciones.

Ante esta lamentable situación, la representante del Ministerio Público en el Departamento del Atlántico decidió:

—Que el Servicio seccional de Salud desarrolle una investigación, en el menor tiempo posible, sobre qué tipo de atención médica recibieron los dos pacientes entre el lunes y el jueves en las primeras horas de la mañana cuando fallecieron. Ese trabajo comenzó a desarrollarlo el Jefe de Atención Médica, Víctor Valencia.

—Solicitar a la seccional del Ministerio del Trabajo un informe sobre el conflicto laboral que mantiene el Hospital Infantil "San

Pág. 6A

Mueren dos niños

Viene de la Página 1A

Francisco de Paula" con sus trabajadores, especialmente enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de oficios varios.

—Pedir a la Directora de Instrucción Criminal para el Departamento del Atlántico, Ilva Crespo de Gómez, que conozca si en los juzgados de instrucción en turno fue instaurada alguna denuncia por la muerte de los dos menores; y si no hay denuncia penal entonces que se designe un Juez Ambulante para que investigue este caso.

UNA QUEJA VEINTICUATRO HORAS ANTES

Casi veinticuatro horas antes de que se presentara este lamentable caso, el Jefe de Atención Médica del Hospital Infantil, Hernando La Torre, había presentado en diálogo con este redactor una protesta porque las enfermeras, personal de oficios varios y auxiliares de enfermería que adelantaban un movimiento de protesta (martes y miércoles) no lo dejaron entrar a la institución, a sabiendas de que fuera de ese cargo en la parte directiva- él

era el Jefe de la Sala de Lactantes y quien se encarga de evaluar el estado de salud de los pacientes.

"En este momento no hay quien evalúe el estado de salud de los pacientes de la sala de lactantes, donde están los niños afectados con la epidemia de gastro", expresó el miércoles en la tarde el Pediatra Hernando La Torre al presentar su protesta.

Y agregó que él había puesto de presente al Gobernador Fuad Char su preocupación porque adelantara una protesta de ese tipo en el Hospital Infantil "San Francisco de Paula", precisamente en un momento en que hay una epidemia de enfermedad diarreica aguda en la ciudad.

Las enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de oficios varios del hospitalito protestan porque no les han pagado el 12% de las cesantías, no recibido reajuste y, además, porque consideran que el último sueldo —es decir el de mayo— estuvo mal liquidado y por eso no aceptaron los cheques con que le iban a pagar.

EMERGENCIA SANITARIA

La Administración Municipal está

estudiando la posibilidad de decretar emergencia sanitaria en Barranquilla, para tomar una serie de medidas y poner a funcionar un Comité Interinstitucional para buscar soluciones conjuntas y mayoritarias con el fin de reducir los riesgos epidémicos existentes en la extensa zona del sur de la ciudad.

Ante la problemática existente por la epidemia de gastro, que ha comenzado a aumentar su incidencia hasta alcanzar nuevamente las consultas en los centros y puestos de salud y en el Hospital Pediátrico, el Servicio de Salud del Atlántico solicitó el envío urgente de 100 mil sobres de sales rehidratantes para iniciar una intensa campaña de educación y distribución de este medicamento, que sí sirve para salvar la vida del niño afectado con la gastro, porque evita la deshidratación.

33 niños han muerto por gastro en 27 días

La epidemia de gastroenteritis que se registra en Barranquilla mató a dos niños más, identificados como Daniel González, de un mes de nacido, y Ana Escobar Ortiz, de dos meses, elevándose de esta manera a treinta y tres el número de víctimas por esta temible enfermedad que sigue afectando, diariamente, a más de un centenar de nuevos pacientes.

El monstruoso ataque de la enfermedad diarreica aguda, que no se detiene convirtiendo al mes de mayo en el de mayor mortalidad y morbilidad en la década de los ochenta, mantiene hospitalizados a cincuenta niños que están

en grave estado de salud, al presentar desequilibrio electrolítico, por la pérdida de líquidos a raíz de la diarrea que los afecta, cuadro sintomatológico que aumenta de riesgo porque muchos de los pacientes, que viven al sur de la ciudad, tienen entre primero o segundo grado de desnutrición.

Con el fin de establecer si en las salas de hospitalización, especialmente la de hidratación, del Hospital Pediátrico de Barranquilla existe algún tipo de contaminación que esté produciendo un mayor problema de salud a los niños atacados por la gastroenteritis, el Servicio de Salud del Atlántico

Pág. 8A

33 niños han muerto por gastro en 27 días

Viene Pág. 1A

comenzó a tomar una serie de muestras y cultivos en esa entidad asistencial.

"Nosotros ya habíamos hecho esas muestras y obtuvimos resultados negativos", dijo el Director del Pediátrico, José Vergara Montaño, quien señaló que no se opone a que se hagan esas pruebas, pero, comentó "es algo que pone en tela de juicio la capacidad de nuestra institución para brindar asistencia médica".

Y anotó que "no es culpa de nuestros médicos que al hospital estén llegando niños con alto grado de deshidratación, y, como si fuera poco, hasta con primero o segundo de desnutrición. A esta sintomatología se le agre-

ga, en muchos casos, que los pacientes son afectados por infecciones respiratorias que, como se sabe, son la segunda causa de mortalidad entre los niños menores de cinco años".

En el Hospital Infantil "San Francisco de Paula" fueron atendidos en las últimas treinta horas veinticuatro niños más afectados por la diarrea aguda y falleció allí Daniel González, de un mes de nacido. En este centro hospitalario hay 19 niños en cuidados especiales, afectados por la temible gastro. Mientras esto sucede, en el Hospital Pediátrico consultaron, en igual tiempo, 58 pacientes, hubo dos hospitalizaciones y murió, también, la menor Ana Escobar, quien presentaba desnutrición en tercer grado.

Lo más lamentable de toda esta situación es que mientras en Barranqui-

lla los niños son afectados por la gastroenteritis, enfermedad que se produce y transmite por las pésimas condiciones sanitarias de la ciudad, no se conoce que exista un plan decisivo de erradicación de basureros y recolección de basuras. Este tipo de trabajos no se mantienen en forma intensiva.

La Unidad Regional, enfocando otra de los posibles fuentes de contaminación, ha ordenado hacer una serie de exámenes bacteriológicos al agua que se distribuye en carro-tanques o se vende almacenándola en albercas en los barrios del sur de la ciudad, ya que se presume que el vital líquido mal utilizado se está contaminando con gérmenes que producen la diarrea aguda a los niños que son los más susceptibles por sus pocas defensas orgánicas debido a su malnutrición.

Modificar la atención médica para gastro

Por José Granados

Modificar los esquemas de atención médica de los niños con gastroenteritis, reglamentar la participación activa de las madres para que los hospitales permitan que ellas cuiden a sus hijos y seguir insistiendo en mejorar la infraestructura sanitaria (agua, aseo y alcantarillado) de Barranquilla, fueron tres de las recomendaciones que hicieron ayer los expertos de la Unicef al terminar una investi-

gación sobre las causas y el manejo de las epidemias ocasionadas por este temible mal.

Igualmente, los pediatras, epidemiólogos y salubristas de la Unicef y la OPS/OMS recomendaron que se busque, por todos los medios, intensificar las labores educativas, que deben ser permanente, por parte del Servicio de Salud entre la comunidad; además de que se necesita que la cobertura asistencial, con puestos y centros

asistenciales del nivel primario, se amplíe en las zonas periféricas de Barranquilla prestando un servicio más eficiente.

En este último punto los asesores en salud pública llamaron la atención sobre dos hechos: el primero es que "(...) a nivel oficial se cuenta con recursos locativos adecuados, sin embargo, la accesibilidad, los horarios y la actitud del personal de salud hacia la medici-

Pág. 5A

Recomienda Unicef

Modificar atención médica para gastro

Viene de la Pág. 1A

na curativa interfiere con la atención precoz, oportuna y adecuada que debe brindarse a nivel ambulatorio". Es decir que en este punto hay falla en cuanto a la concepción existente sobre los servicios de atención médica.

Y, en segundo término, los expertos de la Unicef destacaron que a nivel privado existe proliferación de consultorios, ubicados generalmente en farmacias, con costos por consultas por encima de las posibilidades reales de las comunidades que se atienden. Se observó, en este sentido, que se están formulando drogas (debe ser para sacarle más planta al negocio) en exceso para el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda. Esas son medicinas de alto costo e innecesarias, lo que prolonga la enfermedad, aumenta los costos de atención, genera más consultas y en una cifra considerable los pacientes terminan hospitalizados.

INFRAESTRUCTURA SANITARIA
El grupo de expertos de la Unicef, OPS/OPS y del Ministerio de Salud, conformado por los pediatras, epidemiólogos y salubristas Ernesto Plata Rueda, Melba de Borrero, Augusto Hernández, Gonzalo Franco, Magda Palacios, David Bersh, Martha Villegas, Margarita Osorio, Jorge Iván Arbeláez y Fernando León Sanín, trabajó durante tres días en Barranquilla para realizar una investigación, que incluyó visitas e inspecciones a los barrios tuguriales de El Bosque, La Sierrita y el sector de la Ciudadela, así como de las instalaciones del Hospital Pediátrico.

Además, hubo una visita al Acueducto de Barranquilla donde se hizo un estudio que arrojó como resultado que los niveles de cloro residual están

dentro de lo recomendado por los organismos internacionales. Sin embargo, se estableció que en las redes periféricas el cloro residual no es homogéneo y el estado de esas tuberías facilita las fugas y la contaminación del agua.

Por esa razón, "se debe seguir insistiendo en mejorar la infraestructura actual y ampliar las redes para llevar agua a las zonas no cubiertas con este servicio (...). A nivel de la población se hace necesario seguir hirviendo el agua y fomentar las condiciones ambientales a través de programas educativos dinámicos y efectivos, conducentes al cambio de comportamiento de la comunidad".

En los barrios visitados, especialmente La Sierrita y El Bosque, se notó que hay condiciones de vida muy precarias, y allí existen, además, otros factores condicionantes para esta enfermedad, como es el hacinamiento desnutrición en los niños, malos hábitos de higiene, basuras y aguas negras diseminadas por las calles.

LAS GASTRO SE MANEJA A LA CARRERA

Todas esas limitaciones en la infraestructura sanitaria de Barranquilla, originadas por falta de agua potable a todos los sectores habitados de la ciudad, no recolección de basuras, inexistencia de una adecuada red de alcantarillado, entre otros factores, son causantes de las epidemias anuales de gastroenteritis por lo cual se debe tener, hasta que esta situación persista, centros y puertos de salud, así como hospitales y personal médico preparado para atender este tipo de patologías.

A este respecto, el grupo de expertos de la Unicef y de la OPS/OMS expresan en sus conclusiones:

"A nivel hospitalario la mayor demanda de atención es causada por ni-

ños menores de un año, con alteraciones nutricionales y con deshidratación moderada y grave. Durante la hospitalización no se permite la participación activa de la madre en la atención de su hijo. La concentración de las consultas a nivel hospitalario está condicionada por la falta de solidez de un sistema de atención por niveles.

"No existen normas de manejo de la enfermedad diarreica (rehidratación, mantenimiento, alimentación, laboratorios, seguimiento y uso de antibióticos). Se sugiere mejorar la auditoría médica de las historias clínicas (que sean más completas) y del manejo del paciente. Una de las instituciones de atención infantil de la ciudad, el Hospital Pediátrico, dispone de una sala excelente, desde el punto de vista locativo, para llevar a cabo la rehidratación oral y parenteral en los casos que sea necesario".

MEJORAR TRATAMIENTOS MEDICOS

Los expertos de la Unicef y de la OPS/OMS tras analizar las causas donde se originan anualmente las epidemias de gastroenteritis en Barranquilla, entregaron una serie de recomendaciones sobre los tratamientos médicos y esquemas de atención que se deben desarrollar en los hospitales donde acuden las madres con sus hijos afectados por la diarrea aguda.

"Para el manejo de la atención hospitalaria se recomienda:

— Adoptar y difundir las normas de manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda -EDA- para los diferentes niveles de atención, recomendados por la OPS/OPS y aceptadas por el Ministerio de Salud.

— Revisar los convenios docentes-asistenciales con las universidades, para que garanticen a nivel de pregrado el conocimiento por parte de los estudiantes sobre los programas de



Los asesores de la Unicef para Colombia y miembros de la fundación Fundesco entregaron ayer las recomendaciones sobre las causas de las epidemias de gastro y el manejo que debe dársele a éstas. Los especialistas Augusto Hernández

y David Bersh, la pediatra Melba de Borrero, el epidemiólogo del ISS Alfredo Remolina y el Jefe del Servisalud Humberto Rosanía presidieron el foro realizado en la mañana de este martes en Comfamiliar.

atención materno-infantil en los diferentes niveles (comunidad, centros de salud y hospitales); así mismo se le sugiere a las organizaciones docentes mantener programas de educación continuada en salud, para los integrantes de los equipos multidisciplinarios que participan en la atención preventiva y curativa de la EDA, al igual que el diseño de objetivos instruccionales y modelos de medición y evaluación del aprendizaje de los estudiantes durante las rotaciones clínicas.

—Reglamentar la participación activa de la madre en el cuidado del niño hospitalizado.

—Organizar la atención en los hos-

pitales pediátricos de acuerdo al riesgo y para el caso de EDA se requiere una sala de cuidados intensivos, para dar atención a niños que presenten: Edad menor de diez meses, deshidratación mayor del 10%, diarrea de más de diez días de duración y pérdida de peso mayor del 10%.

Para el cuidado de este tipo de paciente se exige atención médica permanente durante las 24 horas, con una evaluación de cada tres horas durante la fase crítica.

—Estandarizar los exámenes de laboratorio, tratamiento antimicrobiano, rehidratación, mantenimiento y alimentación para este tipo de pacientes.

—Dotar los servicios de atención pediátrica de los elementos básicos, como balanzas, equipos de laboratorio, etc. La División de Atención Médica del Ministerio de Salud se comprometió a facilitar a través del programa de cooperación técnica, el desplazamiento de funcionarios de instituciones comprometidas en la prevención y manejo de EDA de otras ciudades donde este programa se encuentra muy bien organizado y su eficiencia ha sido comprobada. El personal que realice estas visitas de observación y capacitación actuará como promotor de los cambios propuestos".

TABLA N° 1. NUMEROS DE CASOS DE DIARREA ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 1985 EN EL CENTRO DESALUD NAZARET

CENTROS DE SALUD	Primer Trimestre				Edades		Segundo Trimestre				Edades		Tercer Trimestre				Edades		Cuarto Trimestre				Edades	
	Pob. Atendida				0-1	1-4	Pob. Atendida				0-1	1-4	Pob. Atendida				0-1	1-4	Pob. Atendida				0-1	1-4
	0-1	T.C	1-4	T.C	años	años	0-1	T.C	1-4	T.C	años	años	0-1	T.C	1-4	T.C	años	años	0-1	T.C	1-4	T.C	años	años
NAZARET	932	1.105	782	1.009	194	73	776	1.214	589	949	237	62	905	1.399	698	1.275	215	53	695	1.012	532	339	111	70
CLIVOS	161	255	319	440	26	4	135	397	152	471	47	23	75	257	103	322	39	13	87	131	65	373	42	17
BOSQUE	255	353	224	325	27	112	98	311	117	363	56	32	112	272	109	293	29	15	164	212	97	212	14	5
LAS NIÑAS	336	535	322	456	130	40	306	603	279	439	103	20	234	501	271	531	76	29	245	417	154	5	25	17
LA MANJA MIRASOL	260	381	319	394	84	47	172	340	125	370	70	33	112	266	134	432	50	33	97	240	83	273	27	13
DAN LINDO	270	357	367	474	41	6	208	391	212	367	59	22	112	338	124	329	25	3	111	204	66	215	16	3
LEPANA	425	392	505	611	134	61	232	574	333	660	147	72	213	555	361	738	46	69	132	431	236	27		11
SIERRITA	234	356	300	361	71	25	165	347	205	409	79	47	143	295	206	312	25	26	110	285	143	347	22	15
LOS ARBOLES	161	231	335	317	17	10	188	180	169	257	16	5	75	155	129	229	11	9	116	167	104	277	27	11
RESCUE	500	636	521	763	52	34	409	1.064	528	1.000	86	60	338	634	414	872	98	52	293	671	249	632	17	32
ALBORATA	413	535	438	513	103	23	286	524	228	450	82	28	275	534	218	441	27	11	175	412	120	353	11	7
SARIZAL	293	366	304	359	75	24	243	363	244	395	97	22	223	355	241	371	19	17	132	229	193	207	9	4
T O T A L	4.310	6.075	4.667	6.052	969	360	3.078	6.308	3.241	6.130	1.079	406	2.845	5794	3007	6.196	660	362	2292	4.585	2.215	4443	433	150

T.C. = Total Consulta

ENCUESTA PARA ANALIZAR LA INCIDENCIA DE LOS FACTO_
RES EN LA ADQUISICION DE LA E. D. A.

Nº _____

Lugar: _____

Fecha: _____

1. Datos personales del paciente:

Apellidos: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

2. Composición Familiar:

Grado de parentesco	F	M	Edad	Estado Civil
.				
b.				
c.				
d.				
e.				
f.				
g.				
h.				

3. Que enfermedades le da al niño.

a. Diarrea ()

b. Fiebres ()

c. Gripe ()

4. Durante un año cuantas veces le da diarrea al niño.

a. Una ()

b. Dos ()

c. Tres ()

d. Cuatro ()

5. Cuando su hijo se enferma de diarrea Usted.

a. Le lleva inmediatamente al puesto de salud ()

b. Le da un litro de agua y le administra medicamentos caseros

c. Le da un litro de agua ó más días () ó () días

6. ¿Qué remedio le aplica al niño en caso de diarrea.

a. Le da un litro de agua ()

b. Le da un litro de agua con azúcar ()

c. Le da un litro de manihoria cocida ()

d. Le da un litro de té ()

e. Le da un litro con suero ()

7. Usted le administra medicamentos sin consulta médica .

a. Binotal ()

b. *Arroz*. ()

c. *Leche*. ()

d. *Carne*. ()

e. *Fruta*. ()

f. _____

_____ del niño.

_____ ()

_____ ()

_____ ()

_____ ()

_____ ()

¿Cómo es la preparación y el manejo del alimento del niño.

a. Lave los utensilios con los que los prepara? ()

b. Hierva el agua antes de prepararlos ()

c. Tape el alimento después de haberlo preparado ()

d. No se lebré a guardar el alimento en la nevera y calen-
tado una vez que el niño va a tomarlo ()

e. Cuando el niño no quiere comer el alimento usted lo guarda
para cuando vuelve a dárselo ()

f. Usted los alimentos antes de dárselos al niño ()

g. Cuando el niño toma el alimento usted deja el te-

_____ ()

h. La cantidad que come el menor de 5 años es igual a la de todos los demás ()

i. Como prepara Usted La comida para un niño menor de cuatro años ()

10. Acostumbra usted a utilizar junto con la leche los siguientes alimentos.

a. Plátano ()

b. Guayaba ()

c. Maizana ()

d. Otros _____, _____, _____

11. Sigue Usted los siguientes pasos al darle el alimento al niño.

a. Se lava las manos antes de preparar el alimento ()

b. Se lava el pezón antes de darle el seno ()

c. Hierve los utensilios que utiliza ()

12. A cada cuántas horas le da el alimento al niño.

a. Cada hora ()

b. Cada dos horas ()

c. Cada tres horas ()

13. Que cantidad de alimento le da al niño .

a. 1 a 3 onzas ()

b. 3 a 6 onzas ()

c. 6 a 8 onzas ()