

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD Y LAS
ENFERMEDADES VENEREAS EN
AGUACHICA-CESAR

NIDIA ANGARITA SOLANO

Trabajo de Grado presentado co
mo requisito parcial para op -
tar al título de Trabajadora So
cial.

Asesor: CARLOS OSORIO T.
T.S.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1986

DEDICATORIA

A la Memoria de Mi Padre
A La Memoria de Mi Hermano
A La Memoria de Mi Tío Rafael

De quienes guardo los más gra
tos e inolvidables recuerdos.

A Mi Madre

Por su amor, dedicación y
estímulo.

A Mi Hermano Ramón

Por su apoyo y cariño.

A Mi Sobrino Henry Andrés.

A Tí

Muy especialmente por tu orientación,
perseverancia y sentimientos.

Nidia.

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Mario R De Torres.

Jurado

Barranquilla, Julio ____ de 1986

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos :

A CARLOS OSORIO TORRES, T.S., Vice-Decano de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar y Asesor del presente Trabajo.

A JORGE TORRES DIAZ, T.S., Decano de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Simón Bolívar.

A MARIA RUBIELA DE TORRES, T.S., Profesora catedrática, Jurado.

A JOSE CONSUEGRA BOLIVAR, Médico Bienestar Universitario, Universidad Simón Bolívar.

A ANUAR YAVIER CORTES, Eco. quien colaboró incansablemente en la realización de la presente investigación.

A RAFAEL CASTILLO LABARCES, Director Hospital Regional de Aguachica-Cesar, por su colaboración.

A LUIS EDUARDO HERNANDEZ, Médico, quien era el Jefe del Programa Antivenéreo.

A TOMAS ENRIQUE MONTAÑEZ, Médico, Hospital Regional de Aguachica.

A FRANCISCO ECHAVES BADEL, Subdirector del Hospital Regional de Aguachica.

A ALVARO LUNA PEREZ, A. de E., Síndico Hospital Regional de Aguachica.

A CARLOS SAUL TRUJILLO, Médico del Hospital Regional de Aguachica.

A GRACIELA STOENELLY ZUÑIGA, T.S., del Hospital de Aguachica.

A empleados del Hospital Regional de Aguachica.

A LUIS RINCONES, Historiador. Persona que se dedicaba a la recopilación de datos históricos y bibliográficos de Aguachica. (q.e.p.d.).

A JAIRO GIL ZABARAIN, I., por su apoyo y dedicación.

A LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización de este Trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	pág
0. INTRODUCCION.....	1
1. AGUACHICA CESAR.....	8
1.1 ORIGEN HISTORIA Y GEOGRAFIA.....	9
1.2 POBLACION Y ECONOMIA.....	14
1.3 INFRAESTRUCTURA Y DOTACION.....	20
1.4 CARACTERISTICAS SOCIO-CULTURALES.....	26
2. LA SALUD EN AGUACHICA.....	32
2.1 ESTRUCTURA Y DOTACION.....	56
2.2 PROGRAMAS Y SERVICIOS.....	83
2.3 PROBLEMATICA GENERAL.....	88

2.4	VINCULACION DE TRABAJO SOCIAL.....	92
3.	LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN AGUACHICA CESAR.	105
3.1	ORIGEN,CAUSAS Y CONSECUENCIAS.....	123
3.2	POBLACION AFECTADA.....	130
3.3	IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS.....	143
3.4	TRATAMIENTO DEL PROBLEMA EN LA ACTUALIDAD....	173
3.5	PROGRAMAS Y PROYECTOS ESPECIFICOS.....	175
4.	PROPUESTA DE ATENCION DEL PROBLEMA Y LA INTER VENCION DEL TRABAJO SOCIAL.....	187
4.1	DIAGNOSTICO DE LA SITUACION QUE FUNDAMENTA LA PROPUESTA.....	187
4.2	ELEMENTOS DE LA PROPUESTA.....	192
4.2.1	Metas Deseadas.....	192
4.2.2	Organización Deseable.....	195
4.3	PROGRAMACION DE LA PROPUESTA:PROGRAMA DE HI - GIENE Y EDUCACION SOCIAL DEL MUNICIPIO DE AGUA	

CHICA.....	202
4.3.1 Presentación.....	202
4.3.2 Justificación.....	203
4.3.3 Objetivos del Programa.....	204
4.3.3.1 Objetivos Generales.....	205
4.3.3.2 Objetivos Específicos.....	205
4.3.4 Estructura del Programa.....	207
4.3.4.1 Proyecto de Educación y Capacitación en Salud	207
4.3.4.2 Proyecto de Investigación.....	208
4.3.4.3 Proyecto de Organización y Movilización.....	210
4.3.4.4 Proyecto de Atención y Control.....	212
4.3.5 Aspectos Complementarios del programa.....	212
4.4 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA QUE CONS- TITUYE LA PROPUESTA.....	213
5. CONCLUSIONES.....	216
5.1 EN CUANTO A LA COMUNIDAD.....	216
5.2 EN CUANTO A SUS PROBLEMAS Y EL NIVEL DE CON - CIENCIA EXISTENTE	217
5.3 EN RELACION AL TRABAJO SOCIAL.....	218

GLOSARIO.....	220
BIBLIOGRAFIA.....	223
ANEXOS.....	226

LISTA DE TABLAS

	pág
TABLA 1. Edad de las jóvenes entrevistadas que asisten a control antivenéreo en el Hospital Regional de Aguachica....	144
TABLA 2. Situación económica de la familia de la joven en el momento de abandonar su hogar.....	147
TABLA 3. Grado de escolaridad de las meretrices de Aguachica.....	148
TABLA 4. Educación sexual y medios por los cuales ha recibido información la población estudiada.....	150
TABLA 5. Causas de la prostitución según la población encuestada.....	152
TABLA 6. Influencias externas que las motivaron hacia la prostitución.....	154
TABLA 7. Ingreso mensual de las meretrices entrevistadas.....	155
TABLA 8. Consideraciones de la población encuestada sobre su trabajo.....	156

TABLA 9.	Areas en las cuales desean capacitar- se las entrevistadas.....	158
TABLA 10.	Relación entre escolaridad y trabajo que desean desempeñar las jóvenes en- trevistadas.....	159
TABLA 11.	Relación de los números de hijos de la población encuestada.....	161
TABLA 12.	Enfermedades venéreas y medios de pre- vención utilizados por los usuarios del servicio o meretrices de Aguachi- ca en la institución hospitalaria....	162
TABLA 13.	Concepto sobre la calidad de los ser- vicios hospitalarios, controles o progra- mas antivenéreos en la unidad hospita- laria de Aguachica.....	165
TABLA 14.	Programas que les gustaría implemen- tara la trabajadora social para las meretrices que asisten a control en la institución hospitalaria de Agua - chica.....	168
TABLA 15.	Que piensan las meretrices entrevista- das sobre las medidas represivas que en determinados momentos se ven obli- gados a ejecutar el personal de salud y los agentes del orden.....	171
TABLA 16.	Cuadro de sistematización del proyec- to de educación y capacitación.....	208

TABLA 17.	Actividades, objetivos y metas del proyecto de investigación.....	209
TABLA 18.	Organización y movilización comunitaria.....	211

LISTA DE FIGURAS

	pág
FIGURA 1. Mapa del Departamento del Cesar ubicando a Aguachica.....	6
FIGURA 2. Mapa del Municipio de Aguachica.....	7
FIGURA 3. Fotografía de la plaza principal de Aguachica.....	22
FIGURA 4. Fotografía del estadio de fútbol de Aguachica.....	23
FIGURA 5. Instalaciones de Coopetran.....	24
FIGURA 6. Estado de salud de la población.....	37
FIGURA 7. Factores condicionantes del estado de salud.....	38
FIGURA 8. Niveles de Sistema Nacional de salud..	45
FIGURA 9. Tomas fotográficas del Hospital de Aguachica.....	52
FIGURA 10. Organigrama del Hospital Regional de Aguachica.....	70

0. INTRODUCCION

En el siguiente trabajo de investigación realizado en el Hospital Regional de Aguachica, titulado "Programa de Trabajo Social en Salud y las Enfermedades Venéreas en Aguachica, Cesar", se tuvo en cuenta la necesidad de contribuir con esta población sobre la problemática que afronta, aportando así un estudio diagnóstico de gran interés y ayuda, tanto para la institución hospitalaria como para la población afectada.

La justificación de este estudio se fundamenta en la importancia de la presencia de Trabajo Social en la Unidad Regional de Salud Sur del Departamento del Cesar en lo que respecta al manejo de esta problemática sanitaria, procurando que los grupos de alto riesgo (meretrices, homosexuales, promiscuosexuales), reciban una atención preferencial y prontaria por parte del sector salud.

Considerando que desde el punto de vista de la incidencia social que tienen las enfermedades venéreas en Aguachica no ha habido estudio alguno, el cual se tratará de proyectar.

tar desde la Institución Hospital Regional, aplicando acciones de campo, prácticas de la profesión, superando las limitantes de tiempo, fuentes de información y espacios que se puedan presentar.

Trabajo Social necesita educar a la población sobre la importancia de los controles médicos, sus consecuencias, su estabilidad social, proyección al futuro y rehabilitación; justificándose más el estudio para que la Regional de Salud le dé un adecuado tratamiento y correctivos a la problemática, a fin de superar la actual situación, trazando pautas de acción de Trabajo Social y optimizar en la prestación de los servicios.

Los objetivos trazados en esta investigación versan en el estudio de los factores sociales involucrados en la problemática de las enfermedades venéreas en esta población con el fin de definir pautas de intervención del profesional de Trabajo Social en la Unidad Hospitalaria de Agua - chica.

Realizar un programa de prevención primaria en salud que contemple la educación sexual, las enfermedades venéreas; en los colegios, industrias, empresas, cooperativas algonoderas y algunas fincas cercanas.

Efectuar programas de prevención y control a los trabaja-

dores y dueños de lenocinios, como también seguimientos , tratamiento y control sobre los casos positivos detectados, debiendo lograr para ello el apoyo y la colaboración de los dueños de estos negocios y de las autoridades competentes.

Diseñar y evaluar las funciones del programa de Trabajo Social en la Unidad Hospitalaria de Aguachica, con el fin de definir la proyección del profesional y mejorar sus condiciones de trabajo.

En el estudio tratamos los siguientes aspectos investigados :

De Aguachica: Historia, población, problemas, necesidades prioritarias, características especiales.

Estructura de la salud: Reseña histórica del Centro de Salud-Hospital Regional, infraestructura locativa, servicios, personal técnico, horarios de trabajo, casos atendidos en los últimos cinco años, grupos interdisciplinarios, dotación, presupuesto, actividades deportivas y culturales y otras.

Trabajo Social en Salud: Funciones, programas y proyectos a nivel institucional y de comunidad, seguimientos y al -

ternativa.

La problemática de venérea en la población de Aguachica :
Su origen, sus causas, factores asociados, población afectada, sistemas de prevención y control.

Todo estudio debe acogerse a una serie de procedimientos que orienten el curso de los acontecimientos y le den seriedad y solidez a los datos y a las conclusiones que se formulen con base en ellos. Estos procedimientos son de carácter particular, tales como el método científico como instrumento universal para la investigación, el análisis, la síntesis, la observación, aplicables a la obtención de los datos, al manejo y depuración de la información.

Para obtener la información referente a Aguachica se hizo necesaria la observación documental, para recopilar de los libros, archivos, crónicas, revistas, anuarios y registros, así como de los censos, lo referente a su historia, población, sociología y economía, complementados desde luego con la observación directa y el análisis de las experiencias en el terreno.

Para lo referente a la salud y el Trabajo Social en Aguachica fue necesario combinar la información bibliográfica para sistematizar lo concerniente a la estructura de los

DEPARTAMENTO DEL CÉSAR.

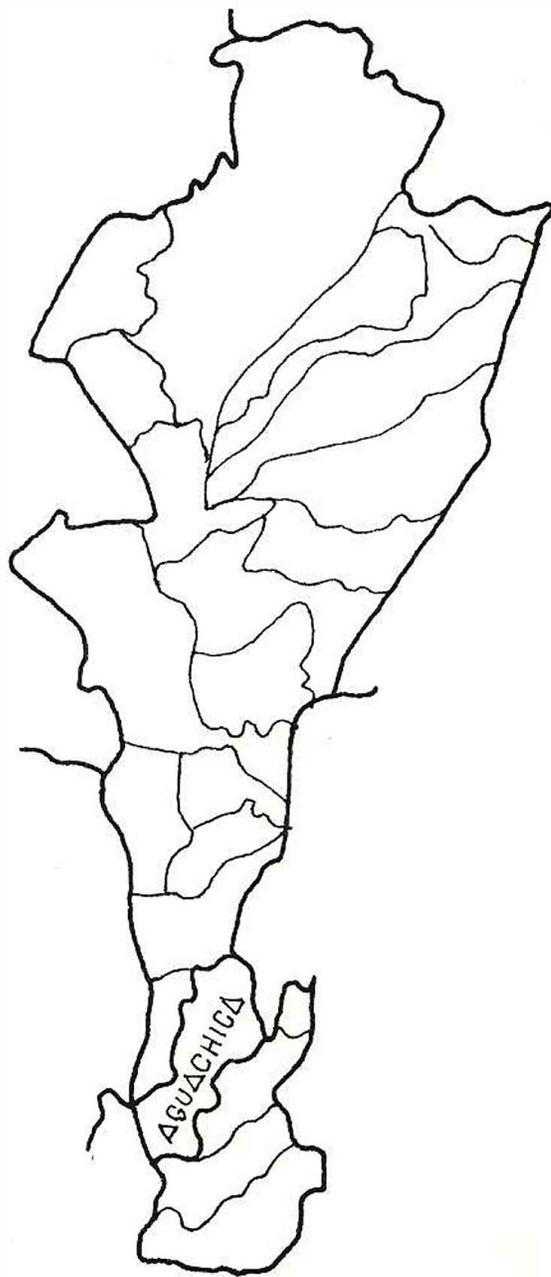


FIGURA 1. Mapa del Departamento del Cesar. Ubicando a Aguachica.

MUNICIPIO DE AGUACHICA

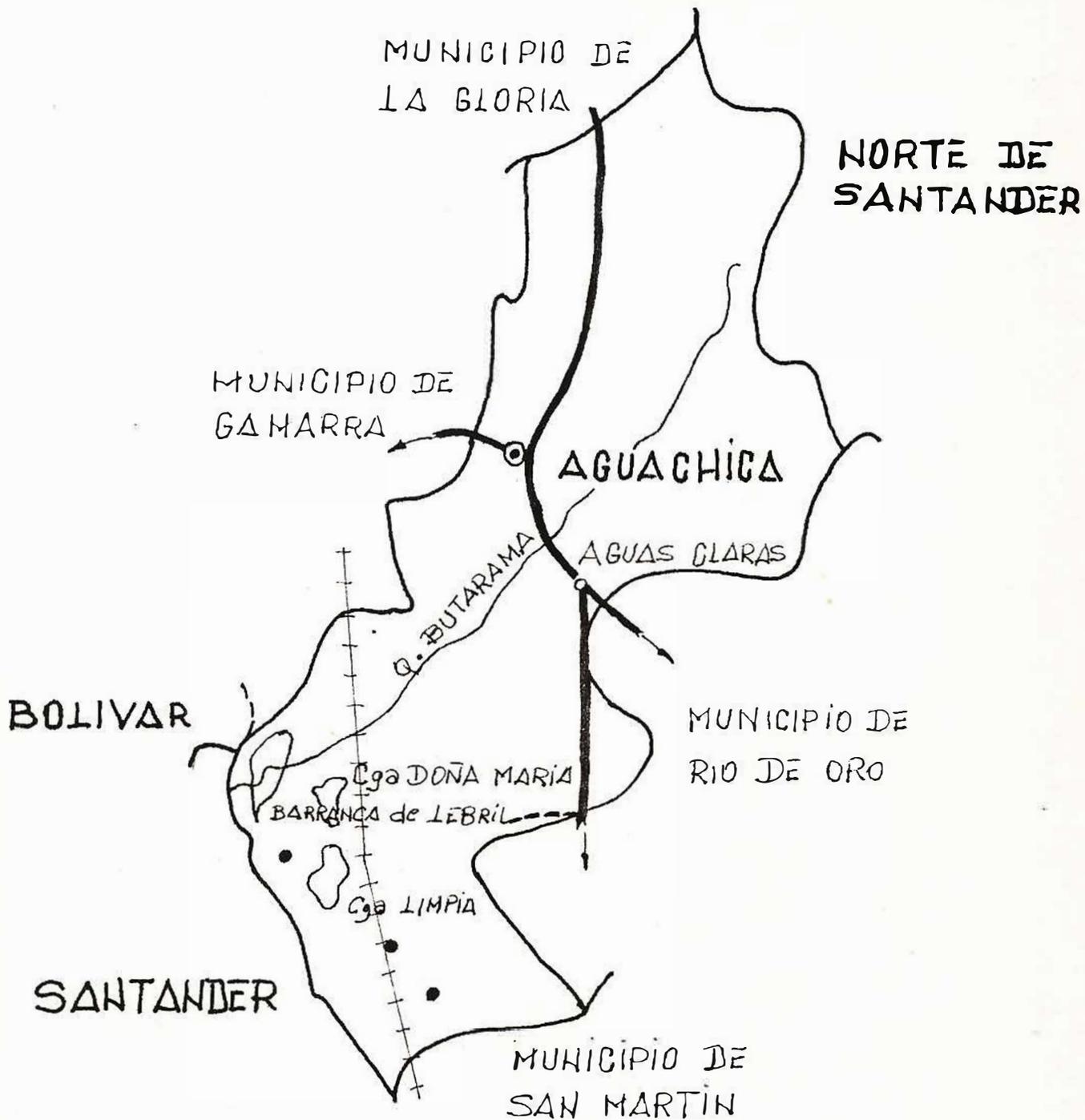


FIGURA 2. Mapa del Municipio de Aguachica.

1. AGUACHICA - CESAR -

Villa de San Roque fue el primer nombre de la hoy denominada Aguachica, que perteneció en un tiempo al Estado soberano de Santander y que desde el año 1910 pasó al Departamento del Magdalena, para luego en el año de 1967 formar parte del Departamento del Cesar.

El descubrimiento y conquista de la parte sur del municipio la llevó a cabo una comisión enviada por el entonces Gobernador de Santa Marta, don Diego García de Lerma , en el año 1540. Esta comisión iba al mando de Pedro de Lerma sobrino del gobernador y hacía parte de ella el Capitán Antonio Lebrija. Remontando el Magdalena se adentraron los expedicionarios por el río llamado de los Pomeos, que después se llamó Río Lebrija en honor de su descubridor.

En la gesta libertadora pasó por Aguachica varias veces el Libertador Simón Bolívar. Así consta en una placa conmemorativa llamada "La piedra de Bolívar" que se encuentra frente o a la entrada del Colegio Urbana de Niñas N° 1, cercano a la plaza del mercado. Otra prueba histórica

del paso del Libertador por Aguachica la dejó consignada en sus memorias el General Daniel Florencio O'leary al decir: "Pernoctamos en la miserable aldea de Aguachica".

San Roque como patrono, se debe al capricho y religiosidad de don Antón García, quien a poco de fundar su hacienda en tierras de los indios Buteramas la bautizó con el nombre de Hacienda de San Roque de Aguachica, a cuyo alrededor se fue formando la que luego se llamó Villa de San Roque de Aguachica, denominada más tarde Aguachica Viejo finalmente Aguachica.

1.1 ORIGEN, HISTORIA Y GEOGRAFIA

Se cree que el nombre de Aguachica no tenga su origen en la escasez de agua porque ya en aquel entonces en que fue fundada la población se contaba con vertederos y quebradas de gran caudal y de aguas cristalinas y era su mejor vecino o cofundador don Antón García, quien visitaba constantemente la población. Se afirma que debido al buen sabor que tenía el agua de la quebrada Buturama, a cuyos pies estaba el caserío, don Antón gustaba de tomarla cada vez que llegaba al lugar, y como español le decía a las mozas o muchachas "dame agua chica", lo cual se generalizó dando origen al nombre.

En el año de 1748 Lázaro de Rivera obtuvo los terrenos

de Aguachica Viejo y Sabanas de San Francisco. Se cree que por ser el primero de dichos terrenos, bastante planos y estar regado por la quebrada de Buturama, fue el escogido para fundar allí una población. Hay testimonio de que dicho señor construyó una capilla u oratoria en aquel lugar porque existen un platillo y una cruz de plata las cuales tienen leyendas alusivas a los años de 1753 y 1754, respectivamente, figurado dicho objeto como propiedad de Aguachica.

Posteriormente en el año 1784, don José Lázaro de Rivera, por medio de testamento otorgado en la Notaría de Ocaña (Norte de Santander) el día 3 de Agosto, donó a su hijo Pedro Ciriaco de Rivera estos terrenos, los cuales años más tarde vendió a don Antonio Casimiro Ramos de Barahona, quien los parceló entre los pocos vecinos habitantes, para así dar comienzo a la población, que por desgracia no prosperó porque una peste que se cree pudo ser la temida fiebre amarilla o el cólera, acabó con buena parte de sus habitantes y los que sobrevivieron a tal estrago resolvieron trasladarse a un lugar que consideraron más sano y más comercial escogiendo para tal efecto éste donde ahora está la población y designándole como patrono a San Roque, el abogado contra las pestes.

Muchos años después, ya en el presente siglo, don Francisco Vergara Barros compró los terrenos del Aguachica Nuevo

y los donó al Reverendo padre Senén Miraval C., quien como buen aguachiquense que era, los obsequió al municipio. El incipiente caserío formado por los emigrantes de Aguachica Viejo, reforzado años más tarde por colonizadores venidos de Ocaña en afán de conquista con rumbo al Magdalena y que se quedaron aquí al encontrar un poblado floreciente y muy fértiles tierras para la agricultura.

Es así que en la historia de Aguachica, en lo que a su fundación se refiere, ocupan lugar destacado los nombres de Antón García de Bonilla, José Lázaro de Rivera y Antonio Casimiro Ramos de Barahoja; éste último porque como dueño que era entonces de las tierras a donde se trasladó definitivamente la población, las cedió para tal efecto.

El conquistador Antón García de Bonilla y colonizadores llegaron a nuestro territorio venidos de los Santanderes y muy especialmente de la Provincia de Ocaña.

Las personas del otro lado de la cordillera quienes primero fundaron fincas en esta región y a través de la historia influyeron en la administración de la Villa de San Roque de Aguachica, gestionando ante los representantes de la Corona de la época de la Colonia, o ante los padres de la patria después de la independencia, para conseguir la solución de los problemas que los afectan, manteniéndose todo el tiempo dentro de su círculo. Bien que se perte

neciera al Estado Soberano de Santander o al Estado Soberano del Magdalena, o a cualquiera otra denominación administrativa, siempre se estaba ligado a Ocaña, haciendo parte de una misma provincia, regidos por un mismo vicario en lo religioso, y por un mismo Prefecto en lo civil.

No es de extrañar entonces que con el motivo del tendido del cable aéreo entre Gamarra y Ocaña, pasando por Aguachica, iniciado en el año 1925 ocurriera una invasión masiva de cachacos oriundos de Ocaña, Abrego, Hacarí, San Calixto, el Carmen, Convención y Torcoroma, atraídos por la posibilidad de enganche para trabajar en dicha obra, lo cual conseguían sin mayor dificultad. Esta obra sólo estuvo terminada en el año 1929, duró poco, pues hasta 1941 prestó un buen servicio.

Años más tarde, con el hallazgo de petróleo en su suelo y el establecimiento de la empresa Intercol, se produjo otra avalancha de gentes de fuera, esta vez costeños en su gran mayoría. De estos exponentes de la Costa Norte algunos llegaron con sus mujeres e hijos y los solteros se casaron en Aguachica fijando su residencia definitiva.

Otras de las colonias llegadas la conforman los turcos siendo ésta una de las más numerosas.

La última y más completa ocupación la llevaron a cabo los

tolimenses al descubrir que Aguachica tenía tierras propicias para el cultivo de algodón. El elemento humano venido con el incentivo del oro blanco, se adoptó muy bien al ambiente, formando una amalgama de costumbres, cultura e intereses difícil de separar.

Puede decirse sin temor a equivocaciones que desde el arribo de los tolimenses y desde que se tuvo al algodón como el primer producto exportable a gran escala, el progreso de Aguachica y sus regiones aledañas se incrementó en todos los órdenes, convirtiendo a la otrora Villa de San Roque de Aguachica en lo que hoy con justicia se llama "La segunda ciudad del Cesar".

Geográficamente Aguachica tiene dos regiones naturales perfectamente bien definidas; una montañosa al Oriente y una plana al Occidente, regada por numerosos ríos, arroyos y ciénagas. El Río Lebrija, recorre el municipio en su extremo Sur, sirviéndole al mismo tiempo de límite, en una extensión de 35 kilómetros y desembocando en el Río Magdalena a la altura de loma de corredor, antiguo puerto de gran importancia regional, pues a través de él se realizaba el comercio con las ciudades de Cartagena y Santa Marta. Este mismo río forma numerosas ciénagas que además de constituir una reserva ictiológica pueden aprovecharse para futuros desarrollos turísticos. Tiene 114.400 hectáreas de tierra; por la altitud de la cabecera sobre el ni

vel del mar, a 62 m, está dotada de un clima intermedio entre tropical y húmedo, seco y tropical, lluvioso y monzónico, que desarrolla una vegetación de bosque muy seco tropical lo cual se debe a la influencia de los vientos alisios en la Costa Atlántica, alcanzando una temperatura d 28°C y 33°C y 1.200 mm. de pluviosidad media anual.

El invierno se presenta en los meses de abril a junio y de septiembre a noviembre, correspondientes el verano de mayor intensidad a los otros meses.

Aguachica limita con los Departamentos de Santander y Norte de Santander y con los Municipios de La Gloria, Río de Oro, Pelaya, San Martín y Gamarra.

Está atravesada por carreteras nacionales y municipales.

El territorial municipal y local es cruzado por una gran cantidad de vehículos que transitan sobre la troncal Oriental en su recorrido desde el interior del país hasta la Costa Atlántica y cuenta también con transporte ferroviario.

1.2 POBLACION Y ECONOMIA

Aguachica nace en 1804 a orillas del camino real que comunicaba a la Provincia de Ocaña con la única vía de pene -

tración al interior del país como lo era el Río Magdalena, la floreciente Aguachica de hoy, equidistante de la ciudad de Bucaramanga en unos 167 kilómetros y de Valledupar unos 305 kilómetros aproximadamente, teniendo una población estable de 80.000 habitantes y 20.000 flotantes, teniendo en cuenta que debido a que no se cuenta con la información referente a las variaciones fundamentales del proceso demográfico: natalidad, mortalidad y migración, los datos pueden sufrir variaciones.

Las características que presenta hacen señalar un crecimiento del sector terciario, debido al conjunto de elementos que conforman su base económica, como son el comercio al por mayor y al detal de bienes de consumo durables y semidurables, la existencia de un comercio especializado en maquinarias y equipos agrícolas y la activa participación en las actividades de servicio.

Apreciándose ésto en la caracterización del área a nivel local, que viene a establecer una etapa de crecimiento de la ciudad, conformándolo por el poder de atracción que ejercería en posición privilegiada ante las otras ciudades cesarenses. No obstante debe señalarse la gran influencia que ejercen las ciudades de Ocaña y Bucaramanga en el desarrollo de las actividades que caracterizan la función de Aguachica. En lo referente a lo que predomina a nivel regional en comparación con el resto

de los municipios está dada, por la población que agrupa y alcanza el 9% del total, la superficie que conforma en total la municipalidad abarcando el 8% del total y la importante participación en la producción agropecuaria, destacándose la producción y desmote de algodón y semilla como la cría y ceba de ganado. por otra parte la dedicación de 2.600 hectáreas al cultivo del café, en 15 veredas vecinas la ubican en posición significativa ante el resto de los municipios.

A pesar de la cercanía de Ocaña, Aguachica posee una periferia de señalada importancia por las actividades agropecuarias que se desarrollan, ejerciendo sobre la cual un poder de atracción como centro generador de economías internas y externas debido a sus capacidades de autosuficiencia y de importador y de exportador de bienes de consumo y de producción. Igualmente recibe de otras localidades artículos como alimentos, ropa, maquinaria, textiles y combustibles tendientes a satisfacer la demanda local. Esas importaciones provienen de Bucaramanga, Valledupar, Barranquilla y Bogotá.

Exporta a esas localidades, ganado y leche, existiendo en 1985 según datos del ICA, 304 fincas inscritas para las explotaciones correspondientes. Además de los anteriores salen a estas localidades productos agrícolas que retornan después de sufrir procesos industriales.

Actualmente Aguachica cuenta con un eficiente e importante complejo agro-industrial, en el cual se financia y asesora desde la siembra hasta el mercadeo de su cosecha de algodón, sorgo, maíz o ajonjolí, servicios de desmote de algodón, limpieza, secamiento, molinería y almacenamiento de granos y semillas, compra y venta de arroz y subproductos.

Para facilitar el comercio (movilización de recursos), las comunicaciones se realizan desde el punto de vista aéreo con servicios diarios hasta el momento a Santa Rosa (Sur de Bolívar), servicios expresos o vuelos charter a cualquier parte del país, a través de la empresa aérea Garay Hermanos. Por vía terrestre se realiza por la Troncal Oriental en forma eficiente, ya que es una vía nacional y se encuentra pavimentada en su totalidad y presta una eficiente y rápida comunicación, tanto con las ciudades del interior del país como con la Costa Atlántica.

Las comunicaciones telefónicas prestan un importante y buen servicio a través de Telecom, tanto a nivel nacional como internacional.

Las actividades que caracterizan a esta ciudad se basan fundamentalmente en la explotación agropecuaria, ya que posee suelos aptos tanto para la agricultura como para la ganadería, encontrándose ambas bien desarrolladas. Los sue

los favorecen este tipo de explotación y resultan óptimos para la creación de pastos en terrenos de menor pendiente.

La explotación pecuaria se concentra más que todo en la cría y ceba de ganado bovino para la producción de carne y leche. La Feria Ganadera se realiza anualmente en el mes de noviembre.

Respecto a las actividades agrícolas, presenta suelos igualmente aptos para cultivos que producirán mayores rendimientos en la medida en que se mejoren las técnicas de explotación tales como rotación de cultivos, control de plagas, fertilizantes, etc., se utilizan aquellos suelos que tienen mayor pendiente en cultivos permanentes o semi permanentes tales como ajonjolí, arroz, tabaco, yuca, algodón, café, caña de azúcar, palma africana, frijol, sorgo, maíz y otros cultivos.

Las actividades comerciales disponen para su movimiento de una red bancaria bastante eficiente que presta servicios a través de seis bancos locales como el Banco de Bogotá, Banco de Colombia, Banco Ganadero, Banco Industrial Colombiano, Banco Cafetero y la Caja Agraria, los cuales dan amplia cobertura a las transacciones comerciales.

Estas actividades, agrícola y ganadera, han generado la

instalación de empresas complementarias tales como Celta Ltda., Garay Hermanos, Etapa, Farca S.A., Aviocol, de fumigaciones aéreas. Además de agremiaciones importantes como Federación Nacional de Algodoneros, Cooperativa Multiactiva Algodonera del Departamento del Cesar Ltda., Idema, Instituto Colombiano Agropecuario, ICA, Coralce, Agrosur, Industria Arroceras, Cenalgodón, Coassar, Institutos descentralizados mencionados anteriormente.

En el sector industrial existen las industrias de grasas, de aceites y gracetales, dos fábricas de hielo, dos desmontadoras de algodón, cinco trilladoras de maíz, dos de arroz, etc. Está en proceso de montaje el Frigorífico de Coassar.

Toda esta serie de actividades y especialmente de agricultura dan resultados positivos en las dos últimas cosechas según diagnóstico del ICA; contribuyendo de esta manera al mejoramiento en el nivel de la población.

En el campo laboral generalmente la población aguachiquen se trabaja por cuenta propia y otro alto porcentaje es empleado de entidades públicas y privadas importantes de la región.

Teniendo como fuentes principales de trabajo la agricultura, ganadería, la mecánica y latonería como también las

Labores de oficina entre otras.

1.3 INFRAESTRUCTRA Y DOTACION

Para analizar la infraestructura de Aguachica, tenemos que sectorizar y analizar algunos aspectos faltantes de éste, puesto que ya algunos han sido evaluados, siendo uno de los faltantes prioritario en la población como lo es el acueducto, que no se puede constituir como el más apto para las necesidades del consumo, por su falta de capacidad de almacenamiento y un deficiente sistema de tratamiento, que hace que el agua no sea de la pureza indicada y mucho menos libre de gérmenes patógenos, afectando en un grado elevado a la niñez, quien padece constantemente de enfermedades como la gastroenteritis y la amibiasis.

Siendo Aguachica la segunda ciudad del Cesar y con una población alrededor de los 100.000 habitantes, tiene uno de los porcentajes más bajos de infraestructura en alcantarillado, ocasionando graves problemas de salubridad y estancándose el desarrollo urbanístico de la ciudad ya que es imposible seguir construyendo más viviendas sin darle solución al problema del alcantarillado.

El Departamento del Cesar en su Plan de Desarrollo, contempla un plan maestro de alcantarillado para Aguachica y

en el presupuesto departamental de 1985, existe una partida de \$7'000.000 para invertir exclusivamente en alcantarillado a través de EMPOCESAR, de tal manera que se está a la espera de la ejecución de este plan tan necesitado en esta población.

Otros aspectos como vivienda por ejemplo, el número de casas que día a día construyen no tienen los servicios necesarios para una adecuada forma de vivir, ya que no cuentan con agua, alcantarillado y en situaciones sin luz, esto ocurre generalmente en los nuevos barrios e invasiones, y donde conforman definitivamente sus viviendas.

Respecto a la recreación y el deporte, son muy pocos los sitios para fomentarlos y por ende practicarlos y pasar ratos de sano esparcimiento.

Los sitios de recreación existentes como el bosque Aguil, a pesar de ser el mejor patrimonio, las autoridades municipales no le dan una atención esmerada a este sitio natural y de belleza recreativa. Las canchas deportivas, las pocas que en la población hay reciben afluencia de personal a practicar su deporte favorito, siendo necesario una mejor dotación de campos recreativos para forjar un mejor futuro a las comunas de jóvenes a fin de impedir los vicios, hábitos y costumbres.



FIGURA 3. Fotografíade la Iglesia Principal de Aguachica.

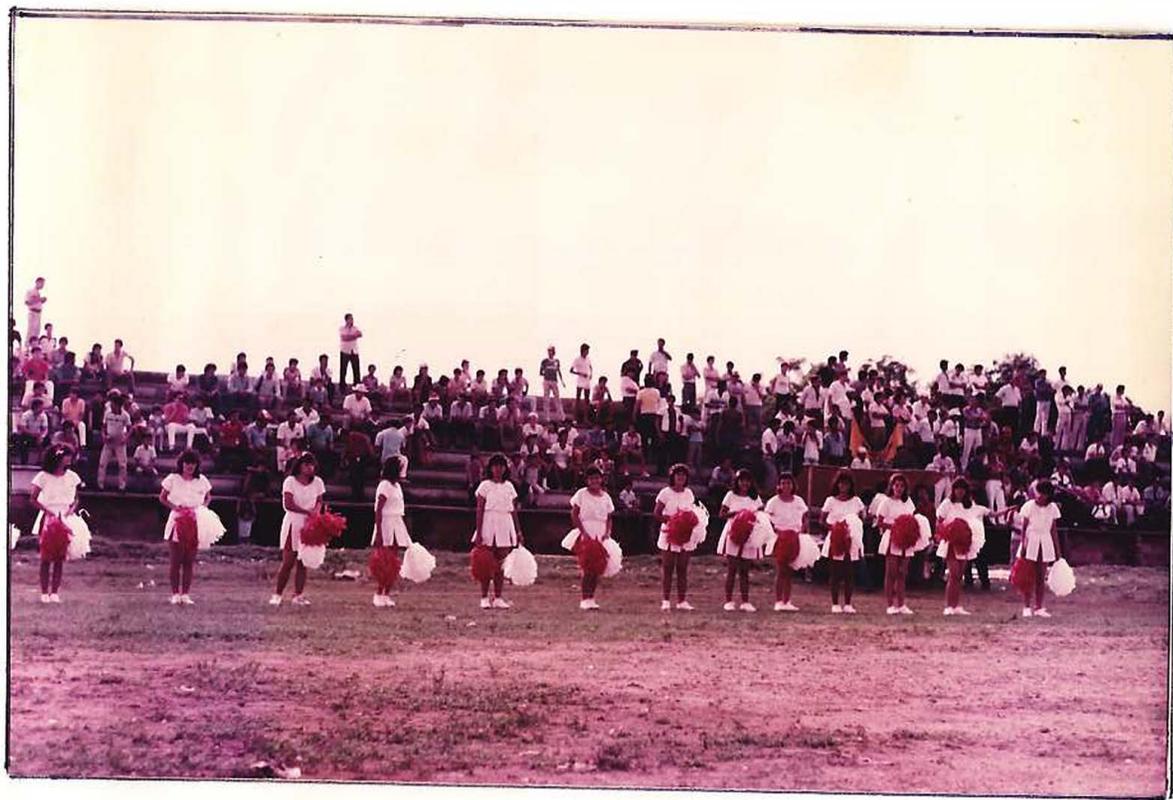


FIGURA 4. Fotografía del Estadio de Fútbol de Aguachica.

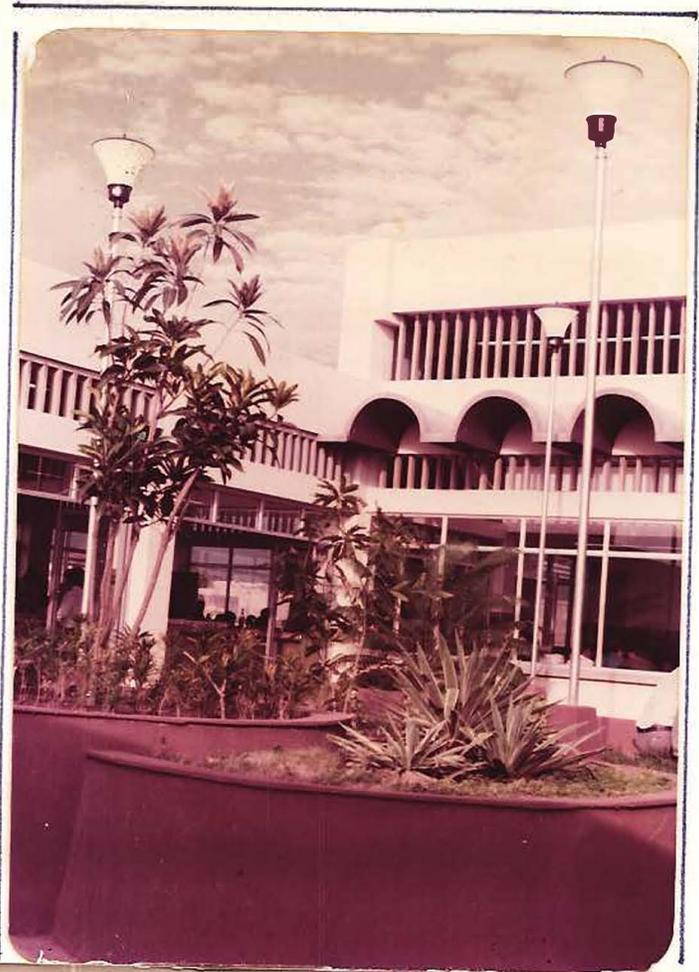


FIGURA 5. Instalaciones de Coopetran.

En lo referente a vías y transportes, este sector o servicio a la comunidad se presta en una forma regular, pues a pesar de que se cuenta con buses de transporte urbano, se hace imperioso una mejor dotación de buses y de que alguno de éstos, sean de seguridad para el usuario, ya que en la mayoría se palpa el deterioro de éstos. De igual forma se observan las vías o calles que en su totalidad se encuentran destapadas y presentan un mal estado a diferencia de las principales arterias de la población que por ser las más vistas y frecuentadas se encuentran pavimentadas. Este es otro problema o necesidad imperante y de lo cual parecen olvidarse las autoridades y políticos de turno. Labor ejemplar está llevando a cabo el Alcalde de la Municipalidad, al querer pavimentar algunas de estas vías, proyecto al cual se le están aunando colaboradores puesto que lo que se persigue es el bienestar de la comunidad y por ende su progreso. Ojala los objetivos propuestos tengan un favorable final donde los mejores colaboradores lo constituyen el mismo pueblo.

Aguachica tiene una deficiente dotación de infraestructura mínima, necesaria para trabajar una persona y rendir en condiciones normales. La estructura del Palacio Municipal por ejemplo no está acorde con la evolución que ha tenido la población y se proyecta la construcción de una nueva sede que permita laborar a los funcionarios en condiciones óptimas de rendimiento.

La dotación en el campo administrativo y una nueva reforma fueron hechas en coordinación con la ESAP, y está en aprobación por parte del Concejo o la facultad extraordinaria para ponerla en ejecución; ésta reforma da mayor agilidad a la administración y la hace más eficiente.

1.4 CARACTERISTICAS SOCIO CULTURALES

Aguachica como consecuencia de la amalgama de razas que intervinieron en su colonización y luego del acoplamiento de otros inmigrantes, tiene una muestra envidiable de estampas y costumbres, sociales y culturales que caracterizan al aguachiquense como el más jovial, alegre y hospitalario; siendo los ocañeros quienes desde su llegada a estas tierras, implantaron costumbres que todavía prevalecen. Aunque ahora Aguachica influye tanto cultural como socialmente en los ocañeros.

En materia habitacional tradicionalmente a través de los ocañeros, se construían las casas con paredes de tierra apizonada, puertas de madera y techos de teja o zinc, en reemplazo de bahareque, el enjaule y la palma.

En la moda introdujeron el uso del calzado, el saco, la corbata y el sombrero de paño o tartaro.

En lo religioso implantaron el culto por la Virgen del

Carmen y la Torcoroma.

En la alimentación, cosa curiosa, enseñaron a comer arepa con queso rayado.

Con la llegada de los costeños y de la Empresa Petrolera Intercol en el año 1950, se comenzó la tradición de las fiestas en familia, la ingestión del ron caña como bebida popular, la asistencia a los entierros, el juego del beisbol, fútbol y otras costumbres que adquirieron fuerte arraigo.

Como legado perdurable los tolimenses también trajeron sus famosos tamales, su mazamorra, sus bailes y sus "guam bitos" y "chiros".

Aguachica tiene una belleza natural permanentemente expuesta a la recreación y admiración del público y es el bosque "El Aguil". Allí árboles corpulentos y posiblemente milenarios, protegen el afloramiento de la linfa pura que en todo momento se ofrece al cuerpo y labios para calmar el calor y la sed.

Estos árboles y las fuentes a que ellos dan sombra llamados tradicionalmente "Aguiles" constituyen un atractivo incomparable el cual es el orgullo de los aguachiquenses. Este sitio cuenta con baños públicos, lavaderos, piletas

para almacenar agua que sale de los vertederos naturales, cancha de basquet, kioscos, pista de baile, columpios para niños, escaños, restaurante y piscina olímpica en construcción.

Existen igualmente sitios de distracción con piqueteaderos y piscina en el centro de la ciudad y en los alrededores y como lugar aconsejable para pasar ratos de sano esparcimiento se cuenta también el llamado centro de formación, la piscina aguas claras, los pozos de la quebrada de Buturama, la Bocatoma y Noream.

Culturalmente se ha recibido influencia además de los Departamentos de Santander, de los pobladores del Río Magdalena, tales como Chimichagua, Chiriguaná, El Banco y también de Ocaña, pues era la ciudad que a título de gente cachaca aportaba cultura y costumbres de diversa índole ya que estos fueron los primeros colonizadores que arribaron a estas tierras.

Aguachica ha tenido un progreso cultural bastante avanzado a pesar de ser éste discontinuo, como lo demuestra una monografía del señor Juan Romano Marún, de 1950 en que se lee que la población estudiantil de ese entonces era de 295 asistentes a dos escuelas de primaria que habían en la localidad, lo cual resulta irrisorio comparado con el alumnado actual en los planteles que funcionan hoy en

día, tanto de primaria y secundaria, oficiales y privados. Compenetrándose con su región y es así como hace aproximadamente ocho años contaba con apenas dos planteles educativos para la secundaria "Instituto Nacional José María Campo Serrano y Colegio Departamental Guillermo León Valencia, hoy en día existen en el mismo renglón de educación media los planteles "Colegio Liceo del Sur, Colegio Metropolitano y Colegio Departamental Nuestra Señora del Carmen", éste último entrega en el presente año lectivo su primera promoción de bachilleres contando con el estudiante de mayor puntaje de las pruebas del Estado, justo reconocimiento a la ardua labor de un puñado de ciudadanos que ven así cristalizada esta obra que en 1985 empieza a sentir la felicidad y logros de haber gestado una gran obra en el campo educativo y contribuir así con un granito de arena para el engrandecimiento de la Agua-chica moderna.

Continuando dentro del campo educativo es justo resaltar la dinámica labor emprendida hace algunos años por los señores: Rigoberto Quiñonez vargas, Salim Awad Maestre, Wilson Romero Maestre, Oswaldo Granados Navarro y Nestor Torres Olivera entre otros quienes se han dado la tarea de regalarle a Aguachica y su región un Centro para la Educación Superior(CREAD), donde se entraría a solucionar en parte la difícil situación de las juventudes estudiosas de la región para poder llegar a los claustros superio -

res, donde vienen funcionando carreras a nivel de tecnología, auspiciadas por la Universidad del Sur que tiene su sede principal en Bogotá.

Entre las fiestas tradicionales de esta población entre las más importantes se tienen las de San Roque que es nuestro patrono, igualmente las de la Virgen del Carmen y la Virgen de Torcoroma, estas dos últimas importadas de Ocaña y del Carmen (Norte de Santander) y la de Corpus Cristi y también la celebración de su aniversario Agosto 16.

Las fiestas de San Roque la más importante a resaltar eran anteriormente más atractivas que ahora, porque la gente se congregaba en la plaza principal alrededor de la única iglesia para ese entonces, a rendir tributo de admiración y adoración a su excelso patrono, siendo supremamente concurridas las procesiones, donde no faltaban los promeseros venidos de otros lugares a pagar sus mandas ya que a este santo se le atribuían grandes poderes como abogado contra las pestes contagiosas y porque hasta se le consideraba aparecido.

Estas fiestas se empezaban tres días antes con asistencia de numerosas bandas y orquestas venidas de poblaciones vecinas que con sus repertorios musicales daban el tono alegre de las fiestas y a los diversos bailes que organizaban. Algunas de estas agrupaciones sólo regresaban a sus

lugares de origen muchos días después de haber pasado éstas.

La Banda Armonía San Roque, que siempre ha sido el elenco preferido tenía para tal fecha sus mejores piezas para estrenar, debidas a la inspiración de compositores antiguos como lo fue don Eladio Vargas.

Esta agrupación musical era la encargada de tocar en las misas, procesiones y en los grandes porros que se montaban bien fuera en la esquina de cuatro bocas o en la esquina del hoyito, donde se amanecía bailando porque es fama que en ese entonces habían bailadores incansables.

En materia de tradiciones y creencias generalmente la población tiende a tener ciertas que pueden catalogarse en el orden folclórico.

Aguachica celebra el 16 de Agosto de 1986 sus 182 años de su fundación; siendo éstas unas de las fiestas más tradicionales e importantes.

2. LA SALUD EN AGUACHICA

La salud es en sí misma un fin, es complemento indispensable para el bienestar y un medio importante en el desarrollo de un país. El nivel de salud es un índice de la estructura económica del grado cultural y de bienestar de la sociedad. Es decir, la salud es un proceso dinámico resultante de la interacción del hombre y de la comunidad con su medio ambiente.

La salud no es solamente la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar psíquico, físico y social , según la Organización Mundial de la Salud.

Ecológicamente la salud es el estado de equilibrio adaptativo del organismo con el ambiente y viceversa.

Es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultante de la relación entre individuo y el medio que se expresa por un estado de bienestar físico, mental y social y condicionada por cada momento histórico del desarrollo social.

En primer lugar, se debe considerar que la salud y la enfermedad son modos de expresión de la actividad vital del hombre. En efecto, importantes corrientes del pensamiento médico han establecido que en general la enfermedad corresponde a una exageración de los mecanismos fisiológicos pero que es un hecho vital necesario para regresar al estado inicial de salud, perturbado por variadas causas.

Biológicamente lo normal se expresa mejor en términos de variación que como promedio fijo; la salud no puede considerarse entonces como un estado estático. El individuo sano está en armonía física y mental y adaptado al ambiente físico y social y a sus variaciones en tal forma que puede contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo con su habilidad; el estado de salud no es un fin en sí mismo sino más bien puede decirse que lo importante es que la salud permita al individuo el goce pleno y armonioso de todas sus facultades para que disfrute el bienestar individual y para que sirva con eficiencia al progreso común.

El concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud OMS ha sido criticado por cuanto coloca la salud como meta más que como realidad dependiente del conjunto de las relaciones sociales; ésto se debe al hecho de que en el concepto no se contempla el factor histórico, esto es, el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

De otra parte, el concepto ecológico muestra que la salud está condicionada tanto por el aspecto genético y la composición orgánica como por la interacción con el ambiente y las relaciones con otros seres vivos; el hombre es parte de la naturaleza (ecosistema) y por tanto no puede concebir separadamente de ella.

Sin embargo, el sistema ecológico del hombre difiere del de otras formas de vida en cuanto a la cultura y las modificaciones que el introduce en el medio ambiente. La existencia es un esfuerzo constante de adaptación ya que en caso contrario el hombre perecería; en este proceso de adaptación ha jugado un papel definitivo la capacidad del hombre para modificar el medio, la creación de un ambiente socio cultural que le permite vivir en cualquier lugar de la tierra.

A la vez, gran parte de las enfermedades que aquejan la población dependen más del ambiente socio cultural que del natural. Estas consideraciones ecológicas llevan una vez más a destacar la influencia de las relaciones sociales en el proceso de salud y enfermedad.

Desde el punto de vista práctico, "la dirección del sistema de salud de una sociedad debe tomar decisiones que tiendan a elevar las condiciones de salud de la comunidad pues es su responsabilidad asegurar las necesidades sani-

tarias de la población"¹.

Esta labor ha de realizarse con los recursos de que disponga la sociedad y por consiguiente la organización del sistema de salud así como su funcionamiento, deben mejorarse cada vez más para optimizar su acción.

De lo anterior se concluye que es preciso disponer de un adecuado estudio de las condiciones de salud de la población, de sus posibilidades de enfermar y de la dinámica de los factores que determinan el estado de la salud.

"El estado de salud de la población o nivel de salud, es la expresión sintética de los variados estados de equilibrio en el plano físico, mental y social entre los miembros de una colectividad y su medio de vida y trabajo"².

Durante toda su existencia, el ser humano requiere de la satisfacción de sus necesidades fundamentales en forma tal que pueda contribuir al desarrollo de la sociedad y a una adecuada reproducción y perpetuación de la especie.

¹ZARATE M., Alberto. Fundamentos de administración de salud. Bucaramanga, 1985. p.23.

²OMS. Organización Mundial de la Salud. Véase SANTAMARIA ESPINOSA. Trabajo social en salud. Bogotá, Sociales. p.25.

La síntesis del grado en el cual esa satisfacción se logra por parte de la sociedad, constituye el nivel de vida.

Los expertos han definido los siguientes elementos componentes del nivel de vida: Alimentación y nutrición, educación, empleo y trabajo, vivienda, seguridad social, salud, vestido, esparcimiento, libertades humanas, transporte y medios de comunicación y consumo y ahorro globales³.

Si se analizan estos elementos, podemos darnos cuenta de que también son parte del bienestar físico, mental y sobre todo social, con lo cual se comprenderá que están involucrados en el amplio concepto de salud y que a la vez el estado de salud constituye la mejor expresión o síntesis del nivel de vida, vale decir, la medición del nivel de salud revelará mejor que ningún otro factor, la interacción de los elementos del nivel de vida así como de sus factores condicionantes.

El estado de salud está condicionado por factores socio-económicos, biológicos y psicosociales, naturales y por último organizativos del sistema de salud (Figuras 6 y 7).

³Ibid.

El estado de salud se expresa mediante un sistema de indicadores que necesariamente deben acompañarse de una interpretación cualitativa que permita su óptima comprensión y utilización. Además el conocimiento del estado de salud no se limita al diagnóstico, esto es, el conjunto de información que permite asumir cual es el nivel de salud de la colectividad en determinado momento histórico de su desarrollo sino que permite además predecir lo que podría ocurrir con la situación de salud en el futuro.

Antes de examinar los elementos del nivel de salud se debe tener claridad en cuanto a la importancia de su conocimiento como base de la organización del sistema de salud y de la formulación del plan de salud.

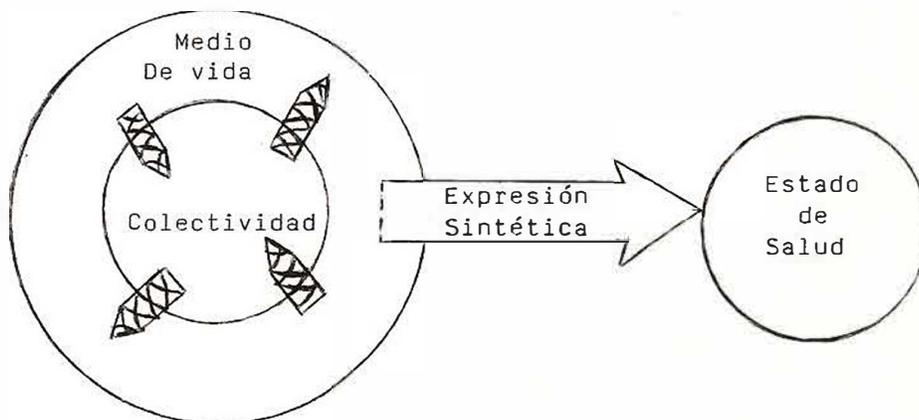


FIGURA 6. Estado de Salud de la Población.

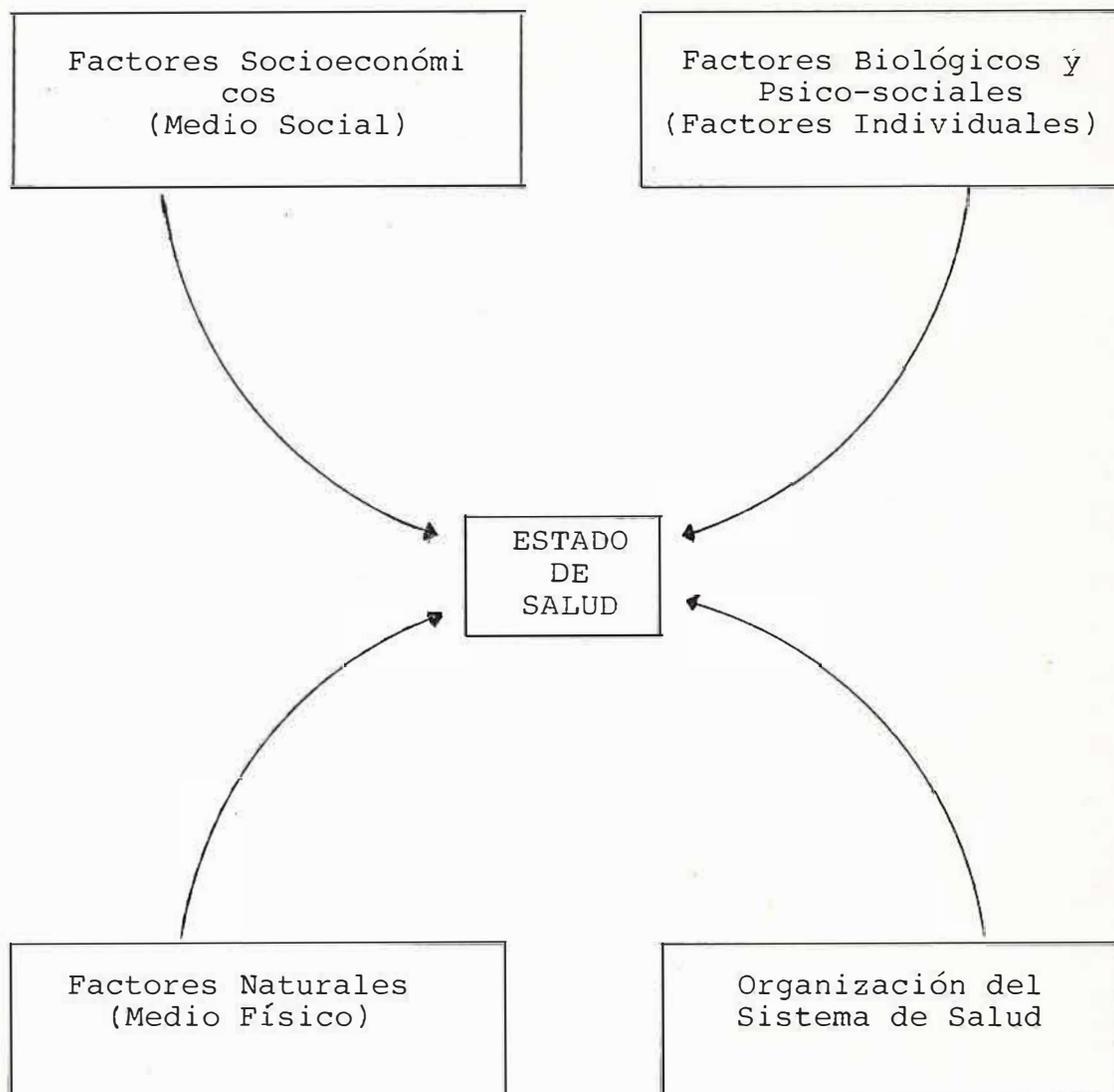


FIGURA 7. Factores Condicionantes del Estado de Salud.

Fuente: Rojas Ochoa, Francisco. Estado de Salud de la Población. Objeto y Contenido de su Estudio. Rev. Cub. Adm. Salud 8; 1, 1982.

El estudio del estado de salud de la población comprende dos aspectos: la medición del nivel y el estudio de los factores determinantes de dicho nivel de salud; estos dos aspectos existen únicamente ligados y su separación se hace por necesidades puramente metodológicas.

El nivel de salud se mide a través de ciertas características demográficas que nos permiten apreciar como es la población, entre las cuales se destacan la fecundidad y la mortalidad; también lo medimos mediante la morbilidad, la invalidez y el crecimiento y desarrollo.

Los factores condicionantes del nivel de salud comprenden: el medio físico, el medio social, la población en cuanto a sus posibles riesgos, los recursos y servicios de salud, la industria médica, la atención en situación de emergencia, las políticas globales del sistema social y el sistema de protección de la salud.

Otros autores plantean como factores que deben considerarse para la elaboración del diagnóstico de la situación de salud los siguientes: características demográficas, físico-geográficas, económico-sociales, red de servicios de salud y situación de la morbilidad, los citamos como otra posibilidad pero debe dejarse establecido que para determinar criterios sobre el nivel de salud de una colectividad deben tenerse en cuenta muy variados factores y ante todo, que la gran complejidad del problema no ha permitido a las autoridades ofrecer conclusiones

definitivas en la materia⁴.

Existen, de todas formas, algunos indicadores que podrían considerarse representativos del estado de salud y que son generalmente aceptados como medida de dicho nivel; éstos son: indicador proporcional de mortalidad, esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil, tasa bruta o cruda de mortalidad y las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles. El estudio de la mortalidad muestra indirectamente el estado de salud de la población y analizando comparativamente para períodos más largos, revela los cambios en el estado de la salud.

De los presentados en este resumen se puede concluir que el diagnóstico de la situación de salud no es simplemente la presentación de los elementos que lo integran sino que es más el resultado del proceso analítico-sintético en el que se establecen la forma y la medida en que un factor puede actuar sobre la relación salud-enfermedad o intervenir como condicionante en el desarrollo de los servicios o en las características de la gestión de salud.

⁴ZARATE M., op.cit., p.27.

Se considera que la acción del estado colombiano en materia de salud se inició en 1913 con la prestación de servicios con neto carácter de higiene pública mientras que la atención curativa se practicaba en los hospitales bajo el comando de sus juntas directivas.

Es apenas en 1946 cuando se crea el Ministerio de Higiene con funciones preventivas y es en este mismo año cuando se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. La atención curativa continuaba en manos de las beneficencias y los hospitales, aparte del ejercicio privado.

En la década del 50 el Ministerio de Higiene cambia su nombre por el de Salud Pública como primera reacción ante la separación tradicional entre medicina preventiva y curativa; se crean los Departamentos de Medicina Preventiva en las Facultades de Salud y se inicia una época de formación profesional en Salud Pública con la aspiración de mejorar los servicios de salud.

En 1962 se crea la Oficina de Planeación en el Ministerio de Salud y se formula el Plan Nacional de Salud decenal con lo cual se pretende reemplazar la imperante improvisación tradicional en el área; en 1964 se llevó a cabo el conocido Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación, trabajo que ha sido de gran importancia en el desarrollo de la Salud Pública del país. En 1966 entraron en

operaciones los Servicios Seccionales de Salud, paso decisivo en la articulación e integración de las instituciones que en cada región venían funcionando aisladamente ; en 1969 se aprobó el Plan Hospitalario Nacional , en el cual se diseñó un sistema de regionalización de servicios con tres niveles de atención médica.

Para integrar efectivamente el sector Salud al Plan General de Desarrollo Económico y Social, se creó en 1971 la División de Salud del Departamento Nacional de Planeación. En 1975 se estableció por medio de decretos-leyes la estructura y organización básica del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Sistema Nacional de Salud implantado en 1974 es el conjunto coherente de instituciones, organismos o entidades que tienen como finalidad específica mejorar la salud de la comunidad y cuyos elementos interactúan conforme a unas normas específicas que logren objetivos concretos.

El Plan Nacional de Salud representa el instrumento de expresión del proceso de planeación y sirve de medio operativo para la dinámica y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

Este sistema requiere de permanente actualización conforme a los avances científicos y tecnológicos y a los cam -

bios de la comunidad. Para medir estos aspectos se precisa de un sistema de evaluación.

Las entidades adscritas son de origen público mientras que son vinculadas las de origen privado, todas con la finalidad específica de procurar la salud de la comunidad.

Las adscritas dependen administrativamente de los organismos de dirección del SNS, sus planes se integran en los niveles regional, seccional y nacional y sus actividades se someten a las disposiciones que regulan el SNS.

Las entidades vinculadas sin ánimo de lucro deben someter sus planes y programas a la aprobación del SNS, suministrar la información que el Sistema requiera, someter su proyecto de presupuesto y su plan de inversiones a la aprobación del Sistema.

El SNS se halla organizado con base en una matriz estructural de áreas y niveles. las áreas representan la división del trabajo por especialidades mientras que los niveles expresan la jerarquización de la autoridad y responsabilidad de cada elemento de la estructura.

Para el manejo del sector se han establecido entonces dos clases de niveles: directivos y operativos. Los primeros tienen que ver con la orientación, decisión, normatiza -

ción y control; los otros con la ejecución y atención a la comunidad.

El nivel nacional formula las políticas y normas , dirige el proceso de planeación, vigilancia, control y supervisa al nivel seccional. Este cumple por delegación del nivel nacional las mismas funciones, adaptándolas a la sección territorial.

El nivel regional vigila y controla el funcionamiento de todas las instituciones del área, se organizan y coordinan los niveles operativos (Figura 8).

Las áreas del SNS están determinadas por las políticas generales que identifican tres grandes campos de problemática y dan origen a dos áreas de atención directa o de servicio hacia la comunidad y una de apoyo a las anteriores. Las áreas o servicios son: atención a las personas, atención al medio (ambiente) e infraestructura y como se dijo antes, se dan en todos los niveles del sistema.

El área de atención a las personas comprende variados programas de atención médica a la población, conforme a problemas prioritarios; entre éstos se tienen: materno-infantil, inmunizaciones, salud mental, salud oral, salud laboral, control de zoonosis, control de malaria, pian, lepra, cáncer, tuberculosis, etc.

DIRECTIVOS

NIVEL	ENTIDAD	FUNCION
NACIONAL	MINISTERIO DE SALUD	POLITICO-NORMATIVA
SECCIONAL	SERVICIO SECCIONAL DE SALUD	TECNICO-ADMINISTRATIVA
REGIONAL	UNIDAD REGIONAL DE SALUD	ADMINISTRATIVA

OPERATIVOS

NIVEL	ORGANISMO	ATENCION
LOCAL	UNIDAD PRIMARIA DE ATENCION (UPA)	DOMICILIARIA
	PUESTO DE SALUD CENTRO DE SALUD	AMBULATORIA
	HOSPITAL LOCAL	INSTITUCIONAL
REGIONAL	HOSPITAL REGIONAL	MEDICA GENERAL ESPECIALIDADES BASICAS
UNIVERSITARIO	HOSPITAL UNIVERSITARIO	MAXIMA TECNOLOGIA TODAS LAS ESPECIALIDADES.

FIGURA 8. Niveles del Sistema Nacional de Salud.

El área de atención al medio se refiere a la creación y mantenimiento de las condiciones que facilitan la protección y recuperación de la salud de la población. Abarca : saneamiento urbano y rural, control de aguas, suelos y aire, reducción de la prevalencia de zoonosis, reducción de los riesgos de morbilidad de origen alimenticio, construcción de servicios higiénicos sanitarios, basureros; excretas y desagües, mejora de las condiciones de la vivienda y el trabajo, etc.

El área de infraestructura comprende el apoyo a la realización de los servicios de atención a las personas y al medio; comprende los subsistemas de planeación, personal, información, investigación, inversión y suministros como áreas críticas fundamentales y además los siguientes programas: Formación y utilización del recurso humano, adecuación administrativa, racionalización de la financiación, atención de la capacidad física instalada, etc.

La regionalización es el sistema de administración racional de los recursos de salud, con el fin de brindar a la población servicios integrados de atención médica (fomento, protección, reparación, rehabilitación, docencia, investigación) mediante el establecimiento de niveles de atención y una doble corriente de prestación de servicios.

La regionalización permite utilizar en mejor forma los recursos, aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. Acompañada de una serie de características, servicios de infraestructura, subsistemas y otros elementos.

La atención en salud en Aguachica actualmente ha dado un vuelco total con la reciente apertura e inauguración del tan anhelado Hospital Regional de Aguachica, es así como en casi todo el país, en el Departamento del Cesar y específicamente en esta población, la mortalidad en general ha disminuido en los últimos 10 años en forma notoria debido a los objetivos y estrategias puestas en marcha en los planes de desarrollo en el campo de la salud en estos últimos años.

Siguiendo el camino por donde transita el país, se observa que Aguachica tiene como primera causa de morbimortalidad la enteritis, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias, tifo, infecciones urinarias, enfermedades de la piel, tuberculosis, incidencia de desnutrición, enfermedades venéreas, acentuándose en forma alarmante la blenorragia, las cuales tienen como interdependencia el agente, medio ambiente y huésped, para el incremento de la patología.

A pesar de que se ha incrementado el número de acueductos en los últimos tres años, las aguas siguen con un trata -

miento de baja calidad y el número de bacterias por centímetro cúbico continúa elevado. No se puede olvidar la ubicación de los habitantes, el área y de donde se aprovechan las aguas. Es más el alto grado de contaminación se incrementa porque algunas empresas y gente en particular botan al río sus productos dañados, así como también el uso de pesticidas, herbicidas y demás defoliantes a orillas de los ríos, cañadas, quebradas y otros.

Para lograr un medio ambiente sano y propicio para preservar la salud, no solamente se debe contar con acueducto, sino que es necesaria la disposición de excretas, recolección de basuras, incineración de animales muertos, mataderos apropiados limpios con control veterinario diario, mercados con divisiones adecuadas y aseo permanente, estancos de venta de leche debidamente autorizados, carnicerías periféricas de control rígido y ventas ambulantes cumpliendo con los requisitos mínimos.

El hecho de que la segunda causa de mortalidad sea "estados morbosos mal definidos" nos indica, no la mala preparación médica, sino el acto médico mal, ya que la concepción mercantilista, individualista y egoísta del médico le impela a maltratar o tratar sintomáticamente a los

pacientes que no representan algo económicamente"⁵.

A pesar de nuestro subdesarrollo se ve la aparición de enfermedades crónicas o de la civilización, tales como las enfermedades cerebro-vasculares y las enfermedades isquémicas del corazón.

En esta zona del Departamento se señala que aunque ha rebajado la mortalidad y aumentado la expectativa de vida, el problema de salud sigue siendo marcado debido al orden económico.

El análisis de las relaciones entre el estado de salud, los factores condicionantes de tipo socioeconómico, cultural, ambiental y de comportamiento de la población y la oferta y los funcionamientos de los Servicios de Salud ha permitido identificar los siguientes aspectos especialmente críticos :

El bajo ingreso familiar, está altamente correlacionado con la calidad de la vivienda, el tipo de acceso a los servicios de acueducto y alcantarillado, la disponibilidad y calidad de alimentos y las oportunidades de educa -

⁵ SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Servicio Seccional del Cesar. Valledupar, 1983. p.23.

ción. Esto a su vez, está asociado con las enfermedades respiratorias, la patología dental, la desnutrición y la malaria. Además limita la capacidad de compra de droga y el acceso a los servicios de salud por parte de la familia.

Otro factor de accesibilidad es el mismo ingreso familiar, ya que las condiciones de algunos debido a su ocupación son diferentes y por supuesto no tienen las mismas posibilidades de acceso a recibir una adecuada atención en salud.

La descomposición y desintegración de la Unidad Social Básica, la familia, asociados con múltiples factores tales como el bajo nivel educativo, el cambio de algunos valores, la urbanización, la liberación de la mujer y su acelerada vinculación a la fuerza del trabajo, la paternidad irresponsable y el abandono de menores, son también condicionantes notables del nivel de salud, particularmente en la población menor de edad.

El bajo nivel de educación básica, la falta de conocimientos específicos, sobre salud y la actitud negativa hacia los servicios de salud del Estado son condicionantes de las acciones de prevención y control de las enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, las prevenibles por vacunación, los accidentes, el aborto, los tumores ma

lignos y las enfermedades del aparato genitourinario.

La mayor parte de la población trabaja por cuenta propia y otro alto número es empleado de entidades particulares.

Esta difícil situación socioeconómica está asociada particularmente con el acceso a los Servicios de Salud, con la disponibilidad y calidad de alimentos e igualmente con problemas de vivienda.

La calidad del medio ambiente físico, es uno de los principales factores condicionantes de las enfermedades más frecuentes en la población menor de 15 años.

Las enfermedades infecciosas intestinales y la desnutrición están íntimamente correlacionadas con la disponibilidad y calidad del agua de consumo, con los sistemas de disposición de excretas y basuras, con la cantidad y calidad de los alimentos y la contaminación de las fuentes hídricas; a su vez, las enfermedades respiratorias tienen que ver con la contaminación del aire y la calidad de la vivienda.

Toda esta serie de factores inciden de tal manera que puede influir o no en la utilización de los servicios en salud.



FIGURA 9. Tomas Fotográficas del Hospital de Aguachica.

Muestra que un análisis crítico de la demanda en salud de Aguachica en 1973 esta tasa es del 11,2 por 1000; en 1982 al 6,8. En cuanto a mortalidad infantil en 1973 fue alarmante con 60,4 por 1000 y ha ido descendiendo hasta llegar en 1982 a 33,0 por 1000.

Las principales causas de la morbimortalidad por grupos de edad son: En menores de 5 años; enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo, enfermedades respiratorias agudas, enfermedades perinatales, desnutrición.

Grupo de 5 a 14 años; enfermedades respiratorias y enfermedades genitourinarias, cuyas causas son la blenorragia, malos hábitos higiénicos, etc.; enfermedades del corazón y accidentes varios.

Grupo de 45 y más años; enfermedades hipertensivas, otras enfermedades del aparato genitourinario, enfermedades cerebrovasculares.

Teniendo en cuenta que a partir de mediados de la década del 60 la tasa de crecimiento anual es del orden de 3,0 % en el Cesar con tendencia a disminuir, habiéndose presentado un descenso en la natalidad, pasando de 41 nacidos vivos por 1000 habitantes en 1968; a 27 por 1000 en 1982; y a la continua disminución de la mortalidad en todos los

grupos de edad y al aumento en la expectativa de vida se vienen presentando cambios en la estructura de la población por grupos de edad; en el sentido de un mayor aumento de los de mayor edad y disminución del peso relativo de los menores.

La determinación del volumen de población se basa en el último censo pero la población flotante como consecuencia de los cultivos estacionarios (algodón) sube aproximadamente al 15% en las épocas de recolección de la fibra.

El estado del medio ambiente físico o su calidad es determinante en la incidencia de las enfermedades. Se tiene por ejemplo, que en las enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo están íntimamente relacionadas con la calidad del agua de consumo, sistemas de disposición de excretas y basuras y la calidad de los alimentos. Las enfermedades respiratorias con la polución ambiental y la calidad de la vivienda.

Para el año 1983 Aguachica no contaba con el tratamiento adecuado para el agua. En la actualidad sólo dispone de tramos de alcantarillado en los barrios centrales, quedando los barrios periféricos sin este servicio necesario para la conservación de la salud.

La calidad de los alimentos se encuentra deteriorada por

su procesamiento y manejo. La leche se consume sin pasteurización y los sistemas de transporte desde los hatos al sitio de consumo son deficientes y genera contaminación. El procesamiento de otros derivados por ejemplo, queso, con frecuencia genera intoxicaciones.

Los expendios de dichos productos no llenan los requisitos mínimos y la carencia de recursos humanos para el control facilita su mal manejo.

Otro de los elementos básicos en la nutrición, la carne, inicia su deterioro y contaminación en el matadero municipal y lo termina en los expendios, mercado público y expendios particulares, habiendo pasado por un transporte rudimentario en carretas sin ninguna protección de tipo sanitario.

Las autoridades municipales no incluyen partidas presupuestales para cubrir o financiar requisitos humanos de higiene en los mataderos y mercados.

Por último un factor determinante de intoxicaciones por elementos organofosforados es la contaminación que las empresas de fumigación aérea producen en las fuentes de consumo (quebradas, ríos) y que escapan al control de las autoridades (Inderena, ICA, Salud). Otro factor, las basuras que debido a dificultades de tipo económico y adminis

trativo en la adquisición y mantenimiento de los equipos de recolección y de disposición final.

2.1 ESTRUCTURA Y DOTACION

En el campo de la salud se destacan altas tasas de mortalidad general, materno-infantil, además, enfermedades que en las naciones desarrolladas han dejado de ser problema de salud pública (toxemia, infecciones postparto, diarrea, deshidratación).

Así mismo los recursos materiales y humanos reducidos limitan la cobertura de servicios, que a su vez se agudiza por una poca participación de la comunidad reflejada en la baja demanda espontánea de servicios médicos. Es así como aparece la atención primaria, partiendo de que la ampliación de cobertura de servicios es una necesidad mundial.

La salud es un derecho de la población, el 75% de ésta es usuaria de los servicios médicos estatales, de este porcentaje sólo se llegó al 39%, al resto 36% no se llega, muchos de ellos (20%) porque son zonas de difícil acceso. El 25% de la población restante, el 10% corresponde a la fuerza trabajadora, que la cubre el Seguro Social y el resto 15%, lo cubre la medicina privada. El nivel de salud se da de acuerdo a la organización socioeconómica existente en cada país.

En la tercera reunión especial de Ministros de Salud, celebrada en 1972, se concluyó que la meta principal del plan decenal 1971-1980 para la América , era el aumento de la esperanza de vida de sus poblaciones. Se estableció como objetivo principal la extensión de cobertura con servicios a las poblaciones rurales y urbanas no atendidas o subatendidas, mediante la reorganización y expansión de los sistemas de servicios de salud, el aumento de su capacidad operativa y el desarrollo y utilización de tecnologías adecuadas a las condiciones de cada país, con el propósito de maximizar la eficacia y productividad de esos sistemas .

La salud como factor primordial y como derecho natural necesitaba de una mejor y eficiente institución para atender la demanda de los necesitados en salud en Aguachica y es así que ésta cuenta con instituciones hasta el año 1984 con el Centro Materno Infantil que por necesidades en la prestación de servicios de una población en crecimiento diario se va adaptando hasta tomar el nombre (único en el país) de Hospital-Centro de Salud, donde se presentan siete actividades básicas de atención a las personas: consulta médica, hospitalización a las personas , tratamiento odontológico, control de enfermería, vacunación y atención por promotoras y actividades básicas de atención al

⁶SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Sección Trabajo Social .
Medellín, Octubre 1981. p.29.

medio ambiente, abastecimiento de agua, disposición de de sechos, higiene locativa, control de alimentos y zoonosis.

Otras instituciones de salud en Aguachica son el Puesto de la Cruz Roja Colombiana, con servicios de consulta y vacunación. Existen tres centros médicos particulares, donde se prestan servicios de consulta y hospitalización, pero que carecen de ayuda diagnóstica.

Teniendo en cuenta la política de salud del gobierno actual en la cual se hace énfasis sobre la atención primaria, se fortalecerán las actividades básicas dirigidas tanto a las personas como el medio ambiente para dar paso efectivo a esta política.

Considerando el mejoramiento en capacidad locativa dado por la apertura del nuevo Hospital Regional de Aguachica, y por lo tanto la elevación de la calidad de las actividades y procedimientos debido a adquisición de equipos modernos y personal especializado existe la oportunidad de poner en práctica general del Plan "Hacia la Equidad en Salud" cual es :

La modificación del nivel y estructura de la morbilidad y mortalidad de la población con énfasis en los grupos y riesgos más vulnerables, para ob-

tener su mayor bienestar mediante acciones concertadas sobre los factores condicionantes especialmente de tipo sociocultural, de comportamiento de la población, del medio ambiente y de oferta y funcionamiento de las instituciones de salud, para estimular el desarrollo económico y social del país⁷.

Para el cumplimiento de esta política se pondrían en práctica los siguientes objetivos generales :

- Mejorar la eficiencia, calidad cobertura de atención a las personas.
- Mejorar la cobertura, eficiencia y calidad al medio ambiente.
- Mejorar la organización y calidad de la infraestructura física, de recursos humanos y tecnológicos.
- Impulsar la activa participación de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades en salud y en el planteamiento de alternativas de solución para la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios estimulando a través del núcleo familiar la capacitación y

⁷SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Servicio Seccional del Cesar. Valledupar, 1983. p.58.

vinculación voluntaria de sus miembros.

Es así, que para dar una mejor cobertura a los servicios en salud entrarían a prestarse más eficiente y técnicamente tanto para Aguachica como para el sur del departamento, a través de la gestión emprendida por personas que siempre buscan el desarrollo de esta población, gestión comenzada en los primeros meses de 1974, mediante la motivación constante en la comunidad por medio de un programa cívico-cultural que difundía la Emisora Voz de Aguachica, el Sacerdote de ese entonces Martín Labrador, abrió una cuenta bancaria Pro-Hospital Regional de Aguachica, con el traslado de este Sacerdote y la llegada del Padre Alfonso Ruíz, se creó el Movimiento Familiar Cristiano y con el Obispo Ignacio Gómez Aristizabal, se emprendió una gran campaña y se trasladaron a Valledupar a entrevistarse con el Gobernador de esa época don Manuel Germán Cuello y aprovechando la coyuntura de que unos hijos ilustres de Aguachica, ocupaban unos cargos en su gabinete, como el doctor Rigoberto Quiñonez Vargas en la Secretaría de Hacienda, el doctor Eliecer Rincón en la Secretaría de Educación y el doctor Joaquín Ovalle Barbosa Delegado del FER, concluyeron que las partidas que eran destinadas para esta región, no se fragmentaron para las diferentes obras, como se venía haciendo sino que se dispusiera un sólo auxilio importante para la magna obra.

Hay que destacar que en esa época la Junta Cívica laboró incansablemente. Luego se convino que las partidas ya recolectadas pasaran al Fondo Nacional Hospitalario y que esta entidad oficial se encargara de la construcción del nuevo Hospital Regional de Aguachica, como en efecto se hizo con unas nuevas partidas que dicha entidad destinó para esta gran obra de vital importancia. Hay que destacar que esta obra se inició en el ocaso del Gobierno del doctor Misael Pastrana Borrero. En la terminación de la obra y la instalación de las dotaciones que se encuentran en dicho centro hospitalario figuran como principales baluartes e importantes gestores el doctor Rafael Joaquín Gutierrez Acosta, quien es el jefe del Servicio de Salud del departamento y el doctor Rafael Castillo Labarcés actual y dinámico Director Regional de la Unidad Sur.

Estas Unidades Regionales de Salud, están en zonas de departamento, intendencias y comisarías con cierta homogeneidad relacionada con aspectos geográficos, demográficos económicos y culturales; cumplen por delegación del Nivel Seccional con las mismas funciones de éste, adoptándolas a las condiciones de la zona, vigila y controla el funcionamiento de las instituciones de la salud de la región. En este nivel se formaliza y organiza los diferentes niveles operativos.

Las Unidades Regionales de Salud, hacen mención a la categoría del servicio que se presta. A nivel Regional es el conjunto de servicios de salud organizados para brindar asistencia integral a la comunidad de un área geográfica determinada y que dispone además de los recursos y de las facilidades para proporcionar atención especializada de acuerdo con la patología de la región. A estos servicios debe tener acceso toda la población del área desde el punto de vista técnico y administrativo. Es la unidad rectora de la planificación, programación, supervisión y evaluación de los programas de salud de su área de influencia y está representado en el Hospital Regional.⁸.

Teniendo en cuenta el marco de referencia sobre el cual funciona el Servicio Nacional de Salud y que establece los niveles de atención, esta institución figura teóricamente como Hospital sede de la Regional Sur y como tal dependen de ella tres hospitales locales (Tamalameque, La Gloria y Gamarra), seis centros de salud (Pelaya, Pailitas, San Alberto, San Martín, Río de Oro y González) y 28 puestos de salud.

El nuevo Hospital Regional de Aguachica, comenzó a prestar sus servicios a la comunidad en el mes de marzo del presente año, pero como es sabido la situación económica

⁸ ESCRITOS PERIODISTICOS. El campesino. 1985. p.9.

en el sector salud es muy precaria; es muy lamentable que el Departamento del Cesar tenga en el rubro de su presupuesto nacional y departamental uno de los más bajos, donde no se le presta la mayor importancia y sin embargo se le exige en el grado sumo.

Es así que en el Hospital de Aguachica, en estos momentos tiene un buen recurso humano mal remunerado ya que trabaja en condiciones no óptimas, al no contar con los recursos de trabajo como son los materiales quirúrgicos en general algunos están incompletos, no cuenta con drogas intrahospitalarias, ya sea por su alto costo o porque el rubro de presupuesto para la compra de estos elementos es muy bajo y no dá a vasto por el gran flujo o incremento de pacientes teniendo en cuenta que la gran mayoría de las veces es necesario solicitarle a los familiares que consigan las drogas o elementos que necesita el paciente hospitalizado.

Es conocido que en otras regiones del país el Ministerio de Salud es más benévolo con sus puestos de salud, hospitales locales y regionales, dándoles un mayor presupuesto, una mejor dotación y una mayor atención al personal que labora en dichas instituciones, puesto que somos conscientes que el número de habitantes en dichas regiones es muy inferior al de Aguachica, pero sin embargo a ellos se les mira con mayor consideración. Tal vez este fenómeno

se puede captar por la indiferencia total de nuestros dirigentes o parlamentarios del Departamento que en sus auxilios nacionales incluyen una irrisoria partida, creyendo con ésto que ya han cumplido con la región, cuando en realidad, ésta necesita más obras que redunden en beneficio de la comunidad.

En la actualidad el Hospital Regional de Aguachica cuenta con un personal científico, médico, paramédico eficiente y calificado que contribuye en el mejoramiento de la atención en salud de la población, la cual ha dado un vuelco total a como ésta venía prestándose en esta zona teniendo en cuenta que el nuevo hospital tiene que cubrir un área que incluye una tercera parte del Departamento del Cesar, gran parte del Sur de Bolívar, y áreas de Santander y Norte de Santander y considerado como un Hospital de referencia. Su presupuesto debe estar acorde a su área de influencia y al nivel científico que imponga la nueva concepción del Hospital Regional, cuyos campos de acción básicas constan de tres áreas: Administración, Atención a las personas y Atención al medio ambiente.

Area Administrativa

Tipo	Número
Director	1
Secretaria ejecutiva	1

Tipo	Número
Sección administrativa	
Jefe de sección	1
Secretaria	1
Recepcionista	1
Departamento de información	
Estadística	1
Auxiliar de estadística	2
Secretaria clínica	1
Departamento de Personal	
Jefe de personal	1
Secretaria	1
Departamento de finanzas	
Administrador finanzas	1
Auxiliar	1
Cajero diurno	1
Cajero nocturno	3
Departamento de suministros	

Tipo	Número
Administrador de suministros	1
Auxiliar	1
Almacenista	1
Auxiliar de farmacia	1
Departamento de Trabajo Social	
Trabajadora Social	1
Auxiliar de Trabajo Social	1
Departamento de mantenimiento	
Técnico	1
Auxiliar servicios generales	1
Operador	1
Servicios generales	
Ayudantes lavandería	6
Ayudantes aseo	11
Vigilantes	7
Jardinero	1
Mensajero	1
Choferes	4

Atención a las Personas

Tipo	Número
Sección atención médica	
Jefe de sección	1
Departamento de medicina interna	
Médicos especialistas	2
Médicos generales	2
Departamento ginecobstetricia	
Médico especialista	1
Médico general	1
Departamento de pediatría	
Médico especialista	1
Departamento de psiquiatría	
Médico psiquiatra	1
Departamento consulta externa	
Médico para urgencias	4

Tipo	Número
Médico general	4
Médico rural	1
Departamento de cirugía	
Médico especialista	1
Traumatólogo	1
Anestesiólogo	2
Médico general	2
Departamento de odontología	
odontólogo	4
Ayudantes odontología	2
Higienista oral	1
Epidemiología	
Inspector de lepra	1
Ayudante epidemiología	1
Departamento de diagnóstico	
Radiólogo	1
Auxiliares rayos X	2
Técnico de rayos X	1

Tipo	Número
Laboratorio clínico	
Jefe de laboratorio	1
Bacteriólogos rurales	2
Bacteriólogo de planta	1
Ayudantes de laboratorio	2
Departamento de enfermería	
Enfermera jefe	1
Enfermera de planta	1
Enfermera rurales	2
Auxiliares de enfermería	20
Ayudantes de enfermería	12
Citotecnóloga	1
Secretaria	1
Departamento nutrición y dietética	
Nutricionista dietista	1
Ayudante de servicios generales	5
Atención al Medio Ambiente	
Sección saneamiento	
Supervisor regional	1

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AGUACHICA

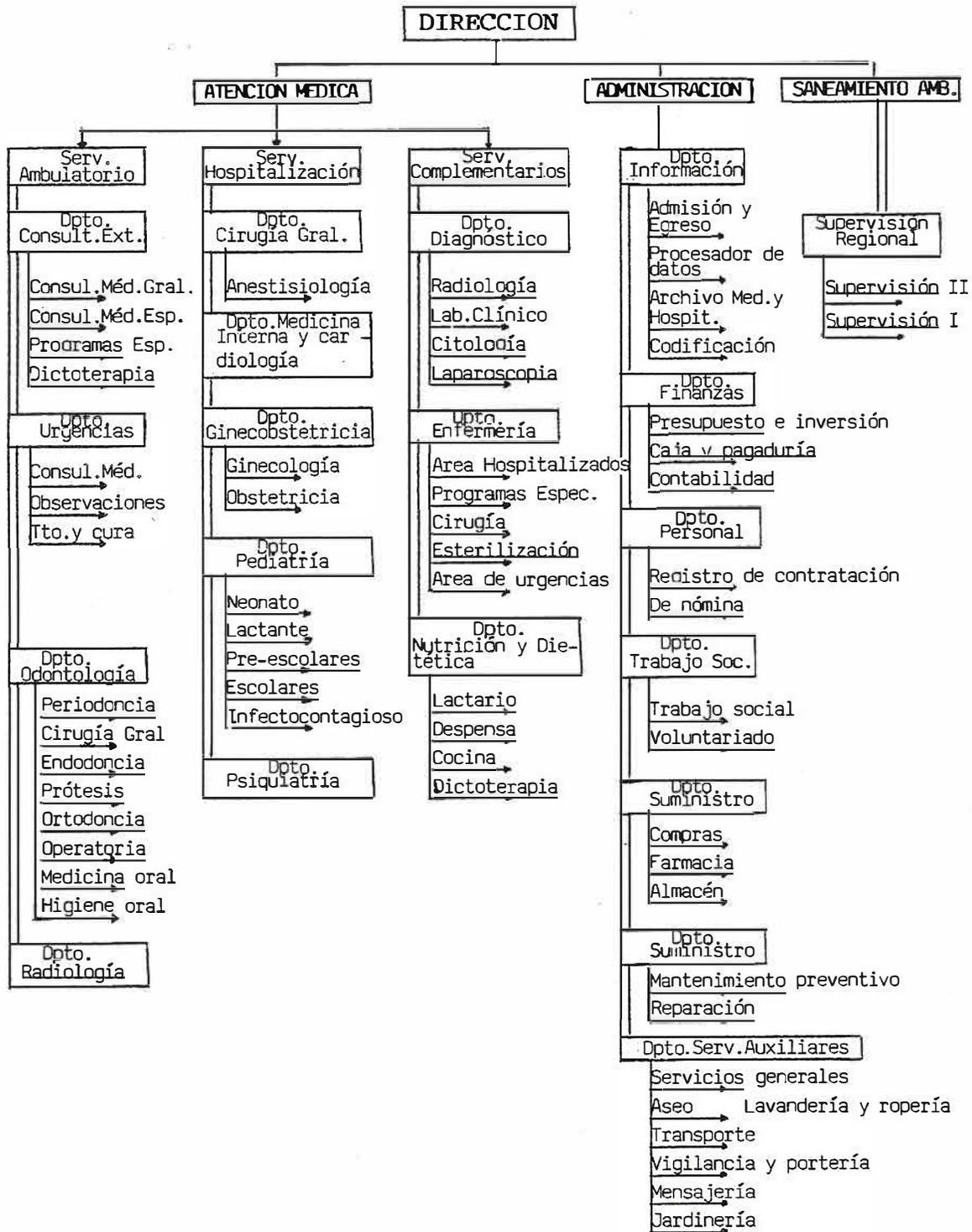


FIGURA 10. Organigrama del Hospital Regional de Aguachica.

Tipo	Número
Promotores de saneamiento	6

Dando un total de 150 empleados de la salud, cuyos horarios de trabajo son :

Consulta médica	de 8:00AM.a 12:00M.y 2:00 a 6:00PM
Servicio de urgencias	las 24 horas
Servicio de cirugía	las 24 horas
Personal administrativo	de 8:00AM.a12:00M.y 2:00 a 6:00PM.
Personal enfermería	las 24 horas.

La Unidad Regional consta de una serie de características como unidad rectora en servicios de salud a nivel regional, entre ellos :

Integración: Es la función total de servicios en la mínima unidad administrativa, técnica y financiera bajo un comando único para organizar y ejecutar las políticas de salud.

Coordinación: Es la ordenación metódica en el uso de los recursos (humanos, materiales).

Descentralización administrativa: Es la delegación de un mismo tipo de trabajo o actividad, con plenos poderes ejecutivos, a los sectores alejados del centro; con ésto el

trabajo se acerca a la fuente iniciadora de la actividad.

Desconcentración: Es la cesión de autoridad a las regiones periféricas menos autónomas para realizar las actividades.

Componentes de la regionalización

Infraestructura: Constituida por las instituciones u organismos dedicados a la prestación de servicios integrales de salud y organizados en un sistema piramidal conforme a la complejidad de los servicios según los niveles de atención.

Sistema de remisión de pacientes: Permite el envío de pacientes de un nivel a otro con mejores recursos para completar el estudio o tratamiento o así mismo, la devolución del paciente a su nivel de origen. Su correcto funcionamiento permite mejorar la calidad de la atención, aumentar el rendimiento de los recursos, disminuir los costos de la atención.

Para su operación necesita

Requisitos: Historia clínica única, uniformidad de los registros estadísticos, unificación de los sistemas de archivo.

Criterios de remisión: Capacidad de recursos y servicios según el nivel, criterio de atención médica.

Procedimientos: Remisión - conforme a los formularios del subsistema de información. Admisión - debe garantizarse la atención inmediata de los pacientes referidos.

Servicios de infraestructura

Subsistemas: Se denominan así las áreas o elementos técnico-administrativo considerados como criterios y de trascendencia para el sistema. Fueron creados mediante el Decreto 526 de 1975.

Información: Es el conjunto de unidades, recursos, normas y procesos que tienen como función captar datos básicos y transformarlos en información utilizable para la toma de decisiones.

Suministros: Tiene como función realizar la programación, adquisición, almacenamiento, mantenimiento, distribución y control de los suministros para garantizar una adecuada prestación de los servicios.

Personal: Pretende lograr un desarrollo armónico, justo y estimulante de los trabajadores de salud. Comprende el Es

tatuto de Personal (Decreto 694/75), la clasificación técnica de los cargos, etc.

Investigación: Se dirige a estimular y favorecer la investigación básica y aplicada en salud, promover la coordinación intersectorial e intrasectorial, establecer programas de investigación, propiciar la formación de personal en investigación y buscar la adecuada utilización de los resultados.

Inversión: Trata de lograr una permanente compatibilización entre las necesidades de infraestructura y los programas de atención a las personas y al medio ambiente.

Planeación: Regula los procesos e instrumentos que requiere el sistema para conocer objetivamente la situación de salud, orientar la formulación de la política de salud, utilizar adecuadamente los recursos y analizar el efecto de los programas en salud de la población.

Otros elementos

Normas legales: Acerca del Sistema Nacional de Salud, control de medicamentos y productos farmacéuticos, ejercicio y reglamentación de profesiones del área de la salud, funcionamiento de instituciones del sistema, aspectos financieros, bienestar familiar, protección del anciano, sani-

dad portuaria, inmunizaciones, campañas preventivas, etc.

Adecuación administrativa: Comprende el diseño, implantación y evolución de sistemas y métodos administrativos, capacitación en gestión administrativa.

Vigilancia epidemiológica: Se requiere desarrollar un programa de vigilancia epidemiológica que permita mejorar el diagnóstico de la situación de salud y medir los resultados de la operación del SNS.

Recursos físicos: Trata de ampliar, mejorar, mantener y reponer la capacidad física instalada del sector salud y de su dotación. En este aspecto ha sido básica la gestión del Fondo Nacional Hospitalario.

Recursos financieros: Racionalización del proceso de financiación para reunir, coordinar y administrar todos los aportes que recibe el sector.

Participación de la comunidad: Se refiere a la presencia activa de la comunidad en el desarrollo del Plan de Salud

Laboratorio Nacional de Salud: Es una dependencia del Instituto Nacional de Salud y es el laboratorio central de referencia. Desarrolla acciones de diagnóstico, elaboración de productos químicos y biológicos, control de pro -

ductos farmacéuticos que se consumen en el país y otros.

Vigilancia y control de medicamentos, biológicos, organismos de salud y profesiones: Se pretende controlar los laboratorios, fábricas e industrias para garantizar adecuados costos y calidad de los productos. Igualmente adecuadas condiciones de funcionamiento de los organismos de salud y correcto ejercicio de las profesiones del sector.

Superintendencia de Seguros de Salud: Es el vínculo entre el SNS y el Instituto de Seguros Sociales con el fin de que se cumplan las normas del SNS y de la seguridad social obligatoria.

En el aspecto de dotación el Hospital Regional de Aguachica consta de amplias y funcionales instalaciones que permiten laborar más cómoda y anímicamente, cuya infraestructura locativa o su planta física está conformada por :

Consultorios	6
Sala de procedimiento	1
Consultorio odontológico	1
Sección de urgencias, consta de	
Consultorio médico	1
Sala de pequeña cirugía	2
Sala de observación	1
Sala de hidratación	1

Salón de estar	1
Salón de drogas y enfermería	1
Dependencia de cajero auxiliar	1
Morgue	1
Bloque quirúrgico consta de:	
Quirófanos para cirugía general-Obst.	1
Sala de partos	1
Sala de recuperación	1
Central de esterilización-ropas	1
Hospitalización consta de:	
Pabellones	3
Estar general de enfermería	1
Sección de cocina y cafetería	1
Sección administrativa consta de:	
Sección información y estadística	1
Trabajo Social	1
Jefatura de enfermería	1
Nutrición y dietética	1
Jefatura de personal	1
Finanzas	1
Administración	1
Dirección	1
Subdirección	1
Farmacia	1
Sala de conferencias	1
Sala de médicos	1
Sala de enfermeras	1

Sección lavandería	1
Almacén	1
Taller de mantenimiento	1

El Hospital Regional como área de influencia del Sur del Cesar y poblaciones cercanas, no tendrá la capacidad suficiente para atender la demanda de pacientes venidos de pueblos circunvecinos, donde se atenderán casos de más altos riesgos, aunque es de resaltar que la salud ha mejorado en un 99% en la región.

Como en toda institución de salud bien conformada la hospitalaria cumple con una serie de requisitos, programas, procesos, emanados del Ministerio de Salud y Seccionales de salud de los distintos departamentos, como lo son los procesos administrativos que se pueden encontrar en la mayor parte de las actividades de la vida humana donde aparece el esfuerzo del hombre por alcanzar una meta u objetivo común. Este proceso es universal y tan antiguo como el mismo hombre. La administración aparece ya sea de una manera eficiente o deficiente en la construcción de una fábrica, el desarrollo de un plan de formación para los trabajadores, la organización de una oficina, de una entidad o institución.

Existe un cuerpo de conocimiento de administración, expresada por los diferentes autores que son indispensables pa

ra el análisis administrativo.

La administración está definida como "un proceso distinto que consiste en la planeación, organización, ejecución y control, ejecutados para determinar y lograr los objetivos, mediante el uso de la gente y los recursos"⁹.

Administrar es actuar conscientemente sobre la sociedad y sus subsistemas para alcanzar un objetivo. Esta actuación requiere del conocimiento científico de la sociedad (Sistema Social), así como las leyes que la rigen; de otra parte se precisa del conocimiento de ciertas técnicas específicas para poder estudiar la sociedad.

El hombre es protagonista de muy variadas actividades como son los servicios, las ciencias, la salud, la educación, la guerra, la administración del estado, la cultura, etc., independientemente de que estas actividades estén automatizadas o mecanizadas (el uso del computador, el cual es programado y operado por el hombre). Estas diferentes actividades requieren de planificación, organización, formación de personal, dirección, control, etc., elementos éstos que son realizados por hombres pero cuyos efectos recaen también sobre seres humanos (se dirigen

⁹TERRY R., George. Principios de administración. México, Cont.

personas, se forman personas) con lo cual se puede establecer el planteamiento de que el hombre es sujeto y objeto de la administración.

También se puede observar que la administración es extensible a otras esferas de la actividad humana, vale decir que es generalizable, pero también tiene su propio cuerpo de conocimientos y principios por lo cual es así mismo una actividad específica.

Este análisis permite apreciar que la administración es una asignatura social y que tiene un carácter interdisciplinario por lo cual se habla de ciencias administrativas. Se podría entonces decir que la administración es la ciencia que se refiere a la conducción de los hombres y por tanto del grupo social hacia sus objetivos, con esto no se pretende decir que la administración sea una ciencia superior o independiente sino una ciencia eminentemente social.

La administración tiene relación con ciencias tan variadas como la cibernética, la computación electrónica, las matemáticas, la estadística, la informática, la psicología, la sociología, el derecho, el Trabajo Social, etc.

Administrar es proveer, organizar, mandar coordinar y controlar. Así comprendida la administra -

ción no es ni un privilegio exclusivo, ni una carga personal del jefe o de los dirigentes de la empresa; es una función que se reparte, como las otras funciones esenciales, entre la cabeza y los miembros del cuerpo social¹⁰.

Teniendo en cuenta el estudio de las funciones fundamentales de la administración, la planeación, para determinar los objetivos y los cursos de acción que deban tomarse, la organización para distribuir el trabajo entre el grupo, la ejecución de los miembros del grupo para que lleven a cabo sus tareas con entusiasmo y por último el control de las actividades para conformarlas con los planes. Es mediante éste que se pretende colaborar en la elaboración de un diagnóstico que permita conocer la situación real, la problemática, causas, recursos y potencial para el cambio de las cuales se puede disponer y analizar a beneficio de la institución.

En cuanto a la planeación, éste es el proceso administrativo de escoger y realizar los mejores métodos para satisfacer las determinaciones, políticas y lograr los objetivos. En otros términos es entender el objetivo, evaluar la situación y considerar diferentes acciones que puedan realizarse y escoger la mejor.

¹⁰RUSSELL L., Ackoff. Un concepto de planeación de empresas. México, Limusa, 1974.

De la planeación resulta la política y ésta a su vez es muy importante para la administración.

La política es una orientación verbal, escrita o implícita que fija la frontera proporcionada por los límites y dirección general en la cual se desenvuelve la acción administrativa. Las políticas son guías amplias, elásticas, dinámicas que requieren interpretación para usarse, definen el área en la cual deben tomarse decisiones, pero no dan la decisión¹¹.

Se recomienda la participación de los empleados quienes deben ser consultados respecto a sus ideas y convicciones sobre una política que va a ser implantada, modificada o abolida.

A medida que cambian las condiciones de una organización, las políticas necesitan ser cambiadas para ajustarse a la nueva condición.

Las políticas se hacen anticuadas y por mantener su efectividad deben ser evaluadas periódicamente, reacomodadas y vueltas a iniciar de acuerdo con las condiciones que existan.

¹¹ TERRY, op. cit.

La prueba final de lo adecuado de una política son los buenos resultados que ayudan al ejecutivo a lograr su verdadera función. Las políticas que no se cumplen o que no se usan con regularidad, sugieren una acción correctiva, tal como su eliminación o reestructuración.

2.2 PROGRAMAS Y SERVICIOS

		Cirugía	
	Servicio	Medicina Interna	Atención de bajo y
	Hospitalización,	Pediatría	mediano riesgo.
Secundario		Gineco-obstetricia	Diagnóstico y trata-
			miento para preven -
	Servicios	Consulta Externa	ción de secuelas.
	Ambulatorios	Urgencias	

Los perfiles nacionales de bienestar comprenden: La disponibilidad y accesibilidad de toda la población a los servicios de salud, educación, vivienda y recreación; mejora del ambiente; con niveles de ingreso familiar, de disponibilidad de alimentos y de empleos adecuados; una estructura de producción y consumo orientada a la satisfacción de las necesidades básicas, y esquemas viables de organización y participación de la comunidad.

La extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.

En éste se destaca la necesidad de incrementar la capacidad operativa de los sistemas de salud y de sus servicios con miras a lograr la producción de servicios en cantidad, estructura, accesibilidad y oportunidad que permitan conseguir el impacto requerido para resolver las necesidades de salud de la población con la máxima productividad y eficiencia social.

En 1980 a través del PIN, se concretan como objetivos y lineamientos generales de la política el lograr una reducción significativa de los índices de morbilidad y mortalidad, a través de un tratamiento integral en la prestación de servicios, la atención por niveles dentro de un sistema administrativo y operativo regionalizado, el fortalecimiento de la coordinación de las instituciones dentro y fuera del sector y una decisiva participación de la comunidad en el diagnóstico de las necesidades de salud y en la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios.

Para lograr ésto, se define a nivel nacional la estrategia de atención primaria con participación de la comunidad concretada en 1980 a través de la siguiente política: El Ministerio de Salud realizará los esfuerzos necesarios para que, dentro de los lineamientos de la política nacional de salud y del plan global de desarrollo económico y social del país, las comunidades de las áreas rurales, zo

nas marginales urbanas y zonas indígenas logren participar de manera adecuada en la planeación y el desarrollo de los servicios básicos de salud dentro de la actual estrategia de la atención primaria.

"Un programa puede definirse como un amplio plan que incluye el uso futuro de diferentes recursos en un patrón integrado y que establece una secuencia de acciones requeridas y programas cronológicos para el logro de los objetivos fijados"¹².

En el orden lógico, después de que se formulan los planes bien sean ellos de corto, mediano o largo plazo, se requiere diseñar los programas de trabajo para asignarlos a los individuos que tendrán la responsabilidad de ejecutarlos.

Los programas trazan las acciones que deben emprenderse, por quien, cuándo y dónde; determinan también que por formas o reglas deberán observarse en la ejecución del trabajo, cuántos empleados serán necesarios, sus especializaciones y cuánto será el costo de cada parte de programa.

La labor del planificador profesional consiste justamente

¹²Elaboración de un modelo administrativo para la escuela de rehabilitación física y social. Centro antivenéreo. Tesis.

en idear su programa de acción, para alcanzar las metas propuestas, atendiendo a las variadas características y situaciones que se le presentan y por tanto requiere contar con suficientes elementos de juicio que le permitan escoger dentro de una o más soluciones alternativas aquella o aquellas que satisfagan mejor sus propósitos, con el menor esfuerzo y recursos tanto humanos como materiales, es decir con la mayor eficiencia.

Para programar es necesario contar con una visión total o panorámica de la realidad. Para la formulación programática hay que considerar la proyección de las actividades hacia el futuro, tomando en cuenta para ello las tendencias pasadas evaluando los efectos probables que las acciones tendrán tanto de carácter positivo como negativo.

Los programas especiales en las instituciones de salud son emanadas directamente del Ministerio de Salud haciendo énfasis en el cumplimiento de éstos.

En el Hospital Regional de Aguachica se llevan a cabo los programas bandera del Minsalud, tales como: control prenatal, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, control del niño sano, TBC, lepra, control antivenéreo, en caso de epidemias se realizan campañas de vacunación. Esta se hace en el hospital mediante canalización en la mañana y se vacuna en horas de la tarde. Actualmente se está tra

trabajando para controlar enfermedades infectocontagiosas tales como: tuberculosis, poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos, sarampión, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, a través de administración de vacunas a la población de alto riesgo.

Teniendo en cuenta que la atención primaria con participación de la comunidad es una de las estrategias planteadas por el actual gobierno como medio para ampliar la cobertura de servicios a la población más desprotegida de la zona rural y áreas marginadas urbanas y siendo la prioridad en salud pública, se considera importante realizar esta ponencia por cuanto los Trabajadores Sociales ubicados en salud tienen un gran campo de acción en esta área.

Para ilustrar los programas desarrollados en el Hospital Regional se plantea un enfoque práctico del Plan de Atención Primaria en Antioquia y la intervención del Trabajador Social dentro de esta estrategia y tratando a través de ella como profesionales ubicados en salud pública, de comprender y abordar los problemas de salud y enfermedad de las comunidades y de participar con iniciativas creadoras en soluciones autóctonas, libres de la tensión tecnológica y desarrollar o trabajar en el campo práctico de nuestras relaciones con la comunidad una conducta de respeto genuino frente a sus ideas y ac -

ciones de salud.

Otro programa extramural es participación de la comunidad que se refiere a la presencia activa de la comunidad en el desarrollo del Plan de Salud, fue creado para formar comités en las zonas rurales y brindar atención primaria a la población para que ellos con los recursos que logran recolectar puedan ayudar a algunos de ellos que fuera indigente, etc. Pero este programa ha perdido fuerza porque para ellos es muy importante la motivación constante situación a la cual el personal de salud encargado de este programa no le puede dedicar mucho tiempo por sus innumerables ocupaciones y por encontrarse estos lugares bastante retirados de la Unidad de Salud.

El Hospital Regional de Aguachica, presta a la comunidad servicios de: consulta externa, hospitalización, urgencias, laboratorio, odontología, pediatría, ginecología, psiquiatría, cirugía, servicios rayos X, hidratación, atención al ambiente, vacunación, servicio de droguería, nutrición, trabajo social, estadística y cafetería.

2.3 PROBLEMATICA GENERAL

La situación de salud de la población colombiana responde a las condiciones de desarrollo y estructura del país, como un país dependiente y subdesarrollado, siendo estos fac

tores, condicionantes del nivel de salud de la comunidad.

Se nota que la población mencionada, geográfica, cultural, social y económicamente es la que presenta un mayor riesgo de enfermar y morir (población rural, marginada, principalmente Materno-Infantil).

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

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

El sector salud ha alcanzado un alto grado de desarrollo en cuanto a su legislación, estructura y organización. La creación del Sistema Nacional de Salud, determina las bases para la adecuada y racional utilización de los servi-

Un presupuesto es esencialmente un plan de entradas y salidas, o de ambos expresado en términos monetarios. Debe ser entonces un conjunto bien integrado de decisiones que determine los propósitos de una empresa y los medios para lograrlo, incluyendo la disyunción de los recursos materiales y humanos, las formas de organización, los métodos de trabajo y las medidas de tiempo y calidad¹³.

Los presupuestos son incluyentes porque comprenden toda la institución, o pueden formularse individualmente para cada uno de los servicios que presta. Los presupuestos siempre se aplican a un período y los datos que lo componen se subdividen nuevamente en períodos cortos tales como horas, días, en un presupuesto mensual; o en semanas y meses en un presupuesto anual, pero éste igual que todos los planes mira hacia adelante para formular el presupuesto de los hechos que van a suceder.

El presupuesto por programas permite a los administradores responsabilizar a los funcionarios subordinados por la perfecta ejecución de las medidas establecidas y simplifica los sistemas de contabilidad e informes. Establece además mayor responsabilidad para los funcionarios y permite un control más claro sobre sus actividades.

¹³TERRY, op. cit.

Uno de los principales problemas en salud en Aguachica, más específicamente en su Unidad Hospitalaria, es el actual presupuesto, ya que es insuficiente para cumplir con las condiciones mínimas del Plan Nacional de Salud.

Actualmente el presupuesto para el hospital tiene para sus gastos de funcionamiento \$76'154.305,93 que no es el ideal puesto que para el funcionamiento normal de la institución, ya que se requiere de un presupuesto mayor, estando pendiente en estos momentos de un aporte extraordinario prometido por el Ministerio de Salud, el cual se considera va a ser suficiente para no terminar el año 1985 en déficit presupuestal.

2.4 VINCULACION DE TRABAJO SOCIAL

Entendiéndose salud como el resultado de la combinación de muchas fuerzas, intrínsecas y extrínsecas, heredadas y adquiridas, individuales y colectivas, públicas y privadas, médicas, ambientales y condicionadas por la cultura y la economía, por la ley y el gobierno; las intervenciones del Trabajador Social en el campo salud no pueden entenderse aisladas, de un equipo multiprofesional donde cada uno aporte sus conocimientos y experiencias hacia el logro de un objetivo común, claro y definido; conoce el campo de acción del otro y acepta a plenitud la cooperación de los miembros integrantes del mismo.

En este sentido, Trabajo Social, se integra al equipo de salud, haciendo frente a la problemática social que incide en las condiciones de salud de la población, utilizando para ello el estudio, diagnóstico y tratamiento social de las necesidades, problemas y características de personas, grupos y comunidades sujetos de la atención en salud.

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

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

En este sentido el Trabajador Social actúa en todos los niveles del sistema, tanto administrativos, como operativos y en las acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud; investigando necesida-

des y características de las comunidades y población beneficiaria, definiendo y ejecutando políticas, normas y programas orientados a brindar una atención integral a los usuarios de los servicios, de acuerdo con sus necesidades, recursos y su situación social y económica promoviendo y orientando la participación activa y consciente de la comunidad en los programas, asesorando al equipo de salud en el trabajo y la relación con la comunidad, estableciendo relaciones de coordinación intersectorial y participando en las evaluaciones de las acciones de salud.

Trabajo Social en su acepción más amplia, aporta una metodología profesional al servicio del desarrollo de programas sociales para el sector salud, aplicando las etapas de estudio diagnóstico, planeamiento, tratamiento social y evaluación a los niveles de intervención individuo, grupo y comunidad, sujetos a la atención en salud.

Trabajo Social se define como :

La actividad del Servicio Social que se realiza especialmente por la intervención directa y mediante la implementación de los recursos comunitarios y servicios asistenciales específicos, en el tratamiento y prevención de las situaciones de carencia de desorganización y/o desviación social que presentan personas, grupos, comunidades e instituciones, promoviendo su organización para satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de

inserción activa en una sociedad en permanente cambio, incluyendo acciones para mejorar sus condiciones de vida. Asimismo la participación en equipos interdisciplinarios dedicados a la investigación, planeamiento, administración y ejecución de la política social y el asesoramiento a instituciones públicas y privadas en programas de asistencia y promoción social y de desarrollo de la comunidad¹⁴.

Trabajo Social es tanto una ciencia como un arte y se lleva a cabo en seis formas diferentes, basadas en un núcleo común de conocimientos y pericias que llamaremos Trabajo Social genérico. Los seis procesos de trabajo son: Trabajo de Investigación Social, que ayuda al individuo particular a mejorar sus relaciones sociales y a efectuar una adaptación social que le permita llevar una vida útil y satisfactoria; Trabajo Social de Grupo, que ayuda a las personas a participar en las actividades de un grupo buscando su desarrollo intelectual, emocional y físico y el logro de metas que la sociedad considera deseables; organización de la comunidad, el proceso de planificar y llevar a cabo servicios sociales para satisfacer las necesidades de salud y bienestar de una comunidad o de una unidad mayor; administración de la asistencia social, el proceso de organizar y dirigir un organismo social; investigación sobre beneficencia social; y acción social, el proceso segui-

¹⁴ Proyecto de ley del ejercicio de la profesión de Servicio Social .
Art.2, Argentina, 1978. Citado por Alayón. p.46.

do por medio de grupos organizados para resolver problemas sociales generales y perseguir objetivos de beneficencia social por el progreso legislativo, social, sanitario o económico. El Trabajador Social ha extraído sus conocimientos y sus ideas de la ciencia política, la psicología, la sociología, la economía, la medicina, la psiquiatría, la antropología, la biología, la historia, la educación y la filosofía, pero por síntesis se ha convertido en una ciencia por sus propios méritos¹⁵.

La práctica profesional del Trabajo Social está íntimamente ligada a la satisfacción de un conjunto amplio y diversificado de necesidades individuales y de grupo indicando aquellas de carácter primario, vital o de subsistencia. Entre los más difundidos tendríamos: los servicios de salud, la educación, la defensa social, de protección a la infancia, etc. En estos campos, obviamente el Trabajador Social no actúa sólo, por el contrario, sus servicios se integran al de otros profesionales siendo en muchos casos difícil diferenciar las fronteras de su quehacer específico, aun en la actualidad¹⁶.

Trabajo Social es una de las ramas de las ciencias socia-

¹⁵ FRIDLANDER, W.A. Dinámica del trabajo social. México, Pax, 1978 .
pp.6-7.

¹⁶ MANGUIÑA LARCO, Alejandro. Desarrollo capitalista y trabajo social.
Perú 1896-1979. Perú, CELATS, 1979. p.37.

les cuya área de intervención en salud es el estudio, diagnóstico, tratamiento de los factores socio-económicos, culturales que afectan o determinan la situación de salud de las personas, grupos o comunidades beneficiarias de los servicios de salud.

Como elemento de apoyo a los programas de salud le corresponde integrarse a los diferentes niveles con el fin de que éstos incorporen los factores socio-económicos y culturales de la población al estudio, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de los problemas de salud y de que las comunidades utilicen adecuadamente los servicios mediante su participación activa, consciente, sistemática en la prestación de los mismos.

El Trabajo Social influido por las disciplinas del comportamiento como la psicología clínica, la psiquiatría y otras es ahora más científico, porque estudia la problemática desde un punto de vista objetivo. Obteniendo esto por los factores que predominan para que la población afectada elija un determinado oficio y la relación de estos factores con su medio social.

"El Trabajo Social Latinoamericano y en particular el Colombiano se desenvuelve con la problemática del hombre que no solamente es de carencias cuantitativas, sino también cualitativas, en lo que respecta a su ser como viven

cia y hacedor de su propio destino" 17.

Los problemas de salud siempre fueron objeto de preocupación de los promotores y ejecutores de los trabajos comunitarios. Las razones por las cuales estos problemas siempre constituían el objetivo de estos trabajos en mayor o menor grado son muy diversos. Inicialmente se debió a que el nivel de la salud influye de forma directa en la fuerza de trabajo y, por lo tanto, en la producción; esto es, la producción depende de la fuerza de trabajo y ésta depende de individuos sanos. Otra razón es que para controlar o erradicar enfermedades o epidemias, la colaboración de los individuos es un factor fundamental, ya sea ofreciendo datos y material de investigación, permitiendo la utilización de los medios de lucha contra los factores de sus viviendas, participando en campañas de vacunación o modificando sus hábitos de vida o sus relaciones con el medio.

También se podría tener en cuenta el hecho de que las personas, en cierta forma, están obligadas a buscar la solución a sus propios males. Podrían mencionarse otras razones, pero escaparían al objeto de este trabajo.

¹⁷ SALAZAR DE ACOSTA, Gloria. Revista trabajo social No.17. Octubre - Diciembre, 1982. p.62.

Por lo tanto, la preocupación respecto de los problemas de salud y su inclusión en los objetivos de los trabajos comunitarios en una constante, aunque la forma de encarar estos problemas sea variable. Actualmente el elevado costo de la medicina que se deriva del alto grado de complejidad tecnológico que se ha alcanzado, y el reducido impacto que esta atención tiene sobre los niveles de salud de la población han exigido una revisión crítica de las funciones sociales de la medicina que se manifiesta en varios sectores de la vida social. El enfoque predominantemente biológico de los problemas de la salud y, en consecuencia, las soluciones propuestas por este enfoque hacen que la atención médica no se oriente hacia otros niveles determinantes de los problemas de la salud. Por lo tanto, la atención médica orienta su acción hacia el conjunto de consecuencias que hacia el complejo de las causas.

La medicina integrada considera al hombre, sujeto de sus acciones, como un ser en su triple dimensión física, psíquica y social, en su interacción con su medio ambiente. En consecuencia, actúa dentro del contexto global y ecológico del ser humano y del fenómeno salud - enfermedad y se lleva a cabo mediante acciones integradas de salud.

Son acciones integradas de salud las medidas de prevención de enfermedades, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud realizadas por un

equipo de salud¹⁸.

A estos objetivos de la medicina comunitaria se les suman naturalmente los propósitos de que estos sean alcanzados a través de una participación amplia de los grupos o comunidades. Como se ve, los problemas de salud, de una importancia relativa en los programas de desarrollo comunitario, se convierten en centros de la programación. La medicina comunitaria representa, pues, un enfoque amplio de los problemas de la salud que se ha de aplicar allí donde estos existen y con los elementos que los rodean. Esto significa que los problemas de salud han de ser resueltos antes de que los individuos soliciten una asistencia curativa.

Trabajo Social en salud tiene como principal atención en la prevención de las enfermedades, por la importancia de la prevención antes de curar la misma enfermedad, para esto se utilizan distintos programas buscando igualmente la educación de la comunidad.

El Departamento de Trabajo Social venia funcionando en el Hospital-Centro de Salud de Aguachica, aproximadamente des

¹⁸ GANDRA DAS, Domingo. El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. Educación médica y salud. No. 3.1977, Vol. 11.

de hace cuatro años, encargado de él, una auxiliar que realizaba únicamente los estudios socioeconómicos. En julio de 1984 se le da un cambio total con la presencia del profesional encargado y asignado por los Servicios de Salud del Departamento del Cesar.

Dándose inicio a una mejor visión y proyección del profesional, ya que éste era mirado como el que resolvía situaciones económicas y no como el que orienta, guía, interviene, analiza, estudia y evalúa una problemática existente, pero sin dictar parámetros para resolver una situación.

En el Hospital Regional de Aguachica, es consigna o tarea de Trabajo Social en coordinación con el médico y auxiliar de cada programa explicarle al paciente las diferentes medidas de prevención.

Trabajo Social coordina los diferentes programas que se llevan en la institución como son; crecimiento y desarrollo, TBC, venérea, lepra y también tiene a su cargo consulta externa elaborando estudios socioeconómicos, para éste cuenta con una auxiliar, donde se determina mediante la clasificación cuanto va a pagar cada paciente, de acuerdo a esta clasificación también pagarán operaciones como hernias, cesarea, pomeray.

El dinero recolectado con estos programas, es exclusiva - mente para realización de una fiesta anual o de despedida de año a los niños que estuvieron en control durante el año, o sea despedida del niño sano.

Otra de las funciones de Trabajo Social en la institución es servir de orientador de problemas (seguimiento de ca - sos), mediador, conciliador, concientizador.

Dentro de sus programas se realizan actividades intra y extramurales. Intramurales tales como las que se llevan a cabo dentro de la institución como crecimiento y desarrollo (control de niño sano), que se hace mensualmente, para esto se cuenta con un médico, una auxiliar de enfermería; y cualquier problema en el aspecto social como son desintegración familiar, etc.; establece contacto con centros más especializados; interviene en la recreación para incentivar a las madres que durante un año trajeron a su niño al control; haciéndole despedida y obsequiándole un detalle que le sirva al niño, como se dijo anteriormente para la realización de esta fiesta se cuenta con los re - caudos de los pomeray y de la colaboración de algunas empresas de la población.

Los programas de venérea y TBC, son los que más atención requieren, debido a que estos pacientes son muy susceptibles y Aguachica por tener límites con otros departamen -

tos como Bolívar, Santander, Norte de Santander, populan mucho estas enfermedades.

El factor disponente de tuberculosis en esta zona es la desnutrición, en la actualidad el hospital cuenta con 490 pacientes inscritos aproximadamente, y durante las visitas domiciliarias que se les realizan periódicamente se detectan niños afectados que no están en tratamiento, por tal razón se han utilizado mecanismos como suministrarle la droga en la institución con un vaso de leche o avena para que así asimile más el tratamiento.

Conjuntamente con el paciente y organismos bases, como lo son los colegios, se ha organizado la realización de campañas de huertas caseras, esta campaña es a largo plazo y en un futuro no muy lejano puede surtir efecto.

A estos pacientes también se les proyectan charlas, proyecciones con el fin de que conozcan la enfermedad y no suspendan el tratamiento. Igualmente se prepara a la familia para el buen trato con el paciente afectado.

En cuanto al programa de venérea, es también de especial atención; semanalmente se les hace control con el fin de detectar la salud de las meretrices para así determinar si pueden o no ejercer sus funciones. En caso de resultar positiva, se le somete a tratamiento supervisado por el

médico jefe del programa antivenéreo, la enfermera y la Trabajadora Social. De igual manera se les hace seguimiento de caso.

Esta población por ser cambiante poblacionalmente, pues de cada región del país, por lo general llegan a Aguachica zona fronteriza y eminentemente agrícola y ganadera, gran flujo de personal, a dedicarse bien sea a las actividades del agro o a sacarle provecho a los excedentes que esta actividad deja en las personas dedicadas a ella.

En cuanto al aspecto de la recreación o actividades recreativas desarrolladas en la unidad hospitalaria, se organizan periódicamente encuentros deportivos con otras instituciones; como también se festeja los cumpleaños de los empleados y trabajadores de la institución.

Teniendo en cuenta lo reducido de las actividades recreativas, se puede decir, que es poca la importancia que le brindan a este aspecto fundamental en el desarrollo físico psíquico del ser humano.

3. LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN AGUACHICA - CESAR

Los diversos servicios de salud están destinados básicamente a proporcionar atención médica, a prevenir las enfermedades y a promover la salud individual, familiar y comunitaria.

Aunque los servicios de salud tuvieran una excelente organización técnico-administrativa y contaran con una buena infraestructura física, si no logran llegar en forma oportuna y expedita a toda la población que debiera ser cubierta por ellos, no podrían cumplir eficientemente la misión que indelegablemente deben realizar. No basta proporcionar una muy buena atención de salud a sólo pequeños núcleos de población, si a la vez quedan amplios sectores sin ninguna atención o con una atención muy limitada, parcial y de baja calidad.

En nuestra civilización actual, las personas tienen derechos inalienables que derivan de su propia dignidad. Al igual que la vida es un derecho esencial, la salud también es un derecho que debe ser conquistado y defendido. En la mayoría de las sociedades contemporáneas ya no se acepta el

concepto de que la salud es una dádiva que se entrega en forma caritativa según el enfoque tradicional de beneficencia. La satisfacción plena del derecho a la salud engendra el deber de ser responsables y de participar activamente en su ejercicio.

Los servicios de salud, para ser eficaces, deben estar insertos en la propia comunidad, la que a su vez tiene características socioculturales, valores culturales y de organización. Los programas de salud que deben realizarse tanto en comunidades rurales como urbanas y suburbanas, deben corresponder a las necesidades reales de ellas mismas, las que dependen básicamente del nivel de salud alcanzado.

Para que la participación de la comunidad en los programas de salud sea activa, movilizante, consciente y eficaz, deben existir mecanismos de interrelación en doble flujo, dinámicos y permanentes.

Para establecer las interrelaciones entre los organismos locales de salud y la comunidad se consideran los siguientes requisitos mínimos :

- Existencia de un sistema local de atención de salud.
- Presencia de un equipo de salud participante.

- Actitud de respeto profundo por la comunidad.
- Conexión con organizaciones comunitarias existentes.
- Conexión con organizaciones oficiales y privadas a nivel local. A continuación se detallan los elementos componentes de cada uno de ellos.

Existencia de un sistema local de atención de salud :

El concepto moderno de servicios locales de salud de complejidad variable, que abarca desde lo menos complejo e indiferenciado (casa de salud) hasta lo más complejo (hospital), con una atención sectorizada y regionalizada. El mayor número de acciones, tanto preventivas como curativas, debe realizarse en forma ambulatoria. Sólo un mínimo de los casos debe hospitalizarse, utilizando primero los recursos hospitalarios regionales y sólo por excepción dependiendo de las necesidades de atención más complejas y especializadas, deben referirse a hospitales terciarios o institutos a nivel Nacional.

Para actuar a nivel local, es necesario que exista como mínimo un establecimiento o unidad de salud ubicado lo más cerca posible de donde vive la comunidad. Cada uno de los centros o unidades de salud ubicado a nivel local, debe tener un sector geográfico preciso, fácilmente delimitable y

que posibilite un acceso oportuno y rápido a la población.

El sector puede comprender varias comunidades con características diferentes, siendo conveniente en esas circunstancias establecer subsectores sanitarios.

Presencia de un equipo de salud participante :

Para la atención local o regional de salud, el elemento central es insustituible el equipo de salud. La presencia exclusiva de médicos no resuelve los problemas reales de salud; por lo demás a nivel comunitario casi siempre hay escasez de médicos dispuestos a trabajar con las organizaciones populares. En un equipo de salud, cada quien debe cumplir su función. Cuando existe un proceso de delegación progresiva de funciones, con la correspondiente supervisión, la enfermera realiza muchas acciones específicas que no puede efectuar el médico, la auxiliar de enfermería realiza otras actividades que la enfermera no alcanza a efectuar, y así sucesivamente. Es precisamente en el equipo de salud donde la comunidad puede proporcionar un aporte valiosísimo e insuperable, participando activamente en la realización de acciones de salud.

El equipo de salud debe tomar parte activa en las acciones en el diálogo, y solidarizarse con las necesidades de la comunidad. Si no cumple estas condiciones no podrá reali -

zar un trabajo efectivo con la comunidad. Debe existir realmente un trabajo en equipo.

Actitud de respeto profundo por la comunidad :

Para establecer una efectiva interrelación entre la unidad de salud y la comunidad, es necesario que cada uno de los componentes del equipo de salud tenga una actitud de respeto por cada miembro de la comunidad y por las organizaciones de ésta. Si falta esta actitud vivida y sentida no podrá establecerse ninguna posibilidad de diálogo constructivo. Es importante insistir en este aspecto, pues muchas veces se habla de "comunidad" aún sin entender lo que ella significa.

Conexión con organizaciones comunitarias existentes :

Cada comunidad tiene su propio proceso de organización, con niveles y características muy variables. Es indispensable comprender esta realidad, ya que la salud no es ajena a la organización que adopta una sociedad en un momento histórico en particular. Antes de inventar nuevas organizaciones específicas para establecer la interrelación, es necesario conectarse con la existencia, y analizar su grado de desarrollo e integración, su estructura y funcionamiento. Muchas veces existen formas de organización comunitarias que sin ser específicas de salud, pueden asu -

mir un papel activo en la participación auténtica de la comunidad en los programas de salud. La polivalencia en determinadas condiciones puede ser más beneficiosa que la atomización en múltiples comités de funcionamiento paralelo (comités de educación, de vivienda, de salud, agrarios, etc.).

Conexión con organismos oficiales y privados a nivel local :

Al tener presente que el sector salud forma parte de los sectores económicos y sociales que participan en el proceso de desarrollo, no puede olvidarse que es indispensable que exista una conexión con todas aquellas organizaciones, tanto oficiales como privadas, que en una u otra forma ya están trabajando con la misma comunidad con la que se actuará en salud. Deben evitarse los paralelismos, las duplicaciones, las fragmentaciones, las atomizaciones. Siempre es aconsejable potencializar, unir, coordinar, integrar.

Gran parte de la información básica que se necesita para llevar a cabo programas de salud comunitaria muchas veces puede obtenerse de lo ya elaborado por otros. Al igual que se pueden sumar recursos humanos, materiales y financieros en programas de desarrollo integral, en los cuales la salud constituye una parte importante.

En el desarrollo de la salud son muchos sus participantes, son múltiples las denominaciones en los diferentes países regiones y localidades, donde participan voluntarios en los programas y tareas que la salud implica. Pueden llamarse líderes, delegados, voluntarios de salud, etc. Estos términos no siempre son sinónimos y muchas veces con igual denominación se entienden sistemas totalmente diferentes.

En la actualidad, los países subdesarrollados y dependientes del Tercer Mundo necesitan la canalización de enormes energías de trabajo voluntario para su propio desarrollo y liberación. La participación del voluntario social y más específicamente, del voluntario comunitario en salud, es indispensable para asegurar el cumplimiento pleno del derecho a la salud de toda la comunidad. Para ello, sin embargo, es indispensable acentuar la connotación de participación, de servicio participante, de la propia comunidad para elevar así el nivel de salud alcanzado. No da lo mismo cualquier sistema que se quiera establecer al respecto y por consiguiente sus resultados no serán iguales ni se aplican modalidades diferentes.

En el proceso de la salud, es evidente que la epidemiología comprende todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad en la concepción más amplia de éste e involucra a la sociedad en su conjunto; los conceptos que aparente

o realmente excluyen todo lo que sucede en la comunidad en términos de salud, se consideran re restrictivos. Si la economía trata de la disponibilidad de los recursos y la política de como se orientan, la epidemiología es la ciencia fundamental en la medición de necesidades y beneficios en el sector salud; es una ciencia afín a la demografía, la economía, la estadística, la sociología y el Trabajo Social.

La epidemiología es una de las ramas de las ciencias médicas que contribuyen con gran rapidez y fuerza a transformar las concepciones clásicas sobre salud y enfermedad, amplía el arsenal de medios de lucha de la salud pública y aumenta el horizonte de las investigaciones médicas. Su ejercicio depende de la priorización que tenga la atención de salud de un pueblo ante las exigencias de la situación sanitaria¹⁹.

En correspondencia con la evolución del objeto de la epidemiología, los modelos de causalidad según su evolución se pueden agrupar de la siguiente manera :

- Etiológico unicista; la enfermedad como producto de la agresión del agente microbiano.

¹⁹ZARATE M., Alberto. Fundamentos de administración de salud y epidemiología. Bucaramanga, 1985. p.12.

- Ecológico multicausal; con una base ecológica humana se identifica la enfermedad como el resultado de un conjunto de relaciones entre agente, medio ambiente y huésped, incluido los factores sociales.

- Social; propone la interpretación del proceso salud-enfermedad como fenómeno social y la utilización de categorías sociológicas (fuerzas productivas, relaciones de producción, clases sociales).

El método epidemiológico es una forma de abordar la salud y la enfermedad sobre la base de los conceptos y teorías de la epidemiología. Investiga los fenómenos que afectan a las colectividades humanas conjugando aspectos médicos, biológicos, ecológicos, sociosanitarios, etc., para prevenirlos y controlarlos desentrañando sus factores determinantes y condicionantes.

La epidemiología como ciencia desde su surgimiento se relaciona con la práctica socio-sanitaria; nació en el siglo XIX debido a la combinación de premisas económico-sociales, sanitarias y científico-médicas.

Tiene su reputación como ciencia primariamente por su exitosa aplicación en el control de las enfermedades transmisibles, aunque después demostró su valor en el estudio de enfermedades crónicas no infecciosas y en la planeación y

evaluación de servicios de salud. Su evolución posterior ha mostrado que su carácter de ciencia aplicada la ha situado permanentemente junto a los problemas de la práctica socio-sanitaria.

La epidemiología es considerada como ciencia por tener un sistema de conceptos, un método de conocimiento y estar vinculada con la práctica.

En la epidemiología influyen ciencias como son: microbiología, inmunología, ecología (ciencias biológicas), estadística (matemáticas), higiene y clínica (ciencias médicas), medicina social y ciencias administrativas. Las ciencias médicas incluyendo la epidemiología, se ubican en el campo de las ciencias técnicas, esto es, entre las ciencias sociales y las ciencias naturales sin pertenecer en su totalidad a ninguna de ellas.

Los usos de la epidemiología son para medir los costos, riesgos y beneficios relativos de las intervenciones que tienen como finalidad mejorar la salud; para evaluar el resultado de los servicios de salud sobre las condiciones de salud de la población; para buscar indicios de las causas que influyen sobre las enfermedades de todo tipo; para diagnosticar la situación de salud de una comunidad, medir la vulnerabilidad y los riesgos a que está expuesta; para evaluar el efecto de medidas terapéuticas o de nue -

vos procedimientos; para completar el cuadro clínico de las enfermedades, a través de la historia natural y social de la enfermedad; para adquirir capacitación en la lectura crítica de la literatura médica; como instrumento de predicción, esto es, para identificar problemas de salud con tendencia al incremento, declinación o mantenimiento estacionario; aunque todavía cuestionado por algunos autores hoy en día, se plantea el uso de la epidemiología en los estudios de problemas como la delincuencia, la desviación de las normas sociales, la privación emocional, la drogadicción, el suicidio, la soledad, etc.

En un enfoque dinámico moderno, se plantea la existencia de seis campos en los cuales la epidemiología puede ejercer una fuerza poderosa para ayudar a la sociedad a abordar los problemas contemporáneos de salud, como medio para facilitar la toma de decisiones en el área sociopolítica.

- Etiología; búsqueda de agentes y configuración de factores de riesgo, desde un punto de vista ecológico.

- Eficacia; Se refiere al establecimiento en forma objetiva de la utilización y beneficio de una forma de intervención.

- Efectividad; es la medida en la cual una forma eficaz

de intervención puede mostrarse como aplicada para todos aquellos que pueden beneficiarse de ella.

- Eficiencia; medida en que un nivel establecido de efectividad puede alcanzarse con el mínimo gasto de personal, recursos y dinero.

- Evaluación; Es un término genérico que puede aplicarse a estudios de eficacia, eficiencia y efectividad.

- Educación; no solamente en cuanto a la formación de expertos en epidemiología, sino la obligación de sensibilizar y familiarizar a otros profesionales con el punto de vista y la perspectiva epidemiológica.

La epidemiología es la única ciencia que puede cambiar las prioridades del sistema de atención sanitaria, desplazando el interés predominante individual hacia el colectivo. La epidemiología debería estimular en las profesiones médicas la conciencia de las necesidades de la sociedad en materia de salud y estar preparada para responder a las exigencias que se expresarán inevitablemente en el proceso político. Por esto, las definiciones de epidemiología como estudio de las "distribuciones de enfermedades" o de las "causas de epidemias" se estiman caducas e inútiles.

Debe destacarse que la epidemiología proporciona al estudiante de salud la comprensión de la interacción entre el hombre y el medio ambiente, de las causas de la enfermedad; de la frecuencia de la enfermedad en las poblaciones, de como se modifican; le enseña una actitud crítica hacia la efectividad y eficiencia del cuidado médico, le proporciona un amplio horizonte y una perspectiva más grande. Puede decirse que la epidemiología es utilizable por cualquier campo tan diverso como la medicina, enfermería, economía, sociología, psicología, Trabajo Social e ingeniería.

La vigilancia epidemiológica proporciona un sistema integrado de información el cual puede mantener a ciertas enfermedades bajo escrutinio continuo, proporcionando así una base válida para la toma de decisiones acerca de las intervenciones más apropiadas que se requieran para el control de estas enfermedades y ayuda en la evaluación de tales intervenciones.

El hecho de que la epidemiología tenga un método utilizable por otras ciencias, no quiere decir que se amplíe su objeto como ciencia; esta confusión se debe a la existencia de un vacío metodológico e ideológico: la carencia de una concepción materialista dialéctica y de una ciencia, la higiene social.

En efecto, la higiene social como ciencia en la sociedad tiene como objeto el estudio del estado de salud de la población y sus determinantes y la organización de la protección de la salud, que se reflejan en un sistema de conceptos, teorías y principios sociobiológicos, fundamento de la política de protección de la salud de las personas.

El materialismo dialéctico ofrece un sistema armónico de principios metodológicos para el estudio de cualquiera de los fenómenos propios de la sociedad, dentro de los que se incluye el proceso salud-enfermedad en el hombre. Concebida en esta forma, la ciencia médica interpreta el proceso salud-enfermedad como un fenómeno vinculado al desarrollo social como proceso histórico natural, con fundamento en la esencia social del hombre y en la interrelación dialéctica de los elementos de la materia con el proceso salud-enfermedad; es la base de la solución real de los problemas de salud²⁰.

En muchos países la cobertura de los servicios de salud es insuficiente y peor aún, no se conoce la magnitud de esa cobertura ni los factores que inciden sobre la utilización o subutilización de los servicios por parte de los distintos grupos de población; no se conocen tampoco las

²⁰ Ibid., p. 21.

características de la población atendida, la cual dificulta la evaluación del estado de salud. Existen multiplicidad de agentes prestadores de servicios de salud, incoordinadas y carentes de personal adiestrado; se requiere evaluar la tecnología preventiva y los procedimientos clínicos y quirúrgicos de la atención médica.

No se ha desarrollado la investigación con criterio epidemiológico, sino que se ha limitado a proyectos aislados con escasa atención a estudios de población y desarrollo de los servicios. Todo lo anterior se relaciona con la deficiente capacitación en epidemiología, la escasez de personal adiestrado y la disociación entre la teoría y la práctica.

La epidemiología se necesita como instrumento para el mejor conocimiento, evaluación y control de los problemas de salud y para el desarrollo de los servicios. La epidemiología contribuirá al proceso de planificación de los servicios de salud y el de la evaluación de la salud especialmente en cuanto al diagnóstico, determinación de prioridades, propuestas de alternativas de intervención y opciones tecnológicas así como la evaluación de estrategias, programas y servicios.

La salud es un derecho humano fundamental y la Organización Mundial de la Salud ha señalado como me-

ta social fundamental, el logro para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 de un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta se ve seriamente limitada por las enormes desigualdades existentes entre los pueblos y entre grupos sociales dentro de muchos países, llegando a constituir el grupo desfavorecido cerca de las cuatro quintas partes de la población mundial²¹.

Igualmente la Organización Mundial de la Salud ha considerado la atención primaria de salud como la estrategia fundamental para alcanzar en el futuro un nivel aceptable de salud; se considera el sistema propuesto como válido para todos los países aunque con diferentes modalidades en su aplicación.

Estas medidas dirigidas a toda la población deben considerar la cobertura lograda por los servicios de salud y la accesibilidad de la población a los mismos y supone una amplia participación de la comunidad en el proceso.

El personal de salud debe conocer muy bien el sentir de la comunidad, establecer y desarrollar programas con metas y actividades claramente definidas, utilizar adecuadamente los recursos, priorizar las tareas y programas, de-

²¹ SERVICIOS DE SALUD DEL ATLANTICO. Tercera investigación epidemiológica. Barranquilla, 1982.

terminar los métodos de investigación, capacitar personal y organizar el sistema de salud con el fin de contribuir decisivamente a elevar el nivel de salud de la población; requiere además de datos exactos sobre el estado de salud de la población así como de sus tendencias.

Por lo anterior, los principios y métodos de epidemiología son esenciales en la formación del personal de salud y en el desarrollo de los planes de salud.

Algunas instituciones de salud, no cuentan con objetivos, políticas y programas específicos ante la incrementación o propagación de las enfermedades transmisibles y de atención especial, siendo necesario una estructura administrativa, con un modo de operación técnicamente planeada, requisito indispensable para un efectivo funcionamiento y para el cumplimiento de los objetivos propuestos de las cuales se beneficiará la comunidad, puesto que la adecuada marcha de la institución resolverá en parte uno de los problemas sociales más arraigados y complejos de nuestro tiempo, disminuyendo al mismo tiempo la propagación de las enfermedades venéreas.

Las enfermedades sexualmente transmisibles en el mundo, están condicionadas por el bombardeo permanente de erotismo a través de todos los medios de comunicación de cualquiera de sus formas; la increíble movilidad de la población y la rapidez

conque esta sucede; la drogadicción con caracte -
rísticas de la más pavorosa pandemia y el acelera
do proceso de urbanización de la población²².

Ante la magnitud del problema y la complejidad de sus cau
sa sólo un enfoque multidisciplinario puede lograr un con
trol, así sea parcial: Para este empeño hay que aunar es
fuerzos médicos, investigativos, educativos y socio-econó
micos.

Las enfermedades sexualmente transmisibles se constituyen
como una de las principales que flagelan a la población
de Aguachica, que debido a su zona eminentemente agrícola
y ganadera, está propensa a albergar a emigrantes de otras
regiones del país, especialmente de meretrices traídas
con fines lucrativos, y en ocasiones sin ningún control,
han incrementado la incidencia de estas enfermedades vené
reas en esta población, situación que años anteriores no
era tan alarmente como en la actualidad.

Los servicios de salud en Aguachica, le han prestado una
importante atención a la problemática a partir de Agos
to de 1984 dándole un vuelco o estructuración a la forma
como ésta se venía atendiendo en la población, mediante la

²² Ibid.

presencia de personal médico y paramédico interesados en la prevención, control y tratamiento. Con este valioso recurso humano se fueron implementando programas, motivando a las autoridades civiles y militares para lograr mejores resultados en los programas a trazar.

3.1 ORIGEN , CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Son muchas las causas para el incremento a nivel mundial de las enfermedades sexualmente transmisibles; la importancia relativa de cada una de ellas es variable según el país o región de que se trate; someramente enunciadas son las siguientes: Causas demográficas; en muchos países ha aumentado la proporción de la población que es joven, a ellos se agrega que las relaciones sexuales se inician más precozmente por razones culturales. Causas médicas; las mayores facilidades de diagnóstico y tratamiento y la anticoncepción han eliminado parte del temor a las enfermedades sexualmente transmisibles y al embarazo, consecuentemente pueden haber facilitado la promiscuidad y por ende, las reinfecciones. Causas socio-económicas; tanto la prosperidad económica como la pobreza de una comunidad particularmente en sus mujeres puede incrementar la frecuencia de enfermedades sexualmente transmisibles (EST) , aunque razones enteramente opuestas, también influyen la coeducación, la movilización poblacional, el turismo, la urbanización, la industrialización, las poblaciones flo -

tantes y migratorias y las facilidades recreativas. Causas culturales; la permisividad sexual y los estímulos eróticos a través de los medios de comunicación, la disolución de la familia, las comunas de jóvenes, la deficiente educación sexual, la hipocresía, el secreto y el estigma sobre las enfermedades sexualmente transmisibles.

Entre las enfermedades venéreas se han reconocido clásicamente la sífilis, la gonorrea, el chacro blanco, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. A estos se deben agregar, sin embargo, el condiloma acuminado que se transmite en la misma forma casi siempre, lo mismo que muchas uretritis no gonocócicas y aún el herpes simple genital.

La frecuencia de estas enfermedades ha sido mayor durante los períodos de guerra o conmoción social. En la década del 50, con el uso de los antibióticos se pensó ingenuamente en su erradicación total y en realidad muchas de ellas casi que desaparecieron. Pero esa ilusión fue fugaz porque del año 1957 en adelante empezaron a aumentar de nuevo hasta llegar a cifras epidémicas entre 1963 y 1967, para más tarde estabilizarse más o menos pero siempre con gran número de pacientes.

Las principales causas del incremento en el número de las enfermedades venéreas han sido entre otras; la revolución sexual, o sea cambios de ac-

titudes ante el sexo, especialmente por los grupos más jóvenes (16 a 20 años), el uso de pastillas anticonceptivas, promiscuidad, homosexualismo y bisexualismo, etc.; el turismo y la movilidad de la población que hacen muy difícil el control adecuado y la búsqueda de contactos y en fin, la relativa inoperancia de los mecanismos de control que existen contra estas enfermedades²³.

En Aguachica las principales causas de las enfermedades sexualmente transmisibles se deben a que esta es una población o un centro de permanente crecimiento, donde llega gran personal emigrante de otras regiones del país por el incentivo principal de las cosechas algodonerías, etc.; sin tener ninguna clase de control incrementándose la afluencia de la prostitución y el número de meretrices su mándose también la falta de control a los establecimientos de lenocinio, la proliferación de residencias clandestinas, los escasos recursos económicos hospitalarios para atender la demanda de la terapia definitiva de esta enfermedad, como por ejemplo droga, control postratamiento, el desinterés por parte de las autoridades civiles y militares en el inicio de la problemática, la falta de educación en las meretrices sobre las enfermedades venéreas so

²³ BOTERO URIBE, Jaime, JUBIS HASBUN, Alfonso y HENAO, Guillermo. Ginecología y obstetricia. Texto integrado. 2ed. 1982. Tomo 3, p. 595.

bre la importancia de los controles médicos, tratamientos, seguimientos, el aseo y la higiene al respecto, igualmente en la población estudiantil sobre la prevención, la enfermedad y sus consecuencias, incidiendo también en la problemática la formulación terapéutica inadecuada por terapeutas o farmacéutas ante la enfermedad creciente; se observa en esta zona un aumento considerable de las tasas de morbilidad en los períodos comprendidos entre julio y agosto, durante el tiempo de preparación y siembra de las tierras, y entre diciembre y marzo para la recolección de las fibras. Haciéndose necesario la utilización de mano de obra flotante de julio a marzo, en los diferentes cultivos y agrícolas, dando mayor estabilidad el cultivo de arroz.

La afluencia de personal para la realización de labores agrícolas determina la llegada de un gran número de personas dedicadas a prestar servicios de tipo recreativo como son: ferias, juegos de azar, y otros dedicados a la prostitución en los innumerables lenocinios establecidos en Aguachica con el permiso y la mirada indiferente de las autoridades competentes encargadas de la defensa y progreso social, cultural y administrativo de una comunidad, donde los más afectados directa o indirectamente resultan siendo las nuevas comunas de jóvenes que desde temprana edad se asocian al problema por el desconocimiento y por

el desacato y la poca importancia que las autoridades civiles y militares dan a este grave y consecuencial problema social.

De los innumerables lenocinios establecidos en Aguachica, sólo 25 aproximadamente de estas casas asisten a control en los servicios de salud, particularmente al Hospital Regional, donde se atiende una población de 160 meretrices durante la semana.

El problema de las enfermedades venéreas no sólo afecta socialmente a un individuo o a un conglomerado sino que también tiene sus complicaciones físicas y psicológicas y más grave a un cuando se trata de la tan temible sífilis.

La sífilis es una enfermedad venérea causada por un microorganismo llamado treponema pálido. Esta espiroqueta penetra en el cuerpo a través de diminutas abrasiones de la piel o directamente por las membranas mucosas. La sífilis suele transmitirse por otros contactos por llagas sifilíticas. Puede también pasar de la madre al hijo durante el embarazo. Este último caso recibe el nombre de sífilis congénita. Casi todo tejido del cuerpo puede ser atacado por esta enfermedad. Por esta razón se ha llamado a la sífilis 'la gran imitadora'.

La sífilis se desarrolla en el cuerpo humano en cuatro etapas bien definidas. En la primera etapa presenta una llaga llamada chancro o lesión primaria, generalmente es en forma de úlcera circular o a veces de divieso duro. El 95% de las lesiones primarias se hallan en los órganos genitales o sus proximidades. La segunda etapa se caracteriza por la aparición de una erupción cutánea de color cobrizo, parecida al sarampión o a la viruela. Además de esta erupción, la sífilis secundaria puede estar acompañada de dolores de cabeza, fiebre, pérdida del apetito, indigestión y caída del cabello. La tercera etapa se conoce como sífilis latente. Durante este período las espiroquetas están atacando muchos órganos internos; estos ataques contra los vasos sanguíneos, el corazón, la médula espinal, el tuetano de los huesos o el cerebro, pueden pasar inadvertido durante años enteros pero causarán degeneración permanente si se demora el tratamiento. Es durante la cuarta etapa que la anterior destrucción del cuerpo se pone en evidencia. Pueden pasar 10, 20 ó más años antes de que los efectos definitivos se pongan de manifiesto. Los males más corrientes de esta etapa son la enfermedad del corazón, ceguera, pérdida de la coordinación motora, males del hígado y trastornos mentales; todo esto puede ser consecuencia de la destrucción producida durante el período latente.

Los efectos de la infección sobre el cerebro y el sistema nervioso central pueden comenzar a aparecer en el individuo graves trastornos de la personalidad. Los más corrientes son: Paresis general, paresis juvenil y sífilis cerebral.

Los síntomas físicos de la paresis general incluyen impedimentos para el movimiento, tales como bailoteo e inseguridad en el andar, temblores frecuentes en la cara, labios y lengua, y pérdida de algunos reflejos. Las funciones del lenguaje pueden sufrir también trastornos. Los síntomas psicológicos se vuelven más evidentes al avanzar la enfermedad. Al principio el individuo puede sufrir pasajera dificultad para juzgar y negligencia. Al continuar la enfermedad puede perder parte de sus frenos morales y degenerar en sus hábitos personales.

La paresis juvenil es un trastorno mental que proviene de la sífilis congénita. Es una condición de paresis general que se presenta en los niños y adolescente. Los trastornos psicológicos son causados por deterioro de tejidos cerebral producidos a su vez por una infección sifilítica, el síntoma principal de la paresis juvenil es el progresivo deterioro físico y mental. En la víctima de paresis juvenil se observa falta de memoria y progresiva incapacidad para juzgar. Si bien el niño tenía la infección antes

de nacer la mayoría de los síntomas no comienzan a aparecer hasta la edad de 10 ó 12 años. En los países en que no se dispone de prevención y tratamientos adecuados, las infecciones sifilíticas suelen ser la causa de la elevadísima tasa de mortalidad infantil y de muchos casos de ceguera contraída al nacer.

La sífilis cerebral es un trastorno mental producido por lesión sifilítica a los vasos sanguíneos y a los meninges que rodean el tejido cerebral. Los síntomas físicos que anuncian este trastorno incluyen persistentes dolores de cabeza, mareos, trastornos de las reacciones pupilares e insomnio. Los síntomas mentales incluyen disminución de la memoria, confusión e incapacidad para concentrarse.

El tratamiento médico de las enfermedades venéreas y de las condiciones sifilíticas es primordialmente, propio del especialista médico, luego se debe emplear la sicoterapia para capacitar a la persona con miras a un mejor ajuste a su situación. Dado que estas enfermedades producen muchos problemas psicológicos, hay que enfrentarse a estos uno por uno.

3.2 POBLACION AFECTADA

Inicialmente la población afectada la constituyen las me-

retrices de los distintos lenocinios y sitios de prostitución que no llevan a cabo el tratamiento adecuado para la erradicación de la enfermedad. Resultando afectados también la gente dedicada al agro, campesinos de los lugares aledaños al municipio que luego de sus jornadas de trabajo o luego de comprar o vender sus productos visitan estos prostíbulos, asociándose la población flotante sin control médico, grupos de alto riesgo como reclusos, drogadictos, etc., que contribuyen en la proliferación de las enfermedades sexualmente transmisibles.

Ubicando la población afectada o especificando el campo estudiado vemos que el grupo más afectado es aquel dedicado a la prostitución.

La prostitución parece tan vieja como la misma historia de la sociedad, sin embargo la reacción de las culturas, difiere de país a país, de tiempo a tiempo, de lugar a lugar, tanto en su aceptación como en su rechazo.

En las últimas décadas, el desarrollo de las vías de comunicación y la industrialización de la agricultura y otras actividades que requieren concentración de mano de obra, han hecho que la prostitución se desarrolle en forma migratoria. Esto se ajusta a la mentalidad de la prostituta, la cual es por naturaleza migratoria, en el deseo de mantener su anonimato, al mismo tiempo que aumenta sus in

gresos económicos. Siendo la prostitución un sistema, su análisis comprende dos grandes subsistemas integrantes : La oferta y la demanda.

La oferta la constituye el segmento femenino, quien ofrece servicios sexuales al público. Pero la conducta sexual de este grupo femenino, generalmente aparece como consecuencia de la presión ejercida por las estructuras sociales en donde se encuentra la mujer futura prostituta.

Esto lleva a la identificación de las distintas fases por las cuales pasa la joven durante el proceso de prostitución a saber: primeramente, a la joven se le identifica como miembro de una familia en la época de la niñez, juventud, pubertad.

En el segundo paso, la joven, abandona su hogar no siendo prostituta ingresa en el anonimato de la gran sociedad, en donde entra en estado de anomia, estado que facilita una socialización paulatina con la prostitución. A este nivel puede hacer su aparición el proxeneta cuya conducta facilita, estimula y controla la oferta sexual.

Finalmente y cuando menos esperaba la joven queda atrapada en las redes lenocínicas, estabilizándose dentro del nuevo sistema: La prostitución.

eficaces para este segmento social, la joven por otra parte conoce los caminos del ascenso aceptados por la sociedad, no está capacitada para competir con los mercados de trabajo, no conoce los caminos de seguridad posibles y lo más grave, tiene necesidades inaplazables que solucionar: comida, techo, vestido y problemas de salud.

Rechazada de su grupo original, no aceptada por ninguna institución normal de la sociedad y con necesidades biológicas que satisfacer, la joven cae en un estado de ansiedad y de angustia; ni el gobierno, ni la iglesia, ni institución alguna han sido efectivos en extender la mano a la joven que ha sido obligada física y socialmente a abandonar su antigua posición. Sólo hay una persona que le brinda lo que la joven necesita, aunque en el fondo lleve envuelta la esclavitud, la explotación económica y la postulación de su dignidad femenina.

Como la sociedad ha sido incapaz de institucionalizar sistemas de protección socio-económica dentro de las estructuras normales para que la joven fugitiva pueda dentro de la estructura normal de los valores predominantes sociales, dar respuesta a sus necesidades biológicas, la misma sociedad crea subsistemas en forma de islas sociales y estructuras de escape cultural cuya función es proteger a los desprotegidos de la gran sociedad²⁴.

²⁴BURTON J. Problemas de la educación sanitaria y enfermedades venéreas. Lisboa, 1965. p.27.

Este es el caso de los sistemas de proxenetismo, celestijnaje y similares de nuestra sociedad. De lo anterior queda establecido que hay un período de tiempo de duración diversa para cada joven, entre la fuga del hogar y el enrolamiento en la vida de prostitución. En este lapso está demostrado que la joven candidata va impulsada por su naturaleza física hacia la prostitución, por el contrario, la joven trata de adaptarse dentro del nuevo ambiente a las normas y valores de la sociedad, pero ésta no le ofrece alternativas posibles, siendo lanzada por la misma estructura a la prostitución.

Un estado de inseguridad polivalente por una parte, y por otra la presencia de factores estimulantes, inducirán fuertemente a la joven a la prostitución como un medio de sobrevivir.

La prostitución se convierte para la joven en un proceso de ajuste social, o sea el paso natural de un estado anómico a un estado de seguridad normal para la prostituta, aunque parezca como anormal para la gran sociedad dado el sistema de valores existentes. La joven ha pasado de un sistema familiar donde desempeñaba unas funciones y tenía una recompensa suficiente a sus necesidades, al ambiente del gran mundo donde se siente perdida, sin vínculos de orientación, ni de seguridad sicosocial y económica.

Lanzada al ostracismo social por haber quebrantado normas culturales profundamente internalizadas en el grupo, la joven prostituta responde despreciando las metas culturales, o sea ideal femenino de la mujer virgen la esposa fiel, la solterona beata, entregándose a una conducta sexual esencialmente opuesta.

La respuesta a una necesidad sentida parece ser la explicación de porque la joven prostituta acepta o tolera su nueva posición de bajo status social y poco prestigio de la prostitución.

Dentro de la prostitución, la joven vuelve a encontrar respuesta a aquellas necesidades satisfechas en el sistema familiar y que la sociedad general no le brinda.

Los efectos que deja la prostitución inciden directamente en la prostituta y en la sociedad, constituyendo un grave problema social.

Entre las consecuencias para la prostituta se tienen :

- Rechazo de la familia: La familia es la primera en reaccionar negativamente una vez que la joven da su primer paso en falso y el cual más tarde la lleva a la prostitución. Es así que ante la situación que se encuentra en lugar de recibir el apoyo de sus padres y demás familiares,

son totalmente rechazadas y despedidas por sus familiares, sin antes haber analizado los posibles motivos y circunstancias que las ha llevado a este estado.

- Desajuste emocional: La vida de la prostituta es una vida totalmente carente de anhelos, deseos, efectos verdaderos, pues sólo en ellas impera la amargura, soledad, decepción. No piensan en el futuro como algo que les pueda traer satisfacciones e ilusiones, sino que con el pesimismo característico de su personalidad, no ven sino la parte negativa para ellas y es una de las causas por las cuales no tienen voluntad para su rehabilitación, lo único que ellas esperan cada día son los ingresos que puedan recibir por su trabajo.

- Desajuste físico: Se hallan constantemente expuestas a graves peligros para su existencia y salud. La monotonía diaria de su ocupación va produciendo en ellas tanto un desajuste físico, como moral, ya que su trabajo ha llegado hasta tal punto que se ha mecanizado y como sucede con una máquina el uso continuo de ella va produciendo fallas hasta que queda completamente inservible, es así como sucede con el trabajo de la prostituta y en gran número, estas jóvenes van a terminar su vida en un sanatorio mental o en un hospital.

- Mal trato de clientes: Tienen que soportar toda clase

de caracteres y en la gran mayoría de los casos, tienen que someterse a las exigencias hechas por el cliente, pues como él las clasifica y lo define desde el punto de vista compra-venta, se cree con todo el derecho de conseguir y exigir lo que desea, hasta llegar al límite de humillarlas en una forma u otra no respetando que estas mujeres rechazadas por toda una sociedad, son también personas como cualquier otra y tienen una dignidad aunque perdida, pero que se debe respetar.

- Rechazo e indiferencia social: Es común en toda la sociedad, el rechazo e indiferencia hacia la prostituta. Es cuestionable este rechazo de la sociedad en el sentido de que si es justa la respuesta de la misma, al hacer esta discriminación hacia la joven que aunque son parte del sector menos favorecido de la población siguen siendo personas e integrantes activos de la misma sociedad.

Consecuencias para la sociedad :

- Las prostitutas denominadas clandestinas, son las que en mayor proporción contribuyen a la propagación de las enfermedades venéreas, ya que ellas escapan a la inspección higiénica de la policía y son las más peligrosas porque no están vigiladas por los médicos y por consiguiente no retiradas de la circulación, cuando se hallan afectadas de tal o cual enfermedad venérea. Como conse -

cuencia son propensas a la contaminación.

El mayor peligro consiste cuando el hombre después de haber estado en contacto con una meretriz afectada de venérea contrae la enfermedad y el sin sospechar llega a su hogar e inconscientemente contagia a su esposa e incluso a otras personas con quienes mantenga relaciones sexuales.

"La mayoría de las enfermedades venéreas se contraen mediante la promiscuidad sexual y la prostitución y por consiguiente el problema de su transmisión debe ser evaluado, con referencia tanto de los agentes masculinos como los femeninos"²⁵.

El riesgo de que una prostituta contraiga enfermedades venéreas es necesariamente elevado, si bien varía según la tasa de exposición, el tiempo que lleve ejerciendo sus actividades, la frecuencia de las enfermedades venéreas en la clase de hombres que tienen contacto con ellas, en cierto modo el cuidado que tengan en si mismas.

Parece ser que entre las prostitutas jóvenes se registra generalmente una proporción mayor de in-

²⁵ Ibid.

fectadas y que el número relativamente pequeño de prostitutas vigiladas acusa por lo general menos enfermedades venéreas declaradas que el número más crecido de prostitutas clandestinas²⁶.

- Hijos abandonados: Esta es una de las peores consecuencias para la sociedad. Gran número de hijos de prostitutas que aún no han sido abandonados por ellas, se ven abocados precisamente en esta época en que empiezan a dar los primeros pasos de formación de su personalidad, a percibir el ambiente desde todo punto de vista malsano, en que descubren a sus madres careciendo la mayor parte de ellos de la figura paterna, la cual desconocen en la mayoría de los casos.

- Fomento de la inmoralidad: La prostitución es el medio más propicio para incrementar la inmoralidad, especialmente de los niños y de los adolescentes los cuales los hay en cantidades en esos lugares, aprendiendo de este ambiente malsano toda clase de vicios, viendo como se pierde la dignidad propia de cada ser.

- Sistemas de control: Frente al fenómeno de la prostitución la reacción de la sociedad ha variado de tiempo en

²⁶ Ibid, p.36.

tiempo, de país en país, aún dentro de cada país se pueden observar divergencias de actitudes entre diversos grupos.

Sea cual fuere la conducta de la sociedad, la prostitución nunca ha logrado un status elevado, en la escala de valores sociales, lo que ha traído la marginalización social y geográfica muchas veces; de ahí que la prostituta trata siempre de ocultar su identidad.

La sociedad general como movimiento de masas ha permanecido desafortunadamente en Colombia marginada, indiferente, apática o adormecida frente al macábrego fenómeno de la prostitución. No hay conciencia social de su magnitud ni de sus implicaciones.

Por otra parte, las actitudes de los grupos sociales corresponden a los diferentes sistemas de tratamiento usados en el mundo, los cuales pueden ser reducidos a tres :

Reglamentarismo o tolerancia :

El sistema acepta la prostitución reglamentada por el estado, dentro de zonas o barrios de tolerancia o sin demarcación de ellos. Se reglamenta las condiciones higiénicas, ambientales, sociales y políticas, para su ejercicio, y el status, edad de personas que pueden ejercerla a través de carnets.

El prohibicionismo :

Este sistema convierte la prostitución en un delito y por consiguiente es punible. Todos los sistemas de prostitución están proscritos, las prostitutas, los clientes y los proxenetas pueden ser procesados si son sorprendidos en el ejercicio de ella.

"El postulado fundamental es que la prostitución es un vicio público, una lacra social que atenta la salud, la ética y la integridad pública²⁷.

El abolicionismo :

La aspiración máxima es la desaparición completa del fenómeno. La prostitución es vista como una esclavitud intolerable.

La explotación de prostitución ajena es perseguida y castigada severamente.

La organización de instituciones económicas, educativas, jurídicas, sicobiológicas y sociales encargadas de lidiar con cualquier aspecto del fenómeno, es una obligación de

²⁷ SEPULVEDA NIÑO, S. La prostitución en Colombia. Bogotá, Andes, 1970. p. 160.

la sociedad.

3.3 IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS

Esta población aguachiquense por ser zona fronteriza llega gran personal de todos los rincones del país y esto implica cambios o desajustes de tipo social y cultural que deterioran el modus vivendis de una comunidad, que tiene que hacerse cada día más consciente acerca de la problemática existente en ella y reconocer las causas generadas de ello.

El bombardeo de enfermedades venéreas en Aguachica, tiene su origen en el continuo crecimiento a que es sometido periódicamente a la llegada de forasteros y meretrices que llegan a ganarse la vida en los períodos de enero, febrero, marzo, abril, julio, agosto y diciembre respectivamente, durante la preparación de la tierra, siembra y recolección de los diferentes cultivos, utilizándose para tal efecto abundante mano de obra.

El análisis de las causas y factores personales, familiares y sociales que contribuyen a que la mujer se prostituya se considera de gran importancia en este estudio, porque proporcionarán las bases para la formulación de objetivos, políticas y programas a seguir en la institución con el fin de lograr una efectiva atención en salud y pro

ponder por ende una rehabilitación social de las beneficiarias.

TABLA 1. Edad de las Jóvenes Entrevistadas que Asisten a Control Antivenéreo en el Hospital Regional de Aguachica.

Edad	Porcentaje
15 - 20	70%
21 - 30	25%
31 - 40	5%
Total	100%

En la Tabla o encuesta realizada se observa, que el más alto porcentaje de la población encuestada corresponde a las edades entre 15 y 20 años, concentrándose también un gran porcentaje entre los 21 y 30 años. La joven en su ciclo evolutivo está en proceso de estructuración de su personalidad y no posee una suficiente madurez emocional que le permita discernir con claridad los misterios que encierra el mundo al que se enfrentará y fácilmente se deja deslumbrar por las ganancias que le ofrecen aquellas personas que han sabido captar el dilema en que se encuentra la joven ofreciéndoles ayuda, brindándoles una oportunidad de trabajar, desempeñando un oficio decente y remunerativo que ingenuamente aceptan.

En el complejo cultural de nuestra sociedad existe la estructura familiar rígida, caracterizada por la presencia de valores rígidos entendiéndolos como "el elevado concepto que el grupo social alimenta respecto a la castidad y virginidad de la mujer"²⁸.

Estas normas y valores ideales no afectarían tanto la conducta externa de la joven que se ha desviado, si no estuvieran tan internalizadas tanto a nivel cultural como individual.

La violación de tales patrones predisponen a la joven mujer a abandonar el hogar y a enfrentarse a la inseguridad emocional, social y económica que le brindan el ambiente indefinido del gran mundo, de la gran sociedad, carentes de caminos de ascenso, de mercado de trabajo, que hace que para la satisfacción de necesidades primarias la joven se inicie en el camino de la prostitución.

Otra de las causas de la prostitución es la calidad de las relaciones familiares, el desempeño de roles, la orientación, comprensión y cariño de los padres hacia los hijos, que hacen una estructura familiar sólida y estable que sirve de apoyo o soporte emocional, del adolescente en proceso de evolución. La gran mayoría de ellas provienen

²⁸ Ibid.

de padres cuya unión ha sido libre y revisten las modalidades poligámicas y poligímicas en la mayoría de los casos.

Esta etiología familiar, liberaliza la conducta sexual de la joven desde el punto de vista psicológica y social pre disponiendola para la experiencia y vida sexual desde temprana edad.

En un estudio realizado sobre la prostitución en Colombia por la Facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de Antioquia, se comprobó que la institucionalización e internacionalización de las formas de vida marital (matrimonio, unión libre, estable, esporádica, poligamia) , han creado en el complejo cultural general y específicamente en el negroide por su estructura familiar laxa, una franca aceptación del uso sexual casi sin barreras culturales, ni morales, que reprimen su fuerza sexual.

En términos generales, tanto la estructura familiar laxa como la demasiado rígida o conservadora, predisponen con sus diversas características a la juventud, al usufruto biológico del sexo y por ende al camino de la prostitución.

Analizadas anteriormente las etapas por las que atraviesa la joven antes de prostituirse desde el momento en que

abandona su hogar, en la generalidad de los casos a muy temprana edad; se explica porque un gran porcentaje de las jóvenes permanecen solteras. La causa principal está determinada por las características específicas de su oficio, en donde no les es permitido el mantenimiento de relaciones estables y duraderas; presentándose a cambio el llamado "mozo o marido", que es un elemento más que contribuye a la explotación de la prostituta.

TABLA 2. Situación Económica de la Familia de la Joven en el Momento de Abandonar su Hogar.

Situación económica de la Familia.	Porcentaje
Buena	50%
Regular	20%
Mala	20%
Sin respuesta	10%
Total	100%

La presente Tabla revela que el más alto porcentaje de las jóvenes encuestadas, definen su situación económica como buena, definición que está determinada en la joven por el nivel de aspiraciones en términos de comodidades y solvencia económica a que está condicionada en el medio en que se desenvuelve en la actualidad.

La situación económica de la familia la definen como regu

lar y mala, especialmente por la rigidez y nulidad de canales de acceso a las comodidades y a la satisfacción de sus aspiraciones.

TABLA 3. Grado de Escolaridad de las Meretrices de Agua - chica.

Escolaridad	Porcentaje
Primaria	45%
Secundaria	20%
Universidad	0
Otros	20%
Ninguna	15%
Total	100%

Una persona que únicamente posee conocimientos culturales rudimentarios o ignorante, está expuesta más fácilmente a la prostitución que aquella persona poseedora de un nivel intelectual por lo menos satisfactorio, porque generalmente la persona "culto" disfruta de una posición económica superior que quien carece de un regular nivel intelectual y moral más sólido, de una mejor oferta para trabajar y un mejor salario, que quien solamente dispone de sus brazos para realizar una labor eminentemente material y que en el sistema vigente en los pueblos de régimen capitalista, no es sino un artículo más.

Mediante las encuestas realizadas se pudo apreciar que el más alto porcentaje está representado en las jóvenes que sólo han alcanzado el nivel primario y dentro de estas, la gran mayoría no logró culminarlo. Tan sólo 20% llegaron a la secundaria, cursando uno o dos años como se pudo observar en las encuestas realizadas.

La situación desventajosa en que se encuentra una persona inculta y específicamente una mujer al ser expulsada del microsistema familiar y por haber quebrantado ciertas normas, facilita el camino hacia la prostitución ya que la joven no conoce los caminos de ascenso aceptados por la sociedad, no está capacitada para competir en el mercado del trabajo y lo más grave, tiene necesidades inaplazables que solucionar.

La mujer particularmente en quien concurren estas circunstancias de inferioridad intelectual y de precaria situación económica, no titubeará quizá mucho tiempo en mirar a la prostitución como una salida de salvación para sus múltiples necesidades económicas, al no estar preparadas intelectualmente para desempeñar otro trabajo.

TABLA 4. Educación Sexual y Medios por los cuales ha recibido Información la Población Estudiada.

Recibio Información.	Porcentaje
Medios Publicitarios	10%
Madre	8%
Una Amiga	12%
Otros	50%
Ninguno	20%
Total	100%

Nuestra sociedad ha desarrollado un tabú, en cuanto al sexo y conducta sexual en general hablar de problemas o fenómenos sexuales es asociado con baja moral y conducta pecaminosa. Culturalmente el sexo es considerado como deshonesto e impúdico y no debe formar parte de las conversaciones entre padres e hijos, ni entre hermanos o amigos.

Toda información sexual, así como el estudio de la biología sexual y sus implicaciones síquico-sociales están desvirtuadas de los sistemas de socialización formal o informal, tanto en el hogar, como en la escuela primaria, secundaria y de la iglesia.

En esta forma, la joven crece en un ambiente de completo respeto a la biología y función psicológica y social de la vida sexual. Según los datos obtenidos de las entrevistas

das respondió no haber tenido nunca fuente alguna de información sobre aspectos de la vida y biología sexual. Alguna información la recibieron de la madre, de amigas y otras fuentes. Así queda establecida la completa ignorancia sexual en que crece la juventud femenina, teniendo en cuenta que ni la iglesia, el gobierno, los padres u otra institución o persona han estado dispuestas a educar al segmento femenino de la sociedad en fenómenos tan vitales como este de la vida sexual.

El silencio que el grupo cultural mantiene frente al sexo, no permite que la joven adolescente tenga un conocimiento mínimo respecto del fenómeno sexual que le permita orientar su vida, defenderse física y socialmente o por lo menos tomar una decisión racional en su conducta sexual. Por el contrario el desconocimiento absoluto en que la mantiene sumergida la sociedad, la predispone a tomar el camino más equivocado, una vez que ha caído la joven en su primer encuentro sexual.

Teniendo en cuenta la finalidad de este estudio, se considera de vital importancia analizar las causas que indujeron a las jóvenes a la prostitución, tomando como referencia la situación económica a que se ve evocada la joven al ser expulsada, o al retirarse voluntariamente de su círculo familiar se ve que un gran porcentaje toma como única salida para la satisfacción de sus necesidades ina-

plazables de comida, techo, vestido y problemas de salud, la venta de su cuerpo la prostitución.

TABLA 5. Causas de la Prostitución según la Población Encuestada.

Causas que indujeron a la Prostitución.	Porcentaje
Mala situación económica	15%
Búsqueda de protección	25%
Engaño	45%
Otros	10%
Sin respuesta	5%
Total	100%

El más alto porcentaje determina como causa el engaño, de que han sido objeto por parte de personas comúnmente llamadas proxenetas, seduccionistas, traficantes de blancas, que aprovechándose de la situación de inseguridad y desprotección social en que se halla la joven, les ofrecen ayuda resolviendo las necesidades más sentidas más urgentes a cambio de esclavitud, la explotación económica y la postración de su dignidad femenina.

Esto se demuestra en un estudio realizado por Inés Giraldo y otros en 1967, sobre las características sociales de

las mujeres de las diferentes zonas de Medellín, el cual dio como resultado que entre 60 encuestadas, 38 entraron en la prostitución por seducción; y en investigaciones anteriores en el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Antioquia. "En un estudio sobre 7955 fichas del profiláctico, se encontró según declaración de las prostitutas, el segundo motivo para entregarse a la prostitución fue la seducción"²⁹.

Otra causa de gran importancia es la búsqueda de protección de la joven que en la presente investigación se refleja en el 25% de la población. Esta situación en consecuencia de la misma sociedad que ha sido incapaz de institucionalizar sistemas de protección socioeconómicas, creando en su defecto sub-sistemas y estructuras de escape cultural, como es el caso de los sistemas de proxenetismo, celestinaje y similares de nuestra gran sociedad.

²⁹ CONTRERAS C., Gonzalo, CADAVID C. Gustavo. Algunos aspectos de la prostitución en nuestro Medio. Universidad de Antioquia Departamento de Medicina Preventiva. p.250.

TABLA 6. Influencias Externas que las Motivaron hacia la Prostitución.

Quién las condujo a la vida actual.	Porcentaje
Una amiga	40%
Un desconocido	29%
El dueño de un bar	19%
Otros	12%
Total	100%

Observando la siguiente Tabla se ve que un número de mujeres bastante representativo 40% manifiestan que la razón que las motivó a la vida actual fue la influencia de los "consejos de amigas", éstas sin lugar a dudas, prostitutas o proxenetas de oficio, que al darse cuenta de la apurada situación familiar o económica de la víctima, la entusiasman mostrándole perspectivas muy alagueñas en su nueva ocupación.

La segunda motivación en orden de importancia 29%, es la influencia de un desconocido que aparece como el buen samaritano, ofreciéndole ayuda, brindándole lo que la joven necesita, techo, comida, vestido y aun dinero en efectivo, para cubrir sus primeras necesidades, o por medio de engaño ante un trabajo decente y remunerativo pero que al

final no es más que una casa de citas o un prostíbulo.

En menor escala se presentan otros tipos de motivación entre los cuales sobresalen el dueño del bar y otros agentes externos.

TABLA 7. Ingreso Mensual de las Meretrices Entrevistadas.

Cantidad en pesos	Porcentaje
15.000 - 30.000	20%
30.001 - 45.000	30%
45.001 - 70.000	25%
70.001 y más	25%
Total	

Aunque la renta mensual de cada prostituta varía según su edad, ciudad, clase social, sistemas de explotación sexual, habilidad personal y aun ciclos económicos, sin embargo, y por lo general la joven logra una renta mínima para cubrir sus necesidades. Exteriormente un alto grado de insatisfacción con su oficio.

"La insatisfacción en la prostitución es un estado psicológico de descontento o sentido de frustración, nacido de la distancia existente entre la altura de las metas esta-

blecidas por la cultura o persona, y los medios disponibles o institucionalizados para conseguirlos"³⁰.

TABLA 8. Consideraciones de la Población Encuestada sobre su Trabajo.

Consideraciones	Porcentaje
Gana buen dinero	10%
Tratan bien	10%
Peligra su integridad física	15%
No le gusta esta vida	10%
No gana lo suficiente	10%
Desea trabajar en otra cosa	15%
Le toca venderse a uno y a otro	15%
Regular	7%
Malo	8%
Total	100%

³⁰ SEPULVEDA, op. cit., p.143.

Es así, como en la presente Tabla se puede observar que las dos últimas categorías regular y mala encierran un concepto bajo o peyorativo al cual pertenecen la mayor parte de las entrevistadas. Esto está directamente relacionado con la insatisfacción real de la meretriz; que perciben su no aceptación social y, a nivel personal ven en su trabajo el peligro que representa para su integridad física o de salud; algunos dicen no gustarles esa vida, otras opinan lo mismo expresando que les toca venderse a uno y otro hombre. El factor económico viene pues en segundo lugar como factor predisponente dado que algunas manifiestan no devengar el suficiente dinero para su sustento, o por lo esporádico de sus ganancias, solo los fines de semana y en la quincena. Otro sector de la población exponen su deseo o de cambio de trabajo, mientras otras de las jóvenes parecen resignadas a su situación manifestando que son bien tratadas y obtienen buenas ganancias, sobre todo en épocas de las cosechas agrícolas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto para analizar el grado de satisfacción o no, de la meretriz hacia su trabajo, claramente queda establecido que si hay insatisfacción y en grado significativo; lo cual es signo de que existen aspiraciones y deseo de autosuperación; elementos necesarios para su rehabilitación.

TABLA 9. Areas en las cuales desean Capacitarse las Entre
vistadas.

Areas	Porcentaje
Modistería	40%
Tejidos	45%
Enfermería	5%
Aprender a leer y a escribir	25%
Ninguna	15%
Total	100%

La escogencia de alternativas, se realiza después de la autoevaluación de las capacidades y el grado de conocimiento poseido. La mente humana normalmente obra en criterios racionales en el sentido de que al establecimiento de objetivos sigue la estructuración de los medios adecuados³¹.

Si la joven meretriz aspira el cambio de ocupación por una parte, y por otra se autodefine como intelectualmente capacitada, es lógico que confesará una actitud positiva hacia programas de capacitación o entrenamiento requerido a las nuevas funciones.

³¹ Ibid., p.146.

Así al pedirsele a la encuestada manifestará su actitud Positiva o negativa hacia programas de adiestramiento práctico para un posible cambio de ocupación, solamente un 15% contestó negativamente a someterse a un programa de entrenamiento especial.

La gran mayoría 40% desea se les capacite o capacitarse en las siguientes áreas; modistería, enfermería, aprender a leer y a escribir, un alto porcentaje 45% desea en tejidos; ésto demuestra que las jóvenes no quieren sólo vivir de la prostitución, desean y están dispuestas a recibir el tipo de adiestramiento necesario para el cambio de oficio.

TABLA 10. Relación entre Escolaridad y Trabajo que desean Desempeñar las jóvenes Entrevistadas.

Escolaridad	Porcentaje	Ocupación	Porcentaje
Primaria	45%	Modistería	10%
Secundaria	20%	Casa familia	10%
Ninguna	35%	Negocio propio	30%
		Empleada dependiente en la rama comercial	30%
		Enfermería	15%

Continúa...

Escolaridad	Porcentaje	Ocupación	Porcentaje
		Ninguna	0%
		Sin respuesta	1%
		Otros	4%
Total	100%		100%

La joven meretriz mantiene actitudes selectivas de trabajo fuera de la prostitución. En la presente Tabla se observa que el 45% de las jóvenes entrevistadas sólo han alcanzado en parte su educación primaria, y la gran mayoría el 30% prefiere ser empleada dependiente en la rama comercial, o sea el trabajo en fábricas, floristerías, fuentes de soda, etc., que no requieren un nivel educativo alto.

Los demás porcentajes 50% corresponden a trabajos en modistería, casas de familia y negocio propio. Las jóvenes que han cursado algunos años de secundaria 20% no tienen mayores aspiraciones que las de ser empleadas dependientes 30%. Las jóvenes totalmente analfabetas 35% que no tienen un conocimiento sobre un arte u oficio, prefieren trabajar en casas de familia, un bajo porcentaje 1% se abstuvo de contestar.

Estos datos se reflejan en las mínimas oportunidades de

ascenso social y de fuentes de trabajo que la sociedad brinda a la mujer en general; la cual tradicionalmente se halla en desventaja para compartir con el hombre en todos los aspectos de la vida, por la misma desigualdad existente en la sociedad que acepta la explotación económica y sexual de grupos marginados femeninos, que a causa de valores culturales demasiado severos predisponen a la mujer intelectualmente impreparada, que se ha permitido una violación a tales patrones a abandonar el hogar para iniciar el camino hacia la prostitución.

TABLA 11. Relación de los Números de Hijos de la Población Encuestada.

Número de hijos	Porcentaje
Un hijo	25%
Dos hijos	25%
Tres hijos	10%
Cuatro hijos	5%
Ningún hijo	25%
Total	100%

La joven meretriz respeta y usa la procreación para identificarse con su hijo, quien despierta una idea de identidad y seguridad en ella.

Se debe tener en cuenta que la presencia de hijos agrava

la situación económica de la mujer prostituta estableciendo al mismo tiempo lazos más fuertes hacia su trabajo buscando el bienestar y la supervivencia de sus hijos, además la procreación de seres humanos, no debe abonarse al puro instinto, de forma que pueda poner en peligro, aspectos fundamentales como el bien de la madre, de la prole futura (en el caso de madres sifilíticas, que procrean hijos con su mismo lastre) y consecuentemente de la familia, la sociedad sino que la procreación debe ser racional y libre huyendo del simple azar que no pone límites de ninguna clase.

TABLA 12. Enfermedades Venéreas y Medios de Prevención Utilizados por los Usuarios del Servicio o Meretrices de Aguachica en la Institución Hospitalaria.

Grado de conocimiento de la E.V. y Medios de Prevención.	Si	No	Porcentaje
Tiene conocimiento	40%	60%	100%
Revisión del cliente	50%	50%	100%
Baño	50%	50%	100%
Otros	0	0	0

"Las enfermedades venéreas han estado unidas siempre a la palabra prostitución. En la antigüedad los males de Venus adquirieron importancia social de primer orden. Hoy en día su propagación se ha incrementado cada vez más hasta constituir un fenómeno epidémico"³².

La Organización Mundial de la Salud establece que la mitad de los terceros países miembros han expresado su inquietud ante el aumento de las enfermedades venéreas. La epidemia hace su aparición más frecuentemente entre los 15 y 19 años de edad del adolescente.

Las estadísticas colombianas desafortunadamente no confiables caracterizándose por una tendencia subestimadora por la tarea en la recolección de datos, revelan el aumento en el número total de enfermedades y una incidencia mayor en aquellas regiones donde la prostitución es mayor, tales como Antioquia, Caldas, Valle, Bogotá y Barranquilla.

Es importante hacer resaltar que un alto porcentaje de la población encuestada no utiliza ningún medio preventivo contra las venéreas, no tienen conocimiento de la clase o clases de venéreas, que contraen en su trabajo, situación que se presenta como consecuencia de la falta de informa-

³²AURA ed. Diccionario Enciclopédico de la educación sexual. España, 1976. tomo 2. p.180.

ción y de educación sexual de las jóvenes.

Respecto a los medios utilizados para prevenir el contagio de la enfermedad, como son el revisar al cliente antes del acto sexual, método que practican la mayoría de las entrevistadas; el baño y el uso de elementos de higiene, no son los medios efectivos y más adecuados que puedan detectar al cliente que padece la enfermedad venérea y por consiguiente el contagio es evidente.

La incidencia de las enfermedades venéreas reflejan la ineffectividad de programas ambulatorios para tratar a fondo el problema, haciéndose necesario profundizar en otros aspectos que además de buscar la salud física de la joven, logren también su salud psicológica y/o social.

Quien ha padecido una enfermedad venérea necesita ayuda especial para comprender los efectos específicos que la enfermedad produce sobre su funcionamiento físico y mental.

TABLA 13. Concepto sobre la Calidad de los Servicios Hospitalarios, Controles o Programa Antivenéreo en la Unidad Hospitalaria de Aguachica.

Calidad de los servicios hospitalarios.	Porcentaje
Bueno	30%
Regular	50%
Malo	20%
Total	100%

Según la población encuestada respecto a la calidad de los servicios que en el centro hospitalario se prestan a las meretrices de los distintos lenocinios, se detectó el conformismo a la manera como este servicio de control antivenéreo se realiza, teniendo en cuenta que en ocasiones las condiciones no son las más favorables y por ende agradables.

Un 30% de las entrevistadas consideraron que la calidad de los servicios es buena; mientras que para otro porcentaje 50% lo calificó como regular; y un 20% como malo.

Para algunas de ellas lo mejor del servicio lo constituye el buen trato y confianza que el médico jefe de el programa antivenéreo, da a las meretrices y por el estricto control en el tratamiento cuando ellas resultan positivas.

Las principales enfermedades venéreas que flagelan a esta población figuran entre ellas la gonorrea, chancro blanco, herpes simple genital y condiloma acuminado, estas con el más alto porcentaje y con menos porcentaje pero que también tienen su considerable incidencia linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, como también la sífilis presentada en un grado menor.

El Gobierno Nacional, en vista de las situaciones presentadas a nivel de la salud, establece políticas y estrategias destinadas a contrarrestarlas.

Los Ministerios de Salud de América en su IV reunión especial consideraron urgente aplicar nuevos enfoques y estrategias para acelerar el proceso de ampliación de la cobertura de servicios a toda la población, concediendo alta prioridad a los núcleos marginados y sub-atendidos de los medios rurales y urbanos.

El Estado elabora políticas importantes para la prestación de los servicios que la atención en salud requiere tales como :

- En el plano nacional el Sistema de Salud define entre sus políticas: Convertir el sector salud en un instrumento de progreso social para lograr el más alto grado de salud que sea compatible con el nivel de desarrollo de la

comunidad, eliminando las desigualdades y facilitando el acceso de todos los habitantes al servicio de salud.

= Utilizar el sistema y el Plan Nacional de Salud para extender los servicios de salud a todos los grupos de población dando preferencia a las personas domiciliadas en las áreas rurales, a las que forman las poblaciones marginadas de las ciudades y de la población inaccesible.

= Organizar la comunidad para obtener su participación activa en la definición, ejecución y evaluación de los programas y actividades comprendidas en el Plan Nacional de Salud.

= Armonizar la relación de la política nacional de salud con el contenido de las respectivas políticas de los diferentes sectores, para lograr su mejor contribución al desarrollo social y económico del país.

- El Sistema Nacional de Salud considera así mismo la participación de la comunidad como una estrategia adecuada para ampliar la cobertura de los servicios.

- Estimula, acepta y aprovecha la participación activa de la comunidad, por ser ésta a la que en definitiva corresponde solucionar sus propios problemas de salud.

Sin embargo, estos programas no alcanzan a solucionar los problemas de salud que padecen los pueblos o núcleos marginados de Colombia, no sólo a nivel rural sino a nivel urbano, puesto que no cuentan con suficientes Centros de Salud y los que hay en su mayoría permanecen cerrados por falta de presupuesto.

TABLA 14. Programas que les Gustaría Implementara la Trabajadora Social para las Meretrices que Asisten a Control en la Institución Hospitalaria de Aguachica.

Programas	Porcentaje
Seguimientos de casos	20%
Ciclos de conferencias	10%
Cursos de capacitación	15%
Programas educativos tendientes a una rehabilitación	25%
Orientación psico-social	20%
Continuación del programa que se está implementando	10%
Total	100%

Según la población encuestada afirmaron que necesitan un mayor contacto con la Trabajadora Social ya que mediante el diálogo y la interrelación ellas buscarían cambiar su

modo de vida, puesto que reconocen que necesitan una orientación y buenos consejos que para ellas caracteriza a todo profesional del Trabajo Social.

Para algunas 20% es importante el programa de seguimiento de caso, ya que éste permite conocer los resultados del problema estudiado, del tratamiento y pos-tratamiento que se les realiza cuando es necesario.

Para otro porcentaje 10% es de vital importancia los continuos ciclos de conferencias, obteniendo con éstas, elevación de su nivel cultural y educativo frente a la problemática que las rodea.

Igualmente desean 15% se les brinde la oportunidad de capacitarse en áreas anteriormente mencionadas, para así tener mejores oportunidades de desempeñarse en otras labores distintas a la prostitución, y como tal propender una rehabilitación social.

El programa de orientación psico-social, lo solicitan 20% porque en determinados momentos se sienten frustradas, tristes, con deseos de dejar esa profesión; con problemas emocionales o sociales.

Algunas están conformes con el programa que hasta la presente investigación se está desarrollando un 10% manifes-

tó gustarles ya que la Trabajadora Social es en los casos necesarios estricta con las meretrices que resultan positivas y que se someten a tratamiento, de lo cual reconocen es por su propio bien y a fin de que tomen conciencia acerca de los riesgos que conlleva una enfermedad venérea. Como también a los seguimientos que ella les hace a las meretrices.

El diagnóstico cuidadoso del individuo y de su problemática es un paso esencial en el tratamiento de Trabajo Social. Mediante el diagnóstico el Trabajador Social, busca organizar sistemáticamente su comprensión hacia el individuo de manera que los esfuerzos del tratamiento se enfoquen más eficazmente³³.

El diagnóstico y el tratamiento son considerados como elementos de un solo proceso, que se inicia con el contacto entre el individuo y el Trabajador Social y finaliza cuando termina el servicio. En la práctica el diagnóstico y el tratamiento son aspectos que están íntimamente relacionados el uno del otro. El diagnóstico debe tener en cuenta los recursos existentes para que el tratamiento sea eficaz³⁴.

³³ MINISTERIO DE SALUD. Conferencias plan nacional de salud.

³⁴ Conferencias trabajo social.

El estudio psicosocial es la comprensión de la naturaleza de los problemas presentados por un individuo, los cambios de su conducta, las relaciones que se establecen entre el profesional y cada uno de los miembros de su familia, tratando de establecer las causas y efectos del problema³⁵.

El Trabajo Social es una tecnología social que aplica los conocimientos de las ciencias sociales a la realidad social con el objeto de transformarla. Su objeto es el hombre y la sociedad a la que dirige su acción, orientando a las personas para que sean sujetos activos de su propio mejoramiento y bienestar.

TABLA 15. Que Piensan las Meretrices Entrevistadas sobre las Medidas Represivas que en Determinados Momentos se ven Obligados a Ejecutar el Personal de Salud y los Agentes del Orden.

Medida y calidad del trato a las meretrices	Porcentaje
Bueno	15%
Regular	55%
Malo	30%
Total	100%

³⁵Apuntes varios trabajo social.

La población encuestada reconoce que todas las medidas de prevención y control tomadas por los empleados de la salud y los agentes del orden son necesarias para optimizar el servicio y para contrarrestar la proliferación de las enfermedades venéreas y como tal buscar el estado satisfactorio en la salud de ellas mismas.

Para algunas 15% el trato de los empleados de la salud es bueno y mejor que el de los agentes del orden, para otro número de entrevistadas 55% contestaron que el trato es muy regular en ambos. Para el resto 30% totalmente malo el de los agentes de la policía nacional, ya que las batidas o inspecciones que a veces se realizan tienen un trato deshonesto e indelicado para con ellas.

"La persona que hallandose atacada de enfermedad venérea, tuviera acceso carnal con otra, incurrirá en arresto de un mes a un año"³⁶.

Estas batidas o inspecciones que los funcionarios de la salud y agentes del orden realizan, son medidas tomadas para contrarrestar la proliferación de las enfermedades venéreas y por ende cumplir con las reglas establecidas respecto a la multa de la meretriz, del lenocinio o del

³⁶ MEDICINA FORENSE. Artículo 381 del código penal.

propietario de éste, a fin de que una meretriz que resultando positiva se encuentre ejerciendo sus funciones, ésta sea castigada severamente, para que de esta manera no se vuelva a incurrir en la misma falta. Estas medidas son en ocasiones represivas más no educativas, pero son necesarias de implementar porque las condiciones así lo exigen, al igual que las meretrices.

3.4 TRATAMIENTO DEL PROBLEMA EN LA ACTUALIDAD

El Servicio Seccional de Salud del Cesar por intermedio de su Regional Sur, tiene en la actualidad un plan específico para la prevención de las enfermedades venéreas, el cual consta de control médico y bacteriológico semanal y tratamiento administrado en el mismo centro antivenéreo, bajo vigilancia del personal de enfermería de la institución.

El control semanal es manejado por el médico jefe del programa antivenéreo, el cual es médico rural. Existe además un citador de contacto, adscrito al hospital, y es el encargado del censo de establecimientos de lenocinio dentro de la población y el censo de meretrices existentes en ellos; consta también con una auxiliar de enfermería, que es la encargada de llevar el registro de anotaciones sobre consultas al mes, coloración y fijación de placas y la elaboración de las estadísticas a final de mes para el



Puesto de Salud, donde se llevan a cabo los controles antivenéreos. Este hacia las veces de Hospital Regional antes de inaugurarse el nuevo.

envío de estas al jefe departamental de venéreas en Valle dupar. Otro integrante más para el control de esta enfermedad es el bacteriólogo, quien a su vez también es rural, participando igualmente en el manejo de la problemática el Trabajador Social.

Para resolver la problemática en la actualidad se censa previamente como se mencionó anteriormente, se distribuye por grupos para los controles en dos días a la semana, jueves y viernes respectivamente, tratamiento aplicado y vigilado exclusivamente en; la institución o centro antivenéreo, control postratamiento el día lunes para las meretrices que resultaron positivas o infectadas en el fin de semana inmediatamente anterior.

Conjuntamente con los agentes del orden se llevan a cabo los días viernes por la noche redadas para detectar casos de trabajo de meretrices positivas trabajando o sin el respectivo carnet antivenéreo al día.

3.5 PROGRAMAS Y PROYECTOS ESPECIFICOS

A continuación se presenta una serie de servicios que corresponden a la parte de programación y contemplan los objetivos, el número de beneficiarios a quienes van dirigidos y la forma de prestación de los mismos, así como el personal y los elementos necesarios para hacerlo. Es pre-

ciso señalar que en la práctica, estos pueden ser ampliados en la medida que las circunstancias lo exijan, y aún, pueden surgir actividades colaterales en la ejecución de los servicios, que encajando dentro de los objetivos de uno y otro, podrán ser implementados por el Trabajador Social a manera de programas. En tales casos la planeación debe constar de los siguientes aspectos: objetivos (general y específicos), tiempo de vigencia (permanente o a término fijo), proceso operativo (pasos a seguir en el desarrollo del programa) y recursos necesarios.

En la descripción de los servicios (proceso operativo) se incluye en algunos de ellos, el procedimiento a seguir para la prestación de los mismos, motivo por el cual no aparecen por separado.

Para la prestación de los servicios se aprovechará el tiempo de permanencia de la joven en la ciudad, período que se utilizará para motivarla al cambio de oficio; etc., pasado este tiempo, los servicios se prestarán a todas aquellas jóvenes que voluntariamente deseen recibir tratamiento médico y social.

Servicio médico

Objetivo general:

Prestar asistencia médica a las prostitutas con enfermeda

des venéreas beneficiarias de la institución, proporcionándoles al mismo tiempo información y educación sexual para prevenir y controlar su reincidencia a la enfermedad.

Objetivos específicos:

- Aplicar el tratamiento adecuado dado por el médico a cada una de las meretrices a control, y buscar su recuperación física, que sería un requisito indispensable si ella deseará la rehabilitación.

- Proporcionar a la joven meretriz un conocimiento adecuado respecto al fenómeno sexual que le permita orientar su vida, o por lo menos tomar una decisión racional en su conducta sexual.

- Dar a conocer los signos y síntomas de las enfermedades venéreas, para prevenir su contagio.

Destinatarios del servicio:

Son beneficiarios del servicio todas las meretrices de los distintos lenocinios de Aguachica como también toda la comunidad que solicite este servicio.

Actividades:

Las pacientes deben asistir puntualmente a las actividades y controles programados por cada una de las secciones de la institución de acuerdo a los horarios y horas establecidos.

Las actividades programadas para orientación y consejería se realizan cuando la meretriz lo crea conveniente, puesto que a veces no se les puede implementar un horario el cual ellas no pueden cumplir por sus actividades de trabajo y de descanso, entonces este servicio se presta a la hora y el día que sea solicitado, generalmente el Trabajador Social asiste al centro antivenéreo y establece los contactos y entrevistas necesarias.

Justificación:

Siendo el mantenimiento de la buena salud una de las necesidades básicas del hombre, las beneficiarias de la institución no satisfacen esta necesidad por tratarse de jóvenes con enfermedades venéreas, situación que se presenta en el 70% de la población beneficiaria.

Por lo tanto se hace indispensable que la prestación de este servicio tenga carácter prioritario, si se tiene en cuenta que la mayor proporción de meretrices infectadas

se registra entre las jóvenes, lo cual se comprobó en esta investigación en donde el 62% de las jóvenes atendidas tenían edades comprendidas entre los 16 y 22 años.

Respecto a la educación sexual la investigadora encontró que el 70% de esta población manifiesta no haber recibido ninguna información acerca de la biología y función psicológica y social de la vida sexual, situación que se convierte en uno de los factores predisponentes de la prostitución.

Proceso operativo:

La paciente será examinada por los Servicios de salud, en donde se le hará un examen clínico riguroso y las pruebas de laboratorio que sean propias a cada una de estas enfermedades, que permita obtener un diagnóstico rápido, fiel y sensible en el plazo más breve posible.

Una vez emitido el diagnóstico se procede inmediatamente a la aplicación del tratamiento.

Seguidamente luego del tratamiento médico, se promueven charlas educativas sobre las enfermedades venéreas para que comprendan los riesgos que se presentan para la salud del individuo y para los demás especialmente contagios en niños por nacer, la posibilidad de infecciones asintómati

cas y sobre el hecho de que las enfermedades responden rápidamente a un tratamiento adecuado y no son la sanción de un pecado, sino simplemente el resultado de una infección.

Esta información es dada por el médico jefe de venérea y Trabajo Social y algún profesional que desee colaborar con la institución o el programa. Estos temas son tratados utilizando técnicas de transmisión de información, como filminas, proyección de películas, por ser los medios más eficaces para este tipo de información.

Recursos necesarios:

- Humanos: Personal médico, enfermera, Trabajo Social.
- Materiales: Películas, diapositivas, afiches, folletos ilustrados.

Servicio de orientación psico-social:

Objetivo general:

Brindar a las beneficiarias de la institución orientación psico-social que permita detectar problemáticas que impidan la capacitación o la rehabilitación y a partir de éstas llegar a una posible solución mediante un programa de seguimiento y ayuda dirigido siempre al cambio de profe -

sión u oficio de la joven.

Objetivos específicos:

- Ayudar u orientar a la meretriz a resolver problemas sociales o emocionales, desarrollando sus potencialidades , haciendo así el mejor uso de sus propios recursos y los que ofrece la comunidad.

- Procurar que la joven que desee su rehabilitación sepa utilizar racionalmente los recursos de capacitación que le ofrece la comunidad como elemento positivo de su estabilización social.

Destinatarios del servicio:

Toda meretriz que necesite de un programa educativo, seguimiento, terapia, lo mismo que los miembros de la comunidad.

Justificación:

La meretriz por la misma situación en que se encuentra presenta una serie de problemas emocionales y sociales que afectan su normal desenvolvimiento y reintegro al medio social. Además por sus mismas características de personalidad, necesitan ayuda u orientación psico-social pa-

ra conocer sus limitaciones, desarrollar sus capacidades y potencialidades al cambio, elementos esenciales en un proceso de rehabilitación.

Proceso operativo:

Una vez esté la joven motivada hacia el cambio y decidida a rehabilitarse, se comienza un seguimiento individual que permita la elaboración de un diagnóstico general, con la participación interdisciplinaria del médico, Trabajadora Social, enfermeras y personas de relativa importancia, llevando a la joven a solucionar sus problemas a comprenderse y valorarse mejor.

De acuerdo a las observaciones que haga el personal del Hospital Regional de Aguachica, y a las situaciones que las mismas meretrices manifiesten acerca de sus problemas o necesidades, se harán intervenciones a nivel individual y/o grupal mediante consulta permanente o intervenciones cuando la situación lo requiera.

La problemática de venérea en Aguachica, sólo a partir de julio de 1984 se podría decir, dio un vuelco total a la forma como se venía ejecutando, modificándose el programa de la siguiente manera :

Incremento de la tarifa del control semanal para poder subsanar el costo de la droga la cual era suministrada en forma gratuita y aplicación de ésta por el personal de enfermería de la institución hospitalaria; meretriz que habiendo resultado positiva y que no asistiera a la aplicación del tratamiento, se buscaba con el citador de contacto y la policía nacional para la aplicación de éste.

Elaboración de una resolución para darle inicio a un programa implementado con el fin de darle mejores correctivos a la problemática, fue así como surgió la Resolución 441 el día 15 de Agosto de 1984, por la cual se establecen normas y sanciones para los distintos establecimientos de prostitución y diversión. A saber :

Los suscritos médicos, médico jefe de la Unidad Regional de Aguachica y médico jefe de la campaña antivenérea del Hospital Regional de Aguachica, en uso de sus facultades legales y considerando; que en nuestra ciudad se ha presentado un aumento en el índice de enfermedades transmisibles sexualmente en forma alarmante, tales como, blenorragia, sífilis, tricomoniasis, condilomas, etc. que hay establecimientos de prostitución y diversión donde las meretrices o coperas eluden el examen clínico y bacteriológico antivenéreo; que todo propietario y/o administrador de dichos establecimientos deberán exigir el carnet de profilaxis antivenéreo por obligación ineludible; que to-

do propietario y/o administrador será el directamente responsable que las meretrices cumplan con sus citas para estos exámenes clínicos, bacteriológicos y sus respectivos tratamientos; que el hospital ha establecido los días jueves y viernes para dedicarlos al examen de esta meretriz, y el día lunes para el control post-tratamiento; que es su deber y función de toda autoridad de Salud Pública velar por la conservación de la salud y prolongación de la vida de los asociados. Resuelve artículo 1. Ordenar como en efecto se ordena en todos los establecimientos de prostitución y diversión mantener a las mujeres con su respectivo carnet antivenéreo al día y además su carnet de salud, como todo trabajador y para lo cual deberán presentarse a nuestra institución cada seis meses con los siguientes certificados: Serología (examen de sangre) Abreugrafía de torax (examen de pulmón) fotografía tamaño cédula (3x4) Documento de identidad (cédula o tarjeta) todos estos documentos deberán presentarse a más tardar antes del 28 de Septiembre de 1984, de lo contrario el establecimiento en el que se encontrara trabajando meretriz sin documentos, será multado con la suma de cinco mil pesos (\$5.000.00) a diez mil pesos (\$10.000.00) convertibles en arresto inconvertibles, en caso de reincidir el sellamiento del establecimiento de 30 días hasta 90 días; la meretriz se multará con dos meses de suspensión o dos mil pesos (\$2.000.00) convertibles en arresto inconvertible. Artículo 2. Ordenar como efecto se ordena a los propieta-

ríos y/o administradores de establecimientos de prostitución o diversión, inscribir sus establecimientos y sus respectivos empleados en los hospitales o centros de salud de su localidad, tanto a las nuevas como a las que se retiran, para lo cual deberán hacer llegar al citador de contactos o en su defecto el Promotor de Saneamiento, las listas de estas, con un día de anticipación a la fecha establecida para los controles semanales. Artículo 3. Ordenar que solo serán atendidas únicamente el día en que les corresponda a las empleadas de los establecimientos, ya fijadas con anterioridad, y en caso de no asistir se atenderán en la próxima fecha que le corresponda, el no cumplimiento de esta orden acarreará a la meretriz multa por trescientos pesos (\$300.00) y la multa al establecimiento por la suma de cinco mil pesos (\$5.000.00) convertibles en arresto inconvertible, en caso de reincidencia el sellamiento del local, sanción que impondrán las autoridades de salud en asocio con la policía nacional. Artículo 4. Ordenar a todos los propietarios y/o administradores de los establecimientos de prostitución y diversión que deberán responsabilizarse por el cumplimiento de todas las citas de control post-tratamiento los días lunes de lo contrario la meretriz será suspendida por un mes y al establecimiento con la suma de diez mil pesos (\$10.000.00) a veinte mil pesos (\$20.000.00) convertibles en arresto inconvertible, sanción que también se le impondrá al establecimiento que deje laborar a meretriz enferma en cual -

quiera de los establecimientos. Artículo 5. Ordenar a las autoridades de la policía nacional que solamente los carnets antivenéreos deberán llevar la firma y sello oficial de Salud Pública y de su respectiva localidad, para lo cual el representante de salud deberá acentarlos ante el comandante de policía de cada población. Artículo 6. Las autoridades de salud pública (epidemiología) en asocio con la policía nacional, velarán por el cumplimiento de la presente resolución la cual rige a partir de la fecha de expedición y regirá en todos los hospitales y centros de salud de la Regional Sur del Servicio de Salud del Cesar; dada en Aguachica, a los 15 días del mes de agosto de 1984. Comuníquese y cumplase. Firmado por el médico jefe de la Unidad Regional de Salud de Aguachica; con el visto bueno del Alcalde Municipal de Aguachica, y el Comandante Quinto Distrito Policía Nacional.

4. PROPUESTAS DE ATENCION DEL PROBLEMA Y LA INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL

En este capítulo se resume un diagnóstico general de la situación que presenta la población de Aguachica en materia de salud y en particular sobre la incidencia de las enfermedades venéreas. Un resumen de las características de la población afectada, de las posibles alternativas, para lo cual, se establece un inventario de recursos sociales en el orden de los grupos, organizaciones, organismos e instituciones interesadas en la atención del problema o que habría que movilizar e interesar para que la cobertura de los proyectos alcancen el nivel mínimo indispensable para una verdadera acción de prevención, control y atención de la problemática en cuanto a sus causas, a sus manifestaciones y a sus efectos.

4.1 DIAGNOSTICO DE LA SITUACION QUE FUNDAMENTA LA PROPUESTA

Los datos sobre los cuales se ha venido trabajando en los que se resume cuantitativamente la situación presentada en los años de 1981-82-83-84 y 85 permiten afirmar que de un total de 16.000 controles realizados el 16,6% de ellos

resultaron positivos para una frecuencia de 2.656 personas sobre una población flotante que se estima en unas 20.000 personas, lo que viene a significar que un 13,3% de esta población está afectada. Respecto a la población estacionaria que se estima en unos 80.000 personas en las áreas urbana y rural se han detectado 1.664 casos que en diferentes formas y épocas han estado bajo control en los organismos de salud de la población.

Estas cifras anteriores se agravan cualitativa y cuantitativamente por las siguientes razones: la una porque su proyección hay que hacerla en cuanto a la población estacionaria se refiere con base en unas 34.000 personas que conforman al grupo de edades entre 15 y 45 años donde normalmente se dan estos casos, lo que permite afirmar que un 5% de esta población está directa e indirectamente afectada por el problema venéreo, permitiendo establecer una correlación con la población estacionaria en igualdad de condiciones. La primera por estar constituida por una población de trabajadores agrícolas y la segunda por personas relacionadas con la actividad de la prostitución, de atención de bares, cantinas, estudiantes y trabajadores de la comunidad.

El aspecto cualitativo se refiere al tipo de enfermedades venéreas que están afectando a estos núcleos de población a la gravedad de las lesiones, al nivel de conciencia, de

educación y comprensión sobre el problema existente en la comunidad, así como la disposición a intervenir en forma organizada en su atención, control y prevención en los diversos niveles y sectores donde se hace necesario.

Se justifica la propuesta en la medida en que de un total de 4.320 casos detectados (2.656 en la población flotante y 1.664 en la población estacionaria), 1.910 de ellos han venido siendo tratados en forma permanente, es decir están bajo control y el 55% de ellos, 2.410 son casos de re-nuentes o de deserción que dificultan la labor permanente médica y hacen urgente la de prevención y control.

Para un individuo o para un miembro de una comunidad nada es tan importante como poder traducir en pautas benéficas de conductas en normas y valores de bienestar social para esa comunidad y para ese grupo, todos los elementos positivos que han valorado sus capacidades y que han potencializado para producirse en un elemento de proyección y desarrollo para ellos.

Respecto a los aspectos de conciencia, madurez y educación de la población aguachiquense, la valoración de la actitud general de la comunidad, en lo que a su problemática se refiere, es en gran parte de pasividad, silencio y desinterés. No es posible hablar de indiferencia ante los problemas pues evaluados profesionalmente, esa actitud

lleva a considerar que existe un bajo grado de conciencia no suficientemente generalizado sobre la importancia de que la comunidad, adopte actitudes activas y de intervención frente a sus problemas.

Las entidades y organizaciones de acción educativa y promosional deben procurar sentar las bases en un proceso necesario e indispensable de concientización y educación sobre la población afectada, la no afectada y los posibles a afectarse directa e indirectamente con el problema de las enfermedades venéreas. Es así como se hace necesario la implementación y ejecución de programas educativos referente a salud, a higiene social, tomando como principales participantes activos los estudiantes por ser estos multiplicadores en sus respectivos barrios y familias, como también organizaciones como la Acción Comunal, Defensa Civil, Club de Leones, Cruz Roja Colombiana, instituciones de salud, empresas, cooperativas algodoneras, bancos, y otros existentes en la población de Aguachica a fin de prevenir, curar y rehabilitar el problema y a sus afectados.

La Unidad de Salud única en contrarrestar la enfermedad resulta deficiente ante el poco recurso disponible para tal efecto y también para poder cubrir en su totalidad a la población que no es atendida en los servicios de salud.

En resumen, el diagnóstico del programa antivenéreo que adelantan el médico jefe de venéreas, con la Trabajadora Social del Hospital Regional es que el nivel de conciencia de la población guarda proporción con el nivel educacional de las personas y con su aproximación a los organismos de la salud. Se tiene conocimiento de que estas enfermedades son graves, son malignas pero también tienen presente la condición de vergonzantes, lo que provoca en los afectados inicialmente, tendencias al desconocimiento del mal, a la automediación y cuando esta avanza, situaciones de frustración y aún de rechazo a cualquier tipo de ayuda que pueda hacer pública su situación.

Finalmente, otro aspecto relacionado con la definición de enfermedades vergonzantes es, el de su vinculación como problema de clase, ya que la actitud de reserva frente al problema, de valoración de la situación, tiene sentidos y criterios diferentes en cuanto al nivel social y económico de las personas y se piensa, en forma extendida, que estas se agravan sólo por la ignorancia y la falta de medios adecuados para su tratamiento en el caso de la población marginal, del campesinado y de la población flotante y no de las capas medias y altas de la estructura económica.

4.2 ELEMENTOS DE LA PROPUESTA

Establecer una propuesta de este tipo, no es tarea que compete solamente al Trabajador Social. De hecho, tanto el diagnóstico de la situación, el control de la atención de la población afectada y el nivel de concientización existente, ha sido labor de varios años del campo de la salud existente, en la que además han colaborado en diferentes formas y momentos, personas vinculadas a la acción social de la comunidad. La propuesta establece que, ante el diagnóstico de una situación dada, es menester definir un conjunto de metas que escalonadas conduzcan a situaciones de superación de tal situación y condición.

En el caso concreto la propuesta consta de los siguientes elementos: a) de coordinación general; b) de investigación y programación; c) de enlace y d) de promoción. Estos elementos se constituyen para darle mayor proyección a la labor que se ha venido realizando y constituiría un paso para una gestión socializante del problema si los elementos que integran la propuesta cumplen sus funciones como se explica a continuación.

4.2.1 Metas Deseadas.

El análisis de los datos presentados en los capítulos anteriores permite puntualizar los siguientes aspectos de

la higiene social que presenta Aguachica en materia de venéreas :

- Que el problema es grave en sus aspectos cuantitativos y cualitativos.

- Que no puede desconocerse por la comunidad básica como problema de la población flotante, porque el número de casos que presenta es alto y, está vinculado al problema de la prostitución de la mujer y el creciente negocio del lenocinio.

- Que la comunidad, sus líderes y organizaciones han mostrado una actitud de pasividad ante la situación y la labor de enfrentarla ha estado dándose, primordialmente, a nivel de Hospital Regional, participando la comunidad sólo en programas muy esporádicos.

- Que el problema de la prostitución es un problema que responde a factores estructurales en nuestra sociedad.

Esta puntualización lleva a considerar necesario como metas a lograr las siguientes :

- Estabilizar la acción antivenérea en la comunidad mediante la implementación de un programa antivenéreo de dos años por lo menos, con etapas de seis meses, al final

de las cuales se vayan haciendo las evaluaciones y correctivos del caso.

- Identificar las personas conscientes del problema en los diversos niveles y áreas de trabajo, para conformar con ellas un organismo coordinador de esfuerzos y multiplicador de efectos en la comunidad.

- Ampliar el nivel de conciencia, educación y conocimiento del problema con estrategias generales para la población y particulares, según el sector en que se muevan las personas, tales son: sector de la población flotante; sector educativo; sector empresarial estable; población vinculada a los negocios de lenocinio; comunidades populares urbanas y, campesinado.

- Comprometer en el proceso a nuevas personas vinculadas al liderazgo comunitario tales como: líderes estudiantiles; líderes comunitarios, líderes sindicales y directivos de organismos de carácter cívico (Club de Leones; Defensa Civil, Rotarios, etc.)

- Promover y comprometer, la creación de comités de salud en las acciones comunales, sindicatos, cooperativas, colegios y organizaciones y, apoyarles mediante la acción específica del equipo de salud y de la Unidad Antivenérea.

Estas metas a lograr, permitirán, en el plazo de un año , que la labor de detección, atención y control que actualmente se viene haciendo, desarrolle otra dimensión en sus aspectos cuantitativos, cualitativos y organizacionales , por lo que el programa podrá evaluarse en la medida en que puedan o no verificarse estos logros.

4.2.2 Organización Deseable.

La realización de un plan exige de recursos. En el caso de los problemas sociales, el más importante es, el humano. Según las metas a lograr, en el momento actual, en lo que a organización se refiere, hay que partir de la Unidad Antivenérea existente, integrada por el médico jefe y la trabajadora social, cuya labor se complementa con la de las enfermeras y el personal paramédico de los diferentes servicios de salud de la población. Es decir, que el proceso organizacional parte de la actual organización existente para que al ir detectando líderes se pase de esta unidad operativa, de carácter científico, institucional, a un comité coordinador integrado por aquellas personas que en una segunda etapa y en calidad de líderes multiplicadores, tengan conciencia de la situación, hayan sido educados sobre las enfermedades venéreas, la higiene y la profilaxis social y hayan sido capacitados para orientar y asesorar a personas afectadas, para inspirarles confianza y seguridad y poder facilitar el acercamiento

de quienes padecen estas enfermedades vergonzantes y en especial, para convertirse en multiplicadores en su área de acción. La ilustración gráfica de esta etapa del proceso organizacional sería la siguiente :

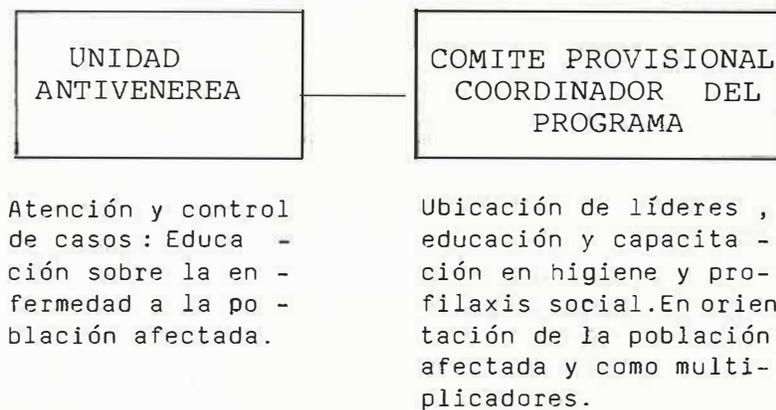


FIGURA 11. Primera Etapa en la Organización del Programa.

En esta etapa, el papel del grupo o comité coordinador va a ser básicamente de apoyo a la labor de la unidad médica y de educación y capacitación de sus miembros. Se tratará de lograr con ellos :

- Educarles y capacitarles en materia de salud a nivel primario, especialmente, en higiene social.
- Convertirles en multiplicadores en seis áreas y sectores de acción.

- Sentar las bases e iniciar la segunda etapa del proceso de organización.

La segunda etapa, que se espera iniciar en el curso del primer año del programa se propone lograr que a su finalización, al término del primer año, exista, por lo menos en embrión, la siguiente estructura organizacional (Ver Figura 12).

Como se observa en la gráfica, lo que se pretende es generar un organismo en el cual la comunidad tenga plena responsabilidad del trabajo, de las decisiones y acciones a emprender. Se trata igualmente, de lograr que lo que hoy constituye la unidad central de trabajo: Médico, Trabajador Social, Enfermeras, pase a ser apenas un órgano o grupo de investigación, educación y control en la medida en que otras unidades de la estructura asumen el liderazgo de la gestión del programa.

El grupo de investigación por ejemplo, se ocupará de sistematizar la información existente respecto a la población afectada y por ello, tendrá las siguientes funciones :

- Sistematizar la información que se refiere al proceso desarrollado por la unidad antivenérea, desde su creación hasta el momento.

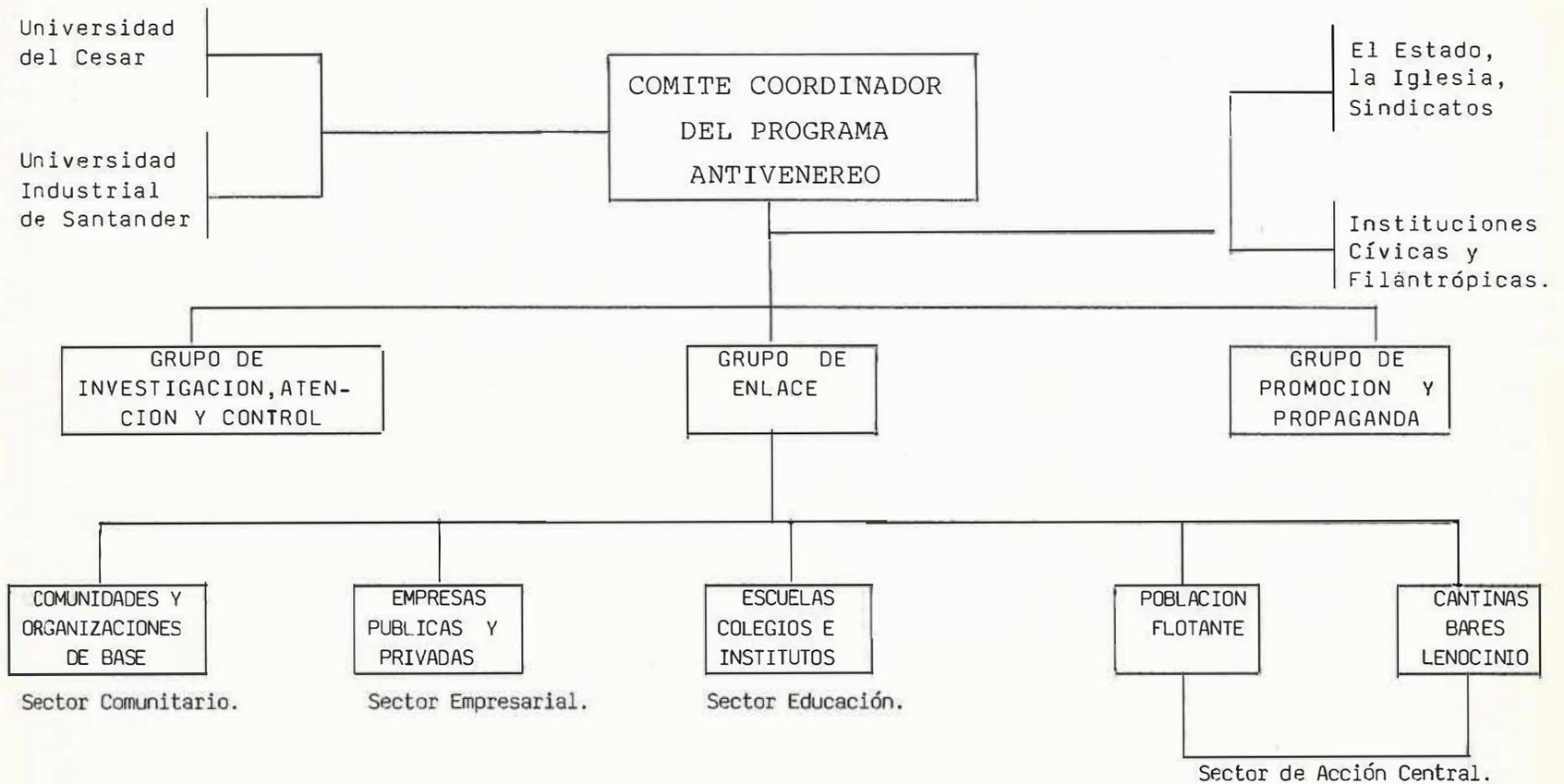


FIGURA 12. Segunda Etapa del Trabajo Organizacional.

- Mantener el control estadístico de la situación.

- Diseñar y coordinar estudios sobre el tipo de enfermedades más frecuentes, la presencia de casos de lesiones graves que merezcan la intervención de entidades especializadas como la unidad específica de Programa Antivenéreo del Ministerio de Salud y de la facultad de medicina de la Universidad Industrial de Santander.

- Atender médicamente los casos bajo control.

- Asesorar y orientar a la población afectada.

- Sistematizar información teórica sobre las enfermedades venéreas en el mundo y su tratamiento.

- Diseñar promover y coordinar seminarios de capacitación para los miembros de los comités de trabajo, de carácter general y de carácter específico.

- Evaluar el programa de trabajo, recoger las magnitudes existentes y, seguir los ajustes y cambios necesarios.

El grupo de enlace por su parte estará conformado por los representantes de los grupos. Como integrar los grupos forma parte de un proceso a mediano plazo, la conformación del grupo o comité de enlace supone la iniciación de la segunda fase, el cual de la organización primaria, se pasará

a la segunda fase del mismo, con base en un trabajo de proyección a la comunidad, de educación en materia de higiene social y de concientización de la población en sus diversos niveles y estratos.

Como funciones del grupo de enlace se establecen las siguientes :

- Mantener la comunicación entre el programa y los diversos sectores de la comunidad que se encuentran en él representados.

- Constituir un elemento multiplicador en aquellos sectores de la comunidad en los cuales posee influencia directa e indirecta.

- Integrar los respectivos comités de cada sector, encargados de adoptar estrategias particulares de acuerdo a los problemas, intereses y limitaciones existentes.

- Ser un elemento comunicador en ambos sentidos; del comité coordinador hacia los comités de trabajo y, de la comunidad y los comités hacia el comité coordinador. Debe, igualmente, promover, mantener y coordinar la comunicación con los elementos del Estado, la facultad de medicina de la Universidad Industrial de Santander, la Universidad del Cesar y el SENA - Seccional Aguachica - como unidades cien

tíficas que tienen en el municipio, en sus instituciones, campos de práctica para sus estudiantes y que desean contribuir en las limitaciones más importantes a vencer: La de concientización y movilización y, la de educación y organización.

En atención a ello, la segunda fase del proyecto comprende la creación de pequeños organismos en los diversos sectores de la comunidad y del municipio encargados de ser los verdaderos responsables del programa de higiene social ya que sin la participación de la comunidad, sin la educación no se puede lograr la higiene social, sin ella, no hay cambio de actitudes respecto al problema de las enfermedades venéreas y de la prostitución y por lo tanto, no existirá la voluntad ni el deseo de organizarse para controlarle y mantenerle dentro de niveles permisibles.

Esta organización debe integrarse con base en un programa de trabajo puesto que de no ser así, se crearía un organismo que por carecer de metas inmediatas y sólo objetivos generales, a largo plazo, no tendría posibilidad de proyectarse provechosamente a la sociedad. Es por ello, que el paso siguiente consiste en dar a conocer el elemento programático de la propuesta de Trabajo Social ante la problemática de higiene social del Municipio de Aguachica.

4.3 PROGRAMACION DE LA PROPUESTA: PROGRAMA DE HIGIENE Y EDUCACION SOCIAL DEL MUNICIPIO DE AGUACHICA

4.3.1 Presentación.

La titulación del programa no pretende evadir el hecho de que la problemática central que lo genera, a la que responde, es la alta frecuencia que presentan las enfermedades venéreas en Aguachica y la carencia de objetividad que tendría el crear obstáculos o generar actitudes negativas hacia dos núcleos importantes de la población como son: la población flotante de los trabajadores, que en número de 20.000, aproximadamente, se acercan a la población a trabajar en la recolección de las cosechas, en la preparación de las tierras, siendo en cada caso diferente y, la población vinculada a los negocios de bares, cantinas, casas de lenocinio, cuyo creciente número guarda proporción y relación con la anterior, así como con la de los trabajadores de los campamentos petroleros de la región.

La programación es a corto y a mediano plazo, e incluye las bases de proyectos a largo plazo. Contiene como elemento fundamental, la acción de Trabajo Social en el proceso de materialización de las metas y en la integración de los diversos comités.

La metodología de la propuesta, en lo que a Trabajo So -

cial se refiere es, en esta fase, científica en cuanto a que se trata de elaborar una estructura programática tentativa, a ser discutida con el Comité Coordinador, para que se definan las funciones del Trabajador Social en el área de la salud en los niveles de la prevención y atención de los factores del problema.

4.3.2 Justificación.

La materialización de esta propuesta se justifica así :

En el hecho de que la acción puramente de control médico que se viene desarrollando, si bien es efectiva en lo relacionado con el tratamiento de los casos y el mantenimiento bajo control de un reducido grupo de población, no permite una labor de detección, de control de prevención de mayor radio por presentar limitantes que pueden superarse en buena parte mediante el programa propuesto por que no hay educación sobre higiene social; porque no hay conciencia de la magnitud del problema y porque hay limitaciones de recursos entre los cuales es fundamental la del recurso humano.

En el sentido de que, de seguir aumentando el volumen de la población afectada, en el criterio de la medicina social, podría llegarse a una situación de crisis porque los recursos existentes serían incapaces de mantener un adecuado control y los límites de profilaxis adecuados para

la situación.

Porque es indispensable que la población participe en el estudio y atención de sus problemas de fondo. Que las organizaciones de base se capaciten en aspectos tan importantes como el de la higiene social. Igualmente, que las asociaciones y organismos cívicos se interesen por ellos no sólo, por aquellos aspectos marginales de la problemática social.

Igualmente, hay que considerar, en nuestro Sistema Social, que la prostitución como problema de higiene y profilaxis social, al cual se vincula gran parte de la problemática de las enfermedades venéreas, es un factor permanente, estable, en la vida de Aguachica, vinculado a la economía que requiere de altos volúmenes de población flotante que por su bajo nivel educacional, sus bajos ingresos y la carencia general de oportunidades y servicios, satisface sus necesidades biológicas-sexuales, con la prostitución, generando las bases para que este tipo de actividad florezca y constituya, fuente de ingresos y de trabajo para un sector importante de la población.

4.3.3 Objetivos del Programa.

4.3.3.1 Objetivos Generales.

- Estabilizar mediante un organismo socio-gestionario, la acción médico-social, que se viene desarrollando a partir de la Unidad Antivenérea, que involucre los diversos sectores de la comunidad mediante actividades prioritarias de educación, atención y control en el área de la higiene social.

- Materializar las bases para el desarrollo del programa de salud a nivel primario, extendiendo la acción de educación en salud a otros aspectos de ésta, tales como la vacunación, la atención de la mujer embarazada, el parto, el aborto, la higiene y el aseo en el hogar, la disposición de excretas y basuras, la atención del menor y la economía familiar.

4.3.3.2 Objetivos Específicos.

Materializar los objetivos generales implica comprometerse en el desarrollo de proyectos que conlleven a ello. En este caso son los siguientes :

- Apoyar la integración del Comité Coordinador y del grupo de enlace, detectando líderes y personas interesadas y dispuestas a participar directa e indirectamente en el estudio, el control, la atención y la detección de proble -

mas en el área de la salud, orientando inicialmente la atención hacia las enfermedades venéreas y la higiene social como base para una acción general en el nivel primario de la salud.

- Apoyar orientar y promover la creación de comités de salud en las organizaciones de distinto nivel (comunitarias, sindicales, gremiales, económicas, cívicas, de la educación) con el fin de crear los factores multiplicadores del programa.

- Educar y capacitar a la población en materia de higiene y salud social como medio fundamental para la creación de actitudes positivas hacia la realización del programa y cualquier actividad de beneficio comunitario.

- Apoyar la realización de programas y proyectos de recreación, de aseo, de educación, que desarrollen las instituciones y organizaciones de la comunidad con el fin de integrar la acción en salud a la actividad cotidiana de ésta.

- Promover, capacitar y educar, el liderazgo en la comunidad con el fin de mantener una base de acción y participación comunitaria que permita la estabilidad y generalización de los programas.

- Atender la población afectada por las venéreas y crear unidades que faciliten detectar casos en la población flotante y en la población estacionaria y orientarlas hacia la necesidad de su atención y control.

- Educar y capacitar a la meretriz en la prevención de las enfermedades venéreas, en la necesidad de su pronta atención y en las medidas de control que deben complementar el tratamiento médico de cada enfermedad.

4.3.4 Estructura del Programa.

Contempla el programa tres proyectos básicos encuadrados en los objetivos específicos anteriormente expuestos que se elaboraron en la siguiente forma :

4.3.4.1 Proyecto de Educación y Capacitación en Salud.

Como objetivo de este proyecto se ha trazado, el de ocuparse de la capacitación de los líderes que van a vincularse inicialmente en el Comité Coordinador y en el de apoyar y asesorar al mismo, inicialmente y más tarde, al grupo de enlace, en la elaboración y realización de programas de educación a la comunidad en general y a los sectores específicos, en materia de higiene social, prevención, atención y control de enfermedades venéreas.

La ejecución de este proyecto está a cargo, fundamental - mente, del grupo de investigación y controlen el que participan, la Unidad Antivenérea y, los practicantes de las unidades educativas, universitarias, de nivel superior y técnico, involucradas en el programa.

TABLA 16. Cuadro de Sistematización del Proyecto de Educación y Capacitación.

Actividades	Objetivos	Metas a Mediano Plazo	Tiempo
Capacitación de líderes.	Capacitar líderes en materia de salud, higiene social, orientación y movilización.	100 líderes en el primer año.	Un año
Educación en salud.	Educar a la comunidad mediante programas, cursos y seminarios, en salud e higiene social.	10 comunidades y tres grupos de 20 meretrices.	Un año

4.3.4.2 Proyecto de Investigación.

La finalidad de este proyecto, es el de sistematizar el

proceso segundo en la atención del problema, en los últimos cinco años, sistematizar la segunda fase que se iniciará con la materialización de la propuesta. Implica sistematización teórica de información relacionada con las enfermedades venéreas, la prostitución, la higiene y la profilaxis social, el nivel primario de la salud, la orientación y asesoría de líderes, la promoción y organización de la comunidad. Sus actividades y objetivos se sistematizan en la siguiente Tabla.

TABLA 17. Actividades, Objetivos y Metas del Proyecto de Investigación.

Actividades	Proyecto de Investigación			
	Objetivos	Metas	Responsables	Tiempo
De revisión de experiencias del grupo.	Sistema de estadísticas y experiencias , control de procesos , análisis de la situación general.	Elaborar documentación básica para el conocimiento y diagnóstico del problema.	El grupo de atención y de investigación	Un año
Sistematización teórica.	Elaborar las bases del programa de edu-	Diseñar 10 programas de edu-		

Continúa...

Actividades	Proyecto de Investigación			
	Objetivos	Metas	Responsables	Tiempo
	cación y capacitación.	cación y capacitación.		
Estudio de problemas de la comunidad.	Detectar problemas específicos y generales.	Diagnóstico de necesidades y problemas de la comunidad.		

4.3.4.3 Proyecto de Organización y Movilización.

Comprende las actividades relacionadas con la creación de la estructura básica, la integración de los diversos comités y grupos que en sus distintas fases permitirán la ampliación de la cobertura del programa, implicando la comunidad, sus estamentos y los diversos sectores de su economía y vida social.

TABLA 18. Organización y Movilización Comunitaria.

Actividades	Proyecto de Organización y Movilización			
	Objetivos	Metas	Responsables	Tiempo
Organización del Comité Coordinador.	Integrar la unidad ejecutiva del programa.	Integrar el comité coordinador y capacitar a sus miembros	Comité coordinador.	6 meses
Integración del grupo de enlace.	Desarrollar la fase de socialización del programa.	Tener integrados comités de trabajo y dos grupos técnicos	Grupo de promoción y propaganda.	6 a 8 meses
Integración de grupos de trabajo	Pasar a la fase de acción general y gestión en los diversos sectores.	Integrar dos grupos en dos sectores diferentes	Unidad antivenérea Grupos creados.	Un año

4.3.4.4 Proyecto de Atención y Control.

Mantener la labor de atención y control de casos que se ha venido desarrollando hasta el momento, tratando de incorporar cada vez más, los recursos que en materia de salud, recreación, educación y acción comunitaria, existan en la municipalidad.

4.3.5 Aspectos Complementarios del Programa.

Aunque la preocupación fundamental que ha generado esta propuesta, está dada en relación con el problema de las enfermedades venéreas y de la prostitución, es sustancial reconocer, que no sólo accionar en el área específica de la salud conducen a buenos resultados en la materia. Es necesario considerar acciones que otros grupos y organizaciones desarrollen, para que a su vez, ellos se interesen y promuevan alrededor de los problemas e intereses del grupo del que formamos parte.

La vida de la comunidad es la vida del hombre, como agente fundamental de sus acciones, de su dinámica y de su gestión. El hombre es un ser integral, de múltiples facetas, las cuales deben considerarse e integrarse en lo que respecta a cualquier motivación, acción o finalidad a desarrollarse en materia social.

La recreación, la cultura, el deporte competitivo, no pueden estar excluidos de un proyecto de salud, porque se reduce así, a éste, a acciones específicas que logran poca receptividad en la comunidad al no complementarse con elementos que compugnen las facetas de la personalidad del individuo. Si no se da una labor de apoyo a las organizaciones de base existentes en cuanto a sus intereses, a su gestión particular, no se interesarán éstas en participar en el programa de salud y mucho menos en integrar los mencionados comités o que estos, de existir, se promuevan hacia los objetivos particulares de éste.

Es en este sentido, el de la organización, la educación y la movilización de la comunidad, en que se hace palpable la necesidad del Trabajador Social en este tipo de trabajos.

4.4 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA QUE CONSTITUYE LA PROPUESTA

Actualmente, el trabajador social está vinculado laboralmente a la Unidad Antivenérea, como funcionario del Hospital de Aguachica. Se plantea, ante la construcción y dotación de la Unidad Regional y de la materialización del programa, la necesidad de otro profesional vinculado directamente a la municipalidad, para que complemente en el área social, la acción que en salud viene desarrollando

el primero.

De todas formas, en materia del programa, las funciones del trabajador social son las siguientes :

- La atención social de los casos de pacientes afectados por enfermedades venéreas; su orientación y su concientización sobre la necesidad del control médico y de la higiene social.

- La ubicación de líderes concientes y potenciales en los diversos sectores y niveles de la comunidad.

- La capacitación del liderazgo para la acción comunitaria.

- La promoción de procesos sociogestionarios que atiendan en forma colectiva el problema de la salud.

- La integración de grupos, comités, equipos de trabajo y organismos básicos para la estabilidad del programa y la materialización de las actividades de acuerdo a su finalidad específica.

- La capacitación de grupos.

- La elaboración de programas orientados a la educación de

la comunidad.

- El apoyo a actividades, programas y proyectos de diversa índole, que permitan el acercamiento de los integrantes del programa, a las agrupaciones de la comunidad.

- El estudio de casos y la orientación de la meretriz.

- El acercamiento a la población flotante, y la creación de mecanismos que faciliten y posibiliten su compenetración en el programa.

De esta forma y en atención a lo expuesto, el trabajador social decide y mantiene un perfil activo en la definición y la gestión del programa y tiene claridad sobre cual debe ser su papel en cada una de las actividades de los proyectos.

5. CONCLUSIONES

Son tres, fundamentalmente, las conclusiones que se pueden extraer de las experiencias vividas y del análisis de los diversos aspectos considerados, especialmente, los que se relacionan con la comunidad, con sus problemas y la gestión del Trabajo Social.

5.1 EN CUANTO A LA COMUNIDAD

La comunidad es un todo heterogénea. Resulta aún más compleja y heterogénea en el caso de comunidades como Aguachica en la que están presentes fenómenos como el de la población flotante, que se asocia a problemas como el de la prostitución, la promiscuidad, y la generación de hábitos de higiene social.

Es igualmente heterogénea y compleja, en la medida en que en ella se expresa materialmente la sociedad en sus logros, sus oportunidades, sus limitaciones y contradicciones y en la diversidad del componente humano, en sus instituciones y organismos. Ello obliga, a no considerarla ,

para los fines de proyectar metas, como un todo homogéneo y unificado, que responde unificadamente a las motivaciones de los programas y que responde uniformemente a los diversos estímulos que se le ofrecen. La proyección comunitaria debe considerar niveles, sectores, áreas, conceptos y opiniones diversas, como diferentes a niveles de aporte, de integración y de solidaridad.

5.2 EN CUANTO A SUS PROBLEMAS Y EL NIVEL DE CONCIENCIA EXISTENTE

Un problema, como el de la prostitución, las enfermedades venéreas, las epidemias, pueden afectar a una comunidad sin que ella tenga conciencia del modo, la magnitud y gravedad de él. Sin educación no hay conciencia.

La educación comunitaria es más general y más específica que la formal. Es educación para la vida, no para la reproducción del sistema. Responde y debe responder a problemas concretos y por ello, la proyección comunitaria comprende acciones individuales y grupales; comunitarias todas; autogestionarias y sociogestionarias.

En el caso de la salud, de la prostitución y las enfermedades venéreas en Aguachica, la proyección comunitaria plantea la solución de los siguientes problemas, mediante el programa que centraliza la presente propuesta :

- El de crear conciencia colectiva sobre el problema.
- El de controlar y atender la situación existente.
- El de organizar los diferentes elementos comunitarios en el proceso de atención.
- El de integrar actividades de diversa índole en el programa concreto especialmente, las que provienen de grupos y organismos de la comunidad.
- El de promover, capacitar y orientar el liderazgo.
- El de dar paso a procesos sociogestionarios.

5.3 EN RELACION AL TRABAJO SOCIAL

La acción del trabajador social en la comunidad es, en esencia, una acción institucionalizada o, por lo menos programática. No es la gestión espontánea que parte de puntos ceros, en que a éste le toca hacer la labor, completa de diagnóstico, planificación, decisión, ejecución y evaluación. Esta integrada a procesos generales y particulares en los que el profesional participa, en sus diversos niveles, de acuerdo a la proyección que se haya demarcado en la organización de los proyectos y mecanismos de gestión, así como lo que el logre darse en razón de la ca

pacidad de su gestión.

En el caso del programa que nos ocupa, el colaborar a ampliar las metas, medios y organismos que se entienden del problema, contribuye a ampliar sus posibilidades de proyección y, ampliar el nivel de su gestión, al definir su perfil tanto en la unidad que centraliza la acción médica y paramédica como en las que se ocupan de los aspectos programáticos, políticos y ejecutivos del programa.

Se observa que en este caso, la acción del trabajo social satisface su naturaleza programática y de gestión colectiva, cuando su propuesta contempla y contiene los componentes más elementales y los más complejos de la estructura comunitaria y, acciones en los sectores y niveles que la integran.

Ha disminuido notablemente en los últimos años en casi todo el mundo, posiblemente por mejores medidas higiénicas y por el uso de los antibióticos. Se presenta con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer.

GONORREA: Es una enfermedad infecciosa producida por la *Neisseria gonorrhoeae* y transmitida casi exclusivamente por contacto sexual. Ocasiona como manifestaciones iniciales secreción purulenta en el hombre, secreción purulenta uretral y del cervix en la mujer adulta, vulvovaginitis en la niñas preadolescentes y oftalmía en los recién nacidos y a veces en los adultos.

GRANULOMA INGUINAL: O Donovanosis, es una enfermedad que se caracteriza por ulceraciones tórpidas, a veces vegetantes y destructivas, generalmente localizadas en las regiones genitales, inguinales y perianales. El agente etiológico es un microbacilo, la *denovania granulomatis*, que penetra en la piel por contacto sexual casi siempre.

LINFOGRANULOMA VENEREO: (Bubón climático o Enfermedad de Nicolas-Favre). Esta enfermedad es producida por una clamidoócea, la *Miyagawanella lymphogranulomatis*, que es cultivable en tejidos y embrión de pollo. Se transmite por contacto sexual. En general es más común o afecta con mayor frecuencia al hombre que a la mujer.

SIFILIS: Es una enfermedad infectocontagiosa capaz de comprometer cualquier estructura orgánica; es curso crónico y está caracterizado por períodos de actividad que alteran con períodos de latencia los cuales pueden tener hasta años duración.

BIBLIOGRAFIA

ANDER-EGG, Ezequiel. Diccionario del trabajo social. México, El Ateneo.

_____. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. México, El Ateneo.

BURTON, J. problemas de la educación sanitaria y enfermedades venéreas. Lisboa, 1965.

CELAT'S. Desarrollo de la comunidad y trabajo social.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO DE PLANEACION. Cambio con equidad 1983-86.

_____. MINISTERIO DE GOBIERNO. Veinte años de desarrollo de la comunidad.

_____. MINISTERIO DE SALUD. Comportamiento de sífilis e infección gonocócica. Tercera investigación epidemiológica nacional. Barranquilla, Lito Quillan, 1976-82.

_____. _____. Dirección y participación de la comunidad. Estructura y organización de trabajo social en el sistema nacional de salud. Bogotá, Agosto, 1978.

CONTRERAS C., Gonzalo y CADAVID, Gustavo. Algunos aspectos

- tos de la prostitución en nuestro medio. Universidad de Antioquia. Departamento de Medicina Preventiva.
- FEDERACION COLOMBIANA DE TRABAJADORES SOCIALES. Código de ética profesional para el trabajador social.
- FRIDLANDER, W.A. Dinámica del trabajo social. México, Pax, 1978.
- GANDRA, Domingo. El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. Educación médica y salud.
- GUERRERO GONZALEZ Y MEDINA. Epidemiología. Bogotá, Fondo Interamericano.
- KISNERMAN, Natalio. Salud pública y trabajo social. Buenos Aires, Hvmánitas.
- MANGUINA LARCO, Alejandro. Desarrollo capitalista y trabajo social. Perú 1896-1979. Perú, Celat's.
- MEDELLIN. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Sección trabajo social, octubre 1981.
- MURRAY, Ross. Organización de la comunidad.
- PLAN DE DESARROLLO DE AGUACHICA, Cesar.
- REVISTA PROYECTOR 053. Aguachica, septiembre, 1984.
- RUSSELL L., Ackoff. Un concepto de planeación de empresas México, Limusa, 1974.
- SALAZAR DE ACOSTA, Gloria. Revista de trabajo social. N° 17. 1982.

TERRIS, Milton. La revolución epidemiológica y la medicina social.

TERRY R., George. Principios de Administración. México.

TORRES DIAZ, Jorge. Razón de ser del trabajo social. Barranquilla, noviembre de 1984.

VALLEDUPAR. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CESAR. 1983.

VEGA MURGAS, Cesar. Mi departamento.

ZARATE M., Alberto. Fundamentos de administración de salud y epidemiología. Bucaramanga, 1985.

ANEXO 1. MODELO DE ENCUESTA APLICADO A LAS MERETRICES DE
AGUACHICA-CESAR.

ENCUESTA

ANALISIS SOCIO-ECONOMICO-CULTURAL DE LAS MERETRICES
EN AGUACHICA - CESAR

- 1 . EDAD _____
- 2 . LUGAR DE NACIMIENTO _____ DPTO. _____
- 3 . SITUACION ECONOMICA DE LA FAMILIA EN EL MOMENTO DE
ABANDONAR SU HOGAR:
BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____ SIN RESPUESTA _____
- 4 . GRADO DE ESCOLARIDAD:
PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ UNIVERS. _____ OTROS _____ NINGUNA _____
- 5 . EDUCACION SEXUAL Y MEDIOS POR LOS CUALES HA RECIBIDO
INFORMACION:
MADRE _____ UNOS AMIGOS _____ OTROS _____ NINGUNO _____
- 6 . CAUSAS QUE LA INDUJERON HACIA LA PROSTITUCION:
SITUACION ECONOMICA _____ BUSQUEDA DE PROTECCION _____ ENGA -
ÑO _____ OTROS _____ SIN RESPUESTA _____.
- 7 . INFLUENCIAS EXTERNAS QUE LA MOTIVARON HACIA LA PROSTI
TUCION:
UNOS AMIGOS _____ UN DESCONOCIDO _____ EL DUEÑO DE UN BAR _____
OTROS _____.
- 8 . SU INGRESO MENSUAL ES:

\$15.000___ \$30.000___ \$45.000___ \$70.000___ MAS___

9 . CONSIDERACIONES SOBRE SU TRABAJO. EN QUE CONDICIONES UBICA:

BUENO___ REGULAR___ MALO___

10. AREAS EN LAS CUALES DESEA CAPACITARSE:

MODISTERIA___ TEJIDOS___ ENFERMERIA___ LECTURA Y ESCRITURA___ OTROS___ NINGUNA___ SIN RESPUESTA___

11. RELACION ENTRE ESCOLARIDAD Y TRABAJO QUE DESEA DESEMPEÑAR:

PRIMARIA___ SECUNDARIA___ NINGUNA___ MODISTERIA___ CASA DE FAMILIA___ DEPENDIENTE EN LA RAMA COMERCIAL___ ENFERMERIA___ SIN RESPUESTA___

12. CUANTOS HIJOS TIENE USTED:

UNO___ DOS___ TRES___ CUATRO___ CINCO___ MAS DE CINCO___ NINGUNO___

13. SABE USTED QUE ES UNA ENFERMEDAD VENEREA Y QUE MEDIOS SON UTILIZADOS PARA PREVENIRLA:

SI___ NO___

MEDIOS: REVISION DEL CLIENTE___ BAÑO___

OBSERVACIONES _____

14. QUE CONCEPTO LE MERECE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIO, CONTROLES O EL PROGRAMA ANTIVENEREOS EN LA UNIDAD DE SALUD:

BUENO___ REGULAR___ MALO___

15. QUE PROGRAMAS LE GUSTARIA QUE IMPLEMENTARA LA TRABAJA
DORA SOCIAL:

16. QUE PIENSA SOBRE LAS MEDIDAS REPRESEIVAS QUE EN DETER
MINADOS MOMENTOS SE VEN OBLIGADOS A EJECUTAR EL PERSO
NAL DE SALUD Y LOS AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL:

OBSERVACIONES

ANEXO 2 . INFORME SOBRE EL CENSO REALIZADO A LOS DIFEREN -
TES ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES Y MERETRICES .

DE . PEDRO MENDOZA B.
Citador de Contactos

PARA. DR.TOMAS E. MONTAÑEZ C.
Méd.Programa anti-venéreo Hospital Aguachica

FECHA. Julio 26 de 1984

ESPECIFICACIONES

En la presente fecha se realizó el respectivo censo, cu -
yos datos son los siguientes :

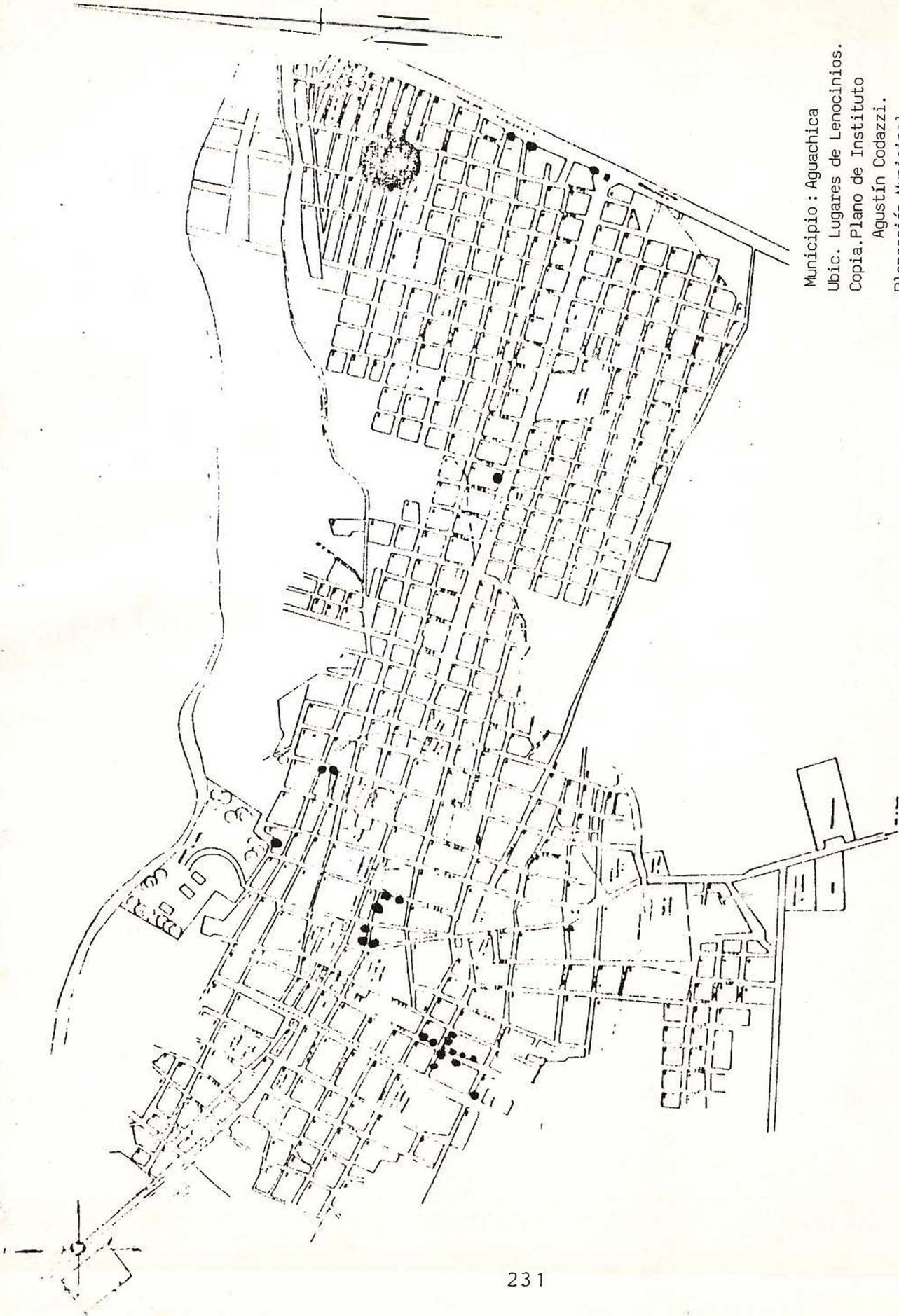
<u>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</u>	<u>DIRECCION</u>	<u>N° DE MERETRICES</u>
1. Bar Blanco y Rojo	Cra.11 N°5A-07	4
2. Bar Café Delicias	Cra.12 N° 6-03	3
3. Bar Las Camelias	Cra.10 N° 8-115	13
4. Bar La Taberna	Cra.10 N° 9-05	8
5. Bar Gran Café	Cra.13 N°54-60	8
6. Grill Dragón de Oro	Cra.16 N° 2-104	2
7. Grill Marquetalia	Clle 1 N°13-38	10
8. Bar Brisas del Mar	Cra.40 N° 4-02	8
9. Bar El Crucero del Amor	Cra.40 N° 3-26	5
10. Bar 5 y 6	Clle 5 N°13-06	3
11. Spor Riber	Clle 5 N°14-17	2
12. Grill El Recreo	Cra.16 N° 6-74	9
13. Grill El Diferente	Cra.18 N° 2-102	5
14. Bar El Estoraque	Cra.36 N° 4-34	3
15. Jarrón de Baviera	Clle 4 N°24-36	2
16. Bar Tropicana	Cra.11 N° 5-65	6
17. Bar Las Vegas	Clle 5 N°21-52	2
18. Grill La Espera	Clle 9 N° 8-02	3

<u>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</u>	<u>DIRECCION</u>	<u>N°DE</u>	<u>MERETRICES</u>
19. Bar Motorista	Carretera al mar Cra 40		3
20. Bar Tropical	Clle 9 N°39A-20		2
21. Bar Nevado	Cra. 39 N° 1-34		No tiene
22. Bar Brisas del Cesar	Clle 4 N° 8-03		4
Total número de establecimientos		22	
Total número de meretrices		105	

AGUACHICA, Julio 26 de 1984.

PEDRO MENDOZA B.

C. Contactos Hospital Aguachica



Municipio : Aguachica
Ubic. Lugares de Lenocinios.
Copia.Plano de Instituto
Agustín Codazzi.
Planeación Municipal.