

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO EN EL NIVEL DE
ATENCION DE LA POBLACION AFECTADA POR GASTROENTERITIS

CARLINA MOLINARES

YOLANDA GUERRERO

MARIBEL ORTIZ

Trabajo de grado presentado
como requisito parcial para
optar al título de
TRABAJADORA SOCIAL

Asesor : ADALBERTO REALES

BARRANQUILLA

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

1992

PAGINA DE APROBACION

La tesis titulada EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO EN EL NIVEL DE ATENCION DE LA POBLACION AFECTADA POR GASTROENTERITIS, presentada por CARLINA MOLINAREZ, YOLANDA GONRRERO Y MARIBEL ORTIZ MARIN, en cumplimiento del requisito parcial para optar al titulo de TRABAJADORA SOCIAL, fué aprobada por el Asesor de Tesis, el día _____ de _____ de 1.993.

ADALBERTO REALES

Asesor

DEDICATORIA

Este título de Trabajadora Social ya dedicado a los seres que yo amo y que de una u otra forma han contribuido al logro de mis objetivos trazados que hoy se convierten en una maravillosa realidad.

A mis Padres, Hermanas y a mi Esposo por el estímulo brindado, a mis Hijos por ser el motivo de mi inspiración.

MARIBEL

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a los seres que amo y que de una u otra forma ha contribuido al logro de este objetivo tan anhelado, que hoy se convierte en una maravillosa realidad.

A mi hijo por ser motivo de inspiración, a mis Padres y Hermanos por el estímulo brindado y especialmente a mi amigo ADOLFO SALAS por su apoyo especial en los momentos más difíciles.

YOLANDA

DEDICATORIA

Dedico este triunfo con todo el fervor de mi alma, luego de tan aguerridos esfuerzos que me harán ser más optimista en esta vida, para seguir cosechando grandes éxitos y así de esta manera brindársela a mis queridos padres JULIO MOLINARES e ISABEL IBANEZ, los que agotaron sus más últimos esfuerzos por mí.

CARLINA

AGRADECIMIENTOS

Las autoras, expresan sus agradecimientos :

A La UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR, porque en el transcurso de nuestra carrera nos proporcionó los medios para enriquecer nuestros conocimientos.

A Nuestros profesores

A El decano JORGE TORRES

A Nuestro Asesor ADALBERTO REALES

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

TABLA DE CONTENIDO

0. INTRODUCCION	iv
0.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	vi
0.2. OBJETIVOS	ix
0.2.1. Objetivo general	ix
0.2.2. Objetivos Específicos	x
0.3. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA	xi
0.4. DELIMITACIONES	xii
0.4.1. Delimitaciones espaciales	xii
0.4.2. Delimitaciones de contenido	xiii
0.4.3. Delimitaciones temporales	xiii
0.5. HIPOTESIS	xiii
0.5.2. Hipótesis de trabajo	xiii
0.5.3. Operacionalización de variables	xiii
0.6. MARCO DE REFERENCIA	xvi
0.6.1. Marco teórico	xvi
0.6.2. Marco conceptual	xvi
0.7. METODOLOGIA	xix
0.7.1. Método	xix
0.7.2. Nivel y tipo de estudio	xix

0.7.3. Proceso de recolección de datos	ix
0.8. ESQUEMA DE PRESENTACION DE RESULTADOS	xxi
1. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	1
1.1. GENESIS DE LA ENFERMEDAD	1
1.2. FACTORES EXOGENOS DE SU DESARROLLO	3
2. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA	5
2.1. CLASIFICACION DE LA POBLACION ATENDIDA	5
2.1.1. Población atendida	5
2.1.2. Procedencia social y ubicación en las comunidades afectadas	9
2.2. MOVILIDAD SOCIOECONOMICA	12
2.2.1. Relación entre población económicamente activa y niveles de ingreso	14
2.3. RELACION ENTRE CONDICIONES EPIDEMIOLOGICAS Y CONDICIONES SOCIOECONOMICAS	17
3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO, PERSPECTIVAS Y PROYECCION	21
3.1. CARACTERISTICAS DE LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO, PERSPECTIVAS Y PROYECCION.	21
3.2. ELEMENTOS PROGRAMATICOS	27
3.3. ELEMENTOS DE PROYECCION DE TRABAJO SOCIAL	33
4. CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	46

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figure 1. Ciclo vicioso de la gastroenteritis

28

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO EN EL NIVEL
DE ATENCION DE LA POBLACION AFECTA POR GASTROENTERITIS

INTRODUCCION

Para nadie es desconocido que en el Departamento del Atlántico y de manera especial la ciudad de Barranquilla durante los últimos cinco años la población infantil menor de 7 años, ha venido siendo afectados por las enfermedades inmuno prevenibles con resultados negativos, ya que la tasa de mortalidad se incrementa, como producto de tal situación.

Las acciones de los organismos estatales, han impulsado programas tendientes a la disminución de dicha tasa, y a la prevención pero aún, los esfuerzos no son suficientes ya que en las comunidades subnormales las condiciones materiales de vida se deterioran cada vez más, lo que sugiere la implementación de nuevas alternativas.

Dentro de este contexto, el Hospital Pediátrico, adscrito al Servicio Seccional de Salud, viene adelantando un programa de atención médica a la población infantil afectada por la gastroenteritis, que como ya dijimos al inicio, viene inventándose, ya que su afección está asociada por el flagelo de la desnutrición en tanto que esta población proviene de las comunidades marginadas donde confluyen otros problemas del orden socioeconómico, y la acción institucional se ve afectada.

En este sentido, la incidencia del que hacer profesional del Trabajador Social proporcionará los elementos indispensables para que la comunidad afectada y los miembros de la comunidad, diseñen en conjunto, alternativas en la educación de la salud, de igual forma que las políticas de la institución se expanden hacia tales comunidades, esto significa mayores grados de cualificación en el desarrollo social de las condiciones de vida de la población.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las condiciones de salud de la población infantil de las comunidades marginadas en el Municipio de Barranquilla, se ha venido desmejorando, en tanto que el incremento de las enfermedades inmunoprevenibles han alcanzado un número significativo de menores de 6 años afectados, que de acuerdo al Servicio Seccional de Salud durante 1.983 la población afectada fue de 1.600 casos, en 1.989 4.000 casos, en 1.985 4.500 casos, en 1.986 3.200 casos y en 1.987 fue de 2.793 casos.

Ahora bien, estas cifras por si solas indican que las enfermedades inmunoprevenibles se incrementan, independientemente de las acciones que las instituciones de salud ejerzan, ya que tales acciones, además de estar dispersas, su planificación se hace en tiempo de invierno, ante la presencia de insectos e incrementos de focos infecto contagiosos, cuyos resultados no son eficaces y por ende la erradicación se hace más difícil.

Dentro de este contexto de enfermedades inmunoprevenibles, la gastroenteritis es una de las que mayormente ha incidido en el incremento de la tasa de morbimortalidad, la cual pasa del 26% en 1.982 al 32%, aun cuando las políticas , las campañas de

prevención, y de vacunación se den su coexistencia es paralela a más factores determinantes, tales como: la población más afectada, proviene de los estratos bajos localizados en las comunidades marginadas:

Las condiciones socioeconómicas se hallan sujetas a la localización de actividades ocupacionales, clasificadas en la economía informal, cuyos ingresos no alcanzan al salario mínimo legal vigente.

Los hábitos de higiene, alimentación y cuidados de la población infantil más vulnerable, se inserta al proceso cultural que tales comunidades desarrollan en su interior.

Estos factores epidemiológicos, socio-económicos y culturales, nos permiten investigar y cuestionar.

10- Cual es la relación existente en que la población más afectada proviene de los estratos bajos de la Ciudad de Barranquilla.

20- En que medida la población afectada, puede integrarse a las políticas de salud, del Hospital Pediátrico?

30 La intervención de Trabajador Social al cualificar y dinamizar la cobertura de la institución, mediante qué alternativa se concretizará.

Tales preguntas nos facilitará el desarrollo de la presente investigación y nos proyectará las alternativas para que las

comunidades y/o población afectada pueda viabilizar tales condiciones.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar los diversos factores que intervienen en la génesis y el desarrollo de la gastroenteritis en la población atendida por el Hospital Pediátrico de Barranquilla y establecer los niveles de atención.

2.2. OBJETIVO ESPECIFICO

2.2.1. Determinar las características socio-económicas de la población infantil atendida para inferir los niveles de salud ejercido por el Hospital Pediátrico.

2.2.2. evaluar los niveles de participación del Trabajador Social frente al problema de atención pediátrica y sus respectivas acciones frente al bienestar social.

2.2.3. Diseñar un conjunto de actividades de intervención de Trabajador Social en salud, para promover una mayor orientación y educación frente a las enfermedades gastrointestinales.

3. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La población afectada por gastroenteritis en el Municipio de Barranquilla ha llegado a sobrepasar los límites de la cobertura de las Instituciones Oficiales Hospital Pediátrico, San Francisco de Paula, Hospital de Barranquilla, Unidad Zonal Nazareth, situación que ha implicado un cambio en la política de salud.

Dentro de esta política de salud se viene adelantando una campaña masiva de vacunación, pero que todavía nos obice para la virtual erradicación. Desde esta perspectiva, consideramos de vital importancia, que ante el incremento de la población de la población infantil, la intervención del Trabajador Social en el Hospital Pediátrico. su acción ha de conjugarse con un programa de participación comunitaria donde los padres de familia, los organismos cívicos populares y además organizaciones comunales se hallan participes en la búsqueda de alternativas, de tal manera que la cobertura se cualifique y así la calidad del servicio de la institución sea mas afectada.

4. DELIMITACIONES

4.1. DELIMITACIONES ESPECIALES

En el desarrollo de la investigación esta toma como referencia el Hospital Pediátrico de Barranquilla localizado en la calle 50 # 20-51, institución que viene atendiendo a la población afectada por gastroenteritis.

4.2. DELIMITACION DE CONTENIDO

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, tendremos en cuenta en primera instancia, los factores que intervienen en la génesis y desarrollo de la gastroenteritis, entre los cuales tenemos, el socio-económico, el epidemiológico y el cultural, posteriormente realizamos una clasificación de la población atendida según edad y sexo, como también su ubicación en el contexto de clase social, para luego plantear los niveles de participación comunitaria en salud, como elemento dinámico a la cualificación del desarrollo social.

4.3. DELIMITACIONES TEMPORALES

La investigación abarca el periodo comprendido entre 1.986-1.988 en lo que respecta a la población afectada por gastroenteritis, para poder realizar un análisis objetivo de dicha situación y luego inferir los elementos de intervención de Trabajador Social.

5. HIPOTESIS

5.1. HIPOTESIS GENERAL

La magnitud de la pobreza, las limitaciones del mercado de trabajo, y la deficiencia infraestructura de las necesidades básicas, institucionales conllevan a la presencia de factores que facilitan la génesis y desarrollo de la gastroenteritis.

5.2. HIPOTESIS DEL TRABAJO

5.2.1. El incremento de los factores infectocontagiosos. La disminución del ingresos económico y la conexidad con al desnutrición, determinan la acentuación de la población infantil afectada por la gastroenteritis.

5.2.2. De participar la comunidad bajo estrategias de organizaciones cívicas populares frente a las precarias condiciones de salud se cualificará la cobertura de la institución hospitalaria.

5.2.3. La ampliación de la cobertura y las alternativas de trabajo social en salud conducirán a la puesta en marcha de

proyectos concretos que disminuyan la incidencia de la población afectada.

5.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables Dependientes -----	Variables Intermedias -----	Indicadores -----
Factores infectocontagiosos en las comunidades marginadas.	Localización de las cadenas vulnerables	Volumen de la población afectada.
Características de los recursos económicos de la población en las comunidades marginadas.	Clasificación de la población económicamente activa según actividades.	Rangos de ingresos actividades ocupacionales.
Organizaciones cívicas populares en las comunidades marginadas.	Clases de organizaciones y comités de trabajo en las ciudades.	Acciones comunales, juntas cívicas.
Cobertura de la institución hospitalaria.	Actividades y políticas de t.s. en salud en el Hospital.	Cronograma de de actividades.
Alternativa de Trabajo Social en salud (hosp).	Plan de trabajo y proyección institucional.	Efectos de Trabajo Social.

6. MARCO DE REFERENCIA

El problema de la salud generalmente se ha visto de una manera aislada frente a las condiciones particulares, de carácter especial, si se mira desde el contexto de la responsabilidad del Estado, en tanto que los componentes programáticos no corresponden a los niveles de la realidad, y es cuando los programas que se vienen ejecutando, no alcanzan a satisfacer tales coberturas.

En Barranquilla a consecuencia de la proliferación de focos infectocontagiosos a la carencia de una acertada política de saneamiento urbano, se imposibilita la total erradicación de las diarreas y enteritis, que no solo actúan como consecuencia de lo anterior, sino también por la descomposición en el tratamiento del agua potable.

6.2. MARCO CONCEPTUAL

Participación comunitaria

Se entiende como el proceso individual y colectivo de ciertos roles y necesidades que define la capacidad de movilidad de sujetos, para la construcción de sus propios proyectos de vida y realización como entes fundamentales a relacionarse.

Participación comunitaria como proceso de pérdida

Es para referirse a todos aquellos espacios que en el mediano y largo plazo han venido disminuyendo su capacidad de adquisición, transmisión y proyección.

Al ir conformando una historia de este tipo, las comunidades han venido conformando una gran sedimentación de apatía e indiferencia que torna esta sedimentación en respuesta aunque solo sea negativa mediante la cual se anula e interfiere cualquier consumo de participación tomando el carácter grupal en propósito cada vez más lejano y por lo contrario dando paso a acciones con un perfil acusadamente individualista.

Trabajo Social en Salud

Está ligado desde su origen al paciente y su medio familiar, con un papel marginal a la acción médica que busca a enseñar a seguir ordenes del médico, la dieta prescrita las precauciones a tomar, el tratamiento de los temores del paciente.

Comunidad

En un sistema de relaciones sociales en un espacio definido integrado en base a intereses y necesidades compartidas.

7. METODOLOGIA

7.1. METODO

De acuerdo a las características de la investigación, el método a utilizar será el inductivo, ya que mediante las características del nivel de atención del Hospital Pediátrico. Frente a la población afectada por gastroenteritis, se analizarán los respectivos factores conexos que inciden en su desarrollo, como también los factores inherentes a las comunidades subnormales donde al encontrarse situaciones socio-económicas, y de manera determinante, la desnutrición de la población afectada por gastroenteritis es mayor y por ende la política de Trabajo Social exige mayores niveles de participación.

En este análisis inductivo, también tendremos en cuenta de como las comunidades subnormales, son precisamente las más vulnerables frente a las enfermedades inmunoprevenibles, y sustancialmente de como el profesional de Trabajo Social plantea las alternativas para su virtual cualificación.

7.2. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

Paralelo al método inductivo, el nivel y tipo de estudio es el descriptivo, por cuanto a medida que desarrollamos los diferentes tipos, se van detallando los elementos relevantes que constituyen los factores determinantes en la población atendida por gastroenteritis en el Hospital Pediátrico, para luego presentar las alternativas de Trabajo Social.

7.3. PROCESOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para efectos de la recolección de datos, utilizaremos los registros estadísticos del Servicio Seccional de Salud, las del Hospital Pediátrico, las políticas y directrices emanadas del Ministerio de Salud Pública, como también los datos pertinentes a las consultas atendidas, población fallecida y las diferentes actividades desarrolladas por Trabajo Social.

8. ESQUEMAS DE PRESENTACION DE RESULTADOS

8.1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA GENESIS Y DESARROLLO DE LA GASTROENTERITIS EN LA POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PEDIATRICO

8.1.1. Génesis de la enfermedad

8.1.2. Factores intervinientes

8.1.2.1. Factores epidemiológicos

8.1.2.2. Factores Socioeconómicos

8.1.2.3. Factor cultural

8.1.2.4. Grupos de mayores riesgos

9.2. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA

8.2.1. Clasificación de la población atendida

8.2.1.1. Según edad y sexo

8.2.1.2. Según procedencia social

8.2.2. Características económicas

8.2.2.1. Niveles de ingresos familiares

8.2.2.2. Principales actividades ocupacionales

8.2.3. Relación entre condiciones socioeconómicas de la población afectada

9.3. NIVELES DE PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA

8.3.1. Ubicación Institucional del Trabajador Social

8.3.2. Areas de intervención profesional

8.3.3. Evaluación de las políticas aplicadas

8.3.4. Tendencias de la participación del Trabajador social

8.4. ALTERNATIVAS DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A LOS NIVELES DE ATENCION

8.4.1. Elementos institucionales para la intervención del Trabajador Social.

8.4.2. Funciones del Trabajador Social en el Hospital Pediátrico

8.4.3. Estrategias para la postergación de la comunidad en un programa de orientación de salud.

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Población atendida según edad	9
TABLA 2. Población atendida por Enfermedades Diarreicas agudas	11
TABLA 3. Relación entre la población total atendida con el número de Pacientes Atendidos por edad.	13
TABLA 4. Lugar de Procedencia de las familias participantes en los programas del Hospital Piedrático de Barranquilla 1986-1992	15
TABLA 5. Población atendida en tres años consecutivos (1990-1992) Número de familias afectadas y participación de la población económicamente activa	20
TABLA 6. Clasificación de la población económicamente activa en las familias afectadas, según actividades u oficios.	22

1. CARACTERISTICAS EPIDEMOLOGICAS EN LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

1.1 GENESIS DE LA ENFERMEDAD

La gastroenteritis como enfermedad perteneciente al cuadro clínico del síndrome del E.D.A. (Enfermedad Dierreica Aguda) definido como una infección del tracto digestivo (inflamación del estómago e intestino) situación que se presenta acompañada de vómito, de tal manera que el paciente no recibe los líquidos y por ende se deshidrata, al presentar el siguiente cuadro sintomatológico.

- Ojos o fontanela (parte superior de la cabeza) hundidos
- Boca seca
- Letargo o irritabilidad inusual
- Falta de elasticidad en la piel
- Falta de orina, o pequeñas cantidades, durante más de 12 horas.

Este cuadro sintomatológico no significa que no se den otros que complementen la transmisión, así por ejemplo :

- la deficiencia alimentaria
- La pérdida de peso, talla
- Una parasitosis, Amibiasis y Asitaminosis todo ello integrado constituye la irreversibilidad de la enfermedad donde las manifestaciones externas e internas, complementan la transmisión.

La presencia de la gastroenteritis, no obedece a una casualidad sintomatológica, sino que va acompañada por factores del orden ecológico, epidemiológico, socioeconómicos, culturales, de organización familiar y de infraestructura en la comunidad, donde en forma integrada y concatenada facilita en forma determinante su persistencia, además cuando en las comunidades se carece de los elementos necesarios de organización comunitaria y de infraestructura de servicios públicos. Por ello, la E.D.A. se erradicará si se toman las medidas complementarias que vayan desde una adecuada formación en salud, hasta generar actividades preventivas que viabilicen su desarrollo eminentemente cualitativo.

1.2 FACTORES EXOGENOS EN SU DESARROLLO

Si bien es cierto que hay condiciones del orden patológico y epidemiológicas, también es cierto que existen factores

exógenos que provienen de la misma estructura de la enfermedad los cuales los podemos definir como : Aquellos que facilitan la mayor agudización ubicados al interior de los agentes socioeconómicos y culturales.

Nótese que aquí la definición de dichos factores no previenen por si solas, antes por el contrario, su incidencia altera a la estructura sintomatológica y en forma paralela, la mayor afección de la población total afectada.

Porque la gastroenteritis se ve afectada por tales factores ?

En que consiste tal presencia ?

Hemos planteado que la génesis de la enfermedad no depende de los agentes propios o intrínsecos, sino que también los factores socioeconómicos y culturales facilitan una mayor incidencia. No es casual entonces que los mayores índices de población afectada esté concentrada en los menores de un año hasta los seis (6) años de edad, tal como se ilustra en el siguiente capítulo. Estos índices de población afectada implica que los agentes internos y exógenos se han venido agudizando en tanto que las consecuencias son del orden social ya

que ha pasado los límites como normal proceso de la enfermedad, si por ejemplo :

- Como se puede erradicar tal enfermedad, cuando la potabilidad del agua es deficiente ?
- En qué medida la presencia de los vectores infectocontagiosos son óvica para unas meras campañas de prevención?
- La infraestructura de los servicios públicos en las comunidades marginadas, son garantía de un normal estado de salud?

Estos interrogantes nos posibilitan analizar que no basta explicar el desarrollo de la enfermedad por las condiciones patológicas sino esencialmente que sus consecuencias y efectos en la población afectada, coadyuvan a su incremento y a la anacrónica estructura de salud de la población en general, además por las mismas condiciones en que el Estado Colombiano ha definido las políticas de salud.

De ahí pues, que independientemente de los factores inherentes a la enfermedad y a las del orden exógeno, la gastroenteritis sigue siendo una de las enfermedades de mayor incidencia entre la población infantil, generando

estragos sociales de alta frecuencia.

2. CARACTERISTICAS SOCIO ECONOMICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA

2.1 CLASIFICACION DE LA POBLACION ATENDIDA

Para analizar las características socioeconómicas de la población atendida por el síndrome de las enfermedades diarreicas agudas, hemos tenido en cuenta el estudio socioeconómico que realizan los profesionales del Trabajo Social, de acuerdo al formato (Ver Anexo 1), según el cual se vislumbrará algunos aspectos de la problemática familiar que posibilita precisamente la formulación de nuevos proyectos de acción en la cualificación de las condiciones de salud.

2.1.1 Población Atendida. La investigación, atendiendo a la delimitación temporal, tendrá en cuenta la población infantil asistida por el Hospital en el tiempo comprendido entre 1985 a 1992.

TABLA 1. Población atendida según edad. Hospital Pediátrico de Barranquilla, 1986 - 1992.

PERIODO	GRADOS DE EDAD						TOTAL
	Menores de 1 año	De 1 a 4	De 5 a 14	De 15 a 44	De 45 a 55	Más de 60 años	
1986	17.894	9.466	1.409	631	15	15	29.430
1987	14.163	7.867	1.393	1.055	13	15	24.506
1988	13.098	6.383	987	1.037	11	123	21.634
1989	11.435	5.132	839	948	7	21	18.382
1990	10.847	4.564	741	832	4	--	16.392
1991	10.983	3.869	809	745	12	9	16.418
1992*	9.122	2.045	634	521	4	--	12.324

* Incluye los datos hasta el mes de Septiembre

Fuente : Departamento Administrativo de Salud. Atlántico. Barranquilla.
1992

En la Tabla 1, podemos inferir la solución de la población atendida durante el período 1986-92, en la que se nota que el grupo de mayor incidencia se ubica en el grupo de menores de 1 año, donde a partir de 1986 a 1988 la población mantenía el nivel, mientras que de 1989 hasta septiembre del presente año, se registra un decrecimiento dado el esfuerzo de los programas institucionales, especialmente las campañas Masivas de Prevención y Educación y la misma participación de la comunidad mediante los respectivos comités.

Otro elemento importante en destacar que en las comunidades subnormales, se ejerce un proceso de concientización y mentalización social frente al desarrollo de alternativas populares, mediante la acción conjunta de diferentes agentes e instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

De dicha población atendida por el Instituto "Hospital Pediátrico", los pacientes por enfermedades son los siguientes, de acuerdo a la Tabla 2, en la que se observa que durante los años 1986 - 1987, la participación por concepto del Síndrome de Enfermedad diarreica aguda, se está siendo consciente de su magnitud, por cuanto el alto período continuo fue el período 1986-1992.

TABLA 2. Población atendida por Enfermedades Diarreicas Agudas.
Hospital Pediátrico de Barranquilla 1986 - 1992.

PERIODO	TOTAL	HOSPITALIZADOS		FALLECIDOS	
		No.	%	No.	%
1986	8.576	807	9.40	101	1.17
1987	8.001	603	7.53	118	1.44
1988	6.836	343	5.01	49	0.71
1989	5.640	248	4.39	25	0.44
1990	5.793	196	3.38	12	0.20
1991	4.116	87	2.11	7	0.17
1992	2.421	27	1.11	3	0.12

Fuente.: Sección Estadística. Hospital Pediátrico de Barranquilla.
Incluye datos hasta el mes de Septiembre de 1992

Ahora bien, según la información registrada en la Tabla 2, la proporción entre Población Atendida y el nivel de fallecidos, durante los años 1986 y 1987, el índice se ubica entre el 1.17% y el 1.44% respectivamente, mientras que el resto del período, no obstante que el cuadro de Edad permanece, no en cambio las muertes por dicha enfermedad.

Es significativo la proporción de hospitalizados, dado el carácter de la enfermedad por el propio grado de patología y también porque en las comunidades subnormales no se está ejerciendo ninguna acción educativa y preventiva en dichos grupos vulnerables, dados los grados del conflicto familiar, entre otros : El Desempleo, Bajo Nivel Salarial, presencia de vectores infectocontagiosos, deshigiene, mala preparación de alimentos y contaminación ambiental.

Estas condiciones sociales de la población afectada y el nivel de pobreza se constituyen en los elementos fundamentales para que la presencia del E.D.A. sea aún persistente. De ahí que durante el período 1986-1992, el promedio de la población atendida por grupos vulnerables osciló en el 28.94% respectivamente.

Tal afirmación no puede confrontarse con la realidad en las diferentes comunidades, ya que en estas los programas

TABLA 3. Relación entre la población Total atendida con el número de Pacientes Atendidos por edad.

AÑOS	Población Atendida Totalmente	Número de Pacientes Atendidos por Edad en relación al total	1/0.5%
1986	29.430	8.570	28.86
1987	24.506	8.001	32.64
1988	21.639	6.836	31.59
1989	18.382	5.640	30.68
1990	16.988	5.793	34.10
1991	16.418	4.116	25.07
1992	12.324	2.421	19.64
			$\bar{x} = 28.94$

institucionales de medicina preventiva, no se hacen bajo un criterio de planificación que corresponda a sus exigencias, en la medida que bajo el criterio de "Brigadas de Salud y/o Campañas de Salud" no puede erradicarse ninguna enfermedad, de manera esencial, cuando su génesis proviene por la potabilidad del agua y de las condiciones socioeconómicas.

Esto no significa, que a tal enfermedad le corresponde determinado sector de clase, ni mucho menos su énfasis recae sobre la población infantil, lo que si es evidente en relación a las enfermedades diarreicas aguda es su vinculación a un proceso socioeconómico que recae sobre la eficiencia o no de los programas Gubernamentales. Esta situación nos indica que los afectados durante el período de 1986-1992, en su 52.54%, provienen de las comunidades periféricas de Barranquilla, el 34.90% provienen de otros municipios del Departamento del Atlántico y el 12.54% a otros municipios fuera del Departamento, tal como se evidencia en la Tabla 4.

TABLA 4. Lugar de Procedencia de las familias participantes en los programas del Hospital Pediátrico de Barranquilla 1985 - 1992.

LUGAR DE PROCEDENCIA	No. de Familias	Participación %
1. De Barranquilla	134	52.54
2. Otros Municipios del Departamento	89	34.90
3. Municipios Diferentes al de Barranquilla	32	12.54
TOTAL	255	100.00

Fuente : Datos suministrados por la recolección de datos en base a la muestra aplicada. Barranquilla, 1992

Para evidenciar la anterior, nos apoyamos en esta muestra de 255 familias, cuyos hijos han sido tratados por el Hospital Pediátrico en los tres años mencionados, donde provienen de comunidades ubicadas en los estados bajos, siendo estas :

- El Bosque, Santo Domingo, Las Nieves, La Sierrita, Carrizal, Rebolo, Las Malvinas, Santuario, Santa María, La Luz, San Luis, La Victoria, San José y Simón Bolívar.

El 34.90% provenientes de otros municipios del Departamento del Atlántico son Sabanalarga, Fonedera, Swan, Puerto Colombia, Palmar de Varela, Baranoa y Galapa.

El 12.54% proveniente de otros municipios fuera del Departamento del Atlántico son :

Carmen de Bolívar, Bello, Itaquí, Montería, Bucaramanga, Ocaña y Bogotá.

No es casual entonces que la mayoría de la población atendida provenga de tales comunidades, en tanto que sus niveles de subnormalidad están en concordancia con los mismos niveles de subdesarrollo los cuales se reflejan en la minimización de las condiciones del bienestar social.

2.2 MOVILIDAD SOCIOECONOMICA

Generalmente se plantea la variable salud, aislada del contexto socioeconómico, de manera especial cuando los afectados provienen de los grupos desposeídos, que de al estudio elaborado por el DANE, denominado "Estudio y Magnitud de la Pobreza en Colombia", ahí se identifican la Metodología de las necesidades Básicas Institucionales, N.B.I., cuyos indicadores son :

- Viviendas inadecuadas : Este indicador expresa las características físicas de vivienda consideradas impropias para el olgamiento humano.
- Vivienda con Hacinamiento Crítico : Este indicador se buscó para captar los niveles críticos de ocupación de los recursos de la vivienda por el grupo que la habita. Se consideran en esta situación las viviendas con más de tres personas por cuarto.
- Vivienda con Servicios Inadecuados : Este indicador expresa en forma más directa el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas.
- Vivienda con Alta Dependencia Económica : Es un indicador indirecto sobre los niveles de ingreso. Se

clasificaron las viviendas en las cuales hubiera más de tres personas por miembro ocupado y el jefe hubiera aprobado como máximo dos años de educación primaria.

- Educación con niños en edad escolar que no asisten a la escuela : Mide la satisfacción de necesidades educativas mínima para la población infantil.

En su conjunto, tales indicadores de las necesidades básicas insatisfechas en el proceso de subnormalidad implica analizar no solo la tipificación de la vivienda y su relación al medio geográfico, sino también el desarrollar cualitativamente la relación entre la Población Económicamente actual y los niveles de ingreso, todo ello frente a las condiciones de salud, analizemos entonces tal relación.

2.2.1 Relación entre población económicamente activa y niveles de ingreso. Para efectos de los datos estadísticos que nos permitieran confrontar la relación en mención, tuvimos en cuenta la población atendida en los últimos tres años, mediante la información redactada por el Departamento de Trabajo Social de la Institución.

En primaria instancia, veamos el número de población beneficiaria, el número de familias según menores afectados, el número y participación de la población

económicamente activa y el promedio de la composición familiar en la siguiente Table 5.

TABLA 5. Población atendida en tres años consecutivos (1990-1992),
Número de familias afectadas y participación de la Población
económicamente activa.

CARACTERISTICA	Frecuencia	Participación %
Total población beneficiaria	2.048	100.00
Número de familias afectadas	255	100.00
Población económicamente activa encontrada en 255 familias	180	8.78
Promedio de la composición familiar	13	--
Población menor de 14 años afectados	976	47.65

Fuente : Departamento de Trabajo Social. Hospital Pediátrico.
Barranquilla, 1992

De acuerdo con esta tabla, la población económicamente activa encontrada en las 255 familias, apenas constituyó el 8.78% de la población total, siendo sus actividades ocupacionales las siguientes :

TABLA 6. Clasificación de la población económicamente activa en las familias afectadas, según actividades u oficios.

TIPO DE ACTIVIDADES	Frecuencia	Participación %
1. Trabajadores Independientes (Economía Informal)	85	4.14
2. Asalariados y Pequeños comerciantes	79	3.85
3. Empleados	15	0.78
TOTAL	180	8.78

Fuente : Datos suministrados por la recolección de la Información, basados en la D.E.A. encontrada en las 180 familias. Departamento de Trabajo Social. Hospital Pediátrico Barrenquilla, 1992.

Nótese por ejemplo que solo el 10.78% se halla ubicado en empresas bajo la condición de empleados, en tanto que la gran mayoría, el 14.14% son trabajadores independientes cuyas ocupaciones varían, así por ejemplo son :

Albañiles, Electricistas, Tapiceros, Llanteros, Carretilleros, Cargadores de bulto en el mercado público, etc.

Paralelo a ello, el 13.65% están ubicados como obreros asalariados en empresas tales como : Coca Cola, Panadería 20 de Julio, Agencias de Apuestas Permanentes "La Patita", Celadina Ltda, Taller de Mecánica la 44 y el 11.42% son comerciantes, bajo la categoría de independientes.

2.3 RELACION ENTRE CONDICIONES EPIDEMOLOGICAS Y CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

Vimos en el punto anterior, como la población beneficiaria de la Atención Médica del Hospital Pediátrico por Enfermedad Diarreica Aguda, proviene de los estratos bajos, cuyas condiciones socioeconómicas se hallan inversamente proporcional a los niveles de subsistencia, de ahí la necesidad que los programas de atención médica vayan complementados con programas de crecimientos y en

desarrollo, al igual que de nutrición, esto en la medida en que los afectos patológicos-clínicos constituyen el paso para que la Gastroenteritis se halla convertido en un gran problema social.

No podemos descartar la singularidad de que sea la población infantil la más afectada y por ende se ubican los estratos populares, elemento que condiciona el nivel de atención médica, ya que la mera atención preventiva o de tratamiento no es suficiente por sí sola, ha de complementarse con la educación y promoción comunitaria. No es casual entonces que al interior de la población afectada el elemento socioeconómico y cultural está determinado todo el proceso, situación que nos conlleva a plantear un paralelo entre las condiciones socioeconómicas y epidemiológicas para luego inferir los elementos programativos de la intervención del Trabajador Social, veamos :

CONDICIONES EPIDEMIOLOGICAS

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

Génesis y transmisión de los
vectores infectocontagiosos.

Presencia masiva en los
estratos bajos.

Bajos niveles de nutrición
y de desarrollo.

Inestabilidad laboral y
mínimos salarios.

CONDICIONES EPIDEMIOLOGICAS

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

Desniveles en la calidad de
preparación de los alimentos.

Insuficiencia del presu
puesto familiar para ade
cuar el régimen alimenta
rio.

Factores ambientales y
proporción de su insalubridad.

Desajuste en la estructura
educativa y organización
familiar.

Ahora bien, si analizamos cada una de estas condiciones, encontramos el ciclo vicioso de la Gastroenteritis ya que como hemos afirmado anteriormente, su génesis y desarrollo no solo se encuentra en los factores epidemiológicos, sino también en los socioeconómicos y culturales, por ello, cuando afirmamos que tales factores contribuyen al "ciclo vicioso", es por cuanto su presencia facilita tal estado, veámoslo :

Figura 1. Ciclo vicioso de la gastroenteritis

FACTORES ECOLOGICOS

FACTORES
EPIDEMIOLOGICOS

FACTORES EN LA
ORGANIZACION FAMILIAR

GASTROENTERITIS

FACTORES
SOCIOECONOMICOS
Y CULTURALES

FACTORES EN LA
INFRAESTRUCTURA DE LA
COMUNIDAD

Esto significa que alrededor de la gastroenteritis los factores en su conjunto, constituyen el punto de partida para los institutos encargados del manejo de la salud, desarrollen programas efectivos y las respectivas políticas, para que en base a ello, la intervención del Trabajador Social sea consecuente y real a las necesidades, no tanto del orden institucional, sino que se proyecte a las comunidades, especialmente las más pobres.

3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO, PERSPECTIVAS Y PROYECCION

3.1 CARACTERISTICAS DE LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO, PERSPECTIVAS Y PROYECCION

Hemos venido planteando que el Trabajador Social en Salud a partir de las condiciones de la población, implica no solo la racionalización de los recursos institucionales, sino también la proyección hacia la comunidad, en la medida que ella, se constituye en el epicentro de su acción, independientemente de que existan actividades programáticas en lo extra mural. En este sentido, la participación del Trabajador Social en la Institución "Hospital Pediátrico de Barranquilla" se ha enmarcado tanto a nivel preventivo como organizativo, bajo las siguientes características :

- Lo Preventivo : De acuerdo a las comunidades donde provienen la población afectada, el Trabajador Social, facilita la prevención de enfermedades inmunoprevenibles

a través de los programas de capacitación Social y proyección comunitaria, en donde las madres de familia reciben instrucciones a cerca del manejo de tales enfermedades y los diferentes mecanismos en que la población puede auto controlar.

- Lo Organizativo : En base a las comunidades más afectadas el departamento de Trabajo Social, promueve en ellas, la implantación de programas como Hidratación Oral y seguimiento de casos.

Los dos niveles buscan la integración en tanto que el profesional del Trabajo Social,

"Representa para la sociedad de nuestro siglo un problema que a primera instancia no pareciera tener fronteras profesionales, pese a la atención que se ha venido dando.

Toda actividad profesional parece volverse en actividades de Trabajo Social, los Médicos, los Educadores, los Psicólogos, los Abogados, los extensionistas realizan Trabajo Social. Ello ha implicado la definición y la práctica de la participación, como

también la precisión de los actores sociales que se vienen reencontrando en ese mismo proceso".

Significado entonces, que una de las prioridades para la atención de los problemas de la comunidad, se fundamenta hoy, en la Participación Comunitaria, en la medida que los sujetos de los programas los realizan y los confrontan con los propios niveles de su realidad, de ahí que el departamento de Trabajo Social halla surgido de la misma necesidad en que se agudizó la situación de salud de la población infantil del departamento del Atlántico, dados los alto índices de morbi-mortalidad.

El Departamento de Trabajo Social en lo que respecta a su ubicación administrativa, al depender de la sección paramédicos y diseñar programas como Proyección Comunitaria, Capacitación Social y Recreación, facilita la animación sociocultural ya que la mera atención clínica e hidrante no basta por sí sola, en los términos que la población afectada por enfermedades diarreicas agudas (EDA) le confluyen otros factores exógenos, tales como: Precarios, condiciones socioeconómicas, bajos niveles laborales, presencia de analfabetismo, ausencia de capacitación, presencia de aguas negras y vectores infectocontagiosos, desnutrición y otros, los cuales

permiten que la población menor de 14 años, cada vez tenga menor oportunidad de accesibilidad a las acciones de salud del Estado.

Lo que implica que los programas de Trabajo Social en el Hospital Pediátrico salen de lo institucionalizado generando un proceso de organización y promoción comunitaria, como solución de alternativa paralelamente a ello, su práctica se fundamenta en la siguiente relación :

- Práctica Social: Comunidades Afectadas

Comunidades Afectadas

- Diagnóstico	Proyección Socio Comunitaria
---------------	------------------------------

Proyección Socio Comunitaria

En lo que respecta a la Práctica Social, está definida por líneas de acción institucional generadas por la misma dirección, en el sentido que el mayor o menor cantidad de población afectada, proviene de la multiplicidad de factores existentes en los niveles de calidad de vida, donde los programas, proyecto de mayor sensibilidad social, a través de sus propias experiencias.

En lo que respecta al diagnóstico realizado por el Trabajador Social en las comunidades afectadas, la política implementada no se queda en la mera formulación de recomendaciones, sino que dicho diagnóstico recae sobre la Proyección Sociocomunitaria, esto es, que los

afectados mediante sus propias organizaciones comunales, respondan a la situación real de la salud. Aquí los programas del Hospital Pediátrico en la medida que su cobertura se va ampliando, la eficiencia de los mismos depende de la calidad y la receptividad en la población atendida.

De ahí que el Departamento de Trabajo Social en asociación con las demás están brindando una atención integral cuyos aspectos son :

Nutrición, Psicología, Medicina, Enfermería, Estadística y Fisioterapia, los cuales en sus actividades promueven una educación en salud, promoción y previenen, no solo a la población atendida, sino también a la población escolar que se encuentra en el mismo radio de acción del Hospital Pediátrico.

Ahora bien, tanto la práctica social generada en la población atendida como en las distintas comunidades de donde provienen. (El Bosque, Ciudadela 20 de Julio, Santo Domingo, Las Nieves, La Sierrita, Carrizal, Reboló, Victoria, San José, Las Malvinas, Santuario, Simón Bolívar, San Isidro, San Luis, Santa María y la Luz) la actividades programáticas vienen señalando que una adecuada confrontación entre la Participación Comunitaria

y los niveles de salud atendido, es el resultado directo de la participación y adquisición de nuevos resultados, tal como lo plantea Peter Oakley y David Marsden cuando afirma :

"La intervención comunitaria significa que la población que tiene a la vez el derecho y el deber de participar en la solución de sus propios problemas, tiene mayores responsabilidades en la evaluación de las necesidades movilización de los recursos locales y sugerencias de nuevas soluciones así como en la reacción y mantenimiento de organizaciones locales".

Lo que nos interesa que la acción profesional del Trabajo Social dentro de las características de la institución y las responsabilidades surgidas en las comunidades, adoptan nuevos mecanismos como también la acción del Estado, el cual a través de programas institucionales viven reduciendo los índices de morbilidad y mortalidad por acción de las enfermedades diarreicas, y en este sentido la movilización de los recursos facilitan la mayoría cualificación de la intervención del Trabajador Social en Salud.

3.2 ELEMENTOS PROGRAMATICOS

De acuerdo al Proyecto de Estatutos del Hospital Pediátrico de Barranquilla, la participación del Trabajo Social está enmarcado en las siguientes funciones :

- Investigar los procesos por medio del cual se definen los elementos determinantes de un problema y lo que deben ser modificados.
- La planeación de los procesos de decisión por el cual se determina previamente la orientación de la acción y el modo de integrar y aplicar los recursos disponibles. Ejerciendo esta planeación mediante la elaboración de planes, sistemas y programas.
- En lo que respecta a la programación, éste se debe a la organización de las actividades según los recursos determinando el tiempo, lugares y cantidades determinadas.
- La ejecución que consiste en poner en marcha las actividades planeadas y programadas.
- Evaluar el desarrollo de las actividades que conforman el plan de trabajo.

- Realizar un estudio social, indagando en forma sistemática los elementos que condicionan la situación social de personas, grupos y comunidades sujeto de la atención en salud.
- Las que en el Diagnóstico social, identifican los problemas sociales particulares a una situación de salud cuya solución se consider determinante para el logro de la misma.
- En los tratamientos sociales, efectúan procesos terapéuticos orientados a la solución de problemas sociales, particulares a una situación de salud diagnóstica.
- La de la Organización Social, mediante la cual establecen sistemas de organización interpersonal, intergrupala, comunitario e interinstitucional a través de los cuales se generan, distribuyen y modifican los componentes satisfactorios de los programas.
- De acuerdo a la programación social, desarrollan procesos motivadores que determina comportamientos y aficiones con objetivos de salud.
- Proyectar los servicios que presta el Hospital a la Comunidad y promover la participación activa de la

población en las acciones del sector salud.

- las de estudios de casos, en los cuales se detectan problemas individuales y hacerles el seguimiento respectivo.
- A través de la comunicación social, informar y motivar a la población acerca de los pasos y requisitos necesarios para utilizar los servicios de salud.
- Por consiguiente según normas, clasificar la capacidad de pagos de los usuarios de los Servicios de Salud referidos a Trabajo Social.

En las funciones e-quematizadas independientemente de las políticas ins-itu-ionalizadas han logrado durante los últimos dos años vincular a la comunidad en un proceso de integración y de prevención donde a través de sus organismos identifican las tareas de un desarrollo comunitario en salud.

Ahora bien, la vinculación del Profesional del Trabajo Social en el proceso de identificación de problemas en la estructura de salud y su proyección hacia el desarrollo comunitario, se fundamenta en el hecho de que la política de salud en Colombia, están encaminadas a modificar el

nivel de estructura de mortalidad en la población materno-infantil mediante acciones concretas sobre los factores condicionantes, especialmente de tipo sociocultural de comportamiento, medio ambiente oferta y funcionamiento de los Servicios de Salud para estimular el desarrollo económico y social del país.

Cuando esta vinculación del profesional del Trabajo Social a través de la política de salud, se concierne al desarrollo económico y social, luego entonces los siguientes programáticos ahí presentes concretizan mediante los programas, un proceso integral donde las comunidades pasan a ser sujetadas de su propio proceso, de manera especial cuando el índice de morbilidad se incrementa y la calidad de vida de la población marginada se deteriora cada vez más.

En la corrección de programas en el Hospital Pediátrico teniendo como referencia el enunciado de la política misma del Estado Colombiano frente a la realidad de la población afectada por las enfermedades diarreicas agudas, conllevó al Departamento de Trabajo Social a formular tres programas a saber :

PRIMER PROGRAMA : CAPACITACION SOCIAL

Su objetivo es proporcionarle a los padres de familia mediante charlas una educación social y en salud, que les permita prevenir patología de tipo social y fisiológicas en los niños.

Este programa es justificado por el departamento, con el siguiente argumento :

Surgió de la necesidad de brindar una educación a los padres de familia de los niños hospitalizados para que ellos sean agentes de cambio con sus hijos y su núcleo familiar con elementos de : Nutrición, psicología, medicina, enfermería, estadística, trabajo social y fisioterapia.

SEGUNDO PROGRAMA : PROYECCION COMUNITARIA

Su objetivo es promover en las diferentes comunidades con mayor grado de vulnerabilidad, los medios de prevenir, educar y saber utilizar recursos propios e institucionales frente a las enfermedades diarreicas agudas. Además de esto, se busca ampliar los servicios y la cobertura, especialmente hacia la población escolar 0-5 años.

Este programa es justificado por el departamento, con el siguiente argumento :

La labor de la institución no puede limitarse con el endógeno solamente, sino que debido a las precarias condiciones de salud de dicha población, se hace evidente que las comunidades marginadas tengan el mayor grado de accesibilidad.

Si analizamos los programas : Capacitación social, proyección comunitaria y recreación bajo los lineamientos de las funciones planteadas es apenas natural que sus efectos no sean del orden inmediatista, en tanto que la capacitación y la proyección por cualitativas y por ende es el largo plazo, que dichos programas se identifiquen con la erradicación de las enfermedades diarreicas aguda.

Este plan de intervención programática de Trabajo Social al dar respuestas a los determinados grupos implica de por sí una mayor participación de la comunidad ya que a través de las organizaciones comunales y de los puestos de salud, se pueden viabilizar y ampliar la cobertura de la institución, en la medida en que el Trabajador Social en Salud al promover su desarrollo integral, busca el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y por ende a la sociabilidad de su bienestar.

Para 1986 el Hospital Pediátrico atendió una población de 29.430, de los cuales menores de 1 año eran 17.894 y fallecieron 101, mientras que para el año siguiente a pesar que la población atendida disminuyó, el número de fallecidos aumentó en 15 casos más, para 116 en total, situación que nos indica el incremento cualitativo del problema de salud y el deterioro del nivel de calidad de la población infantil.

A partir de 1986 hasta 1990, la población atendida por enfermedades diarreicas agudas se ha disminuido, e igual el número de fallecidos, en la medida que las acciones institucionales y los programas de educación-prevenición en las comunidades subnormales a través de los Comités de Participación Comunitaria.

3.3 ELEMENTOS DE PROMOCION DE TRABAJO SOCIAL

En el punto anterior analizamos de como los programas institucionalizados en ciertos momentos facilitan la ampliación de la cobertura, pero que en otros, dificulta una mayor cualificación de las condiciones de salud de la población afectada por enfermedades diarreicas agudas, de manera sustancial, por cuanto las funciones allí establecidas limitan una mayor acción participativa.

La planeación de los procesos de decisión por el cual se determina previamente la orientación de la acción y el modo de integrar y aplicar los recursos disponibles.

Ejerciendo esta planeación mediante la elaboración de planes, sistemas y programas.

Lo que significa que el proceso de planeación va de acuerdo a los lineamientos integrales de la institución cuando la situación a cubrir podría darse desde las necesidades sentidas de las comunidades afectadas, teniendo como apoyo algunas organizaciones comunitarias.

Entonces los elementos de proyección :

- Generar un proceso de identificación de la realidad en lo que respecta las condiciones de salud (E.D.A.).
- Asesorar la conformación de un comité de trabajo en la elaboración de un autodiagnóstico.
- Motivar en las Organizaciones Cívico Popular, la Proyección Social y la Autogestión.

- Buscar la capacitación y Educación Básica en salud con otras instituciones.
- Conformar en las organizaciones Cívico Popular un Comité de Salud y medicina preventiva.
- Elaborar un plan de Trabajo Conjunto con las Organizaciones cívico populares frente a las condiciones de Salud.

Los anteriores elementos de proyección social para la cobertura sea más cualitativa y la participación del Trabajador Social corresponda a los lineamientos de un trabajo comunitario que propenda cambios radicales en sus condiciones socio médicas, implica a nuestro juicio la elaboración sistemática de nuevos proyectos que respondan a la realidad, con otras metodologías y otros postulados que faciliten una mayor inserción que al decir de Jorge Murcia Florian.

No se puede justificar la investigación como base para ejercicios intelectuales es importante que la comunidad o la población aprovechen, no solo los resultados de la investigación, sino también el proceso mismo. Esto significa, que los participantes como resultado de la misma

participación en el proceso de investigación deben ser más capaces por sí mismos de relacionar los problemas y de iniciar los procesos para lograr soluciones.

De ahí la necesidad de que el Trabajador Social en el Hospital Pediátrico para poder plantear una ampliación de la cobertura y que su acción de salud llegue a las comunidades marginadas, implica la vinculación de un nuevo proceso, que para efecto explicamos :

- | | | |
|---|---|---|
| - Autodiagnóstico participativo | - Capacitación y educación básica en salud. | - Planificación del trabajo comunitario. |
| - Elementos de interpretación de la realidad. | - Conformar el comité de salud en los comités de participación comunitaria. | - Asesorar e implementar las bases del trabajo comunitario. |
| - Formas de estudio | - Buscar apoyo institucional. | - Planificación del trabajo. |
| - Respuestas concretas "como organizarse". | - Búsqueda de recursos. | - Tareas a desarrollar. |

BIENESTAR SOCIAL COMUNITARIO

En lo que respecta la primera etapa : Autodiagnóstico Participativo, esta se fundamenta en que los miembros de la comunidad aprenden a realizar, estudiar y sistematizar sus conocimientos para poder interpretar la realidad. Esto supone generar algunos conceptos metodológicos que faciliten a la comunidad elaborar su propio autodiagnóstico.

En la segunda etapa, Capacitación y Educación Básica en Salud, se pretende que una vez se halla dado el diagnóstico participativo, la comunidad mínimamente organice comité de salud y busquen apoyo interinstitucional y recursos materiales, para iniciar el proceso de capacitación con elementos concretos sobre la realidad y en la tercera etapa, planificación del trabajo comunitario, se trata de vislumbrar de como la comunidad en base a una planificación, a unas estrategias, desarrollan todo el programa y logran la mayor cualificación de las condiciones de salud.

Estas tres fases faciliten al Trabajador Social la puesta en marcha de proyectos sólidos donde la comunidad va buscando sus propias conquistas, ha partido de las organizaciones y comités cívico, de manera especial lo

concerniente al mejoramiento de las condiciones de salud de la población infantil.

Se trate, entonces, que mediante la organización comunitaria la población afectada va exigiendo a la institución hospitalaria una ampliación y cualificación de la cobertura, donde los programas de prevención a las enfermedades diarreicas agudas, no se hacen desde la programación vertical de la duración de la institución, sino todo lo contrario, va perfilándose una integración entre las necesidades sentidas de la población y la función social que debe desarrollar la institución hospitalaria, en cuanto a su cualificación del nivel de vida de la población más vulnerable.

Es por eso que en la última fase Planificación del Trabajo Comunitario el Trabajador Social en asocio con las organizaciones comunales inician la concreción de las tareas comunitarias en forma planificada orientada hacia la socialización del Bienestar Familiar, donde la vinculación del Trabajador Social se proyecta hacia la democratización y la óptica política de la comunidad, que es precisamente lo que plantea Sergio Sporer :

Dichosamente hemos venido haciendo claridad que la profesión debe vincularse al proceso de

democratización de la sociedad tanto en lo económico como en lo político o sea, en lo que tiene que ver con la auténtica participación de los sectores populares y sus organizaciones en los llamados proyectos de desarrollo de los cuales son hoy en día sus supuestos beneficiarios. Ello implica mirar la democracia desde las condiciones de vida de los individuos, grupos y clases sociales desde sus proyectos de vida, desde la identificación de su quehacer y de sus potencialidades.

Finalmente, consideramos que esta participación de los sectores populares en el desarrollo de programas de salud, permiten la cualificación del Bienestar Socializado y origina para otros niveles de realidad, la búsqueda de alternativas, es por eso que la vinculación del Trabajador Social en asocio con las organizaciones comunitarias viabiliza y concretizan el desarrollo socioeconómico.

CONCLUSIONES

La incidencia de las enfermedades gastrointestinales no solo se dan por los factores patológicos presentes en ella, sino que además existen otros de carácter socioeconómico y cultural que afectan el nivel de salud, como también el hecho significativo de que sean los sectores de bajos recursos económicos los más afectados. Independientemente de esta condición, la incidencia de la enfermedad es una realidad de tal manera que interrogantes como :

- ¿Cómo se puede erradicar tal enfermedad, cuando la calidad del agua es deficiente?
 - En qué medida la presencia de los vectores infectocontagiosos son óbice para unas meras campañas de prevención?
 - La infraestructura de los servicios públicos en las comunidades marginadas, son garantía de un normal estado de salud?
-

Estos interrogantes nos posibilitan analizar que no basta explicar el desarrollo de la enfermedad por las condiciones patológicas sino esencialmente, que sus consecuencias y efectos en la población afectada, coadyuvan a su incremento y a la anacrónica estructura de salud de la población en general, además por las mismas condiciones en el que el Estado Colombiano ha definido las políticas de salud.

Si la población afectada por gastroenteritis es producto de una situación patológica, pero que a su vez inciden factores tales como : desnutrición, pésimas condiciones de aseo e higiene, mala preparación/adecuación de alimentos, estancamientos de aguas negras, presencia de vectores infectocontagiosos y bajos niveles económicos, hay que ahondar en las razones y consecuencias de porqué cada vez tales enfermedades, se constituyen en un flagelo que aminora las condiciones de subsistencia, de ahí que sea significativo que durante el período 1986-1992, el promedio de la población afectada oscila en un 30.86% frente al total de la población atendida en el Hospital Pediátrico.

Existe una relación íntima entre las condiciones epidemiológicas y las socioeconómicas, lo que supone a la autoridades encargadas de la salud, la elaboración de

40

propuestas que conduzcan a la población, en primera instancia, a una educación y socialización de aquellos elementos culturales que obstaculizan y en segunda instancia, a la realización de proyectos de capacitación en salud y de participación comunitaria, para que así puedan establecerse mejores grados de salud.

Las campañas de vacunación no pueden constituirse en la panacea de la política estatal frente a las condiciones de salud, ya que cada vez que se "dispara" la gastro, se incrementan las campañas, pero mientras tanto, la situación va agudizándose, ya que el problema es eminentemente cualitativo y no del orden proporcional a los vacunados.

La intervención del profesional del Trabajo Social en las comunidades de mayor incidencia u alto riesgo, se caracterizará por la formulación de programas a nivel de educación social y de proyección comunitaria, en donde las madres de familia reciben instrucciones acerca del manejo de tales enfermedades y los diferentes mecanismos en que la población puede autocontrolar y evaluar.

A nivel organizativo, en base a las comunidades más afectadas el departamento de Trabajo Social, promueve en ellas, la implantación de programas como Hidratación Oral y seguimiento de casos.

49

Todo ello converge, que una de las prioridades para la atención de los problemas de la comunidad, se fundamentan hoy en la participación comunitaria, en la medida en que los sujetos de los programas los realizan y los confrontan con los propios niveles de su realidad, de ahí que el Trabajador Social en Salud, fomente tal participación y coadyuve a una mayor cualificación del Bienestar Social.

RECOMENDACIONES

Sin duda alguna que una de las condiciones socioeconómicas que exige mayor nivel de atención es la salud, pero al mismo tiempo la participación del profesional del Trabajo Social, es un instrumento de la acción institucional, por medio del cual se logra cualificar la cobertura. En este sentido, nuestras recomendaciones son :

- Promover en las Comunidades de mayor riesgo, unos seminarios de Organización y Participación Comunitaria, con el fin de capacitar y adiestrarlos hacia un liderazgo común, que posibilite la integración y el trabajo colectivo frente a la salud.

- Desarrollar en la institución demostraciones prácticas, en el manejo del suero casero, preparación adecuada de alimentos e higiene de biberones, de acuerdo a las especificaciones del programa.

- Establecer mecanismos de coordinación institucional entre el I.S.S. y las instituciones hospitalarias adscritas, con el fin de centralizar y armonizar las

programaciones y esencialmente la racionalización de los sectores económicos (presupuesto) y humanos.

- Mostrando aquellos Trabajadores Sociales que adelantan su acción en el área de la salud (Instituciones oficiales y privadas) para evaluar la intervención y adoptar estrategias e instrumentos de acción que permitan garantizar una mayor cualificación de su rol profesional.

BIBLIOGRAFIA

- ASOCIACION MEDICA AMERICANA, Enfermedades Tropicales.
Edit. Printer. Bogotá. 1987. p.40.
- MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL-MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA. División de atención médica. "Factores
ecológicos y ambientales que inciden en la salud de
la población". Bogotá. 1982. p.24.
- SERVICIO NACIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.
Informe anual de programas. Barranquilla. 1987. p. 53.
- DANE, Boletín de Estadística No.411. Junio de 1987. Bogotá
p. 189.
- DURANGO RUEDA, Orlando y PEREZ CHAIN, Isabel. Participación
Comunitaria, práctica profesional y reconstrucción del
Sistema Socio cultural. Universidad de Cartagena.
Facultad de Trabajo Social. Cartagena. Julio. 1987.
p.26.
- OKLEY, Peter y MASSDEN, David. Consideraciones en torno a
la participación en el desarrollo rural, DIT, Ginebra.
1985. p.24.
- HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA, Proyectos de
Estatutos. Artículo 47. p. 25-27.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Oficina de Planeación y
Servicio. La Salud y la Intervención del Estado.
Bogotá. 1984. p. 4.
- SERVICIO NACIONAL DE SALUD DEL ATLANTICO. Departamento de
Estadística. 1986-1987. Barranquilla. p. 104-109.
- MURCIA FLORIAN, Jorge. Investigar para cambiar un enfoque
sobre investigación-acción-participante. Edit.
Presencia. 1988.p. 17.
- SPOERES, Sergio. Los desafíos del tiempo. Instituto
Latinoamericano de Estudios Transnacionales. Siglo
XXI. México. 1984. p. 41