

EPIDEMIOLOGIA EN LOS BARRIOS MARGINADOS DE LA CIUDAD
DE BARRANQUILLA Y LA ACCION DEL TRABAJADOR
SOCIAL
(Barrio Realengo)

DILIA ISABEL BALLESTEROS HERNANDEZ

NANCY ESTHER DE LA ROSA GUTIERREZ

ANA LUCIA JULIO DE PARAMO

Trabajo de Grado Presentado como Requisito
para Optar el Título de Trabajadora Social

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
MAYOR SIMON BOLIVAR

Barranquilla, 1982

Rector	Dr. JOSE CONSUEGRA HIGGINS
Secretario General	Dr. RAFAEL BOLAÑOS MOVILLA
Decano Facultad de Trabajo Social	Lic. JORGE TORRES DIAZ
Secretaria Académica	Lic. MARIA TORRES A.

AGRADECIMIENTOS

Queremos manifestar nuestros sinceros
agradecimientos a todas las personas
y entidades, que de una u otra forma,
propendieron por la puesta de marcha
y culminación de este trabajo de grado.

Lic. LIGIA C. DE SANJUAN
Jurado Calificador

Lic. OLGA ZABALA T.
Jurado Calificador

Lic. JAIRO SOLANO
Asesor

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	7
1. ESTRUCTURA SOCIAL, DEPENDENCIA Y MARGINALIDAD.	10
2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL BARRIO REALENGO	19
2.1. RESEÑA HISTORICA	19
2.2.1. Localización	19
2.2.2. Organización Social Familiar	20
2.2.3. Recursos Económicos	20
2.2.4. Conocimientos y creencias.	21
2.2.5. Servicios públicos.	21
2.2.6. Instituciones de influencia en la zona.	22
2.2.7. Instituciones públicas.	22
2.2.8. Agrupaciones de vecinos.	22
2.2. UNIDAD DE ANALISIS	25
2.3. TIPO DE MUESTREO	26
2.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA	26
2.5. INTERPRETACION DE DATOS	43
3. POLITICAS ESTATALES DE SALUD EN LA COYONTURA 1970-1981	53.

	Pág.
4. TRABAJO SOCIAL, SALUD Y BIENESTAR EN UNA COMUNIDAD MARGINAL.	76
4.1. RED INSTITUCIONAL Y TRABAJO SOCIAL	83
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFIA	86

LISTA DE TABLAS

TABLA 1	Ocupación estratificada .	30
TABLA 2	Ingreso y Frecuencia de ingresos	31
TABLA 3		32
TABLA 4	Número de personas que laboran por vivienda.	33
TABLA 5	Tipo de familia.	34
TABLA 6	Composición familiar.	35
TABLA 7	Nivel de escolaridad.	36
TABLA 8	Población que estudia.	37
TABLA 9	Número de personas por vivienda.	38
TABLA 10	Estado de la vivienda.	39
TABLA 11	Composición de la vivienda.	40
TABLA 12	Tenencia de la vivienda.	41
TABLA 13	Enfermedades contraídas en el barrio.	42
TABLA 14	Plan de Inversiones y Costos de Fun- cionamiento del Sector Salud. 1979- 1982-(PIN).	74
TABLA 15	Resumen de costos y financiamiento del Plan de Salud. 1979-1982(PIN).	75

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Aspecto general de una vivienda.	57
FIGURA 2	Estado de una de las calles del Barrio Realengo.	58
FIGURA 3	Forma de abastecerse de agua en el Barrio Realengo.	59

INTRODUCCION

La elección de un tema de investigación es una tarea decisiva para el éxito de este tipo de trabajo, en ello reside su dificultad inicial.

En lo que concierne a nuestra situación podemos decir que la decisión acerca del contenido de nuestra tesis de grado nos fue proporcionado por los acontecimientos dramáticos que sacudieron la ciudad durante el primer semestre del año de 1981, que mostraban un alarmante índice de mortalidad infantil, atribuible en una primera aproximación a factores de índole económico y cultural, que presumiblemente actuaban en la generación de un ambiente propicio para el desarrollo de epidemias infantiles como gastroenteritis, que habían conducido a esta población a la muerte segura o al padecimiento de las secuelas de la poliomielitis, Guillán-Barré, meningitis, etc.

A sido común por parte tanto de los ciudadanos como de los dirigentes, lanzar conjeturas e incluso teorías acerca de la cíclica presencia de estos flagelos de la salud. Se hablará de las epidemias de invierno y se considerará a éstas época como la portadora de todo tipo de plagas que se ensañan contra los habitantes de la ciudad, particular

mente los que se ubican en las zonas marginales. El Estado incapaz de enfrentar eficientemente las epidemias exacerbadas por el invierno, endosará la responsabilidad de padecerla al bajo nivel cultural de la gente de las zonas de bajos recursos que no comprenden la existencia de vacunas y remedios a la disposición en las instituciones oficiales.

Nosotras partimos también de considerar que tanto los elementos señalados como otros que no estaban claramente enunciados contribuían a la aparición de los males.

Era incuestionable que el hecho de que las epidemias surgieran y se desarrollaran en los orígenes socio-económicos vinculados al problema.

Tales razones explican que nos hallamos comprometido en esta investigación buscando aportar algunos elementos para jerarquizar de manera coherente las causas que provocaron la alta tasa de mortalidad infantil.

Procedimos a escoger una zona donde se cumplieran nuestras previsiones iniciales: zonas marginales de pésimas condiciones de higiene, carencia de alcantarilla de excretas, agua potable, mínimos servicios de emergencia, salud, educación, etc., y niveles oscilantes entre la elemental subsistencia

y la miseria absoluta.

Consideramos que el Barrio Realengo continua una muestra - de la gran zona tugurial de la ciudad y pretendimos averiguar la incidencia entre sus problemas estructurales y la generación de epidemias.

Este trabajo es el resultado de este proceso que nos condujo a algunas consideraciones en torno al Trabajador Social de comunidad y a las expectativas y imitaciones que debemos tener quienes aspiramos a colaborar en la transformación - de las condiciones materiales de vida de los sectores populares.

1. ESTRUCTURA SOCIAL, DEPENDENCIA Y MARGINALIDAD

El estudio de los problemas epidemiológicos de la ciudad de Barranquilla, y particularmente acaecidos en el Barrio Realengo, zona de nuestro estudio, requiere enmarcarse dentro de la problemática global de la estructura social en el país, durante la coyuntura del Frente Nacional, particularmente en el período 1970-1980.

Pero a la vez que inscribimos a estas deficiencias presentadas en el campo de la salubridad dentro de la historia económica y social del país, consideramos que obedecen a instancias más profundas emanadas de la actual fase del capitalismo mundial, denominado por Ernest Mandel "Capitalismos tardío" que conlleva crisis estructurales que tienen su asiento preferencialmente en la ciudad capitalista foco central de las actividades ligadas a la producción y valorización del capital y consecuentemente a la extorsión de plusvalía.

Uno de los investigadores que más ha profundizado sobre la cuestión urbana es Manuel Castells,¹ a quien citamos para reforzar nuestro punto de vista: "La crisis urbana -

que conocen por experiencia propia los vecinos de las gran
des ciudades proviene de la incapacidad creciente de la or
ganización social capitalista para asegurar la producción,
distribución y gestión de los medios de consumo colectivo,
necesarios para la vida cotidiana de la vivienda a las es
cuelas, pasando por los transportes, la sanidad, los espa
cios verdes, etc."

Pero el argumento de Castells, es aún mas incisivo, pues sostiene que tales desajustes no obedecen a deficiencias transitorias sino a la lógica del capitalismo, y a los - efectos propios de la lucha de clases; Castells² vincula estos flagelos urbanos a la naturaleza del régimen cuando afirma: "En efecto, la concentración y centralización del capital, en la fase monopolista del sistema, conduce a la concentración económica, social y espacial de los - medios de producción y de las unidades de gestión, así - como de la fuerza de trabajo necesaria para su funcionamiento".

De lo anteriormente enunciado, se desprende el hecho de que las ciudades y particularmente las áreas metropolitaa

1/ Castells, Manuel. Ciudad, Democracia y Socialismo.
Página 10

2/ Castells, Manuel. Ciudad, Democracia y Socialismo.
Página 16.

nas, como es el caso de la ciudad de Barranquilla, se han convertido en concentraciones humanas que se disputan el espacio ante la interdependencia creciente en cuanto al conjunto de medios de consumo necesarios para la subsistencia y reproducción.

Esto es válido, tanto para los productos de consumo individual distribuidos fraccionalmente, en el mercado, como para el consumo colectivo de bienes y servicios intangibles, que corresponden a la mayoría de los llamados servicios urbanos, y que están orientados a la satisfacción de las necesidades educativas y culturales, salubridad, espacios verdes, centros de recreación, etc.

En la sociedad industrial, si bien el proceso de producción es lo más importantes, el consumo propio de los procesos de circulación, ocupa un papel cada vez más decisivo dentro de la dinámica del sistema. La reproducción de la fuerza de trabajo requiere de todos estos aditamentos, por eso dice Castells,³ "quien dice fuerza de trabajo dice viviendas, equipamientos colectivos y transportes, y no sólo en términos de cantidad, sino de calidad o sea en el tipo de educación, de modo de vida y de formas de -----"

3/ Castells, Manuel. Ciudad, Democracia y Socialis -

residencia necesarias para reproducción, las características adecuadas de cada tipo de fuerza de trabajo".

Ahora bien, si en lo concerniente al consumo individual, se requiere mantener un nivel de solvencia que asegura - la rentabilidad y esto se traduce en ganancia capitalista, conjugándose para ello mecanismos como el crédito, la fiscalidad, la publicidad, etc., y a su vez esto se articula de una u otra forma con la infraestructura de la ciudad - y la dotación de servicios y si concluimos que la propensión al consumo individual (automotores, viviendas suntuarias, etc), en lo que se atiene al consumo colectivo"como una exigencia creciente de las masas populares y en particular como reivindicación de sus expresiones colectivas, el movimiento sindical y las organizaciones ciudadanas".

La satisfacción de las necesidades de los agentes sociales, que teóricamente deberían ser cubiertas por el Estado, en forma exhaustiva, es obstaculizada como se ha - planteado por la misma naturaleza del sistema que basa - su existencia en la obtención de altas tasas de ganancias,

mo. Página 18.

retomando a Manuel Castells,⁴ podemos ratificar esta apreciación, cuando se refiere a la incapacidad oficial para otorgar medios de consumo colectivos adecuados: "Esta es la contradicción estructural que produce la crisis urbana; los servicios requeridos por la forma de vida suscitada - por el desarrollo capitalista no son suficientemente rentables para ser producidos por el capital con vistas a la obtención de una ganancia".

De aquí se desprende la crisis de servicios colectivos - propios de las ciudades capitalistas que tipifican lo que se puede calificar como "crisis urbanas", sobre esta base, es pertinente plantear que el análisis de los problemas epidemiológicos de Colombia, se inscribe dentro de - la crisis consubstancial de la ciudad capitalista.

En primera instancia, el análisis de esta crisis tiene - que ver con la necesidad contemporánea del Estado de asegurar una tasa de retorno de su inversión, llegando hasta el extremo de plantear la necesidad de abandonar el imperativo del bienestar para privilegiar actualmente el criterio de la rentabilidad, si observamos las recomendacio

^{4/} Castells, Manuel. Ciudad, Democracia y Socialismo.

nes emanadas del grupo de consulta de París, donde se fijan las directrices para concesión de préstamos extranjeros, podemos entender las nuevas tendencias del modelo de desarrollo neoliberal implementados a partir de las escuelas norteamericanas de la Universidad de Chicago y California; se prescribe en el Cónclave de Banqueros de los países metropolitanos, que para asegurar los intereses financieros la prestación de servicios debe racionalizarse, lo que equivale a decir: deben elevarse las tarifas, y así mismo debe subsanarse el déficit fiscal o lo que es lo mismo, incrementar el régimen impositivo.

Otro de los elementos que surge en nuestro análisis es el relativo a la naturaleza política del Estado, vinculada a los procesos de la lucha de clases, sostiene Castells,⁵ en lo atinente a este punto: "ahora bien, en la medida en que dichos servicios colectivos condicionan las prácticas sociales del conjunto de la población, todos los grupos sociales sufren profundamente las consecuencias de la intervención del Estado, que se convierte en el patrón de los servicios públicos estructurantes de la vida cotidiana y a partir de ahí, las contradicciones que se

5/ Castells, Manuel. Ciudad, Democracia y Socia-

se desarrollan en la esfera de consumo colectivo, los con
flictos que nacen de la organización urbana, tienden a re
lacionarse más o menos directamente, con la gestión del -
Estado".

Sobre tal base, Castells, demuestra que la prestación de
servicios está condicionada por el contenido de clase que
le es propio. Desde este punto de vista, la asignación -
de servicios son selectivos, con respecto a la estructura
de clases, y van a beneficiar prioritariamente a las zo -
nas de equipamiento para la reproducción de capital, dis -
minuyendo paulatinamente su cobertura en la medida en que
las clases sociales no representen una inversión para el
capitalismo.

Ahora bien, si aceptamos con Jean Lojkine, la concepción
marxista según la cual los medios de consumo colectivo,
actúan en la reproducción de las condiciones generales -
de la producción, podemos entender por qué el Estado ca -
pitalista cumple con la tarea de prestar servicios de bie
nestar, vivienda y salud, y que estas funciones actúan en
los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo.

lismo. Página 24.

Surge entonces, un interrogante básico que ocurre con respecto a los habitantes del Barrio Realengo, sobre el cual recae nuestro estudio. Cuál será la causa de políticas no adecuadas de salud, vivienda, educación y demás servicios públicos dentro de la estructura del Barrio Realengo?

Se podría afirmar obviamente la existencia de un ingrediente de irracionalidad capitalista propio de estos países dependientes, y si llevamos hasta último análisis esta concepción caeríamos en la posición weberiana que pretende la indagación de los medios para la reactualización del capitalismo. Sin embargo, un análisis más profundo nos conduce a establecer la causalidad estructural de los fenómenos sociales con la ineludible determinación económica, en este orden de ideas se puede afirmar que la composición socioeconómica del barrio, explica en gran parte la ausencia de servicios públicos; los factores básicos que van a determinar la naturaleza del barrio objeto de nuestro estudio, son originados en la composición social de sus habitantes y a los lugares que ocupan en la estructura productiva.

Esta situación de los agentes en el campo laboral nos permite, explicar la carencia actual de servicios.

Los perfiles básicos que podemos designar en el barrio definen las categorías de la composición laboral, encontra-

mos, entre estas: Asalariados productivos, trabajadores de la construcción, choferes y afines, mecánicos y afines, y obreros fabriles. Asalariados no productivos (empleados y políticos), artesanos, (carpinterios, ebanistas, modistas, zapateros y panaderos), subempleados (vendedores, ambulantes, domésticas, cargadores y oficios varios). Y la pequeña burguesía tradicional: comerciantes, tenderos y -trabajadores del campo.

La población económicamente activa del Barrio Realengo, = distribuidos en esta gama de ocupaciones requiere ser medida para jerarquizar los grupos de asignación ocupacional, en principio, podemos plantear que en los sectores marginales de las ciudades capitalistas dependientes, están compuestas básicamente por desempleados, subempleados con grupos prioritarios y en lo que respecta a los asalariados productivos se presenta el medio de la inestabilidad y bajos niveles de ingreso.

2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL BARRIO REALENGO

2.1. RESEÑA HISTORICA

2.2.1. Localización

El Barrio 7 de Abril o Realengo se encuentra situado al sur de la carrera 1a., desde la 45G, limita con el Barrio Carrizal, por la acera sur de la carrera 1a. desde la calle 45G hasta la calle 45C3 limita con el Barrio Carrizal. Por el oeste con la acera oriental de la calle 45C3 desde el Barrio Santo Domingo de Guzmán; por la acera oriental del camino de Carrizal 10 Sur hasta el punto de las coordenadas norte 3.650.000 y este 7.600.000 limita con predios de propiedad del señor N. Rodríguez.

Por el Sur desde el punto situado de las coordenadas 3.650 acceso general hacia el este, hasta entrada del camino de Cevillar, en el punto situado en las coordenadas 8.450 Este y 3.650 Norte, limita con predios de los señores De Vivo y Emigdio.

Por el Este por el borde occidental del camino de Cevillar desde un punto situado en las coordenadas 4.250.000 Norte

y 8.650.000 Este, limita con la Ciudadela 20 de Julio, del punto anterior en dirección hacia el Noroeste, el lindero de la carrera 1a. con la calle 45C3 limita con la Ciudadela 20 de Julio. Estos terrenos donde actualmente está ubicado el barrio de propiedad del señor Celio Villalba, dueño de la Cafetería Almendra Tropical.

Los invasores ocuparon estas tierras, unos lo hicieron por verdadera necesidad de buscar un refugio donde construir la vivienda, y otros sólo por negocio; todos estos invasores procedían de diferentes lugares de la Costa Atlántica y algunos del interior del país.

2.2.2. Organización Social Familiar.

La mayor parte de las familias están constituidas por unión libre y concubinato, y un reducido número de familias es legalizado por el matrimonio católico; y hay hogares en los cuales la madre lleva el peso del hogar porque es abandonada por el esposo.

2.2.3. Recursos Económicos.

Este barrio se clasifica del estrato socioeconómico bajo-bajo y es el típico barrio de invasión paulatina. El 80% de la población del barrio carece en absoluto de recursos, lo único que poseen es el terreno donde tienen la vivienda insalubre por no tener ventilación y carecer de servicios

sanitarios, y las excretas son arrojadas al suelo con los consecuentes problemas de salud; viven en hacinamiento - por que no tienen más que una pieza y en ocasiones hay dos familias donde, en una cama se hacinan padres e hijos o es tos duermen en piso de tierra. Las familias carecen de los objetos domésticos más indispensables. Los que saben algún arte no tienen los implementos indispensables para montar - su pequeña industria por lo cual tienen que relegarse a hacer lo poco que pueden.

2.2.4. Conocimientos y creencias.

Tienen muchas creencias en maleficios e intercciones demoníacas. A pesar de los programas comunitarios que se han llevado a cabo.

2.2.5. Servicios Públicos

La zona carece de los servicios públicos esenciales, la comunidad se abastece de energía eléctrica sustrayéndola de la red de alumbrado público de los barrios vecinos.

La seguridad de la zona está a cargo de los Comités de Pollicía Civil, grupo orientado por la Policía que tiene sede en la estación del Barrio El Bosque y la Defensa Civil de Carrizal.

2.2.6. Instituciones de influencia en la zona.

Escuelas: Las únicas instituciones de influencias en este aspecto educativo son las escuelas de guarderías y los hogares vecinales y la serie de cursos de capacitación que se han realizado con el fin de iniciar la etapa de desarrollo integral de la comunidad.

Recreativos: No hay un lugar de recreación sano pero si hay numerosas cantinas.

2.2.7. Instituciones Públicas

No hay ningún hospital, lo único que hay es un centro de salud, de una institución particular Tierra de Hombres, donde se trabaja con mucho esmero en el aspecto salud, pero por ser tan pequeño en el aspecto locativo y recursos humanos, no dá cobertura ni a la cuarta parte de la comunidad por tratarse de un barrio de invasión demasiado extenso.

2.2.8. Agrupaciones de vecinos

Hay una Junta de Acción Comunal que se está iniciando en sus actividades, pero que todavía no ha logrado una completa integración con la comunidad.

Desde el punto de vista institucional, debemos considerar

que en el barrio, sometido a nuestro estudio, funcionan - dos instituciones de carácter oficial que se vinculan de una u otra forma a la vida del sector. Se evidencia entonces que es delegnable la prestación de servicios insti tucionales en el sector que permita la acción formalizada de la profesión de esos conductos.

Se puede sin embargo, mencionar que dichas instituciones tienen servicios de Trabajo Social, estructurado, estas - entidades son: "EL Hogar Infantil San Pedro Claver, orien tado por el Grupo Fe y Alegría, que otorga sus servicios a 450 niños. Se puede caracterizar esta institución como un voluntariado de orden filantrópico que pretende "traba jar por superar la situación social del marginado".

Las labores que se asignan al Trabajador Social en esa ins titución se enuncian así:

Charlas de orientación familiar a nivel de cursos de capa- citación dentro de los que se pueden mencionar: Electrici- dad y Educación en Salud, dictados por el SENA, Modistería, Artesanías, Tejidos y Primeros Auxilios, que son dictados por madres de familia a las cuales se les reconoce una mí- nima remuneración.

En cuanto a salud se está proyectando un programa de medi- cina preventiva en el cual colabora Profamilia, ISS y algu

nos alumnos de la Universidad del Norte y Metropolitana.

Así podemos referirnos a otra institución denominada Tierra de Hombres, entidad filantrópica suiza, fundada en 1960, por Edmond J. Kaiser, cuya sede principal es Lausana y su actividad principal es la atención médica y la salubridad. Cuenta con una Trabajadora Social que ejerce sus funciones basada en los siguientes principios:

Programa de Padrinazgo Nutricional y escolar, el cual consiste en prestarle ayuda a niños desnutridos y ayudar en la asistencia escolar a aquellos que más la necesitan, para esto cuentan con una doctora que presta sus servicios diariamente en esta institución. En la actualidad hay 80 niños que reciben ayuda nutricional y 45 niños que reciben ayuda escolar. A nivel de comunidad se está llevando una campaña que consiste en instruir por medio de un técnico a grupos de personas que quieran aprender a instalar letrinas.

También se están dando charlas de medicina preventiva las cuales están a cargo de la doctora que atiende en el puesto de salud. Como se puede observar, el Trabajo Social en una zona marginada ante la ausencia de servicios oficiales eficientes que desplazan su responsabilidad en el sector privado, sigue prisionero del espíritu asistencialista y caritativo que ha sido superado por las modernas visiones de la -

profesión.

Para nosotras, como hemos consignado en otro lugar, se trata de organizar a la población para exigir del Estado su responsabilidad en la provisión de medios de consumo colectivo imprescindibles para la reproducción de la clase trabajadora. Si criticamos los paliativos y logramos interesar a la población para ganar en forma de organización comunitaria, enseñaremos a la gente a luchar y a ser actores de su propia transformación.

El hecho que desmistifiquemos la verdadera esencia del asistencialismo implica que busquemos vías alternas sin desdeñar la utilización imprescindible provisionalmente de los servicios prestados por las instituciones filántropicas.

2.2. UNIDAD DE ANALISIS

Nuestro trabajo de investigación acerca de los problemas estructurales del Barrio Realengo, dispone de un diseño empírico basado en una unidad de análisis fundamental: La Familia.

Decidimos elegir esta unidad de análisis porque nos permite controlar la población a partir de las viviendas del barrio, que fueron encuestadas aleatoriamente. Este pro-

cedimiento técnico tiene la ventaja de ofrecer mayor nivel de confiabilidad, dado que se entrevistan a informantes - clave, que pueden ser los jefes de familia o algún miembro del colectivo mayor de 18 años.

Se persigue medir la opinión familiar sobre los items propuestos. (Ver formulario adjunto).

2.3. TIPO DE MUESTREO

Mediante una encuesta piloto previa (140 casos), se detectaron las variables relevantes de la unidad de análisis, - la que arrojó una composición familiar promedio de seis - personas por cada vivienda.

2.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para definir el tamaño de la muestra, se aplica la fórmula usual para estudio de investigación compleja donde: (N = < de 5.000 y diversidad de variables)

$$n = \frac{\frac{Z^2}{E^2} \cdot \frac{p}{q}}{1 + \frac{1}{N} \cdot \frac{Z^2}{E^2} \cdot \frac{p}{q}}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z² = nivel de confianza del 95% = 1.96

E^2 = margen de error 0.5%

p = 0.5 niveles de variabilidad con

q = distribución normal

El resultado fue de 259.5 260 encuestas que se trabajaron mediante muestreo sistemático aleatorio 1 cada 4 viviendas. Instrumentos: Se diseñó una cédula que contiene el cuestionario con los requerimientos básicos. (Anexo).

LECTURA DE TABLAS

Una vez realizada la tabulación de los datos obtenidos, se construyeron tablas de correlación, que servirán para ratificar o reafirmar las hipótesis por nosotras enunciadas.

Realizaremos en adelante, ciertas consideraciones e inferencias acerca de la información recolectada.

ENCUESTA SOCIO-ECONOMICA
(Barrio Realengo)

1. SEXO. Masculino 1
 Femenino 2
2. ESTADO CIVIL 1 Soltero
 2 Casado
 3 Viudo
 4 Divorciado
 5 Unión libre

3. EDAD (Años cumplidos) _____

4. OCUPACION.

Obrero 1 Empleado 2 Otro 3

Cuál ? _____

Señale cuántas personas trabajan en su hogar: _____

Tipo de ocupación _____ Edad _____

5. ESTUDIOS REALIZADOS (Nivel de escolaridad) por miembros de la familia.

1. Analfabeta (No lee)
2. Prescolar
3. Primaria
4. Secundaria
5. Universitarios
6. Otros
7. Lee y escribe
8. Lee
9. Firman

6. NUMERO DE HIJOS. GRUPO DE EDADES.

0 - 1

1 - 4

5 - 9

TABLA 1

Ocupación Estratificada

Empleo	#	%
Trabajador de construcción	70	18.2
Vendedor ambulante	74	19.32
Carpinterios y ebanistas	8.0	2.0
Chofer y afines	30	7.8
Modistas	11	2.8
Zapatero	1.2	0.3
Mecánico y afines	16	4.1
Panadero	10	2.6
Domésticos	30	7.8
Comerciante tendero	24	6.2
Bracero	8	2.0
Obrero	24	6.2
Empleado	35	9.1
Docentes	3	0.78
Trabajador del campo	4	1.0
Policía	1	0.26
Oficios varios	34	8.8
TOTAL	38.3	100.%

TABLA 2

Ingreso y Frecuencia de Ingresos

Niveles de Ingreso		#	%
150	200	48	12.5
201	400	98	25.5
401	600	31	8.1
601	800	13	3.3
801	1.000	4.2	1.0
1001	1.500	39	10.0
1501	2.000	31	8.0
2001	2.500	16	4.1
2501	3.000	19	4.9
3001	5.699	22	5.7
5700	7.000	22	5.7
7001	10.000	7.8	2.0
+ de	10.000	2.4	0.6
Sin información		3.0	7.8
		383	100

TABLA 3

Sexo	Nº.de Personas	%
Hombres	310	80.9
Mujeres	73	19.0
	383	100

TABLA 5

Tipo de Familia

Número de familias por vivienda.	#	%
Nuclear	180	69.2
Compuesta	54	20.7
Más de una familia	24	9.2
2	2	0.7
TOTAL	260	100

TABLA 6

Composición Familiar

#	Edad	%
18	+ de 60	2.2
7	59 - 55	0.85
14	54 - 50	1.71
12	49 - 45	1.47
23	44 - 40	2.82
49	39 - 35	6.01
70	34 - 30	8.59
70	29 - 25	8.59
70	24 - 20	8.59
60	19 - 15	7.37
104	14 - 10	12.7
140	9 - 5	17.1
120	4 - 1	14.7
61	1 - 0	7.5
814		

TABLA 7

Nivel de Escolaridad

Nivel	Número de Personas	%
Prescolar	6	1.17
Primaria	370	72.2
Secundaria	80.0	15.6
Universitario	2.1	0.46
Otros	15.0	2.9
Lee y escribe	3.0	0.5
Lee	9.2	1.7
Firma	9.6	1.8
No lee	20.6	4.0
TOTAL	512	100

TABLA 8

Población que estudia

Población en edad de estudio.	738	100%
Población que estudia.	293	40%
Deserción en edad de estudio.	445	60%

TABLA 9

Número de personas por vivienda

Persona	Vivienda	%
1	5	1.92
2	16	6.15
3	34	13.0
4	45	17.3
5	50	19.2
6	32	12.3
7	25	9.6
8	18	6.9
9	9	3.46
10	9	3.46
11	4	1.5
12	3	1.15
13	2	0.76
14	5	1.92
15	3	1.15

TABLA 10

Estado de la Vivienda

	Vivienda	%
Bueno	15	5.43
Regular	70.2	25.4
Malo	192.	69.5
	276	100

TABLA 11

Composición de la vivienda

Dormitorios	Número viviendas	%
1	211	76.4
2	52	18.8
3	12	4.34
4	1.2	0.43
	276	100

TABLA 12

Tenencia de la vivienda

	Número de personas	%
Propia	255	92.3
Arriendo	14	5.07
Subarriendo	.6	2.17
Cuidada	5.0	1.81
	276	100

TABLA 13

Enfermedades contraídas en el barrio

Tipo	Número de enfermos	%
Gripa	132	40.2
Diarrea enteritis	82	21.
Hepatitis	1.2	0.36
Sarampión	4.2	1.2
Bronquitis	3.6	1.0
Meningitis	0.6	0.18
Tosferina	0.6	0.18
Granos en la piel	4.2	1.2
Conjuntivitis	2.4	0.73
Dengue	25.0	7.6
Papera	1.2	0.36
Paludismo	1.8	0.54
Tifo	3.6	1.09
Parásitos	4.2	1.2
Viruela	1.2	0.36
Varicela	1.8	0.54
Otras enfermedades	40.0	15.2
No han contraído	20.	6.0
TOTAL	328.2	

2.5. INTERPRETACION DE DATOS

Partimos de la consideración de que el barrio, objeto de nuestro estudio, es uno de los sectores populares de características marginales con que cuenta la ciudad de Barranquilla, y que con base en esas aseveraciones se hace necesario el análisis de algunos de los rasgos estructurales del sector para establecer las tendencias presentes.

En primera instancia, se ha de considerar la estructura de clase imperante en el barrio, dado que esto nos permitirá establecer los medios de consumo requeridos para la reproducción de los agentes.

Consideramos asalariados productivos, a los que se desempeñan en la transformación directa de materias primas y sufren la extorsión de plusvalía en el sector que analizamos (Ver Tabla 1), este rubro está representado por 140 individuos pertenecientes a una sub-muestra de 383 personas que se encuentran activas, dentro de una población económicamente activa de 706, y llegan a significar el 37% de ésta.

Cuando nos referimos a los asalariados productivos, vinculados a la industria, no discriminamos si se trata de industria fabril o industrial, o de la construcción u ocupaciones eventuales, pero es digno de tener en cuenta en las consideraciones acerca de la estabilidad de los agentes.

Consideramos asalariados no productivos al conjunto de -
agentes vinculados a los procesos de circulación y distri-
bución, preferiblemente empleados y dependientes en estos
sectores, ahora bien, se podría considerar que los asala-
riados no productivos constituyen lo que se denomina peque-
ña burguesía y que esta suele ser dividida por nicos pou-
lanzas en pequeña burguesía tradicional y pequeña burgue-
sía moderna, discriminación que si bien puede ubicar agen-
tes provistos de poder o de saber, administración u ocupa-
ciones técnicas o de simples empleos subordinados: depen-
dientes del Tía, Supertiendas, graneros, etc.

Adicionalmente podemos consignar como elemento de afianza-
miento de nuestra argumentación que los agentes de los -
umbrales inferiores de la pequeña burguesía tradicional -
no poseen altos niveles de escolaridad (ver tendencias -
educacionales del barrio) (Tabla 7), el cual nos indica -
que el 72.2% de la población que estudia se encuentra en
el grado de primaria y solo porcentajes mínimos alcanzan
la educación media o superior que respectivamente son del
orden de 15.6 y 0.46%.

Si a esto agregamos que la población en edad de estudio -
era para la muestra 738 y que de ésta solo estudian 293,
queda un amplio margen de personal no calificado de un -
60% (445 personas) que no dispondrá de altas tasas remu-

nerativas, niveles inferiores de la pequeña burguesía.

Continuando con el análisis del cuadro de "Ocupación estratificada", se puede observar que los roles más habituales se encuentran a nivel del subempleo o desempleo disfrazado, veamos:

El rol de trabajadores de la construcción, donde se ubican 70 individuos configurada cerca de un 18.2%, es un trabajo de carácter eventual, si se tiene en cuenta, su contratación que finaliza al terminar la obra y si bien se suele incluir dentro de los asalariados productivos en tanto la industria de la construcción es transformación de materias primas, se puede afirmar que las condiciones estructurales de Colombia obligan a considerada ocupación de refugio de los flujos de migrantes recientes procedentes de las áreas rurales y que no disponen de calificación de fuerza de trabajo igual cosa se puede predicar de los items: vendedores ambulantes, 74 individuos, que representan el 19.32%, chofer y afines, que realizan viajes a destajo o sirven de auxiliares en el cobro de pasajeros, 30 individuos que cumplen 7.8%, igual se puede predicar de el item zapatero que aunque existen (1.2 y 0.3%) otras ocupaciones semiartesanales como panaderos 10 individuos, 2.6%; y oficios domésticos que presenta 30 individuos llegando a 7.8% y que es también portadora de subempleados.

Así mismo encontramos otros oficios como comerciantes y tenderos que está compuesto por 24 personas 6.2% y que podríamos calificar como miembros de los estratos bajos de la pequeña burguesía tradicional. Se puede igualmente calificar aquí a los trabajadores de campo aunque existe el reparo de que pueden considerarse también como peones agrícolas 41.1%, igualmente dentro de la pequeña burguesía tradicional, se pueden clasificar los que se agrupan bajo el ítem de empleados, 35 personas 9.1%, haciendo la claridad de que a menudo se trata de asalariados explotados en los comercios de la zona crítica de la ciudad y que perciben las mínimas remuneraciones.

Los docentes, quienes llegan apenas a 3 personas y que representan el 0.78%, pueden ubicarse ambiguamente dentro de la pequeña burguesía sin embargo, se puede también ubicar una ocupación de refugio dado que son pequeñas "escuelitas domésticas" de carácter informal.

Finalmente mencionaremos a los policías cuyo número es exiguo 1 por 0 o sea 0.26% y oficios varios que agrupa ocupaciones subordinadas y a destajo como albañiles, plomeros, etc., 34 personas y 8.8%, que se pueden considerar también bajo el rubro de subempleados que globalmente representa un 69.90%.

En estas circunstancias podemos deducir que el cuadro analizado evidencia la preminencia ostensible del subempleo, en el Barrio Realengo, que implica la existencia de precarias condiciones económicas y por ende sociales, que se - traducirán en deficiencias alimentarias y tradicionales, - que son propicias para la generación de enfermedades y epidemias generalmente en la población infantil. Los ingresos de las personas del Barrio Realengó son precarias y no alcanzan incluso los niveles mínimos (\$5.700.00) imperantes - en el país.

Estos guarismos que se observan en el Cuadro N^o.2 (Ingreso y Frecuencia de Ingreso), sirven para reforzar lo que se - enuncia arriba una cuarta parte de la población laboral - (98 personas 25.5%), oscila en niveles de ingresos diarios, y a menudo a destajo de (\$201 a \$400 pesos), un 12.5% recibe diariamente entre \$150 y \$200 (48 individuos) para un - total a destajo del 40%, los sueldos mensuales van de \$1.000 a \$1.500; 39 personas 10%, de \$1.500 a \$2.000, 31 personas que componen el 8% para un total de 83.1% personas que reciben menos del sueldo mínimo urbano, contra 16% que disponen de salarios entre \$5.700 y \$10.000 o más ahora, así, consideramos que en las familias del sector dentro de un P.E.A. de 383, 310 hombres que conforman el 80% contra 73 el 19.0% trabajan, habremos de inferior que los ingresos

familiares del sector dependen en gran medida del jefe de familia lo que se sustenta en el hecho de que 182 individuos de la muestra que conforman el 65% (tabla 4), está vinculado laboralmente contra un 35% restante donde se encuentran 60 casos 21% donde trabajan 2 personas, 16 de 35.7%, 42 y 1.5% etc.

Otro aspecto que merece analizarse y que ratifica la tendencia anterior, es también la primacía de la familia nuclear 180 y 69.2% que se presume dirigida por el jefe quien la sostiene, sobre la familia compuesta 20.7%, y donde existe más de una familia cuyas circunstancias económicas son más complejas pero cuyos guarismos son íntimos 9.2%, 70.7% ingresemos a otra u otro aspecto conexo con el muestreo y que tiene que ver con la estructura de la familia imperante en el Barrio, tenemos que dentro de la muestra donde se analizan 814 individuos encontramos una composición familiar y una pirámide de edades, así: (tabla 6), 140 individuos que representan el 17.1% entre los que oscilan entre los 9 y 5 años, seguidos en rango por un 14.7% que proviene de niños entre los 4 y 1 años en orden jerárquico, seguirán 104 individuos menores de edad que representan el 12.7% y que oscilan entre los 10 y los 14 años, de tal suerte que existirá un total acumulado de 52% de niños entre 1 y 14 años, existe asimismo, un equilibrio promedio en la pirámide de edades -

oscilante entre 15 y 39 años (7.37%, 8.59%, 6.01%) en lo - que constituye un total agregado en edad laboral de 39.15% la que no podrían adicionársele individuos entre 40 y 50 - años (6%) para un total de 45.1% de P.E.A., que sostendrá 55% restante.

Detengámonos un tanto en el ítem educación que irá a influir a su vez en los niveles de ingreso. El nivel de escolaridad imperante en el barrio, se descompone así: 370 individuos - que representan el 72.2% (tabla 1) sólo alcanzan el nivel - primario, que no estará integrado solo por menores de edad, dado que estos solo suman 293 y son el 40% de 738 (tabla 8), y estos se suelen subdividir en niveles, por tanto encontramos dentro de el ítem primario no solo a población en edad escolar sino a desertores actuales 445 (60%) como también a mayores de edad, vinculados a actividades laborales.

El siguiente nivel de escolaridad estará representado por 80 personas que han llegado al nivel secundario y conforman el 15.6%, 2 personas han accedido a la universidad llegando apenas a 0.46%; existen guarismos menores para los enunciados preescolar 6 personas 1.17% mensual en el barrio cuya do cencia es informal y algunos grados de analfabetismo 8.0%.

Pasemos ahora a describirlas locativamente (viviendas); tenemos que el 69.5% o sea 192 viviendas se encuentran en pre

carias condiciones por lo que pueden clasificarse bajo el ítem de "malo" seguida de un 25.4% de viviendas, 70 que podríamos considerar regulares y solo 15 viviendas un 5.43% en estado aceptable que consideraremos "buenos".

Se han considerado algunas características tales como número de dormitorios y encontramos 211 viviendas de 1 dormitorio que conforman el 76.4%, 52 de 2 dormitorios 18.8% y 12 de 3 que son 4.34% y el 1 de 4 habitaciones para un 0.43%.

Para confrontar estas condiciones encontramos que el 19.2% de las viviendas 50 unidades, albergan a 5 personas, 17.3% compuestas por 45 viviendas con 4 personas, 34 viviendas que corresponden al 13% dan alojamiento a 3 personas. Podemos observar que si adicionamos los guarismos de viviendas con 7 y 8 personas que en las residencias que se encuentran en el intervalo entre 3 y 8 personas se encuentran agrupados el 78.1% de la submuestra siendo el promedio de 7 personas por vivienda lo que equivale, si se compara con el número de dormitorios, una propensión al hacinamiento con las consecuencias nocivas que este comportamiento genera respecto a la salubridad y contagio de epidemias.

Finalmente, y en el ítem de vivienda, observamos en el Cuadro N^o.12 la preminencia en el rubro vivienda propia 92.3%, sobre el arriendo, el subarriendo y el cuidado de

casas que tiene lógica en términos de las características de surgimiento del barrio.

Pasemos ahora finalmente, a examinar los datos del campo de la salud, decisivo para la comprobación de nuestra hipótesis (tabla 13). Encontramos que el elemento dominante está constituido por enfermedades endémicas, tales como la gripa que alcanza la cifra elevada del 40.2%, seguida por la diarrea enteritis, cuyo reporte es de 21% y el item otras enfermedades (polio, Guillán-Barré, etc), conviene considerar que el hecho de reportarse como dominante la gripa representa para nosotros la presencia habitual de esta enfermedad en todos los tipos de edad, hecho indiscutible, pero a su vez significa que la sintomalogía aludida está presente en otro tipo de epidemias como el dengue (7.6%), bronquitis, 1.0%; de tal suerte que la opinión inmediata acerca de la enfermedad adquirida por la gente analizada, no podría clasificarse exclusivamente en el item gripa y antes bien podría reportarse en otro tipo de enfermedad, lo mismo podría decirse de la diarrea cuyo porcentaje puede verse incrementado en el censo de dengue 7.6%, parásitos 1.2%.

Seguidamente nos ocupamos del item otras enfermedades, que presenta un total de 40 casos (polio, Guillan-Barré, otros, etc), que no dejan de ser altamente alarmantes si se tiene

en cuenta que en el cuadro aludido se contemplan todos los grupos de edad, y básicamente esta se ubica dentro de la población infantil, de tal suerte, que el 15% estaría dado por la amplia gama de enfermedades que tienen ocurrencia en el barrio lo que dá un gran nivel de dispersión al cuadro estudiado y que afectan igualmente a la población infantil y que se aunan a las epidemias de diarrea y polio.

Encontramos que la población infantil también se ve afectada por sarampión 1.2%, bronquitis 1.0%, meningitis 0.18%, tosferina 0.18%, parásitos, viruela y varicela llegando a una cifra total de morbilidad infantil sin contar los derivados de la expansión del item gripe, que están en el orden del 50.2% de las enfermedades contraídas en el barrio. Estos datos tienden a incrementarse dado que las preguntas se formularon a personas mayores de 18 años, en alguna proporción e iletrados a quienes no puede exigirse un conocimiento de la sintomatología clínica.

Los datos recolectados en el barrio se complementan con la información que se analiza en el capítulo dedicado a las políticas de salud oficial.

3. POLÍTICAS ESTATALES DE SALUD EN LA COYUNTURA

1970-1981

Se ha dicho anteriormente, que las grandes tasas de morbilidad que encontramos en el barrio objeto de nuestro estudio, están determinadas por las condiciones de marginalidad imperantes en estos sectores populares, en un país donde - la renta de trabajo recibe sólo un 37% de la canasta familiar más modesta. En la Revista Empleo y Desarrollo, de Anif,⁶ los investigadores de este gremio financiero se ven obligados a reconocer: El hecho de que la salud no aparezca en la canasta familiar del Departamento Nacional de Estadística, no quiere decir que los colombianos no gasten en salud o no la necesiten, quiere decir que no pueden hacerlo".

De aquí se deduce que si los trabajadores colombianos no disponen de ingresos suficientes, (salario mínimo de \$5.700 en la ciudad y \$5.300 en el campo), para adquirir una canasta familiar calculada hoy diciembre de 1981, en \$11.000.00,

6/ Revista Empleo y Desarrollo, de Anif. Página 8.

mucho menos les podrá alcanzar para comprar la atención -
médica que el Estado deja de prestarle.

Tal evento reiterado en el país, ocasiona que la tasa de mortalidad para los sectores urbanos alcanza la preocupante cifra del 9.7%. Según Diego Giraldo Samper,⁷ citado por los investigadores del CEIS: "la morbilidad se expresa en el predominio de enfermedades intestinales, del aparato digestivo, anquilostomiasis, avitaminosis, tuberculosis (20.3%), en las regiones de menor desarrollo, mientras que enfermedades degenerativas propias de la persona tienen una incidencia más alta en las regionales de mayor desarrollo", si analizamos con cautela estas expresiones podemos afirmar que las regiones de mayor desarrollo coexisten con zonas atrasadas representadas básicamente por los barrios marginales los cuales presentan elementos de ruralización y condiciones precarias del habitat y de salubridad los que los hace propensos a la adquisición de estos males.

Dentro de los elementos que pueden esbozarse para determinar el nivel de la salud en Colombia, pueden tenerse en cuenta siguiendo al estudio citado, los siguientes:

7/ Giraldo Samper, Diego. Investigadores del CEIS.
Página 7.

- Condiciones demográficas y de urbanización.
- Altas tasas de explotación de los trabajadores y empobrecimiento ecológico del entorno.
- Brecha alimenticia: desajuste entre la oferta y el aprovechamiento de los consumos alimenticios indispensables a la población.

Con base en estos criterios, se pueden utilizar ciertos indicadores que nos permiten evaluar esta situación, en lo que se refiere al país y al barrio en particular.

Hemos comprobado exhaustivamente que el surgimiento del Barrio Realengo, está vinculado a los procesos generales de desorden urbano, la simple aproximación descriptiva a los sistemas de construcción, a los materiales y a las "comodidades", propias de las viviendas del sector denuncian esta situación.

Adicionalmente podemos consignar que los procesos migratorios atizados en el país en las décadas de la violencia, no han cesado en su flujo constante hacia los centros urbanos y no obstante consideremos que las tasas de frecuencia son menores, persiste como uno de los fenómenos propios del capitalismo dependiente; siguiendo al doctor Giraldo Samper,⁸ citado por el CEIS podemos decir que "la ruptura producida en el país en menos de medio siglo, al

pasar la población rural del 70 al 30% ha destruído no so lo el habitat urbano, haciéndolo malsano y contaminado, - sino también el medio ambiente en el campo".

Contaminación, hacinamiento, pésimas condiciones sanita - rias en la ciudad y erosión en el campo se vinculan a los elementos y criterios señalados arriba, puesto que el primero relaciona explotación capitalista como ya hemos tenido ocasión de considerarlo con condiciones ambientales, - hecho incuestionable con una visión epidémica de la ciu - dad y la zona.

En cuanto al segundo aspecto, brecha alimenticia, se parte de todos los elementos citados: baja renta per capita (80% de los ocupados recibe el 30% del valor total de salarios, y el 60%, de los familiares disponía de ingresos menores de \$4.500.00 y el 42% un ingreso inferior a \$3.000 en 1976), contaminación ambiental, falta de agua potable, servicios de excreta, servicios de aseo, alcantarillado - pluvial, etc.

En un análisis de la situación de la salud en Colombia, - realizado por Asmedas en 1977, se evidencian estos guaris

8/ Girado Samper, Diego. Investigadores del CIES.

FIGURA 1

ASPECTO GENERAL DE UNA VIVIENDA



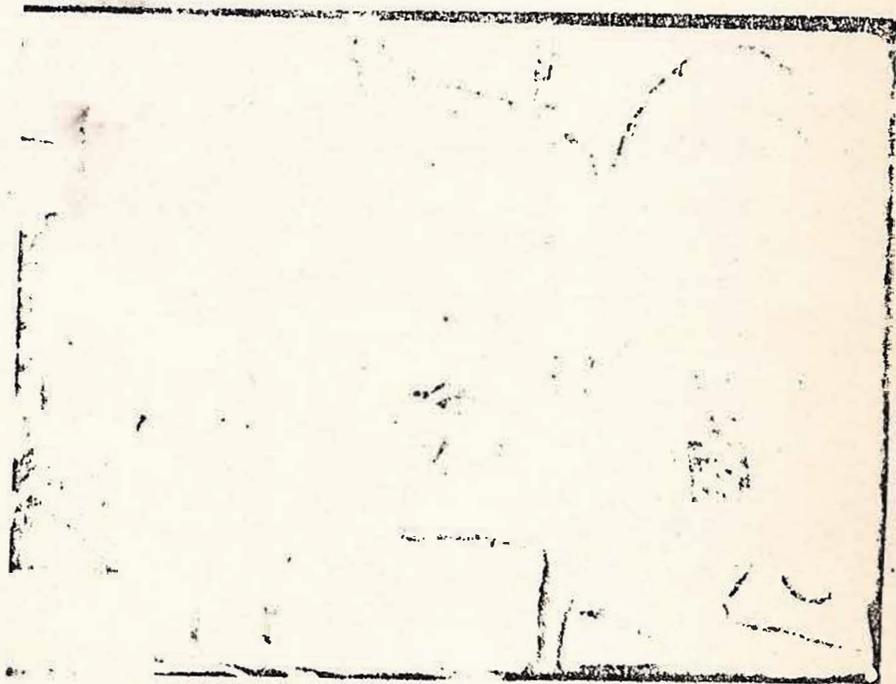
FIGURA 2

ESTÁDO DE UNA DE LAS CALLES DEL BARRIO REALENGO



FIGURA 3

FORMA DE ABASTECERSE DE AGUA EN EL BARRIO
REALENGO



CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

CAUSA DE LA MUERTE	Nº. muertes en menores de 5 años.	% sobre total muertes registradas
Enteritis y otras enfermedades <u>diarrei</u> cas.	13.821	8.9
Otras neumonías	7.795	4.8
Bronquitis, enfisema, asma.	5.254	3.3
Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte.	3.754	2.3
Otras causas perinatales.	2.925	1.9

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 1971.

PAIS	INFANTIL	MENORES DE 5 AÑOS.
Colombia	62.7	18.7
Chile	71.1	16.1
Ecuador	78.5	28.3
Venezuela	51.7	16.3
Honduras	43.0	17.1
El Salvador	52.5	19.6
Cuba	28.7	6.2
Canadá	17.5	4.2

mos: el 65% de la población urbana tiene agua potable y sólo el 50% tiene alcantarillado.

Esto para no hablar de los servicios de aseo que convierten a las ciudades, especialmente a Barranquilla, en "basureros habitados".

Concluamos estos indicadores de los niveles de salud complementándolos con los provenientes del informe del doctor Augusto Hernández,⁹ en la Escuela de Salud Pública de Antioquia: "El 66% de los niños menores de 5 años presentan algún grado de desnutrición. La desnutrición es causa básica o asociada al 41% del total de defunciones en menores de 5 años. La desnutrición representa entre el 77 y el 97% a patología infantil. Los casos de desnutrición de segundo y tercer grado oscilan entre el 40 y 67% de niños hospitalizados".

Así mismo, Minsalud en 1979, reconoce que 110.000 niños mueren al año actualmente en Colombia a causa de la desnutrición, y agrega paradójicamente: el 75% de estas defunciones pueden ser prevenidas mediante un cuidado apropiado

9/ Hernández, Augusto. Escuela de Salud Pública de Antioquia. Página 15.

y sencillo, a continuación presentamos la tabla que se refiere a las "cinco primeras causas de la mortalidad en niños menores de 5 años, Colombia 1972, fuente Planeación Nacional, citado por el CEIS. Ver Tabla Anexa.

Ahora bien, a este oscuro panorama de los niveles de salud en Colombia, cómo responde el Estado en cuanto a políticas de salud ? Según el Departamento de Planeación el sector nacional de salud se subdivide en tres subsectores:

- Sector Privado: cuya cobertura alcanza sólo al 15% de la población, es decir, a quienes tienen capacidad para la adquisición de la salud.
- Los Seguros Sociales, obligatorios que cubren solamente un 10% de la población del país y el oficial que debería abarcar el 75% restante pero sólo alcanza para un 39%.

Según la fuente anteriormente citada la red infraestructural de la salud, en lo que hace a recursos físicos se puede discriminar así:

	Número camas	%
Subsector oficial	32.243	73
Subsector de seguridad y Previsión Social	5.667	13
Sector privado	6.361	14

Para 1977 el gasto nacional de salud fue de 12 mil millones de pesos que se distribuyeron así, según Asmedas; 43% subsector privado, 40% subsector oficial, 17% subsector Seguros Sociales; esto permite asimismo consignar que solo existen en el país un número de camas de 1.86x1000 habitantes y que la población atendida con servicios de salud fue de un 60%, sin embargo, si nos atenemos a un estudio de ANIF (19), se dice que el Instituto SER, ha demostrado como un 45% de las familias colombianas no pueden pagar ni un día de hospital y como un 90% no puede pagar 5 días (citado por el CEIS).

Es ostensible asimismo el déficit de recursos humanos en el campo de la salud en Colombia, citamos para ello la tabla siguiente que se apoya en datos de Asmedas:

Médicos 12.700 aproximadamente	Equivale a 1 por cada 2000 h.
75% concentrados en capitales	Equivale a 1 por cada 1000 h.
En el resto del país	Equivale a 1 por cada 7000 h.
Odontólogos	Equivale a 1 por cada 7300 h.
Enfermeras profesionales	Equivale a 1 por cada 9300 h.

Distribuidos de la misma manera que los médicos:

Auxiliares de enfermería	Equivale a 1 por cada 900 h.
Promotores rurales aproximadamente	4000 que prestan <u>servi</u> cios en comunidades con menos de 1500 hab.

Por otra parte, si se confrontan estas cifras con el número de habitantes por cama hospitalaria, tenemos que mientras en países como la URSS, Japón y EEUU, el promedio de utilización de camas se dá entre 80 y 150 habitantes en Colombia una cama debe prestar servicios a 670 personas, lo que significa un agudo déficit en resumen, en Colombia hay un médico para 2.180 habitantes y una cama para 670 personas.

Abogamos inmediatamente el estudio de los Seguros Sociales que se supone es la entidad representativa de las políticas oficiales de salud pública en el país.

El sistema del Seguro Social a nivel universal se enmarca dentro de las reivindicaciones obreras que, sin ser una medida revolucionaria fue lograda en las postrimerías del Siglo XIX.

La seguridad social, no obstante sus implicaciones a nivel de la estabilización y reproducción del capital, se inscribe en la historia como "un derecho que emerge como consecuencia del trabajo", según Guido Antonio Parra, se define como "asignaciones familiares al trabajador y protección contra infortunios laborales".

Se recuerda que el Seguro Social fue creado en 1946, por el doctor Alberto Lleras Camargo, y actúa en la reproduc-

ción de capital variable para la producción. Pero esta se divide en fases, la reproducción cotidiana de la fuerza de trabajo y la reproducción generacional. La primera contempla las incapacidades para los trabajadores en servicio actual en la fábrica y la segunda a las incapacidades que afectan el grupo familiar como son la maternidad, la invalidez, la vejez y la muerte. Es evidente que la alta tasa de morbilidad del país provoca para Colombia una pérdida de 166 millones de jornadas o sea 24 días por persona al año, lo que se torna preocupante para el gobierno, empresarios y asesores extranjeros, tal evento explica que se tienda actualmente a considerar abiertamente la inversión en salud como "inversión en factor humano".

Sin embargo, advierte la USAID, que no se trata solamente de incorporar individuos al mercado de trabajo, aumentar la productividad, etc., sino que "el desarrollo económico debe encontrarse al servicio de la salud como un componente esencial del bienestar humano".

En Colombia sin embargo, ha persistido la relación de la salud, como servicio privado y no el criterio médico-comunidad.

Las características propias del Seguro Social en el capitalismo no está "orientado a producir salud entre los afiliados sino para garantizar la estabilidad relativa de

la fuerza de trabajo, su reproducción diaria y generacional por el mecanismo de las incapacidades". De tal suerte que no tiene nada que ver con la salud, ni con la medicina preventiva sino solo se ocupa del relevo de plazas laborales. Ahora bien, si se tiene en cuenta que el ISS solo atiende al 10% de la población dado que solo alcanza a cubrir por cada 5 trabajadores, tenemos una relación de un millón de cotizantes para más de 5 millones de PEA y para un total de 26 millones de habitantes.

Hemos analizado el ISS, no por su importancia particular con respecto al Barrio objeto de nuestro estudio, dado que en este ni siquiera estos precarios servicios se prestan adecuadamente sino para dar una pincelada aproximada de las deficiencias del Sistema de Salud Nacional en su conjunto, que según un informe de el Ministerio de Educación, en Colombia, los servicios primarios de salud no llegan en Colombia al 76% de los niños menores de 4 años ni al 85% de los niños entre esta edad y los 14 años; tal evidencia se patentiza en la escasa cobertura de vacunación que origina epidemias de diversas enfermedades en la población de 1 a 4 años.

PORCENTAJE DE COBERTURA EN MENORES DE 4 AÑOS EN VACUNACION
EN COLOMBIA 1976

Enfermedad	%
Antipolio	33.1
Antisarampionosa	38.3
B.C.G.	43.6
D.P.T.	35.3

Seguidamente expondremos esquemáticamente las políticas de salud contenidas en el Plan de Integración Nacional PIN, para los cuales es válida nuestra argumentación actual.

OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS GENERALES DE POLITICA

El objetivo general del Plan de Integración Nacional es reducir los amplios índices de morbilidad, mediante un plan de intervención decisiva de la comunidad en los diagnósticos de sus necesidades de salud y en la programación, ejecución, control y evaluación de los servicios, este objetivo se cumplirá a través de un tratamiento integral en la prestación de los servicios, mediante mecanismos de control no utilizados hasta ahora en el país; la historia clínica única y la auditoría médica.

En materia de lineamientos para el nuevo plan de política social contenida en el Plan de Integración Nacional (PIN), el estado colombiano contempla una distribución que presume más real, nacional, encaminada a lograr mayo

res coberturas, especialmente en los grupos más vulnerables y en las áreas más desprotegidas del territorio nacional. - Esta es una magnífica solución, si no se quedará en el mero marco de las disposiciones teóricas, ya que en la práctica los nuevos marcos asistenciales solo funcionan mediante la participación económica de la comunidad, a través de las ta rifas que para los diferentes servicios se han reglamentado, desatendiendo la realidad económica que comporta la mayor - parte de la población colombiana.

El sistema de salud está conformado por: Caja de Compensación Familiar, Caja de Previsión Social y el Instituto de los Seguros Sociales, entidades que ofrecen lo fundamental sus servicios a la clase trabajadora quedando por fuera de sus beneficios la gran masa desempleada ya que el régimen tarifario de estos centros los limitan a utilizarlos estas personas, por lo general recurren a los servicios médicos de los hospitales y centros de salud que casi siempre presentan ineficientes condiciones asistenciales debido a - las políticas inadecuadas y a la apropiación de recursos recortados para el mantenimiento de estos centros públicos. A continuación se describen los objetivos y las po líticas que se han definido para atender requerimientos de grupos específicos de la población:

A. MADRES Y MENORES DE 1 AÑO

Para los menores de un año es propósito del plan lograr una disminución de la mortalidad del 15%. En el grupo materno el objetivo es obtener una disminución del 20% en la mortalidad. Para el logro del primer objetivo se adelantarán las siguientes acciones:

- Mantenimiento de niveles de cobertura de atención médica de los menores de un año en proporción no inferior al 80%.
- Vacunación del 100% de los menores de un año con DPT, sarampión, polio, BCG y tétanos.
- Refuerzos de las actividades de atención primaria en salud.
- Incremento de la cobertura de las acciones del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Suministro de agua potable y alcantarillado al 78% de la población urbana, al 79% de la población rural nucleada y aumento de las acciones de saneamiento básico en un 18% para la población rural dispersa.

Para reducir la mortalidad y morbilidad, de las madres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se

aumentará la atención del parto a nivel domiciliario e institucional, y se incrementará el control prenatal, en un 15%, con la aplicación del modelo de clasificación de riesgo materno.

B. GRUPO DE 1 A 4 AÑOS

Para este grupo de edad el objetivo del Plan es disminuir en un 35% las patologías más prevalentes, con el fin de reducir la tasa de mortalidad específica del 8 al 6 por mil; para lograr este propósito será necesario incrementar la cobertura de atención médica ambulatoria por lo menos en un 50%, ampliar las acciones de atención preescolar, mejorar los niveles inmunitarios hasta alcanzar coberturas del 100% y extender la cobertura de las acciones del plan Nacional de Alimentación y Nutrición.

C. GRUPO DE 5 A 14 AÑOS

Los esfuerzos están orientados, principalmente a reducir la morbi-mortalidad, causada por accidentes y traumatismos, enfermedades diarreicas, desnutrición y afecciones renales, hasta obtener una disminución de la tasa de mortalidad específica de 1.5 a 1.0 por mil. Para alcanzar ese objetivo se adelantarán las siguientes acciones:

- Aumento de la cobertura de atención médica a este gru-

po de edad en un 30%.

- Establecimiento de programas de prevención que conduzcan a la reducción de los accidentes y traumatismos, con énfasis especial en las ciudades grandes e intermedias. Además se aumentará la oferta de servicios de urgencia para proporcionar una atención oportuna y adecuada.
- Implantación de un programa de salud escolar integral que comprenda aspectos de prevención, tratamiento y rehabilitación, para enfermedades parasitarias, fiebre reumática, caries dentales y desnutrición.

F. PALUDISMO, FIEBRE AMARILLA Y DENGUE.

Es propósito del Plan incrementar las actividades de prevención, control y tratamiento del paludismo, el dengue y la fiebre amarilla con el fin de reducir los niveles de morbi-mortalidad en las zonas endémicas del país.

Esto se logrará mediante la decisiva participación de la comunidad, incremento de la cobertura en las acciones de vigilancia epidemiológica, atención médica y operaciones de carácter focal y generalizadas, complementadas con educación a la comunidad e investigaciones dirigidas a desarrollar nuevas estrategias.

COSTO Y FINANCIACION

Se estima que las acciones previstas para el cumplimiento de los objetivos definidos para el sector salud durante el período 1979-1982, tendrán un costo de \$63.171 millones a precios corrientes sin incluir los costos de los programas en acueducto, alcantarillado y aseo urbano. De ese total, el 51.0% o sean \$32.245 millones, corresponderán a gastos de inversión, el 49.0% (\$30.926 millones) a gastos de funcionamiento. Véase Tabla 1.

En cuanto a la financiación, se ha previsto que el 49% de los gastos de inversión sea financiado con aportes del Presupuesto Nacional, el 39% con recursos propios de las entidades y el resto con crédito externo e interno. A su vez, los gastos de funcionamiento en un 92% con presupuesto nacional y en un 8% con recursos propios de las entidades. Véase Tabla 2.

Como se puede observar, los propósitos gubernamentales evidentemente incluyen atención a los puntos álgidos de la salubridad infantil, sin embargo, estas plausibles intenciones, se convierten en simple retórica si se comparan con los dramáticos datos y las severas argumentaciones que se presentan en el análisis precedente.

TABLA 14

Plan de Inversiones y Costos de Funcionamiento del Sector
 Salud. 1979 - 1982 (PIN)
 (Millones pesos corrientes)

INSTITUCIONES	1979	1980	1981	1982	TOTAL
Inversión					
FNH	1.559.3	1.721.1	1.694.9	2.045.8	7.021.1
Atención al ambiente.	46.5	165.3	378.3	492.0	1.082.1
Dirección Superior.	365.7	958.8	1.078.8	1.291.6	3.694.9
INAS	151.8	251.9	302.4	410.1	1.116.2
SEM	333.5	866.0	1.347.0	1.612.4	4.158.9
ICBF	2.709.1	3.339.5	4.107.0	5.016.1	15.171.7
TOTAL INVERSION	5.165.9	7.302.6	8.908.0	10.868.0	32,244.9
FUNCIONAMIENTO.	5.761.1	6.913.3	8.295.9	9.955.2	30,925.5
TOTAL INVERSION Y FUNCIONAMIENTO.	10.927.0	14.215.9	17,204.3	20,823.2	63,170.4

Resumen de Costos y Financiamiento del Plan c
(Millones de pesos corr

IOS	INVERSION				FUNCIONAMIENTO	
	Presupue. Nacional	Recurs. Propios	Cre.Exter. e Interno	TOTAL	Presupue. Nacional	Recursos Propios
9	2.169.4	2.284.5	712.0	5.165.9	5.265.4	495.7
0	3.648.2	2.770.0	884.4	7.302.6	6.374.3	539.0
1	4.472.9	3.386.7	1.048.8	8.908.4	7.707.3	588.6
2	5.520.4	4.137.9	1.209.7	10.868.0	9.240.3	714.9
AL	15.810.9	12.579.1	3.854.9	32.244.9	28.587.3	2.338.2

de Salud 1979-1982 (PIN)
sientes)

TOTAL

TOTAL	Presupue. Nacional	Recurs. Propios	Cre.Exter. e Interno.	TOTAL
5.761.1	7.434.8	2.730.2	712.0	10.927.0
6.913.3	10.022.5	3.309.0	884.4	14.215.9
8.295.9	12.180.2	3.975.3	1.048.8	17.204.3
9.955.2	14.760.7	4.852.8	1.209.7	20.823.2
30.925.5	44.398.2	14.917.3	3.854.9	63.170.4

4. TRABAJO SOCIAL, SALUD Y BIENESTAR EN UNA COMUNIDAD MARGINAL

Uno de los más serios retos que suelen presentarse para el Trabajador Social, que enfrenta los problemas comunitarios urbanos en América Latina consiste básicamente en el que hacer ante la magnitud de las situaciones que tiene que enfrentar.

En primera instancia, se parte de la base de que dispone de un arsenal teórico, consistente en esquemas de trabajo y acción que ofrecen limitaciones en la práctica social, ya sea porque han sido diseñados en situaciones ideales o por el hecho de que la realidad social es cambiante y requiere respuestas siempre renovadas.

Otro de los aspectos dignos de señalar es el referido a las relaciones del profesional con la red institucional estatal, dado que esta constituye, como hemos señalado el vehículo mediante el cual se imparten las políticas de salud. Sin embargo, es un hecho inconvertible que el Trabajador Social realmente interesado en la transformación y cambio de las condiciones de los habitantes de las zonas marginales debe trascender forzosamente el marco ins

titucional oficial para poder procurar minimamente la satisfacción de las necesidades mínimas del conglomerado que interviene, y alcanzar con las limitaciones impuestas por la realidad económica y social, mínimas metas de bienestar que actúen básicamente a nivel de prevención y educación - en el campo de la salubridad dado que se tropieza con el - gran escollo de las condiciones ambientales del habitat, - la escas o nula prestación de servicios estatales, en fin toda la gama de problemas estructurales ya conocidos que conspiran en forma constante contra las buenas intenciones del profesional.

Los elementos descritos nos impulsan a descomponer nuestro análisis en dos compartimientos diferentes, aunque susceptibles de articulación, como son el campo institucional y el extrainstitucional.

El primer campo enunciado está constituido básicamente por la infraestructura oficial o para-oficial de prestación de servicios de salud aledaña o interna al sector analizado, y representado por puestos de salud, farmacias oficiales, etc., donde se presume debe existir el concurso del Trabajador Social, y el segundo está determinado por las relaciones entabladas por móviles políticos o investigativos por el profesional inscrito o no en un equipo interdisciplinario que actúa al margen de las instituciones descri

tas.

El primer campo de actuación supone una vinculación contractual de profesional con el Estado o con un organismo privado de asistencia social, lo que va a determinar en gran parte su accionar, que funcionará en el marco de la filosofía general de sus patrocinadores ya sean estos: el Estado o particulares, cuya ligazón sabemos que es estrecha.

Dado el obvio carácter de las tareas asignadas en los organismos institucionales al Trabajador Social, y sin desconocer su importancia, esbozaremos algunas de las tareas susceptibles de realización por un equipo de carácter interdisciplinario que funcione autonomamente y que inscriba entre sus miembros a un Trabajador Social.

Dividamos esta labor por áreas:

- Un área de higiene ambiental, canalización y excretas que requiere los servicios de un profesional de la ingeniería civil o sanitaria, que actúe en el diseño y planificación de conductos de eliminación de residuos y aguas negras para los sectores intervenidos, con las especificaciones técnicas del caso.

El resultado de los estudios será evaluado por un -

equipo de profesionales que componga el grupo de,

- Area económica y presupuestal que contará con los servicios de profesionales contables y económicos que entren en contacto con los demás grupos para la elaboración de tablas presupuestales para ser sometidas al estudio por parte de las organizaciones vecinas del barrio constituidas y coordinadas con la asesoría del Trabajador Social.

- Area de política social, que estará compuesta por trabajadores sociales, sociólogos y profesionales afines, que actúen en la promoción de organismos de base que actuando en concordancia o no con las acciones comunales adelantén conjuntamente con los vecinos e informantes claves, un inventario de los problemas más sentidos de la comunidad por la vía de la investigación científica que conduzca a diseño de estrategias y programas reivindicativos donde participe espontánea pero organizada la base poblacional del barrio.

De la identificación de problemas dependerán los objetivos y propósitos trazados y los conductos regulares institucionales o extrainstitucionales para el logro de la satisfacción parcial de las urgencias sociales.

Los criterios enunciados nos obligan a diferenciar los

procesos institucionalmente pautados que se adelantan en relación armónica con el sistema establecido y el Trabajador Social que debe encontrarse vinculado a la participación del profesional en una praxis política - específica que se distinga del fortalecimiento de las relaciones sociales capitalistas y se interese en la organización, movilización, concientización y participación de la base intervenida.

Nos movemos aquí en la perspectiva señalada por Manuel Castells, en su libro "Ciudad, Democracia y Socialismo", escrito a partir de las experiencias de las asociaciones de vecinos de Madrid.

Es evidente que pueden existir diferentes enfoques acerca de la participación del Trabajador Social en los - irreversibles procesos de transformación y cambio de - América Latina.

Para alcanzar una ubicación consciente en el proceso - general de la lucha de clases y en el grado de desarrollo que este alcanza es menester el análisis consciente de dichos procesos en el país que solo pueden lograrse mediante la inserción del investigador en los procesos sociales en nuestro caso de los sectores urbanos para poder medir el pulso de la situación.

Esto obliga a participar en tareas comunes con el pueblo, a nuestro juicio, tales como el trazado de reivindicaciones que sabemos habrán de convertirse en logros siempre justificables o por el contrario irán a exacerbar las contradicciones sociales, lo que convertirá al Trabajador Social en un luchador más, confundido con la población de referencia.

Coincidimos en esta caracterización con los aportes de Elena Guerra, no obstante con ciertas reticencias derivadas de su radicalidad quizás determinada por su ubicación aledaña a los procesos de liberación centro americano.

Creemos, efectivamente que tradicionalmente el Trabajador Social "contribuye al fortalecimiento de las relaciones sociales capitalistas y sirve como mecanismo de control social", sin embargo, discrepamos de ella en el sentido que asume, como criterio para denegar el papel de agentes de cambio, que el Trabajador Social empeñado en la transformación de la realidad solamente actúa a "nivel cognoscitivo-instrumental", este reduccionismo a nuestro juicio desdeña las posibilidades insospechadas de la organización de la base por objetivos y programas mínimos que se convierten en situaciones previas a los procesos de cambio estructural en una cata-

pulta que precipita situaciones que desplazan el camino para ulteriores acciones.

El prerrequisito de el accionar transformador del Trabajador Social es la filosofía espontánea que defina su actitud y su cosmovisión ante el mundo, esto implica no olvidar el papel propulsor de la lucha de clases, pero a la vez no excluye la prosecución de tareas reinvidicativas que actúan como base para la educación de los conglomerados que se intervienen, por tanto esta labor no busca "contar con una base social que legitime el orden establecido y el carácter benefactor del Estado", sino por el contrario, nuestra actitud supone que "es a partir de esa praxis, como podemos adquirir conciencia creadora, es comprendiéndose como pueblo, en la acción, en el seno de quienes son los agentes del cambio histórico. Así, nuestra existencia política y en consecuencia nuestro ejercicio en todo nuestro quehacer cotidiano".

En este sentido concebimos que la práctica del Trabajador Social en el terreno extrainstitucional, se concibe en términos de organización y movilización social.

Nuestras propuestas de articulación interdisciplinaria se justifican como medios para la estructuración de -

programas.

Se considera necesario vincular a las diversas fuerzas susceptibles de utilización en el barrio, y vincularlos a tareas del grupo inter-profesional constituido e incluso utilizar hasta su agotamiento canales institucionales para presionarlos al máximo en el cumplimiento de sus tareas asignadas.

4.1. RED INSTITUCIONAL Y TRABAJO SOCIAL

Para entender la cobertura institucional del Barrio Realengo, en la que puede implantarse unos servicios de Trabajo Social, debemos en principio realizar una sinopsis o reseña histórica del asentamiento humano.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se ha podido demostrar que por la vía de la investigación empírica, y la teoría de que las zonas marginales de la ciudad de Barranquilla, entre ellas el Barrio Realengo, presenta una débil red de instituciones formales que proveen los servicios básicos que urgen a la comunidad.
- Estas deficiencias estructurales se traducen en baja eficiencia en la prestación de servicios de salud, al punto que no existen pautas claras de medicina preventiva, ni campañas de salubridad que bloqueen los brotes de epidemias, en la población, particularmente en los infantes lo que ha propiciado altos índices de morbilidad y mortalidad infantil, como se ha tenido ocasión de demostrar.
- Existe en el barrio una precaria estructura educacional, lo que impide la vinculación masiva de la población a la instrucción formal que propicie destrezas y saberes técnicos que permitan la superación de las

condiciones de miseria absoluta del sector.

- El Barrio Realengo no cuenta con una infraestructura de servicios de acueducto y servicios sanitarios que permitan la higiene colectiva, lo que se constituye en un peligro ambiental y en una fuente de enfermedades, epidemias y mortalidad.
- La solución parcial de los problemas estructurales del Barrio Realengo, ha significado la presencia del fenómeno clientelista, que se afianza sobre las necesidades colectivas y condiciona a los moradores a adoptar conductos electorales.
- A nuestro juicio, la alternativa debe fincarse sobre la autonomía de la base en cuanto a la política y en la estructuración de una plataforma o programa mínimo de reivindicaciones a exigir de parte del Estado.
- El Trabajador Social debe adelantar una labor extra-institucional como única vía para trascender los niveles del asistencialismo y participar en la cualificación de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- ANDER EGG, Ezequiel. Técnicas de Investigación Social.
- BUENAVENTURA, Nicolás. El nivel de la salud en Colombia.
Estudios Marxistas #15.
- CASTELLS, Manuel. Ciudad, Democracia y Socialismo. Editorial Siglo XXI. México 1974.
- IV CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Atención primaria con participación de la comunidad. Intervención del Trabajador Social, por Berta Martínez Durán. Medellín septiembre de 1981.
- HENNESSEY, Funcionario de la Sección de Epidemiología de los Servicios de Salud del Atlántico.
- LIMA, Leyla. Marcha y contramarcha del Trabajo Social.
- PLAN DE INTEGRACION NACIONAL. PIN. La nueva política social, Sector Salud.
- SANTAMARIA, Alberto. Trabajo Social de Salud.
- SIERRA, Bravo R. Técnicas de Investigación Social.

Trabajadoras Sociales del Hogar Infantil San Pedro Claver
y Puesto de Salud Tierra de Hombres.
(Barrio Realengo).

VITORIOSSO, Lidia C.H. de. Trabajo Médico Social, cuader
nos de Asistencia Social, Humanitas.
Buenos Aires.

ANTEPROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

INDICE

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA
2. FORMULACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3. JUSTIFICACION
4. OBJETIVOS
 - 4.1.- Generales
 - 4.2.- Específicos
5. DELIMITACIONES
 - 5.1.- Espacial
 - 5.2.- Temporal
6. METODOLOGIA
 - 6.1.- Método de análisis teórico
 - 6.2.- Técnicas
7. MARCO TEORICO
8. HIPOTESIS
 - 8.1.- Variables
 - 8.2.- Operacionalización
 - 8.2.1.- Indicadores variables independiente
 - 8.2.2.- Indicadores variables dependientes
9. MARCO CONCEPTUAL
10. BIBLIOGRAFIA

1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La ciudad de Barranquilla y en general la región de la Costa Norte de Colombia han sido azotadas por una serie de cíclica de epidemias en lo que ha transcurrido del año de 1981. Ha sido de tal magnitud el problema de la salubridad que ha ocasionado un abrupto incremento de la tasa de mortalidad infantil, asumiendo papeles de verdadera calamidad social.

Enfermedades de distintas índoles se manifiestan en la ciudad afectando a diversas clases y capas sociales, pero particularmente a los habitantes de los barrios obreros y marginados.

Habitualmente en los países dependientes del área subtropical la mortalidad infantil presenta tasas consideradas normales, que guardan relación con múltiples factores de índole biológicos y ambiental, tipificando lo que se denomina enfermedades endémicas, sin embargo, durante el primer semestre de 1981, la mortalidad infantil supera ostensiblemente los promedios de los años anteriores lo que ha generado serias crisis y conmociones en las instituciones de la salud del Departamento del Atlántico, al punto de requerir la visita de funcionarios del Ministerio que optan por exigir la dimisión del Jefe Sección del ramo, al ponerse al descubierto la escasa eficiencia de los servicios de el Departamento.

El proceso descrito ha sido pródigo en situaciones conflictivas entre funcionarios que se han recriminado unos a otros inculpándose mutuamente. Por otra parte ha dado lugar a diversas versiones de orden ideológico que atribuyen a diversas causas el origen de la ola de epidemia: las lluvias, la putrefacción de materias orgánicas y las altas temperaturas, suelen considerarse ligadas a la generación de los flagelos, la aplicación tardía de vacunas vencidas ha sido otro de los argumentos esbozados, los factores motivacionales de orden cultural, por último, ha servido incluso para que el gobierno no eluda sus responsabilidades.

De todo lo enunciado, podemos descartar a la postre que nos hallamos ante un problema complejo que no puede ser abordado mediante las armas del sentido común.

Un sumario de las diversas explicaciones del fenómeno, lo constituyen las declaraciones del Dr. Hennesey, funcionario de la Sección Epidemiológica de los Servicios de Salud quien señala: "Los factores que inciden en las epidemias desatadas últimamente se deben:

1. El gran número de niños que no han sido vacunados.
2. Malas coberturas de vacunación.
3. Malas disposiciones de excretas.

4. Eliminación de basuras, estas fomentan la propagación de mosquitos que son focos de contaminación.
5. Utilización de aguas contaminadas, ya que en estos sectores no existe acueducto.
6. Mal manejo de estas epidemias que no se identifican a tiempo, ocasionando contagio interamiliar y ambiental.

Para corroborar esto citemos los datos estadísticos provenientes de las distintas instituciones hospitalarias a los servicios integrados de salud.

CASOS DE POLIO

<u>ORGANISMOS</u>	<u>TOTAL</u>
Hospital San Francisco de Paula	110
Clínica Central ISS	51
Hospital Pediátrico	30
Hospital Metropolitano	21
Hospital Universitario	19
Clínica Central del Norte	3
Hospital de Barranquilla	1

CASOS DE DIARREA Y ENTERITIS

Hospital de Barranquilla	138
Hospital Universitario	365
Hospital San Francisco de Paula	3.111
Hospital Pediátrico	2.095

CASOS DE TIFOIDEA

Hospital de Barranquilla	11
Hospital Universitario	5
Hospital San Francisco de Paula	15
Hospital Pediátrico	-

CASOS DE SARAMPION

Hospital San Francisco de Paula	82
Hospital de Barranquilla	-
Hospital Universitario	14
Hospital Pediátrico	-

Estas epidemias se propagaron con más intensidad en los barrios de las comunas Sur, Sur-Oriental y Sur-Occidental, consideradas sectores marginados de la ciudad de Barranquilla, carentes consecuentemente de los más elementales coberturas de salubridad, como examinaremos más adelante.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nos proponemos la realización de un trabajo de investigación que abogue por el estudio de las causas y características que asume el problema de la salud infantil en la ciudad de Barranquilla, agudizado en los meses del primer semestre de 1981, al punto que se puede hablar de la existencia de una epidemia de poliomielitis y gastroenteritis que vienen flagelando a los niños, habiendo alcanzado más de un centenar de víctimas que han sido seis veces mayor que en los años anteriores, este hecho pone de manifiesto una precaria cobertura de salubridad en la ciudad, particularmente en términos de políticas institucionales fundamentalmente en los barrios marginados de la ciudad.

Diversos son los factores que en forma individual o reforzados unos con otros coadyuvan a la existencia del actual problema. Habitualmente y en un sentido ideológico se suele atribuir a la cultura el papel determinante en lo referente a los problemas estructurales como salud, alimentación, vivienda, etc., ocultando las verdaderas raíces económicas que los atrvieza; no se desconoce que la cultura y la educación van de la mano de la miseria pero están subordinados a las condiciones materiales de vida de la población, por tanto se requiere realizar un trabajo que permita jerarquizar los condicionantes causales del fenómeno para conocer el proceso en sus verdaderas dimensiones. Las versio-

nes oficiales más difundidas atribuyen la epidemia a factores de carácter cultural basados en el argumento de que los padres de los menores no tienen el hábito de acudir a la utilización de los servicios médicos y de bienestar social, sin embargo, es un hecho inocultable que existen problemas estructurales básicos que se articulan a una totalidad compleja y en una formación social determinada por ende deben existir factores relevantes que nos conduzcan al esclarecimiento del fenómeno.

Disponemos pues dos grupos de elementos que condensan presumiblemente en nuestro problema.

Por una parte, los referidos a la implementación de las políticas por parte del Estado, y el impacto real que estas puedan desempeñar en la prevención de las enfermedades infantiles; en este sentido uno de los campos de nuestra intervención será el estudio del sistema de salud en Colombia, su relación con los planes de desarrollo y las disponibilidades de carácter presupuestal del sector.

Por otra parte nuestro trabajo se dirige a establecer la real incidencia de los fenómenos definidos en torno a la noción de marginalidad, dentro de las posibles causas de la generación de las patologías descritas.

Fruto de las anteriores precisiones y basados tanto en la contro-

versia al interior de las instituciones de salubridad como las condiciones de miseria de los sectores sociales de la ciudad.

Nos planteamos dos interrogantes básicos:

1. Existirá una relación consistente entre la inadecuada aplicación de políticas de salubridad y los aumentos de frecuencia de la mortalidad infantil de Barranquilla?
2. Se pueden plantear nexos de causalidad en el problema estructural de la marginalidad y la propensión al surgimiento de enfermedades y mortalidad infantil?

3. JUSTIFICACION

Las condiciones socio-económicas de la mayoría de la población colombiana expresada por la extrema desigualdad y polarización de los ingresos y originados por una situación de dependencia coloca a la población en niveles de subsistencia e indigencia incidiendo radicalmente en el estado de salud que se manifiesta en el alto grado de desnutrición, secuela de todo tipo de enfermedades, retardo de desarrollo humano y carencia de elementales servicios de bienestar social.

Es así como las epidemias se constituyen en uno de los factores que más incidencia tiene en el rango de morbilidad y mortalidad infantil en las zonas tuguriales de los países subdesarrollados dada las condiciones típicas que la marginalidad implica. No se abstraen a estas concretas circunstancias las fajas de miserias de la ciudad de Barranquilla, aceptando que ella se encuentra inscrita dentro de la franja de problemas que la marginalidad implica, por tanto su población en general y más concretamente la infantil sufren los rigores de la insalubridad que reinan en la complicidad con la inpoerancia oficial.

Muestra ineludible de esta afirmación la constituye el grave problema epidemiológico que desde hace algunos meses se ha venido

presentando en los barrios apartados de la ciudad y que ha cobrado hasta el presente un notable número de infantes muertos, que pese a lo transcurrido del año, sobrepasa en buena medida los decesos de años anteriores.

Constituyendo este aspecto, particular interés para la ciudadanía se ha querido contribuir, a través del presente trabajo de investigación, a esclarecer las variables, que más incidencia han tenido en el incremento de este rango de mortalidad; a fin de marcar algunas pautas de procedimientos investigativo y de proyección del Trabajador Social, en el área de salud.

En las mismas medidas elaborar un diagnóstico que ayude a corregir las circunstancias negativas que inciden en el agravamiento de los problemas de salud, en la comunidad e implementar normas preventivas de las mismas.

4. OBJETIVOS

4.1. Generales

Precisar causas que determinan problemas de salud que habitan en los barrios marginados.

Jerarquizar factores que condicionan el surgimiento de epidemias en los barrios marginados de las grandes ciudades.

Proporcionar elementos de juicio para fundamentar políticas, estrategias y acciones tendientes a mejorar la situación de los sectores sociales comprendidos en estas áreas.

Formular bases teóricas generadas para entender el papel de los trabajadores sociales en el campo de la salud, en las zonas marginadas de la ciudad.

4.2. Específicos

Conocer las causas reales que motivaron el incremento en la frecuencia de mortalidad infantil, en el Barrio Realengo de la ciudad de Barranquilla.

Demostrar la inexistencia de una adecuada política de salubridad en el sector y de programas de Bienestar Social, que proporcione seguridad y salud a los habitantes de dicha zona.

Determinar los focos de contaminación ambiental existentes en la zona y las enfermedades a ella ligadas.

Lograr que los habitantes de esta zona conozcan las funciones y objetivos del Trabajador Social en el campo de la salud y particularmente nuestra acción.

5. DELIMITACIONES

Nuestra delimitación tiene dos aspectos: una temporal y otra espacial.

5.1. Espacial

Nuestro trabajo circunscribe a la zona sur-oriental de la ciudad de Barranquilla, y particularmente al Barrio Realengo por considerarlo representativo de un sector de marginalidad y queda localizado en el área adyacente a carretera circunvalar.

5.2. Temporal

Tiene como base el criterio de periodización que lo entendemos relacionado con el grado de desarrollo más o menos alto de las contradicciones sociales en un momento determinado; desde este punto de vista escogemos la coyuntura política del frente nacional como un sistema político de alianza de clase relativamente estable que se divide en subperíodo correspondiente a los distintos gobiernos que se instauran; para nuestro caso nos referimos concretamente al lapso 1978-1982 (gobierno de Julio Cesar Turbay Ayala), para establecer las relaciones entre las políticas implementadas bajo el nombre de plan de integración nacional y su incidencia en las instituciones de salubridad. Así mismo re-

caerá nuestra atención particularmente sobre el primer período de 1981 época en que irrumpe el problema de las epidemias descritas.

6. METODOLOGIA

6.1. Método del Análisis Teórico.

Nuestro trabajo transcurre bajo la guía del método histórico estructural en el cual se concibe a la sociedad como una totalidad compleja y articulada con determinaciones desde el punto de vista económico y bajo la dominación del elemento político.

Los principios lógicos que nos guían entienden la sociedad, en movimiento y en proceso de cambio y transformación, por lo tanto, partimos de establecer la crítica, las manifestaciones aparentes de los fenómenos, para ir en busca, por la vía de la abstracción, de las leyes que rigen el movimiento de los fenómenos.

Disponemos de una teoría consistente y sólida que nos determina la utilización de los elementos metodológicos y que confiere un papel subordinado a la utilización del dispositivo técnico empírico.

6.2. Técnicas

Utilizaremos el muestreo probabilístico y la encuesta estructurada o dirigidas a informantes claves así como: la entrevista, la observación, etc. Bibliográficamente utilizaremos las técnicas de análisis de contenido, la síntesis hemorográfica, etc.

7. MARCO TEORICO

Se busca seguidamente la articulación de los elementos teóricos básicos que nos conduzcan a establecer los nexos entre el Trabajador Social y las disciplinas de la salud.

Es evidente que no acudiremos al esquema facilista de subsumir la práctica del Trabajador Social, dentro de las prácticas clínicas, porque partimos del presupuesto de que el Trabajador Social, no es un apéndice subsidiario del médico, ni nuestra disciplina constituye un capítulo ambiguo de las llamadas ciencias de la salud.

Nuestro interés, por el contrario, se centra en demostrar especificidad del Trabajador Social, dentro del ambiente de las disciplinas humanas y la forma particular en que estas se relacionan con otro tipo de discursos aparentemente divorciados de un tratamiento de orden social.

Así la tradición ideológico, erróneamente ha preferido subordinar al Trabajo Social dentro de la medicina en lugar de reconocer que la salud es a más de un fenómeno físico-biológico, un problema social y por tanto susceptible de nuestra intervención. Para reforzar esta apreciación citamos a Armando Borrero quien afirma al respecto: "El objetivo práctico de la medicina hace que el campo de su trabajo sea el ser humano. El ser social es

el ser humano, trasciende necesariamente a la práctica médica: "Estas consideraciones le permiten concluir que existen relaciones significativas entre lo médico y lo social a tal punto que el tratamiento de la enfermedad, es un quehacer social e historicamente determinado, socialmente demandado, "se ataca un hecho, la enfermedad con consecuencias sociales obvias". Así mismo plantea que la enfermedad "es reconocida, concebida, descrita, enfrentada o desechada de muy distinta manera en las distintas épocas y sociedades es consonancia con el desarrollo técnico, la complejidad social y la manera de concebir el mundo". (1).

Abandonado entonces el campo eminentemente terapéutico y vislumbrando las hondas repercusiones de carácter social de las prácticas médicas podemos obviamente plantear estrechas relaciones de vecindad con las disciplinas sociales entre ellas la Economía, la Historia y el Trabajo Social.

El problema de la salud, se liga con la reproducción de la vida de los agentes que se ocupan en el proceso productivo.

Es indudable que en cualquier régimen de producción, las fuerzas laborales requieren de las fuerzas físicas de trabajo de ellos y de su familia, la medicina se constituye así en uno de los pilares de la reproducción de las clases sociales.

En el modo de producción capitalista se reproducen también las diferencias de clase y se manifiesta un tratamiento de la enfermedad de acuerdo a los medios de subsistencia de que dispongan los agentes, ya sean estos miembros de las clases fundamentales: Burguesía, Proletariado y Pequeña Burguesía, o de las fracciones y capas en que se esconden cada una de ellas.

Dadas estas circunstancias la Medicina no escapa a las leyes de la circulación y distribución capitalista. Al punto acogemos el planteamiento de Alberto Vasco Uribe: "La Medicina es útil y necesaria, por lo tanto la Medicina tiene un valor, que debe ser retribuido por la sociedad"(2). El problema que está en juego como el lo aduce es la responsabilidad de la vida humana. Ahora bien, la forma que asume el valor mercantil de la salud cambia de acuerdo a circunstancia histórico social, de acuerdo a un tipo de relación social dominante, representada por una forma de producción de acuerdo a un sistema jurídico político y de acuerdo a una ideología.

Las anteriores aseveraciones nos permiten abordar el estudio de los condicionantes económicos de la salud con respecto a América Latina y en particular con respecto a la Formación Social Colombiana.

Situamos a Colombia como un país dependiente de la cadena imperialista dominada por el capital monopolista internacional, en estas circunstancias y con base en los impactos de los procesos de internacionalización del capital imperialista se produce una deformación al interior de los países dependientes cuya economía se ve sofocada por la desigual competencia con el capital monopolista financiero. Esto produce una degradación de la capacidad adquisitiva del dinero que conduce a una situación permanente de miseria y de inflación. Eduardo Galeano dramáticamente afirma: "Cada minuto muere un niño de enfermedad o de hambre, entre los doscientos ochenta millones de latinoamericanos hay actualmente cincuenta millones de desocupados o subocupados, y cerca de cien millones de analfabetos; la mitad de los latinoamericanos viven apiñados en viviendas insalubres el sistema es tan irracional, que cuanto más se desarrolla, más agudiza sus desequilibrios y sus tensiones, sus contradicciones ardientes" (3)

Esta gama de problemas estructurales indican que la salud no se puede desvincular de los problemas sociales y por ende constituyen un campo de intervención propio de Trabajo Social. Conviene anotar que el profesional ligado a esta disciplina ha ocupado una posición ambigua y subsidiaria con respecto a los profesionales de la salud, al punto de considerar por parte de algunos tratadistas que el Trabajo Social es una especialidad de carácter pa-

ramédica.

Estas situaciones obedecen a diversos factores vinculados a la historia de la disciplina y a sus procesos de formalización y constitución, hoy estamos en condiciones de precisar el ámbito de intervención del Trabajador Social y deslindar su campo con respecto a otras prácticas discursivas; fruto de las anteriores consideraciones se ha firmado insistentemente que no existen "normas y políticas explícitas para Trabajo Social en el sistema nacional de salud, en la ausencia de Trabajador Sociales en el Ministerio de Salud y en la mayoría de las seccionales y en la subutilización del Trabajo Social en las instituciones aludidas.

El aporte profesional del Trabajo Social en el área salud a de realizarse como integrante de un equipo interdisciplinario en el cual coadyuve con sus conocimientos profesionales a lograr una atención integral de la población de acuerdo con la concepción moderna de la salud. Es necesario en consecuencia la presencia del Trabajador Social en todos los hospitales e instituciones de salud. Se hace precisa la estructuración de un sistema nacional permanente de información sobre la disponibilidad de recursos e instituciones y servicios de salud, maximizar la utilización y aprovechamiento de los recursos.

El Trabajador Social en el campo de la salud debe enmarcarse dentro de los procesos de investigación, programación, supervisión, ejecución y evaluación de las políticas y programas a la comunidad y garantizar su educación y participación (4)

Sin embargo, los propósitos se ven empañados por los precarios condiciones de la estructura general del sistema de salud en Colombia, reconocida por el mismo Estado, así en la introducción al plan internacional el actual gobierno se ve precisado a reconocer que son pocos los logros en este rubro vital de la actividad social. Así en el grupo materno infantil, las principales causas determinantes de la morbilidad y mortalidad no han variado en años recientes. Todavía en la actualidad enfermedades que podrían ser controladas en alto grado, como las perinatales y del recién nacido, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias, sigue explicando una gran proporción de la morbilidad y mortalidad en ese grupo de edad. Por otra parte, las evaluaciones de los Servicios Seccionales de Salud, muestran que aún persisten bajas coberturas en atención a las personas y al medio, especialmente en las poblaciones rurales y las marginadas urbanas. (5)

En el transcurso del trabajo insistiremos en demostrar que es precisamente el carácter de la marginalidad el que combinado

con una escasa cobertura de los servicios de salud permite la dramática frecuencia de muertes infantiles y la alta tasa de epidemias en los conglomerados urbanos de los países dependientes, aún, estudios originados y patrocinados por gremios empresariales como la Cámara de Comercio de Medellín reconocen que la génesis del desempleo y el subempleo urbano confluyen elementos provenientes de lo que denominan "Cultura de la Miseria", y que a partir de ella se entabla un círculo vicioso que reproduce las condiciones de vida de esas masas marginales; no obstante no compartimos las premisas básicas de carácter teórico, dicho análisis, creemos que a nivel de diagnóstico es significativa la alta tasa 75% de casos de desnutrición que se presentan en el área urbana de la ciudad de Medellín, si bien como exponemos en otros capítulos distamos mucho de aceptar los procedimientos técnicos que se utilizaron en dicha investigación, creemos que es al menos un síntoma de la mención de la desnutrición en la población infantil de las ciudades colombianas por considerar que posibilita la propensión a adquirir todo tipo de enfermedades que genera la miseria, contaminación y hacinamiento propio de los sectores sociales mencionados.

8. HIPOTESIS

1. Las epidemias generadas en los sectores marginales de la ciudad de Barranquilla son consecuencia de la inadecuada aplicación de políticas de prevención por parte de las autoridades de salubridad del estado.
2. Las condiciones materiales de vida de los sectores marginales determinan la propensión a enfermedades infantiles.

8.1. Variables

Variable independiente_{H₁}

Inadecuada aplicación de políticas

Variable dependiente_{H₁}

Epidemias generadas en los sectores marginales

Variable independiente_{H₂}

Condiciones materiales de vida de los sectores marginales.

Variable dependiente_{H₂}

Propensión a enfermedades infantiles

8.2. Operacionalización

Indicadores variable independiente primera hipótesis

Medicina preventiva, vacunación masiva, servicio de salud.

8.2.1. Indicadores variable independiente. Segunda hipótesis.

Precaria cobertura de servicios (salud, educación, vivienda, transporte).

Estrechez estructura laboral (subempleo, desempleo).

Indicadores variable dependiente H_1

Alta tasa de mortalidad infantil

Alta tasa de mortalidad por polio

Alta tasa de mortalidad por diarrea enteritis

Alta tasa de mortalidad por tifo

Alta tasa de mortalidad por sarampión

8.2.2. Indicadores variable dependiente H_2

Denutrición

T.B.C.

Sarampión

Varicela

Tosferina

Paperas

9. MARCO CONCEPTUAL

SALUD

El concepto de la salud y su propia definición no es fácil de expresar. Se extiende desde las concepciones simplistas del bienestar físico hasta aquellas que agregan elementos sociológicos, culturales, psicológicos y espirituales, en ocasiones muy difíciles de delinear.

La situación es a veces tan compleja que se puede llegar a definiciones tan utópicas como la bien conocida de la Organización Mundial de la Salud.

Se acepta hoy en día que la salud es un fin en el sentido de constituir un objeto de preocupación que le permite al individuo realizarse. Es en sí un proceso sutil e ininterrumpido que solo se altera por la aparición de enfermedades que reflejan una desadaptación al ambiente interno y al externo que rodea la persona (6).

ENFERMEDAD

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo. Genera una clase de trastorno morboso al que puede referirse un caso particular. Conjunto de fenómenos

que se producen en un organismo que sufre la acción, causa morbosa y reacciona contra ella. (7)

EPIDEMIOLOGIA

Enfermedad accidental transitoria generalmente infecciosa que ataca al mismo tiempo y en el mismo país o región a gran número de personas. (8)

ENDEMIAS

Enfermedad generalmente infecciosa que reina constantemente en épocas fijas en ciertos países por influencias de una causa local especial; puede convertirse en epidemia. (9)

POLIOMIELITIS

Enfermedad caracterizada anatómicamente por la inflamación aguda de los cuernos anteriores de la sustancia gris de la médula y clínicamente por la parálisis y atrofia de los grupos musculares correspondientes a la lesión medular, seguidas de contracción y deformidad permanente. Esta enfermedad es infecciosa y producida por virus filtrables del género legio. La propagación se produce de persona a persona y los virus penetran en el organismo por vía bucal procedente de los productos de desecho del ser enfermo. Parálisis infantil epidémica, parálisis atrófica aguda infantil, parálisis esencial de los niños. (10)

ENTERITIS AGUDA CATARRAL (DIARREAS)

Malestar común de ésta clase es la inflamación de la membrana mucosa de los intestinos. En los casos de niños y bebés, la causa se encuentra generalmente en la calidad de la leche que se les proporciona, o en el descuido en la preparación de los alimentos. En los niños de más edad, el exceso de dulces, los refrescos, las frutas verdes o demasiado maduras. (11)

TIFÓIDEA

Es una enfermedad aguda causada por el bacilo de Eberth caracterizada por fiebre prolongada, aumento de tamaño del bazo, dolor abdominal y lesiones que predominan en la parte terminal del intestino delgado. (12)

SARAMPION

Enfermedad eruptiva infecciosa muy contagiosa, epidémica, caracterizada por un exantema peculiar que va precedido de síntomas catarrales. El período de incubación dura de 1 a 2 semanas; el de invasión período contagioso comienza con fiebre, coriza, conjuntivitis y bronquitis con frecuencia. La erupción aparece a los 3 ó 4 días, en primer lugar en la cara y luego en el cuello, tórax y miembros; consiste en pequeñas máculas rosadas aisladas algunas veces y otras confluentes que al cabo de 3 ó 4 días comienzan a palidecer y van seguidas de descamación fur-

furea de la epidemia. Los síntomas generales en los casos ordinarios aumentan y decrecen con la erupción. (13)

TRATAMIENTO

Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades. Terapia o terapéutica. (14)

PATOLOGIA

Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo; nosología. (15)

MORBILIDAD

Número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinado. (16)

MORTALIDAD

Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados. (17)

BIENESTAR SOCIAL

Conjunto de principios y normas acerca de algunas necesidades de los seres humanos en su calidad de miembros de familia y comunidades y las técnicas profesionales que tienen por objeto ayudarlas a satisfacer esas necesidades.

También puede referirse a "un conglomerado de programas, instituciones y servicios especializados que tienen por objeto satisfacer necesidades residuales no incluidos en otros tipos de acción sectorial y que reciben cierto grado de ayuda financiera supervisión y reconocimiento por parte del sector público".

(18)

MARGINALIDAD

Seguimos los lineamientos asumidos por José Num y Anibel Quijano quienes plantean la necesidad de redefinir la noción de marginalidad con base en la utilización de un análisis marxista aplicable a los países dependientes de América Latina en los cuales si bien no se cumplen las condiciones de la existencia de un ejército industrial de reservas del capitalismo en un sentido clásico se presentan grupos de hombres y capas sociales segregados económica, social y cultural del mercado de trabajo y de las condiciones número de existencia lo que obliga a estos agentes sociales a desempeñarse en ocupaciones residuales en el sector informal de la economía ya sea en términos de subempleo disfrazado o en labores de reciclaje conviene agregar que los sectores marginales carecen de los elementales servicios de salud, vivienda y educación, lo que precipita situaciones de choque cultural así como delincuencia, prostitución, etc., así mismo ha sido común en América Latina vincular a estos sectores so-

ciales a los procesos migratorios y de descomposición del campesinado. (19)

MODO DE PRODUCCION

El concepto de Modo de Producción es un concepto abstracto que no implica ningún orden de sucesión en cuanto concierne todo el período de la historia de la civilización que va de las primeras formaciones diferenciales hacia el Capitalismo. Proponemos distinguir cinco modos de producción.

1. Modo de Producción Comunitario primitivo
 2. El modo de producción tributario
 3. El modo de producción esclavista
 4. El modo de producción pequeño mercado simple
 5. El modo de producción capitalista (Página #20 Samir Amín "Sobre el Desarrollo Desigual de las Formaciones Sociales").
- (20)

FORMACIONES SOCIALES

Son las estructuras concretas organizadas por un modo de producción dominante y por la articulación en torno a él de un complejo a conjunto de modos de producción subordinados, constituyen en síntesis, la forma de existencia material de los modos de producción. (21)

DEPENDENCIA

Lib: "dominación o dependencia en América Latina de Amín Samir"
pág.95. Relaciones que se establecen entre los países de Centro y periferia de la cadena imperialista entre los que se entablan relaciones de dominación política en la fase de reproducción ampliada de capital. (22)

ESTADO

Condensación de la relación de fuerzas al interior de los procesos sociales, lugar donde se escenifican las contradicciones y luchas de clase y donde se ejercen el poder y la dominación. (23)

BIBLIOGRAFIA

1. Borrero Armando; "LA SOCIOLOGIA EN EL CURRÍCULUM DE LA CARRERA DE MEDICINA", ponencia presentada al Tercer Congreso de Sociología, Bogotá, agosto 20, 22/80. Pág. 8
2. Vasco Uribe Alberto, "SALUD, MEDICINA Y CLASES SOCIALES". Ediciones Hombre Nuevo, Medellín 1975, Pág. 93
3. Galeano Eduardo, "VENAS ABIERTAS DE AMERICA LATINA", Ediciones Nacionales Círculo de Lectores, Cali Colombia, Páginas 15 - 16.
4. Barón de Carmana Magdalena, REVISTA DEL COMITE DE PUBLICACIONES DE LA CORPORACION DE TRABAJADORES SOCIALES N° 12 Bogotá, página 40.
5. PLAN DE INTEGRACION NACIONAL PROMULGADO DURANTE EL GOBIERNO DEL DR. JULIO CESAR TURBAY AYALA, Sector Salud pág. 215
6. De Francisco Zea Adolfo, "LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL". Pág. 43.
7. DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS. Editores Salvat, S.A. Pág. 892