

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO "SIMON BOLIVAR"

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

"LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACION Y LA DESNUTRICION
COMO CAUSA DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL EN BA-
RRANQUILLA "

AUTORAS :

SERVULA AHUMADA AVILA
GLORIA ISABEL BARROS PLA
MARIA MORALES GUSTAMANTE

Trabajo de grado para optar el
título de: TRABAJADORA SOCIAL

BARRANQUILLA , JULIO DE 1. 9 8 2

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO "SIMON BOLIVAR"

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

RECTOR	DR.	JOSE CONSUEGRA HIGGINS
SECRETARIO GENERAL	DR.	RAFAEL BOLAÑOS MOVILLA
DECANO FACULTAD	DR.	JORGE TORRES DIAZ
VICEDECANO FACULTAD	DR.	CARLOS OSORIO TORRES
SECRETARIA ACADEMICA	DRA.	MARIA TORRES AVILA
ASESOR	DR.	CARLOS OSORIO TORRES
JURADOS EXAMINADORES	Lic.	INMACULADA GUARDIOLA
	DR.	ANSELMO VANEGAS

BARRANQUILLA, JULIO DE 1. 9 8 2

Dedico este trabajo de grado
a los esfuerzos de mis padres
de mis hermanos y el mío pro-
pio por ver culminada esta ca-
rrera .

SERVULA

Este trabajo de grado se lo dedico a mis padres como fruto de mis sacrificios, por el éxito de mis estudios. Con el objetivo de servirles a mi familia y a la sociedad.

GLORIA ISABEL

El éxito de mi carrera se lo dedico a mi madre Mercedes - de Morales, a mi hijo Juan - Carlos, quién en el transcurso de mis estudios me permitió el tiempo necesario para culminar esta meta .

MARIA DEL CARMEN

A G R A D E C I M I E N T O

A la Universidad, a los Profesores al Decano de la Facultad de Trabajo Social Doctor Jorge Torres Diaz al Asesor Doctor Carlos Osorio, por orientación en el desarrollo de este trabajo.

Al personal administrativo de los Centros asistenciales y de las Oficinas de Registros de Defunción de esta ciudad, los cuales fueron objeto de estudio que en forma desinteresada nos permitieron el acceso para obtener datos de mayor envergadura .

A los Jurados: Lic. Inmaculada - Guardiola y al Doctor Anselmo Vane gas, por su eficaz colaboración en las observaciones y sustentación - de este trabajo .

SERVULA AHUMADA AVILA
GLORIA ISABEL BARROS PLA
MARIA MORALES BUSTAMANTE.

INDICE GENERAL

	PAGINAS
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1	
ASPECTOS TEORICOS DE LA DESNUTRICION INFANTIL	5
1.1.- La Tesis sobre el Hambre de Josué de Castro	7
1.2.- Concepto de Desnutrición	10
1.3.- Las causas sociales económicas y culturales de la Morbi-Mortalidad y la desnutrición infantil	12
1.4.- Efectos de la Desnutrición y de las Condiciones de inadecuadas de vida en la infancia	17
1.4.1.- Efectos en desarrollo físico	17
1.4.2.- Efectos en el desarrollo mental	18
1.5.- La Mortalidad Infantil en Barranquilla	24
1.6.- El Trabajador Social ante la problemática de la población infantil	29
CAPITULO 2	
LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD INFANTIL EN BARRANQUILLA ..	35
2.1.- Ilustración sobre Instituciones que prestan atención a la población infantil en materia de Salud y Nutrición	37
2.1.1.- Hospital Universitario de Barranquilla ..	37
2.1.2.- Hospital San Francisco de Paula	40
2.1.3.- Hospital Pediátrico de Barranquilla	41
2.2.- Principales causas de la Morbilidad infantil en la población atendida en las instituciones del estudio ..	42
2.2.1.- Población infantil atendida en las tres instituciones de salud especializadas en su atención en Barranquilla	43

	PAGINAS.
CUADRO No. 1	45
GRAFICA No. 1	47
CUADRO No. 2	49
2.2.2.- Factores sociales que se asocian a - la Morbilidad en la población del es- tudio	51
CUADRO No. 3.-	54
CUADRO No. 4.-	55
GRAFICA No.2.-	56
2.3.- Estadísticas sobre la Mortalidad de Barranqui- lla asociadas a la Desnutrición y a las condi- ciones de vida	57
CUADRO No. 5.-	58
CUADRO No. 6.-	62
CUADRO No. 7.-	65
CUADRO No. 8.-	68
2.4.- El Trabajador Social y su participación en las Instituciones del estudio	70
2.5.- Sistematización sobre la experiencia del Tra- bajo Social en el problema de la Desnutrición infantil en Barranquilla	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFIA	83

I N T R O D U C C I O N

El problema que motivó la realización de este tema para nuestro - trabajo de grado, lo fué la desnutrición y las condiciones de vida de la población infantil asociadas a la morbi-mortalidad en Barranquilla específicamente en los menores atendidos en los Hospitales Universitario de Barranquilla, San Francisco de Paula y Pediátrico de Barranquilla, y un análisis de la intervención del Trabajador Social en estas-instituciones .

Nos motivó la adopción de este estudio el hecho de encontrarnos - con que la desnutrición asociada a las condiciones de vida de la población infantil eran los principales factores incidentes en la morbi- lidad y en la mortalidad de nuestra población infantil, hechos detectados a partir de las oficinas de registros de defunción de la ciudad que nos llevan a considerar a éste como el mayor de los flagelos que- afecta a nuestra población y para corroborar estos hechos la tesis de Josué de Castro sobre la vinculación de la desnutrición con el hambre y la explotación de la sociedad .

Nuestro estudio se efectuó en el nivel descriptivo con la finalidad de establecer una descripción lo más exacta posible de la situación vivida por la población infantil en materia de nutrición, sus condiciones de vida y las repercusiones que estos factores están teniendo en la morbilidad y en la mortalidad de nuestra población infantil.

La recolección de los datos a partir de este problema se verificó sustancialmente a nivel teórico práctico. A nivel teórico se centró en la observación documental de la obra Antología del Pensamiento Económico y Social de Latinoamérica, en el Volúmen I, Mensajes de Josué de Castro de Ediciones Colibrí, Bogotá 1.980; en los Informes y Programas de los Departamentos de Trabajo Social y Estadística de las diferentes instituciones en que se desarrolló nuestro estudio y sustancialmente nos basamos en los registros de defunción de las Oficinas de Registros Públicos de la ciudad de Barranquilla y en las Guías para la labor educativa en Nutrición y Alimentación a la Comunidad utilizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF).

En los aspectos prácticos esta recolección de la información se verificó sobre la intervención del Trabajador Social en las Instituciones del estudio respecto a la problemática de la desnutrición y el tratamiento de los aspectos sociales de esta problemática.

Para tal fin, propusimos como hipótesis de trabajo, el que la intervención del Trabajador Social en el problema de la desnutrición infantil en Barranquilla, debe encuadrarse en el marco del hambre de la sociedad capitalista dependiente subdesarrollada y consultar los factores sociales preponderantes que caracterizan la situación de esta población en la ciudad .

Esta hipótesis como puede observarse es consecuencia con la te-

sis de Josué de Castro y recoge así los principales matices de sus -
informaciones .

El estudio se desarrolló esencialmente sobre dos variables como-
son: El problema del hambre en la sociedad capitalista dependiente y
los factores sociales de la desnutrición infantil en la ciudad de Ba-
rranquilla.

De estas dos variables se desprenden variables intermedias como-
la desnutrición infantil como problema estructural que sustenta la -
tesis de Josué de Castro y variables relacionadas al ingreso de la -
familia de los menores atendidos por desnutrición infantil en los 3
Centros Aistenciales, el desempleo en la ciudad de Barranquilla, la-
educación nutricional, los servicios que se prestan al problema de -
la desnutrición infantil y los índices de morbi-mortalidad infantil-
imperantes en la ciudad en los últimos años del estudio.

Finalmente sobre una variable principal relativa a la interven-
ción del Trabajador Social, de la cual se desprenden como variables-
intermedias las funciones de este profesional en las diversas insti-
tuciones y su asociación con el problema central del estudio, los ob-
jetivos de su intervención, sus funciones, los programas y activida-
des que desarrolla relacionados con esta problemática.

El trabajo se estructura en dos capítulos que responden a lo pla-
ntado en materia teórica y materia empírica, así como el primero -
trata de los aspectos teóricos de la desnutrición infantil, la te -
sis sobre el hambre de Josué de Castro, el concepto de desnutrición,
las causas sociales y económicas de la morbi-mortalidad de la desnu-
trición infantil, los efectos de la desnutrición y de las condicio -
nes inadecuadas de vida de la infancia, la mortalidad infantil en Ba-
rranquilla y la intervención del Trabajador Social ante la problemá-
tica de esta población .

El Segundo capítulo contiene los elementos empíricos y las experiencias verificadas presentando en material estadístico extraído a través de esas experiencias que ilustran sobre las instituciones - que prestan atención a la población infantil en materia de salud y nutrición en la ciudad y las principales causas de la mortalidad infantil en la población atendida en las instituciones del estudio tomando como base las estadísticas que sobre la morbi-mortalidad infantil en Barranquilla se pudieron sistematizar en la Oficina de Registros Públicos de la Alcaldía del Municipio.

Finalmente la sistematización de lo que es la intervención del Trabajador Social en forma práctica en las diversas instituciones - para hacer la confrontación con lo establecido a nivel teórico .

C A P I T U L O 1

ASPECTOS TEORICOS DE LA DESNUTRICION INFANTIL

El sector de la salud, es uno de los sectores del desarrollo de una sociedad en el que actúa con mayor énfasis el Trabajo Social por cuanto responde a un problema (la salud) que es en su mayor parte, reflejo de todas las contradicciones de la sociedad. La nutrición es uno de los subsectores en que éste se divide y por lo tanto corresponde dentro del objeto de Trabajo Social en el campo de la salud, definir su ubicación en lo que toca al problema de la mal nutrición y sus repercusiones en el desarrollo y el progreso social .

Algunas Escuelas en el campo de la Nutrición y el Trabajo Social de corte funcionalista, suelen atribuir a la educación y al factor cultural un peso fundamental en el estudio y tratamiento de la mal nutrición y su secuela : La Desnutrición. En contradicción con esa posición las Escuelas que han adoptado la concepción Dialéctica como base de su análisis ven en la desnutrición un problema típicamente estructural producto de las contradicciones de las sociedades divididas en clases por lo que las autoras de este trabajo en consonancia-

con su posición, hemos adoptado como punto de partida y marco teórico de nuestro estudio la Tesis sobre el Hambre de Josué de Castro, - en la que éste es el producto del subdesarrollo y la dependencia y por lo tanto en su estudio al lado de las variables propiamente biológicas y culturales hay que conjugar las relativas al ingreso, a las condiciones de vida de la población, a las oportunidades que la sociedad ofrece al individuo para su realización y a los elementos con los cuales esta sociedad enfrenta el problema una vez presentado.

Adoptamos además esta Tesis por determinar ella con exactitud - la ubicación del Trabajador Social en el problema de la desnutrición, puesto que este profesional ante ella debe actuar fundamentalmente en los aspectos socioculturales que lo generan y coadyuvan a su desarrollo y proliferación .

Iniciamos nuestro trabajo con la Tesis del Doctor Josué de Castro y la acompañamos estableciendo nuestro concepto de la desnutrición, las causas sociales, económicas u culturales de la Morbi-Mortalidad y la Desnutrición Infantil, los efectos de la Desnutrición y de las condiciones inadecuadas de vida en la infancia, la mortalidad infantil en Barranquilla y la Ubicación del Trabajador Social - ante la problemática de la población infantil .

1.1.- La Tesis sobre el Hambre de JOSUE DE CASTRO.

Esta obra despertó conciencia en el mundo sobre la terrible calamidad universal que es el hambre, contribuyendo además, a crear una concepción enteramente nueva de los problemas del subdesarrollo. La utilización de los principios de la geografía y de la ecología aportan una luz singular a la complejidad del fenómeno de la desnutrición .

A Josué de Castro, se le considera, como el primer pensador social contemporáneo de América Latina. "Su vida ejemplar de humanista de caballero de las causas nobles, de indomable soldado de la justicia social, le colocan entre los grandes de la humanidad en este siglo" . (1)

Los mensajes recogen fielmente el pensamiento social de Josué de Castro y sus temas son tratados por quién fué un consagrado y brillante escritor, Josué de Castro manifestaba siempre sus efectos y recordaba con pena la América Latina.

Al respecto el Doctor José Consuegra, afirma en el Prólogo del libro "Mensajes", sobre la obra de Josué de Castro "Antología del Pensamiento Latinoamericano", que, "Este autor es quién ofrece la más completa y patética radiografía de este flagelo del Tercer Mundo. De la lectura de sus libros se concluye reconociendo que hambre es subdesarrollo, y subdesarrollo es hambre. Precisamente en él el primero que utiliza la palabra subdesarrollo para designar las características propias de la Economía y los problemas sociales que se dan en las colonias y países explotados y dependientes " (2)

En realidad el problema del hambre que se manifiesta en América Latina como efecto del subdesarrollo y a sus vez causa del subdesarrollo.

Josué de Castro diagnosticaba que "En cualquier tiempo el hambre ha sido un obstáculo en el progreso de los países latinoamericana-

(1) DE CASTRO, Josué. "Mensajes", Prólogo de José Consuegra, pág.18

(2) Ibid, pág. 19 .

nos " . (3)

No debemos conformarnos con saber que el hambre existe, sino tomar conciencia para actuar y superar este terrible mal, ya que la naturaleza nos brinda los recursos indispensables para asegurarnos una estabilidad alimentaria. El hambre es un fenómeno de orden social, provocado por un aprovechamiento defectuoso de las posibilidades y recursos naturales y por una mala distribución de los bienes de consumo.

Suponemos que el desarrollo socioeconómico es la solución al problema del subdesarrollo, con sus características fundamentales de subempleo, subproducción y pauperismo generalizado.

Debemos tomar conciencia de que sólo un desarrollo socio-económico real nos librerá de esta opresión y esclavitud, ya que es un imperativo al que es imposible evadir.

Nuestra sociedad se debate sumida en este drama del hambre, la que azota el forma desesperante a la niñez, siendo uno de los principales flagelos la desnutrición. No ignoramos que la pobreza genera desnutrición de la misma manera que genera el desempleo, las malas condiciones de vivienda y el analfabetismo, los cuales son efectos del subdesarrollo debido al distema imperante, donde tienen acceso unos pocos.

La subalimentación de una gran parte del globo, está estrecha -

(3) Ibidem, pág. 20 - .

mente unida el subdesarrollo. Los países del Hambre no son necesariamente aquellos en que la naturaleza se muestra adversa a ellos, -ya - que muchas son las posibilidades que no han sido empleadas .

No es por lo tanto la tierra la que rehuye del hambre, sino éste que en la mayoría de los casos no ha adquirido aún un dominio sobre ella y sus elementos.

Se concluye que las tierras no cultivadas no son la causa principal del drama del hambre en el mundo; y es el resultado del subdesarrollo de regiones enteras en las que mal viven gran cantidad de poblaciones en vías de desarrollo que padecen además, de los elementos técnicos sociales que serían necesarios .

1.2.- Concepto de Desnutrición .

Teniendo en cuenta que la Nutrición es la serie de fenómenos por medio de los cuales los organismos vivos utilizan ciertos elementos, en este caso los alimentos, para mantener la vida y renovar el continuo desgaste de sus tejidos . La Organización Mundial de la Salud , ha definido recientemente que la Desnutrición es un estado patológico consecutivo a un defecto o a un exceso relativo o absoluto de uno de los principios nutritivos indispensables, tanto si dicho estado - se manifiesta clínicamente como si sólo se descubre mediante pruebas bioquímicas, antropométricas y fisiológicas. La Desnutrición se descubre mediante pruebas bioquímicas por la determinación de hemoglobina en la sangre, así como la investigación de huevos y de sangre oculta en las heces y la de parásitos del paludismo en un frotis grueso, además pueden practicarse otras pruebas bioquímicas en relación con diversas investigaciones o elegirse en razón de problemas locales conocidos o probables. Las pruebas antropométricas o fisiológicas se determinan básicamente con el peso, la estatura, el pliegue cutá-

neo tricípital y al perímetro bronquial; los resultados se expresan separadamente para cada sexo y cada edad hasta el cumpleaños más próximo.

Pueden distinguirse cuatro formas de Desnutrición :

- a.- Subnutrición o estado patológico debido al consumo de una - cantidad insuficiente de alimentos durante un largo período de tiempo, cualquiera sea la causa, bien porque no hay alimentos disponibles a nivel individual o porque no se consumen por razones esencialmente sociales y culturales .

También podemos definir la Desnutrición socialmente como aquel estado patológico en que el individuo por falta de los nutrimentos indispensables vé mermada sus facultades intelectuales y físicas, su productividad que pone en peligro - su integridad física y social y que es la conjugación en el individuo y su medio social de las contradicciones de la estructura de la sociedad a la que pertenece .

Es importante recordar, que los requerimientos de los nutrientes y calorías son variables según la edad (a menor edad - los requerimientos son proporcionalmente mayores), la condición fisiológica (madres embarazadas y lactantes), tipos de actividad y el clima. El hambre presupone la eliminación casi total del alimento y en consecuencia, la aparición rápida de desnutrición grave, primaria, marasmo e inanición.

- b.- Deficiencia específica o estado patológico debido a la falta de un determinado nutriente en forma absoluta o relativa. Se refiere a los defectos de utilización de alimentos por - patologías específicas a diversos niveles así :

En nuestro medio, las formas de desnutrición mixta, son las que con mayor frecuencia ven los médicos. Son bien conocidos los cuadros agudos de otitis, neumopatías, diarreas, infecciones urinarias y dermatológicas que acompañan a la desnutrición .

1.3.- Las causas sociales económicas y culturales de la Morbi - Mortalidad y la desnutrición infantil .

En las regiones en desarrollo, la desnutrición afecta principalmente a los niños de corta edad. En esta fase de la vida, el crecimiento es rápido, las necesidades de nutrientes es elevada y las dietas probablemente insuficientes a causa de la pobreza, la falta de alimentación adecuada, la ignorancia o los errores de los padres debido a prejuicios o tabúes restrictivos sobre la alimentación, el desempleo, los bajos salarios y el consumismo.

También es una etapa de continuo debilitamiento a causa de las infecciones bacterianas, víricas y parasitarias. El estado de nutrición de los niños durante el primer año de su vida depende de los métodos locales de alimentación infantil y por intermedio de las reservas fetales de la alimentación de la madre durante el embarazo y del estado de nutrición de la propia madre. Sin embargo, el principal factor determinante en la práctica es a menudo, si el niño es alimentado con leche materna siguiendo los usos tradicionales, o si, como ocurre cada vez más en las zonas urbanas, se intenta alimentarlos artificialmente.

El estado de nutrición de los niños alimentados con leche materna suele ser excelente durante los primeros cinco o seis meses. El crecimiento es normal porque la leche materna suministra suficientes proteínas, calorías y vitaminas .

En la actualidad existe una tendencia en todo el mundo hacia la urbanización, en parte planificada, pero por lo común desordenada . Entre esos nuevos ciudadanos, hay una disminución constante de la costumbre de amamantar a los niños, en parte porque las madres tienen que buscar empleo en los que esa costumbre ha dejado de ser culturalmente aceptable y en una medida cada vez mayor, por la insuficiencia en el conocimiento de los alimentos para niños y del ejemplo de las clases económico-sociales "superiores" .

En la mayoría de nuestras familias de nuestra región, la alimentación artificial resulta inadecuada, debido a que las madres carecen por lo general de conocimientos suficientes para efectuar la preparación, dilución y protección de los biberones contra la contaminación ambiental. Las condiciones de la vivienda en relación con el abastecimiento de agua, de combustible, los servicios de cocina, los medios de almacenamiento y protección contra los insectos y el polvo que hacen imposible la preparación de alimentos no contaminados.

En tales circunstancias, la mayoría de los niños criados artificialmente con biberón reciben un alimento muy diluído o infectado , que produce la mayor parte de las veces desnutrición asociada, en ocasiones diarreas infecciosas, que tienen con frecuencia un desenlace fatal. Esta situación también se presenta donde las madres más pobres e ignorantes administran a veces a sus hijos una papilla de harina como único alimento.

Entre los factores económicos, están los bajos salarios, el desempleo y el bajo nivel de vida. El empleo constituye para la mayoría de nuestras familias la única fuente de ingreso, de aquí se deriva la importancia social, económica y la seguridad psicológica del aprovechamiento del recurso más valiosos del país, como es la fuerza de trabajo. Desafortunadamente la desocupación se ha convertido en -

un problema de enormes magnitudes para nuestra sociedad. Por ejemplo Colombia, presenta una de las tasas de crecimiento más altas entre los países latinoamericanos y un alto porcentaje de la población es joven e incapacitada por su edad para trabajar .

El esaco nivel ocupacional también se presenta debido al bajo - grado educacional, como consecuencia especialmente del prematuro ingreso de la población al mercado laboral, impulsado por la pobreza o por la orfandad .

Existen en Colombia grandes extensiones de tierra donde comienza a desarrollarse la agricultura con maquinarias y técnicas modernas, - las cuales desplazan al campesino marginándolo a zonas aisladas u obligándolo a emigrar a las grandes ciudades .

El volúmen de producción que puede ocupar la industria nacional - está en función de la tecnología y el grado de expansión; si la técnica está dirigida al uso extensivo de mano de obra, puede asegurarse una demanda de trabajo, pero si, por el contrario, la técnica se aplica con el fin de ahorrar mano de obra, la expansión del empleo - industrial es ínfimo.

La tasa de crecimiento del empleo fabril, se ha reducido significativamente como fruto de la aceleración de la mecanización. En Colombia, se presentan estos tipos de desempleo :

a.- Fraccional : Se presenta cuando todas las personas que quieren trabajar y pueden hacerlo no lo logren; este tipo de desempleo - es temporal.

b.- Estructural : Incluye a personas con habilidades no requeridas, a personas que por su edad, cultura, desnutrición, mala salud, - etc., no pueden ser empleadas . Este tipo de desempleo afecta du -

rante largos períodos.

c.- Subempleo visible : Consiste en trabajar menos tiempo del que se quiere trabajar, por no conseguir otro mejor.

d.- Subempleo disfrazado : Es la dedicación a empleos de baja productividad y por consiguiente de escasa remuneración .

Unos de los rasgos más importantes del salario, bajo el capitalismo es la desmedida intensificación del trabajo, que exprimen al obrero todas sus fuerzas y lo agotan con las circunstancias de que el salario no compensa el desmedido desgaste de las fuerzas de trabajo. Pasado ciertos límites de la duración y la intensidad del trabajo, ninguna remuneración complementaria puede prevenir la desnutrición completa de las fuerzas de trabajo .

Otro aspecto que incide en el problema nutricional, es la vivienda, la cual junto con la educación, alimentación y la salud constituye uno de los bienes fundamentales para el desarrollo normal de la persona, de la familia y de la comunidad humana. Para que las funciones esenciales de la familia puedan cumplirse, se necesita una vivienda con aire, luz, ventilación y extensión suficiente. Infortunadamente el problema de la vivienda tanto por su número como por su calidad es bastante generalizada entre bastos sectores de la población colombiana.

El déficit de vivienda aumenta cada día debido al rápido crecimiento demográfico, acentuándose más en el área urbana, pues, aquí el incremento de la población es mayor. La población de los tugurios se identifica con la de los marginados, formada por personas que no tienen acceso a las fuentes de ingreso, carecen de empleos estables y de los bienes necesarios para subsistir, poseen bajísimo nivel de educación y analfabetismo o sencillamente carecen de él y de la posi-

bilidad inmediata de adquirirla. Se alimentan deficientemente, no cuentan con los servicios de salud, atención médica, hospitales o seguros sociales.

Los marginados son aquellas familias que viven en escasez crónica de dinero, sin reservas de alimentos, de drogas o de lo indispensable para vivir. Se rebuscan la vida sin preparación o calificación alguna, empeñan un objeto ahora, piden un préstamo, o luego realizan un corto trabajo después. Los marginados no pertenecen a partidos políticos, cuya ideología desconocen, los bancos, los almacenes, los museos, las bibliotecas, las galerías artísticas, los aeropuertos, no existen para ellos. Apretados e incómodos sin posibilidades de vida privada, se hacinan en rincones abandonados, vegetan-desapercibidos, cuando son despreciados por el resto de la sociedad.

1.4.- Efectos de la desnutrición y de las condiciones inadecuadas de vida en la infancia .

1.4.1.- Efectos en desarrollo físico : El niño que ha tenido la enfermedad de la desnutrición retarda su crecimiento en comparación con otros niños de su misma edad que han estado bien alimentados .

El niño desnutrido, deja de crecer normalmente por la falta de materia prima indispensable para la formación de sus tejidos; es inactivo, se cansa fácilmente y presenta alteraciones del psiquismo tornándose irritable y apático .

En los niños de uno a cuatro años y específicamente el segundo año de vida está cargado de peligros. El niño atraviesa una fase de transición en lo que se refiere a la dieta, la inmunidad a las infecciones y la dependencia psicológica. Es una época de crecimiento rá-

pido y de grandes necesidades tróficas, en particular de proteínas - para el tejido muscular en pleno desarrollo. Es el momento en que hacen falta varias comidas diarias y en que los alimentos deben ser fáciles de masticar y de digerir. En la fase en que el niño no inmune, entra en contacto con una sucesión o más o menos a menudo una acumulación de infecciones bacterianas, víricas y parasitarias. Por último muchas veces en que se produce un traumatismo psicológico a consecuencia de brusca separación de la madre debido frecuentemente a un nuevo embarazo después de un largo período de contacto íntimo y continuo y de una alimentación materna sin restricciones.

1.4.2.- Efectos en el desarrollo mental : El niño se ha desnutrido cuando va a la escuela le cuesta mucho trabajo aprender a leer y a escribir, por este motivo se fastidia llegando al extremo de retirarse y quedar sumido en la ignorancia.

Se ha encontrado además que este retardo mental es parcialmente irreversible porque la recuperación es completa aunque los niños sean colocados en óptimas condiciones de rehabilitación nutricional. Estos niños tienen mayor riesgo de enfermar y de morir; el niño desnutrido le dá gripa, está expuesto a las infecciones respiratorias (bronquitis), diarreas, fiebres; al contraer esas enfermedades su estado es más fuerte por estar su organismo más débil y por esta razón tienen probabilidades de morir.

La directa implicación económica que encierra la incorporación del retardo mental en el niño desnutrido no puede pasarse por alto. El esfuerzo del Estado por multiplicar escuelas, maestros y centros de capacitación técnica, será en vano si hay numerosos grupos de niños desnutridos cuya capacidad mental es deficiente para aprovechar la enseñanza que se le ofrece para elevar así los índices educacionales y de productividad del país que son la base de su desarrollo socioeconómico.

co .

Se concluye que la estrecha interdependencia encierra en la nutrición la salud y el desarrollo social y económico del país, e indica además que el impacto de la desnutrición y otras enfermedades nutricionales recaen no solamente en el sector de la salud, sino también en el de la educación, la agricultura y la economía en general.

La ubicación de los factores determinantes y de los factores de la desnutrición en diferentes sectores del desarrollo indican así mismo la responsabilidad multisectorial en la búsqueda de las soluciones al grave problema de la desnutrición infantil en el país .

Los hallazgos de medios para prevenir la desnutrición en la primera infancia sería todavía más urgente si pudiera demostrarse que los efectos nocivos que se limitan a una mayor susceptibilidad en las enfermedades o a un retraso del crecimiento, sino que tiene también consecuencias duraderas sobre el cerebro y las funciones mentales.

El conocimiento de la completa relación existente, entre la nutrición y el desarrollo mental, depende de la exactitud con la que los investigadores puedan definir y medir el estado de nutrición del niño su desarrollo o rendimiento mental, la importancia de ciertos fenómenos concomitantes como el aislamiento social y las infecciones repetidas.

Los problemas son aún más arduos, cuando se intenta evaluar la importancia de los factores nutricionales que pueden afectar el desarrollo mental; estos problemas están relacionados con la dificultad de establecer criterios válidos para medir las diferencias y los cambios del rendimiento intelectual y del comportamiento.

La desnutrición en los niños en los países en desarrollo están siempre asociados a los factores ambientales, particularmente la falta de estimulación sensorial resultante de las malas condiciones socio-económicas y culturales y de los diversos tipos de infecciones ; ambos factores pueden también menoscabar el desarrollo del cráneo .

Para aclarar los posibles efectos de la desnutrición sobre el desarrollo mental del niño es indispensable conocer suficientemente la influencia de las variables sociales. Se ha observado que la posición social de la familia influye a la vez en el estado nutricional del niño y en las características familiares relacionadas con el rendimiento intelectual . Por otra parte las características del comportamiento del niño (ejemplo: llanto excesivo y la falta de viveza) pueden alterar el medio ambiente al influir en la actitud emocional de la madre o de las personas que lo cuidan.

Las manifestaciones de la desnutrición se han sistetizado y agrupado así :

- 1) Signos Universales : Se llaman signos universales aquellos - que siempre están presentes, independientemente de la etiología e intensidad del proceso a que se refieren los fenómenos de dilusión en la función y atrofia. Se pueden clasificar como signos psíquicos o bioquímicos. Las características de cada uno de ellos son variables según la intensidad de la carencia, su duración y su edad, ellos son :

a.- Signos Físicos :

- Disminución de la velocidad del crecimiento en talla, - cuando la carencia es muy extensa y prolongada, se puede llegar casi a la detención del crecimiento y enanismo de origen nutricional. La talla es inferior a la normal y -

los crecimientos en talla son también menores.

- Disminución de la velocidad del crecimiento del cerebro. Esta manifestación es más notoria e intensa cuando la carencia en el lactante menor, por ser un período en el cual el crecimiento del encéfalo y por ende del cráneo son muy veloces. La circunferencia cefálica es menor que la normal y los incrementos son menores.
- Peso disminuido en relación con el que debería tener para su edad, la inadecuación del peso para la talla será variable. El incremento de peso menor, o se detiene o hay pérdida de peso; según la intensidad de la carencia, la presencia de edemas y su intensidad determinan modificaciones en el dato de peso en los pacientes .
- Retardo en la maduración ósea y defectuosa en la calcificación: la aparición en los núcleos de osificación se retrasa. La edad ósea es inferior a la edad cronológica. Las proporciones segmentarias se alteran. La relación segmento superior sobre segmento inferior no corresponde a la edad cronológica. La cortical de los huesos es más delgada y hay osteoporosis.
- Disminución del crecimiento y atrofia de la piel, cabello, pestañas, cejas y uñas: La intensidad marcada de estas alteraciones y agregados; se destacan con la mayor velocidad de cicatrización y la mayor facilidad para que se implanten infecciones térmicas .

b.- Signos Psíquicos : Se presentan alteraciones en la diver -

sas esferas de la conducta : motora, lenguaje personal, social y adoptiva. De las dos conductas la más fácil de valorar (la motora y el lenguaje), es la segunda la que se haya más afectada y se recupera más lentamente, además los niños presentan adinamia, apatía, irritabilidad y otros cambios de conducta, son retraídos y no tienen interés por lo que les rodea, Diversas pruebas de inteligencia señalan conocimientos intelectuales por debajo de los normal.

Todas las alteraciones se recuperan en tiempos variables , siendo la conducta motora la que con mayor velocidad se normaliza. No está demostrado que la desnutrición una vez recuperada, deje como secuela su bajo coeficiente intelectual. Se debe tener en cuenta que las condiciones ambientales y la calidad de estímulos que recibe el niño son factores determinantes en su desarrollo mental, no sólo desde el punto de vista psicológico sino de la inteligencia.

- c.- Signos Bioquímicos : Son de aparición más precoz aunque no fácilmente detectable, las alteraciones son más profundas a mayor grado de desnutrición.
- 2) Signos Circuntanciales : No siempre serán presente y su aparición depende de las condiciones ambientales y/o individuales especiales que hacen que los signos universales se muestren en su máxima expresión con variedades clínicas diversas. Estos signos están presentes con mayor frecuencia e intensidad en niños con desnutrición de tipo edematoso, en los pre-escolares, cuando el proceso crónico e intenso, cuando hay además déficit proteico-calórico y otras deficiencias específicas como de vitaminas (A,C,D, - Tiamina, Riboflavina, Niacina, Acido Fólico) y Minerales (Calcio, Iodo, Hierro) .

Las condiciones ambientales, geográficas y de saneamiento, también son determinantes para la aparición de características particulares de estos signos. Además de los signos descritos se ven con frecuencia como tales las extremidades frías y cianóticas, piel roja ladrillo, piel marmorea, abdomen globuloso sobretodo después de las comidas, radiológicamente hipotonicidad, alteraciones en la motilidad e hipersegmentación de las asas. La anoxia y la diarrea no infecciosa son otros signos frecuentes: ésta última es generalmente moderada.

El vómito es menos frecuente y generalmente se reflejan intolerancia a los alimentos a que no está habituado el niño.

La anemia es un síndrome muy frecuente y su presencia se debe a la carencia de hierro; en estas circunstancias las cifras de hemoglobina y hematocritos serán más bajas y habrá hipocromía, microcitosis algunos macrocitos y policromacia. La carencia de ácido fólico, vitamina B12 y otros elementos, son hallazgos-mucho menos frecuentes - .

3) Signos agregados : Estos se pueden clasificar en cuatro categorías:

- a.- Los que corresponden a patologías primaria y que han dado origen a la desnutrición, ejemplo: diarreas, enfermedades celíacas, fibroquísticas del páncreas, estenosis pilórica, tuberculosis, síndrome nefrótico, etc .
- b.- Los que corresponden a infecciones agregadas a la desnutrición y sus consecuencias derivadas. Se destacan las diarreas infecciosas y parasitarias, la respiración aguda o crónica, la otitis, la piodermitis, las anemias de origen parasitario (necator) y/o infecciosa, sepsis, etc.

c.- Los factores ecológicos: Esto es físico, biológico y cultural que son concomitantes en la desnutrición, se superpone e interactúan repercutiendo no sólo en la condición física del paciente sino en su desarrollo mental, emocional y social .

La suma variable y variada de estos tres órdenes de signos: Universal, Circunstanciales y Agregados, configuran cuadros clínico-sociales muy diversos y abigarrados, donde las expresiones de la patología física, biológica y cultural no siempre son evidentes o presentan peculiaridades en sus manifestaciones y evolución.

1.5.- La Mortalidad Infantil en Barranquilla .

Mientras que en los países desarrollados, el número de niños que mueren anualmente en los primeros cuatro años de vida es de medio millón, la cifra correspondiente en los países en desarrollo es de veinte millones.

Expresados en muertes anuales por cada millón de niños menores de cuatro años, la cantidad es de 625 en los países desarrollados y 48.000 en los otros.

Casi todos estos niños mueren a causa de enfermedades que se pueden prevenir o curar fácilmente . Pero obviamente en la enorme mayoría de casos el cuadro se presenta combinado con desnutrición y condiciones higiénicas deficientes que hacen al niño vulnerable a enfermedades que de otra forma sería benigna.

La Organización Mundial de la Salud, que recoge estadísticas de todos los países miembros, calcula que en la actualidad noventa millones de niños menores de cuatro años padecen de desnutrición y que de-

este total diez millones son víctimas de desnutrición severa. La desnutrición en sí puede ser mortal, particularmente cuando se origina en la falta de proteínas y calorías, pero en la mayoría de los casos no lo es. Sin embargo, abre las puertas a otras enfermedades. Se calcula que en los niños de los países en desarrollo sufren infecciones de uno y otro tipo durante la tercera parte de sus dos primeros años de vida.

Las principales causas de la muerte son las infecciones respiratorias, amigdalitis y el resfriado común; constituyen la causa más difundida y directa de decesos. Viene luego la diarrea, bien como resultado de infección gástrica o como reacción al sistema digestivo del niño frágil y altamente vascularizado a otro problema sea éste infeccioso, tóxico o térmico. En términos generales, de uno a dos tercios de la mortalidad infantil pueden ser atribuidos a la asociación de desnutrición e infección.

De los treinta y tres millones de pre-escolares que existen en la América Latina, quince millones son desnutridos de primer grado y 560 mil la sufren en su grado más avanzado (4). Estas cifras merecen atención: si tal es el número de pre-escolares gravemente desnutridos y extremadamente susceptibles a las agresiones ambientales, especialmente las de índole infecciosa, deben tenerse en cuenta la similitud de esas cifras con la mortalidad pre-escolar y aceptar que tarde o temprano ha de morir la mayor parte de esos desnutridos de tercer grado. En consecuencia puede suponerse que por esa causa, mueren en Latinoamérica 1.500 pre-escolares cada día, es decir, uno cada 56 segundos.

(4) RAMOS GALVAN, R. "Problemas Nutricionales en las Sociedades Pre-industrializadas de América Latina", pág. 58

En los países Latinoamericanos como en todos aquellos en que prevalece la desnutrición, la mortalidad pre-escolar es muy difícil de abatir y aunque la mortalidad infantil sólo sea seis u ocho veces superior a la de los países de mayor grado la de uno a cuatro años de edad, pueden ser hasta cincuenta veces más elevada .

La mortalidad, sobre todo la mortalidad pre-escolar, está íntimamente ligada a la desnutrición, en grado tal que el 75% de las defunciones ocurren en sujetos de malas condiciones de nutrición (5); la causa desencadenante es, generalmente, una infección especialmente - de las que originan diarrea, pero el pronóstico cambia radicalmente en presencia de desnutrición. No se busca, sin embargo, en las estadísticas de nuestros países una información adecuada a la morbilidad y/o mortalidad por desnutrición, pues no se encontrará; ni la desnutrición es de declaración obligatoria, ni existen médicos suficientes para diagnosticarla.

El antecedente obligado a la mortalidad pre-escolar es el destete y la introducción de otros alimentos, los que mal manejados conducen a infecciones diarreicas y a depauperación orgánica por falta de proteínas de alto valor biológico en la dieta diaria, por lo que hay preescolares desnutridos crónicos, que en los tres años de vida han tomado alimentos apenas suficiente para año y medio o dos años de crecimiento normal .

Tal elevada mortalidad en los pre-escolares desnutridos, es en cierta forma un mecanismo de homeostásis demográfica; desde luego no

(5) RAMOS GALVAN, R. "La Desnutrición Infantil en México sus aspectos Clínicos Estadísticos Dietéticos y Sociales ", pág. 16

deseable dentro de una filosofía humanista (6). El fenómeno ocurre - en presencia de elevada natalidad y por otra parte, al llegar a los seis años prácticamente todos los desnutridos de tercer grado han - muerto .

Cada 11 minutos en algún lugar de Colombia fallece un menor sin que se den muestras de la más mínima solidaridad por el drama que viven sus familias, porque esas muertes pasaron al frío rincón de las estadísticas .

Anualmente fallecen en Colombia aproximadamente 49 mil menores - entre los primeros cinco años de vida, que arroja la escalofriante - cifra de 136 niños que mueren diariamente, como consecuencia de problemas digestivos, desnutrición y enfermedades bronquiales .

En esas tres causas se reflejan los problemas de los colombianos: Salud, porque el cubrimiento de los servicios médicos asistenciales no llegan a los estratos más bajos de la población; Alimentos, porque o están mal preparados o la ignorancia, efecto de la miseria, no permite que muchos colombianos se capaciten para modificar sus costumbres alimentarias; La vivienda, que ha desmejorado hoy con la proliferación de tugurios, en los que con pedazos del cartón y latas un alto porcentaje de la población humana se guarece.

Un cuarto de millón de pequeños colombianos murieron durante los últimos cinco años por las causas antes anotadas, sin que como lo señala un informe oficial se le haya prestado mayor atención y se encuentran sólo registrados en los boletines del DANE.

(6) GUERRERO RAMOS, A. "Sociología de la Mortalidad Infantil", - pag. 3 .

La mortalidad infantil no ha descendido considerablemente y se estima que los infantes entre uno y cuatro años que fallecieron en el año de 1.980 correspondieron al 6.9%. Además, es alarmante observar que el tercer grado de desnutrición - el más grave - se incrementó de 1.7% a un 2.7% de 1.968 a 1.977, acentuándose en esta forma una situación crítica para el país. De los dos millones 260 mil infantes desnutridos cerca de cien mil se ubican en este grado que dará como resultado una niñez con taras mentales efecto de su situación .

Las perspectivas son más desalentadoras, si tenemos en cuenta - que apenas se registran un 56% de las defunciones. Se considera que en cinco años han muerto 248,790 niños, con el agravante desde hasta el momento no están utilizando mecanismos idóneos para poner freno a esta situación que aqueja a nuestra nación y especialmente a la población de escasos recursos económicos.

Las muertes de infantes en el campo causadas por la desnutrición se estima en un 7.8%, como epicentro de la Costa Atlántica, aún no ha resuelto sus graves problemas y lejos está de hacerlo, así tenemos problemas como la desnutrición, la proliferación de enfermedades endémicas, los elevados índice de mortinatos, la mortinatalidad y de mortalidad que señalan el terrible drama de los estados de insalubridad y de seguridad social de la población infantil barranquillera. -

La concentración de los servicios médicos y paramédicos en dos áreas de la ciudad sólo prestan este servicio a un pequeño grupo, viéndose afectada más del 80% de la población total, por la ausencia, carencia y negligencia de dichos servicios a la gente que realmente lo requiere. Eso induce, a que sólo exista medicina curativa y nada en lo absoluto de medicina preventiva.

Los servicios hospitalarios, de clínicas, puestos de salud, com-

parados con la población total no solo son deficientes sino que guardan una proporción de camas insuficientes para albergar toda esta población. Aquí es donde se presume que debe garantizarse la curación a la población infantil que acude; los altos costos de las drogas y el déficit de servicios adecuados elevan la cuantificación del problema. La prevalencia de la medicina popular y doméstica sobre la científica ha llegado a un tope, es por ello, que los vendedores de específicos hacen su agosto en los barrios marginados y en las grandes plazas y parques de esta metrópolis.

Es una ciudad secularmente heterogénea, compleja y receptiva como lo es Barranquilla, es caso inexplicable que existan básicamente institucionadas las comadronas, lo teguas, los curanderos y hasta espiritistas que todos los días montan consultorios para explotar a la ciudadanía. Este fenómeno, creado por la desesperación de la gente que busca su redención para hacer de su estructura física un cuerpo sano, ha obligado a seguir por senderos fatalistas con el ánimo desde luego de seguir viviendo. El avance de la ciencia y de la tecnología médica, sólo se concibe cuando un sueño ilusorio en la mente de todas las personas que hoy han sido marginadas por el ordenamiento social, nunca como una realidad concreta y dispuesta a ser virles.

1.6.- El Trabajador Social ante la problemática de la población infantil.

La experiencia en el área de la salud, proporciona al profesional una capacitación básica para trabajar no solamente con individuos y grupos, sino para integrarse a un equipo de salud y en cualquier área de bienestar social, con el fin de realizar una labor de intervención profesional eficiente. Existe la necesidad de realizar este tipo de investigaciones o estudios con el fin de definir estrate-

gias de acción o intervención adecuada, tanto para el Trabajador Social como para promover un adecuado nivel de salud en la población, en el problema que nos ocupa.

Al cuestionar esta problemática, toda acción del Trabajador Social, debe ser una experiencia política, bien sea, frente al sistema vigente o frente al Estado, no podemos en consecuencia deslindar nuestro accionar profesional de la estructura en que nos ubicamos.

Si tenemos en cuenta, lo anterior, podemos decir, que el problema de la infancia dentro del campo de la "salud" plantea el grave - problema que afrontan los individuos sin que en ningún momento se - haya realizado alguna acción para resolverlo, es un problema planteado y no resuelto.

Para lograr un verdadero quehacer profesional como futuros Trabajadores Sociales, hemos tomado conciencia de que la desnutrición, por ejemplo, es el resultado de nuestra sociedad capitalista y lo - palpamos en estas comunidades explotadas por la situación real que vive el pueblo colombiano y por consiguiente Barranquilla, donde a través de nuestra práctica de comunidad adquirimos una gran experiencia acerca de las condiciones infrahumanas en que viven esa comunidades marginadas de la población, lo cual no escapa a nuestra realidad.

Allí convivimos de cerca con esa población, la cual carece de - los recursos asistenciales indispensables, como el empleo, la vivienda, educación, alimentación, servicios médicos, etc., que les permite satisfacer sus necesidades, puesto que vivir exige a los hombres comer, beber, vestirse, alojarse bajo un techo, ya que el primer hecho histórico de los hombres fué producir y cosechar los medios de subsistencia .

Así palpamos de cerca los problemas que afectan a la comunidad, habiéndose llamado especialmente la atención a la población infantil por lo tanto al escoger nuestro tema para la realización de este trabajo de grado, no dudamos un momento en dedicárselo a uno de los problemas que cada día azota en forma alarmante a los niños como son las condiciones en que vive la ciudad de Barranquilla ante la desigualdad y la mala repartición de las riquezas que origina la enorme diferencia que existe entre explotados y explotadores .

La situación social de esta gente está dada por el hacinamiento falta de servicios públicos, desempleo y bajos salarios, los cuales no alcanzan para alimentar familias compuestas por más de diez personas, para vertirse o para tener acceso a los servicios médicos, educacionales, de vivienda, recreación, etc., esta población presenta un déficit de calorías y vitaminas en los niños especialmente en los de corta edad, por lo tanto esta carencia producen además de la desnutrición física, retardos intelectuales y por consiguiente deficiencias vitales, comprobando en nuestra investigación que la principal causa de la mortalidad en la población infantil, es la desnutrición; además de esto la salud en Barranquilla presenta una situación caótica, pues no existen programas concretos en los cuales el Trabajador Social tome parte activa de ellos; las políticas trazadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se reducen simplemente a los comedores y guarderías donde los alimentos que allí se suministran no superan aún la alimentación de los chibchas, basados en el maíz y otras harinas carentes de elementos proteicos que son artículos de lujo para esta población menos favorecida, lo que se palpa en la presentación de enfermedades como anemia; un niño anémico no aprende en la escuela, no tiene un aprendizaje conveniente y muy fácilmente otras enfermedades que son producto de la desnutrición, lo afectan.

Actualmente el Trabajador Social en este campo, ha tomado con -

ciencia de este problema, pero consideramos que aún sigue colaborando con las políticas del Estado, lo cual se traduce en paliativos y escapa a la realidad, de que no solamente este profesional debe tomar conciencia sino todo el pueblo colombiano. El Trabajador Social al menos debe alcanzar su tarea educando a las comunidades en este problema y encerrarlo a otro nivel .

En pocos padecimientos como en la desnutrición crónica primaria, la acción de los factores socio-culturales es tan decisiva, porque a pesar de la promisión de alimentos constituye un imperativo ineludible y de que el hombre dice conocer la importancia que el aporte de nutrientes para su propio organismo, para su estirpe o para su grupo; a pesar de los increíbles logros en el arte, ciencia y tecnología ha alcanzado hace tiempo que nadie discute que gran parte de la población está insuficientemente alimentada y que ésta lacerante realidad no escapa a nuestros días .

Las consideraciones anteriores cobran importancia cuando se recuerda que si el hombre nace como un animal social pero culturalmente indiferenciado, bien pronto se socializa y se integra a una cultura; porque si al nacer nada sabe y es el ser más desvalido, también es capaz de aprenderlo todo, lo bueno lo malo, para él y sus semejantes .

En consecuencia solo cabe una conclusión: hasta ahora el hombre ha sabido aprender lo realmente bueno para él y para su especie y la desnutrición ha de verse como el resultado de una socialización-inadecuada como consecuencia de actitudes defectuosas .

Tratándose por lo tanto de un problema social, en su estudio debe seguirse una metodología.

Para que una persona pueda vivir en armonía con la sociedad a -

la que pertenece para que esté realmente socializado debe conocer - las reglas que rigen las Relaciones Humanas y aprender lo que debe hacer por los demás y por lo que tiene derecho a esperar de ello.

Los individuos tienen que comportarse en el seno de su sociedad de manera que puedan funcionar en el sentido que la sociedad requiere, es decir, donde encontrar placer en obrar como quiere la sociedad y así por diferentes y variados mecanismos, el miembro de una sociedad llega a actuar, pensar y sentir, no porque decida en cada caso de manera consciente, si ha de seguir o no la forma social.

La sociedad moldea y canaliza la energía humana, es decir, forma el carácter de sus miembros a fin de que esa sociedad pueda seguir funcionando .

Lo que el Humanismo llama característica social es así el medio de estructura de carácter, compartido con los individuos de una misma cultura o sociedad, a diferencia del carácter propio de cada uno de los individuos pertenecientes a la misma cultura . En las comunidades en donde prevalece la desnutrición eso no se cumple correctamente, todo conduce a la inseguridad y angustia que tendrá que reflejarse, a necesidades en la actitud que asume frente a los alimentos y en el consumo de los mismos.

La influencia de la sociedad se hace muy clara, cuando la debilidad del hombre se manifiesta. En tales ocasiones su capacidad de cooperación tiene muy diversas expresiones; alguna de ellas estarán determinadas por fuerzas culturales positivas, como las instituciones de seguridad social; otras serían evidentemente precarias operantes a breve plazo pero costosas e inútiles después de algún tiempo, eso ocurre en todas las formas de asistencia paliativa o con ese modo de resolver el problema inmediato de las clases más desposeídas, al unir dos o mas miserias para enfrentarse a un imperativo -

inmediato de la básica necesidad de comer .

C A P I T U L O 2

LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD INFANTIL EN BARRANQUILLA

En este capítulo vamos a hacer un análisis de la presentación y el análisis de un conjunto de datos extraídos de aquellas instituciones que en forma directa o indirecta se relacionan con la salud y la morbi-mortalidad infantil en Barranquilla.

Las instituciones que forman parte de este estudio son el Hospital Universitario de Barranquilla, el Hospital San Francisco de Paula y el Hospital Pediátrico de Barranquilla. Estos datos se complementan además, con los extraídos de la Oficina de Registros de la Alcaldía Municipal de la ciudad por recopilar esta sección de la municipalidad la información referente a las defunciones de todas las edades y sexos que se verifican en la ciudad y sus causas, ya que este es un requisito indispensable para efectuar el proceso de los respectivos funerales .

Este capítulo contiene además, una ilustración sobre las instituciones que prestan atención a la población infantil en materia de

salud y nutrición, es decir, sobre las tres instituciones de las -
cuales hemos hablado anteriormente .

Un aparte en el cual se trata las principales causas de la mor-
talidad infantil basada en los datos de la Oficina de Registros a -
partir del cual se establece la relación de las variables causales-
de las defunciones o de la mortalidad infantil por desnutrición y -
causas asociadas a las condiciones de vida, con las variables nivel
educativo, ingreso y morbilidad infantil .

Finalmente en este capítulo, hacemos un aparte, una ilustración
sobre el papel del Trabajador Social y su participación en las ins-
tituciones del Estado .

2.1.- Ilustración sobre las Instituciones que prestan atenci-
ón a la población infantil en materia de Salud y Nutri-
ción .

2.1.1.- Hospital Universitario de Barranquilla .

a.- Naturaleza :

El Hospital Universitario de Barranquilla, es una entidad de de
recho público, adscrito al Sistema Nacional de Salud, de conformi -
dad con el Artículo 5 del Decreto 056 de Enero 15 de 1.975, con Per
sonería Jurídica Patrimonio Independiente y Autonomía Administrati-
va.

b.- Domicilio :

El domicilio del Hospital Universitario de Barranquilla, es la ca
lle 57 No. 23 - 100 de la ciudad de Barranquilla, Departamento del -

Atlántico, República de Colombia. El edificio se encuentra localizado en una concentración de servicios asistenciales denominada "Ciudadela de la Salud", dentro de la cual se encuentra la Clínica de Seguros Sociales, la Escuela de Auxiliares de Enfermería, el Hospital Mental y existen proyectos de otros Centros Asistenciales. El Hospital tiene carácter de Universitario, pues cubre no solamente las necesidades hospitalarias de Barranquilla, sino la de los pueblos circunvecinos ya que dada su ubicación privilegiada permite el rápido acceso de los diferentes sectores de la ciudad .

c.- Origen :

En el Plan de Fomento para el Atlántico realizado en Diciembre de 1.952 por el Doctor LAUCHILIN CURRIE, con la asistencia del Doctor Enrique Peñalosa y aprobada por el Consejo Nacional de Planificación, se recomendó la construcción del nuevo Hospital General de Barranquilla. Se estimó su costo en 5 millones de pesos y para administrar esa suma, el Gobierno Nacional por medio del Decreto 656 de Marzo de 1.953 concedió un auxilio de un millón de pesos y autorizó al Gobierno Departamental para establecer unas sobre tasas a las Lotería, Licorerías y espectáculos públicos hasta que se recaudaran tres millones de pesos, los cuales se aplicarían exclusivamente a la construcción del edificio y dotación Hospital .

El 11 de Septiembre de 1.957 por Decreto No. 322 del Ministerio de Salud, se autorizó extender los recaudos de las sobretasas, primero a ocho millones de pesos y enseguida a once millones de pesos y se concedieron auxilios nacionales para la construcción por dos millones de pesos.

En 1.964 la Beneficencia del Atlántico, abrió la Licitación y adjudicación del contrato de construcción del Hospital . Realizada la mano de obra negra los trabajos se suspendieron por falta de fondos .

El 14 de Septiembre de 1.971, se suscribió un contrato sobre - construcción y administración del Hospital General de Barranquilla, entre el Fondo Nacional Hospitalario y la Beneficencia del Atlántico, comprometiéndose las partes contratadas "a aportar las partidas que sean necesarias para la terminación del trabajo u obra, y el - Fondo además a gestionar la financiación del equipo y dotación del Hospital " .

En 1.973, se contrata la terminación de las obras señalándose - como fecha aproximada de la utilización de los trabajos, el segundo semestre de 1.977.

d.- Objetivos :

El Hospital Universitario de Barranquilla, tiene los siguientes objetivos :

- Ejecutar los planes y programas de salud en concordancia con las políticas nacionales de salud, las normas del Servicio - Seccional de Salud del Atlántico y la realidad Regional y Local .
- Servir como Centro Asistencial del Departamento del Atlántico actuando como hospital universitario, adscrito al Sistema Nacional de Salud, para lo cual prestará atención médica integral a las personas que le soliciten y servirá de centro de - referencia de pacientes de los organismos del área adscritos- o vinculados, para dispensar atención especializada ;
- Servir como medio para la información y adiestramiento del - personal de salud, investigación bio-social y educación en - Salud a la Comunidad, de acuerdo al Decreto 1210 de Junio de 1.978 .

Para lograr lo anterior, el Servicio Seccional de Salud del Atlántico y el Hospital Universitario de Barranquilla, celebraron convenios con las Universidades en los que se determinaron las condiciones en que cada una de las entidades presta su colaboración para lograr los objetivos comunes .

2.1.2.- Hospital San Francisco de Paula .

El Hospital Infantil San Francisco de Paula de Barranquilla, es una fundación de derecho privado, sin ánimo de lucro, con Personería Jurídica, otorgada por el Gobierno Nacional según Resolución No. 79 - del 29 de Julio de 1.942, y así mismo reconocida canónicamente mediante Decreto del 10 de Enero de 1.943 del Ordinario Diocesano de Cartagena.

La fundadora de esta institución es la Presidenta de la Junta Directiva, calidad que de acuerdo con los Estatutos de la Fundación, conserva hasta cuando voluntariamente la ceda a otra persona .

Para los fines de su fundación donó un lote de terreno donde hoy está edificado y funciona el Hospital que tiene una capacidad actual para 174 camas hospitalarias .

Por tratarse de una fundación constituida de acuerdo con las normas de nuestro Código Civil y como persona jurídica que es, tiene patrimonio y organización directa y sus Estatutos se encuentran aprobados por el Gobierno Nacional.

Nuestra fundación es una institución especializada en Pediatría que se encuentra vinculada al Sistema Nacional de Salud según el Decreto 056 de 1.975 y contrato de vinculación celebrado entre el Servicio Seccional de Salud del Atlántico y la Fundación.

Ha adquirido el Hospital San Francisco de Paula, la capacidad de ofrecer a las empresas, sindicatos y cooperativas de Barranquilla un eficiente servicio para pensionados en tres niveles diferentes para acomodarlos a las posibilidades del usuario. Estos servicios son: sa las generales (caridad), media pensión y pensión entera.

2.1.3.- Hospital Pediátrico de Barranquilla .

a.- Identificación :

El Hospital Pediátrico de Barranquilla, antes Central de Hidratación es un establecimiento público, descentralizado, autónomo con - Personería Jurídica y patrimonio propio (Central de Hidratación, Libro No. 1 de Actas de Barranquilla, 1.961) .

Es una institución que desde su iniciación hasta la actualidad - ha brindado sus servicios al sapecto de salud de la población infantil clasificándose por esta razón como una institución de tipo uni - funcional .

Se sostiene con los bienes del Municipio y con contribuciones públicas, además, los servicios prestados por la institución son com - pletamente gratuitos.

b .- Localización :

El Hospital Pediátrico de Barranquilla, está ubicado dentro del - perímetro urbano de la Calle 50 entre las carreras 20 y 21 en el barrio El Carmen, de la ciudad de Barranquilla, limita con los barrios San José, Cevillar, Los Pinos y Pumarejo .

c.- Antecedentes Históricos :

Por medio del Artículo 17 del Acuerdo No. 5 del 8 de Febrero de 1.961, se erige un establecimiento público la Central de Hidratación de Barranquilla, actualmente Hospital Pediátrico de Barranquilla .

Siendo el Doctor CRISTIAN VISBAL, su primer Director, esta institución comienza a prestar sus servicios públicos a partir del 31 de Julio de 1.965 .

La Central de Hidratación fué creada ante la realidad inminente del elevado índice de mortalidad infantil del Departamento del Atlántico, debido a las consecuencias de la deshidratación infantil, causada por la gastroenteritis en los niños .

Transcurridos diez años, o sea, a partir de 1.975 mediante el Acuerdo 013 del mismo año, con el objetivo de cumplir y ampliar sus servicios la Central de Hidratación pasó a ser Hospital Pediátrico de Barranquilla, folder de Acuerdos de Diciembre de 1.975 .

2.2.- Principales causas de la Morbilidad infantil en la población atendida en las instituciones del estudio .

Ya presentada la ilustración sobre las instituciones de salud - que prestan atención a la población infantil de Barranquilla, sobre las características, el tipo de servicios que prestan y su cobertura, vamos a analizar los factores que inciden en la morbilidad infantil en la población atendida por ellas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuatro grandes grupos que respectivamente agrupan las frecuencias con que se distribuye la población de menores atendidos en la siguiente forma :

GRUPO I, Enfermedades infecciosas y parasitarias, relacionadas con la higiene del medio ambiente .

GRUPO III, Enfermedades relacionadas con las Glándulas Endocrinas de la Nutrición, del Metabolismo y Trastornos de la Inmunidad .

GRUPO XVI, Signos y Síntomas, Estados Morbosos Mal definidos , asociados con las condiciones de vida y un GRUPO que resume la información de todas aquellas causas de la morbilidad infantil no asociadas con las condiciones de vida ni con mal nutrición.

Este análisis se hace a partir de las tres entidades del estudio como son en su orden el Hospital Universitario de Barranquilla , el Hospital San Francisco de Paula y el Hospital Pediátrico de Barranquilla. Estas estadísticas se ubican en el período comprendido entre Enero de 1,979 y Junio de 1.981 .

2.2.1.- Población Infantil atendida en las tres Instituciones de salud especializadas en su atención en Barranquilla.

Para la presentación de esta información hemos escogido dos cuadros y un gráfico, que nos muestran en primer lugar, respectivamente, como ha sido el movimiento de la población atendida en los tres centros de salud : Hospital Universitario de Barranquilla, Hospital San Francisco de Paula y el Hospital Pediátrico de Barranquilla; de acuerdo al volúmen de la población atendida en estos tres centros en los últimos tres años, conociendo que el Hospital Universitario de Barranquilla sólo funcionó en el año 1.979 por un lapso de tres meses y que las estadísticas de 1.981 sólo comprenden hasta el mes de Junio del mismo año .

El Cuadro No. 1 , sistematiza la información correspondiente al volúmen de la población atendida en estas tres instituciones. Se ilustra con la Gráfica No. 1, en la cual este movimiento viene a mostrarnos mediante la gráfica correspondiente los aspectos particulares del comportamiento del fenómeno de la morbilidad infantil en la población atendida en las tres instituciones y con el Cuadro No. 2 , en el cual esa población aparece distribuída además de su correspondiente atención en las instituciones del estudio y de los tres años que conforman el lapso en el cual se realizó, por los cuatro factores principales en los cuales hemos agrupado las principales causas de la morbilidad infantil.

El Cuadro No. 1, nos muestra, que el período de los treinta (30) meses que comprendió el estudio, un total de 15.261 menores fueron atendidos en las tres instituciones, de los cuales 751, lo fueron en el Hospital Universitario de Barranquilla; 8.195, en el Hospital San Francisco de Paula y 6.315 en el Hospital Pediátrico de Barranquilla.

A estas cifras corresponde un promedio mensual de 565 menores , lo que nos dá una morbilidad infantil en términos absolutos bastante alta, cifra que trabaja sobre una aproximación al millón de habitantes de la ciudad de Barranquilla, nos vendría dando una correspondiente población infantil de unos 200 mil menores con unos índices de morbilidad bastante altos, como lo vamos a ver en los cuadros y gráficas correspondientes .

En el año de 1.979, el Hospital Universitario de Barranquilla , atendió en los tres meses en que estuvo funcionando un total de 63 menores de cinco años para un promedio de 21 menores mensual .

El Hospital San Francisco de Paula, en los doce (12) meses del mismo año atendió un total de 4.690, para un promedio de 391 menores y el Hospital Pediátrico de Barranquilla, un total de 1.375, para un

C U A D R O No. 1

Años HOSPITALES	1. 9 7 9		1. 9 8 0		1. 9 8 1		T O T A L	
	Total Año	Prom. Mens.	Total Año	Prom. Mens.	Total Año	Promed. Mens.	Total Años	Promed. Mensual
H. U. B.	63	21	483	40	205	34	751	28
H. Sn. Fco. Paula	4690	391	2420	202	1085	181	8195	304
H. P. B.	1375	115	4305	359	635	106	6315	233
T O T A L E S	6128	527	7208	601	1925	321	15. 261	565

Distribución de la población infantil atendida en los Centros Especiales de Salud en los años de 1.979, 1.980, 1.981 (Enero-Junio de 1.981) en la ciudad de Barranquilla.

promedio de 115 menores .

El promedio de ese año de 1.979 fué de 527 que es más o menos el promedio que corresponde al promedio mensual general del período del estudio .

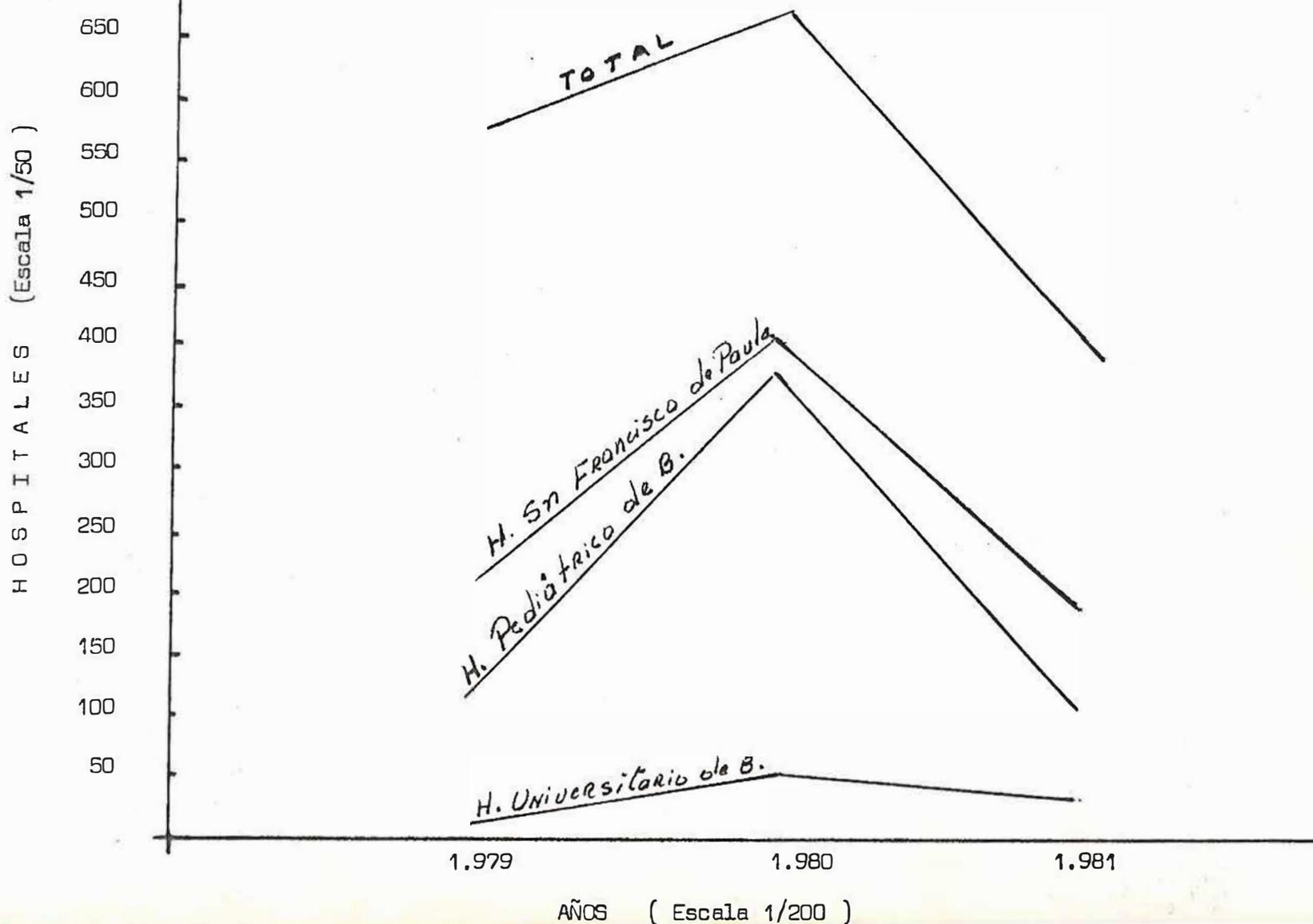
En el año de 1.980, que fué un año considerado como crítico por las autoridades de salud y en la que se presentó una alta tasa de defunciones en la población infantil por enfermedades relacionadas con las condiciones de vida de la población, tales como la gastroenteritis incluso poliomielitis .

Nosotras encontramos que el promedio de la población infantil atendida en estas instituciones fué de 601 menores acusando un aumento bastante significativo como es el del Hospital Pediátrico de Barranquilla que dobló su población hasta alcanzar las cifras de 359 menores en promedio mensual, mientras que el Hospital San Francisco de Paula tuvo un descenso relativo a 202 emnores. En el Hospital Universitario de Barranquilla se duplicó el promedio mensual y en términos generales hubo un aumento de más del 20% en la población atendida por factores que van a ser analizados en el cuadro No. 2, en el cual, se presenta la distribución de esta población según las causas de la morbilidad .

En el año de 1.981, se registró un descenso significativo en relación al año de 1.980 y se puede afirmar que las estadísticas vuelven nuevamente a la normalidad por lo que puede considerarse el año de 1.980 como un año crucial para la salud de la población infantil en Barranquilla, análisis que lo demuestra la lectura de las informaciones presentadas en los diversos estudios de los medios de comunicación y de las mismas estadísticas del Servicio de Salud .

Ya en el año de 1.981 incluso, hay un descenso en el promedio ge

GRAFICA No. 1 MORBILIDAD INFANTIL EN LAS TRES INSTITUCIONES DEL ESTUDIO
EN LOS AÑOS 1.979 - 1.980 - 1.981



neral , ya que éste se disminuye a unos 321 menores atendidos en promedio mensual en las tres instituciones .

El Gráfico No. 1, en el cual se relaciona el comportamiento de estas estadísticas, que es diciente, y nos muestra como en las tres instituciones el año de 1.980 fué un año crucial y en el año de 1.981 se registra un descenso en las estadísticas de la población atendida en las instituciones, elemento que al ser analizado y consultado con las diversas instituciones es confirmado, incluso, al afirmar las autoridades en salud, que respecto a los años anteriores, el año de - 1.981 fué un año en el cual se extremaron las medidas de seguridad social en materia de salud y se realizaron diversas campañas dirigidas especialmente a la población infantil.

El Cuadro No. 2, nos ilustra esta misma situación pero ya relacionando los factores causales de la morbilidad infantil en esta población especialmente las relacionadas con aquellas causas de índole social o cultural y económico que inciden en la presencia de la morbilidad infantil en contraste con aquellas causas no asociadas con las condiciones de vida de la población . La explicación de adoptar este criterio es el de contraponer como inciden y en qué proporción aquellos factores cuya incidencia en la enfermedad en el menor no están relacionadas con aspectos netamente biológicos o con aspectos relacionados con problemás congénitos o con accidentes que deberían ser las causas normales o las causas que más afectan a la salud del menor en proporción a aquellas causas que estarían relacionadas con las condiciones de vida de la población; más para nosotras es claro, en una sociedad como la nuestra son los factores relativos a las condiciones de vida de la población los que van a incidir en una forma determinante en los índices y estadísticas de la morbilidad infantil.

Este cuadro nos muestra, por ejemplo, que en el año de 1.979 de un total de 6.128 menores atendidos en las instituciones de salud só

lo el 22% lo fueron por causas no asociadas con las condiciones de vida de la población; el 64.4% lo fueron por enfermedades infecciosas y parasitarias, directamente asociadas a las condiciones de vida de la población; el 5.9%, lo fueron por enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de inmunidad directamente asociadas con las condiciones de vida de la población con su nivel nutricional, con el aseo y las condiciones en las cuales se desenvuelve los menores; y un 7.7% lo fueron por signos, síntomas y estados morbosos mal definidos pero que en el concepto de la misma Organización Mundial de la Salud forman un cuadro directamente relacionado con el aspecto general de la salud del menor, en el cual no sólo se encuentran los factores del ambiente físico, sino los factores del medio ambiente cultural, como el tipo de alimentación, el aseo, el cuidado del menor, la preocupación por su vestimenta, su educación, etc. Y como lo habíamos afirmado sólo el 22% fueron menores atendidos por causas que no están asociadas con las condiciones de vida de la población, lo cual se ilustrará en mayor forma en los aspectos siguientes de este punto al hacer la discriminación de esta población de acuerdo al nivel socio-económico.

En el año de 1.980, esta situación se mantiene proporcionalmente a pesar del relativo aumento de la morbilidad infantil presentada en estas tres instituciones .

Al aumentar la población atendida en esas tres instituciones disminuye porcentualmente la incidencia en los factores no asociados con las condiciones de vida y aumenta la incidencia de las enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad, lo cual viene a clarificar la situación que nos mostraba el comportamiento de la curva del Gráfico No. 1, cuando este año al desatarse las grandes epidemias que azotaron a la ciudad y aumentar así las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, las condiciones de aseo y de higiene de la ciudad mostraron tal vez-

un punto crítico que obligó a las mismas autoridades a iniciar campañas que tendieran a disminuir la incidencia de estos factores en la solución de la población .

Ya en el año de 1.981, cuando desciende nuevamente la morbilidad infantil y el volúmen de la población atendida en las tres instituciones, vemos como aumentan su prevalencia los factores no asociados con las condiciones de vida de la población y disminuyen los otros factores sin que esto nos lleve a afirmar que ante el porcentaje del 56.3 % del 10.6% y del 6.1% para los tres factores asociados con las condiciones de vida del menor que mejora esta situación puesto que estos guarismos se mantienen siempre superiores a las causas de accidentalidad, de factores congénitos, etc., que no estarían asociadas con la estructura de nuestra sociedad .

En resumen del análisis de estos cuadros, podemos afirmar, que - en nuestra sociedad, cuando aumenta la morbilidad infantil, disminuye la incidencia de los factores no asociados con las condiciones de vida de la población precisamente, porque, son estas condiciones, las que están incidiendo con mayor fuerza a las causas de la morbilidad y de la mortalidad infantil .

2.2.2.- Factores sociales que se asocian a la Morbilidad en la población del estudio .

En los cuadros y gráficas que a continuación se presentan, se ilustra el fenómeno de la población infantil en condiciones de salud - disminuída referente a la atención prestada en las tres instituciones; relacionando ahora, el factor salud, con el factor del nivel socio-económico, nivel para el cual se ha tomado como parámetro de determinación, la ubicación de la residencia de los menores atendidos, en los sectores: Popular, Medio y Alto de la ciudad .

A este respecto cabe anotar la preponderancia que tiene el factor socio-económico y su incidencia en la salud del menor. Nosotras vemos que los datos generales de la población infantil con problemas de salud, nos dan un promedio mensual de 373 menores en los sectores populares durante los treinta (30) meses del estudio; de 110 en los sectores medios y sólo 82 en los sectores altos .

Haciendo la discriminación por año, en el año de 1.979, los sectores populares, tuvieron un promedio de 153 afectados en su salud - durante los doce (12) meses del año; en los sectores medios, tuvieron un promedio de 41; y en los sectores altos, un promedio de 33. Es estableciéndose así una diferencia muy poca, entre los sectores medios y altos de la población, lo cual vendría a ratificar las conclusiones de los cuadros y gráficas anteriores, que nos muestran la prevalencia de los factores asociados con las condiciones de vida como factores que tienen una alta incidencia en la morbilidad infantil en la ciudad de Barranquilla.

En el año de 1.980, que es el año considerado "pico" tal como lo muestra la gráfica No. 2 por el comportamiento de la morbilidad de acuerdo a los sectores y el Grafico No. 1, donde se muestra la morbilidad infantil de acuerdo a las instituciones del estudio, nosotros vemos que el promedio aumenta proporcionalmente al aumento de la población con problemas de salud en ese año, donde los sectores populares tienen un promedio de 179 menores enfermos mensualmente; los sectores medios 51 y los sectores altos, 37; con un aumento significativo tanto en los sectores populares como en los sectores medios; permitiéndonos esto afirmar que, en la medida en que disminuye el nivel socio-económico de la población, ésta se ve más afectada por aquellas condiciones del medio ambiente que inciden en la salud y en el cuadro general del bienestar social y fisiológico del menor.

En el año de 1.981, cuando las cifras recobran su normalidad tal

como lo hemos analizado en el punto 2.2.1., el promedio mensual en los sectores populares disminuyó a la cifra de 41 en promedio, y en los sectores medios y altos tomó unos descensos a 18 y 12 respectivamente, lo cual nos dá un indicio del impacto que tienen las medidas de seguridad, de higiene y las medidas preventivas de salud en la recuperación de la misma en los diversos sectores sin mayores distinciones entre el nivel socio-económico., es decir, que la incidencia, de los niveles preventivos de la salud en la morbilidad infantil no hace una discriminación mayor de acuerdo a estas estadísticas según el nivel socio-económico de la población, ya que, el impacto de estas medidas se mide con la misma intensidad en todos los sectores, disminuyéndose las cifras de morbilidad infantil especialmente, aquel tipo de enfermedades que no están relacionadas con las condiciones de vida.

La Gráfica No. 2, ilustra claramente esta situación y muestra como comparando los tres tipos del estudio, hay un descenso significativo del año de 1.979, del 1.980 hacia el año de 1.981 .

Estos descensos pueden observarse de igual forma en el cuadro No 2, en el cual se discrimina la morbilidad infantil de acuerdo a los sectores socio-económicos en los que se manifiesta la problemática de la salud que fueron objeto de estudio.

De igual forma, vemos como sí, en el año de 1.979, los sectores que no estaban asociados a las condiciones de vida de la familia del menor eran respectivamente del 64.4, del 5.9 y del 7.7; en el año de 1.981, descendieron respectivamente al 56.4, al 10.6 y al 6.1; estadísticas que nos permiten confirmar las apreciaciones que hemos establecido sobre la prevalencia que tiene la morbilidad infantil en Barranquilla, caso específico de nuestro estudio, las condiciones de vida de la población y la incidencia que tienen las medidas de salud preventiva al disminuir los altos índices que manifestaron en el año de 1.980, al intensificarse las campañas de salud preventiva en mate-

C U A D R O No. 3

Años	1. 9 7 9		1. 9 8 0		1. 9 8 1		T O T A L	
	Total Año	Prome Mensua]	Total Año	Prom. Mensua]	Total Año	Prom. Mensua]	Total Año	Promedio Mensual
SECTORES								
P O P U L A R	4.137	153	4.837	179	1.105	41	20.079	373
M E D I O	1.101	41	1.371	51	490	18	2.962	110
A L T O	890	33	2.000	37	330	12	2.220	82
T O T A L E S	6.128	227	7.208	267	1.925	71	15.261	565

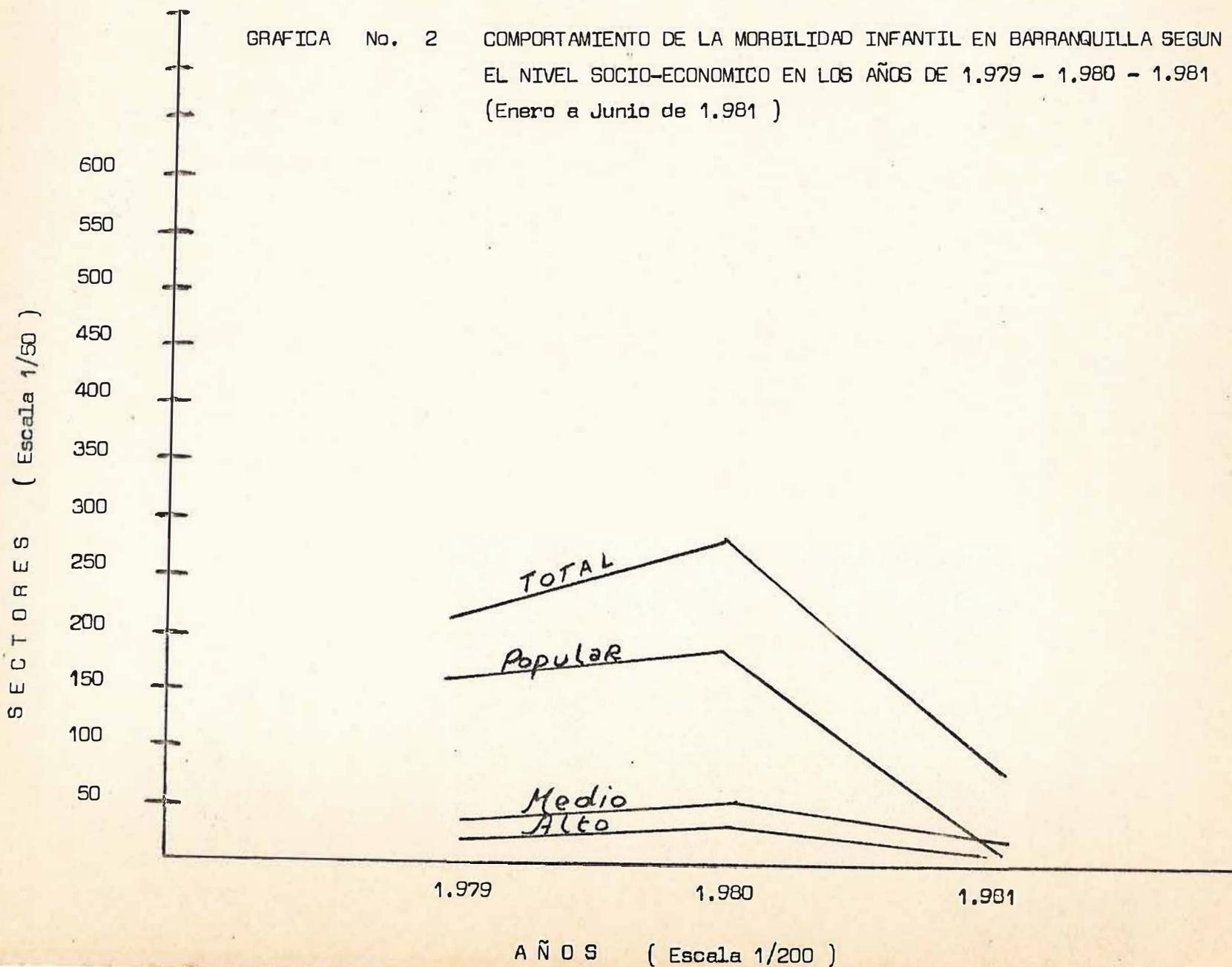
Datos globales sobre la Morbilidad Infantil respecto al nivel socio-económico en
1.979 - 1.980 - 1.981 en Barranquilla.

C U A D R O No. 4

SECTORES	Años					Años					Años					TOTAL
	1. 9 7 9					1. 9 8 0					1. 9 8 1					GENERAL
	I	III	XVI	No Asociada.	TOTAL	I	III	XVI	No Asoc	TOTAL	I	III	XVI	No Asocia da	TOTAL	GENERAL
POPULAR	76.4	81.9	440	46.9		71.1	84.8	39.1	54.5		62.6	74.5	31.6	45.6		
	3013	298	207	619	4.137	3259	613	178	787	4.837	680	152	37	236	1.105	10.079
	72.8	7.2	5.0	15.0	67.5	67.3	12.7	37	16.3	67.1	61.5	13.8	3.3	21.4	57.4	66.0
M E D I O	160	11.2	12.5	27.4		17.6	114	30.1	24.1		23.6	15.7	30.0	32.2		
	632	41	59	369	1.101	806	80	137	348	1.371	256	32	35	167	490	2.962
	57.4	3.7	5.4	335	18.0	58.8	5.8	10.0	25.4	19.0	52.3	6.5	7.1	34.1	25.5	19.4
A L T O	7.6	6.9	43.5	26.7		11.3	4.1	30.8	21.4		13.8	9.8	38.4	22.2		
	300	25	205	360	890	520	30	14.0	31.0	1.000	150	20	45	115	330	2.220
	33.7	2.8	23.0	40.5	14.5	52.0	30	14.0	31.0	13.9	45.5	6.1	13.6	34.8	17.1	14.6
TOTAL GENERAL	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	100%		
	3945	364	471	1348	6.128	4585	723	455	1445	7.208	1086	204	117	518	1.925	15.269
	54.4	5.9	7.7	22.0	100%	53.7	10.0	6.3	20.0	100%	56.4	10.6	6.1	26.9	100%	100%

Discriminación de los casos de Morbilidad Infantil según el nivel socio-económico en Barranquilla en los años 1.979 - 1.980 - 1.981 .

GRAFICA No. 2 COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD INFANTIL EN BARRANQUILLA SEGUN EL NIVEL SOCIO-ECONOMICO EN LOS AÑOS DE 1.979 - 1.980 - 1.981 (Enero a Junio de 1.981)



ria de la población infantil .

De igual forma se confirma esta pareciación al observar como - del año de 1,979 al año de 1.981, el índice de causas no asociadas - con las condiciones de vida aumentó del 22% al 26.9% en 1.981, lo - cual nos confirma la conclusión a la que llegamos, en la cual cuando las condiciones de vida priman en la salud de la población infantil, al aumentarse los niveles de salud preventiva, tiende a aumentar la proporción que tienen los factores no asociados con las condiciones de vida como causa de morbilidad infantil y tienden a disminuir los otros factores que fueron considerados como elementos con una alta - incidencia de morbilidad infantil de nuestra población en Barranquilla.

2.3.- Estadísticas sobre la Mortalidad de Barranquilla asociadas a la Desnutrición y a las Condiciones de Vida .

El Cuadro No. 5 de 1.979, nos muestra que en la ciudad de Barranquilla del año en mención en el lapso comprendido entre Enero Y Diciembre se registraron un total de 876 defunciones, las cuales discriminadas de acuerdo a los tres sectores en que hemos categorizado a nuestra población infantil, nos muestra que de ellas 873 se dieron en los sectores populares de la ciudad, que en su mayoría están caracterizados por ser comunidades pertenecientes a la condición de marginalidad en la que se encuentra la mayoría de nuestra población; 68 de esas defunciones se registraron en el sector medio y 25 de sectores altos.

Igualmente se puede observar en el cuadro, una discriminación según la edad y el sexo; nosotras la encontramos por ejemplo, en los sectores altos un total de 12 defunciones masculinas y 13 femeninas. Estos datos no muestran que hay una tendencia en los sectores populares definidos a darse una mayor mortalidad infantil en el sexo mascu-

SECTOR	SEXO	EDAD	Recibió Atención Médica		Causa de Defunción según la Oficina de Registros Públicos									
			SI	NO	Municipales				Causas no asociadas con dasnut.	TOTAL				
					I	%	III	%			XVI	%	%	
POPULAR	Masculino	- 1	242	52	88		33		33		140		294	
		1- 3	69	23	27		16		13		36		92	
		3- 5	26	5	5		3		4		19		31	
		TOTAL	337	80	120		52		50		195		417	
	Femenino	- 1	217	36	72		35		29		117		253	
		1 - 3	73	11	26		12		6		40		84	
3 - 5		23	6	3		2		1		23		29		
TOTAL		313	53	101		49		36		180		336		
SUB - TOTAL			650 83.0	133 17.0	221	28.2	101	12.9	86	11.0	375	47.9	783	89.4
MEDIO	Masculino	- 1	25	3	4		5		7		12		28	
		1 - 3	2								2		2	
		3 - 5	5								3		5	
		TOTAL	32	3	4		5		9		17		35	
	Femenino	- 1	25	2	6		2		1		18		27	
		1 - 3	4				1				3		4	
3 - 5		2		1						2		2		
TOTAL		31	2	7		3		1		22		33		
SUB - TOTAL			63 92.6	6 7.4	11	16.2	8	11.8	10	14.7	39	57.3	68	7.8
	Masculino	- 1	8	1			2		1		6		9	
		1 - 3	2		1						1		2	
		3 - 5	1								1		1	
		TOTAL	11	1	1		2		1		8		12	
	Femenino	- 1	10		2				1		7		10	
		1 - 3	3								3		3	
TOTAL		13		2				1		10		13		
SUB - TOTAL			24 84.1	1 4.0	3	12.0	2	8.0	2	8.0	18	72.0	25	2.8
TOTAL GENERAL			737	139	235	26.8	111	12.7	98	11.2	432	49.3	876	100

la población, por ejemplo, sólo un 3% de estas causas de la mortalidad se asocian a factores de las condiciones de vida y de la mal nutrición y desnutrición. En los sectores medios la incidencia es un poco alta pero es menor la de aquellos factores que están directamente vinculados a los estados y situaciones de desnutrición y mal nutrición en la población infantil.

La síntesis del cuadro nos permite concluir que las causas prevalentes de las defunciones anotadas en las Oficinas de Registros de Defunción del Municipio de Barranquilla, establecen con claridad cualquier análisis que se haga sobre los factores prevalentes en las defunciones de la población infantil, en los sectores populares conduce a establecer un nexo directo con la mal nutrición, las condiciones de vida de la población, su depauperización y finalmente el estado de desnutrición resultante de ese cuadro social antes anotado.

En el Cuadro No. 6, continuamos con la presentación de las estadísticas sobre defunción en la población infantil de acuerdo a las Oficinas de Registros de Defunción en donde los datos relativos del año de 1,980, aumentaron hasta un total de 1.218 defunciones de las cuales comprenden 1.069 a los sectores populares, 113 a los sectores medios, y 36 a los sectores que hemos catalogado de alto nivel económico. Esas defunciones se discriminan por sexo presentando un total de 609 para el sexo masculino, y 460 para el sexo femenino en los sectores populares, continuando así la tendencia manifestada en el primer cuadro de ser mayor la mortalidad infantil en el sexo masculino en los sectores populares que del sexo femenino. Igual tendencia se manifiesta en los sectores medios donde un total de 113 defunciones, 64 menores fueron del sexo masculino; mientras que en los sectores altos esta proporción se invierte teniendo un total de 20 menores de sexo femenino y sólo 16 del sexo masculino, es decir, hay una tendencia, que manifiesta una mayor mortalidad en el sexo masculino en la medida en que se defiende en el nivel socio-económico.

G U A D A R A O No. 6

SECTOR	SEXO	EDAD	RECIBIO ATENCION MEDICA				CAUSA DE DEFUNCION SEGUN LA OFICINA DE REGISTROS PUBLICOS MUNICIPAL									
			SI	%	NO	%	I	%	III	%	XVI	%	Causas no asociadas con desn	%	TOTAL	%
POPULAR	Masculino	- 1	444		56		106		21		175		198		500	
		1 - 3	55		32		16		5		23		43		87	
		3 - 5	20		2				2		6		14		22	
		TOTAL	519		90		122		28		204		255		609	
	Femenino	- 1	320		42		82		27		97		156		362	
		1 - 3	70		10		26		8		11		35		80	
3 - 5		16		2		3		1		6		8		18		
TOTAL	406		54		111		36		114		199		460			
SUB - TOTAL		925	86.5	144	13.5	233	21.8	64	6.0	318	29.7	454	42.5	1,069	87.8	
MEDIO	Masculino	- 1	48		1		7		3		18		21		49	
		1 - 3	9		1		2				4		4		10	
		3 - 5	5				1				3		1		5	
		TOTAL	62		2		10		3		25		26		64	
	Femenino	- 1	33		1		9		1		10		14		34	
		1 - 3	12		1		2				5		6		13	
3 - 5		2										2		2		
TOTAL	47		2		11		1		15		22		49			
SUB - TOTAL		109	96.5	4	3.5	21	18.6	4	3.5	40	35.4	48	42.5	113	9.3	
ALTO	Masculino	- 1	13				1			4		8		13		
		1 - 3														
		3 - 5	3				1				1		1		3	
		TOTAL	16				2				5		9		16	
		- 1	18								4		14		18	
		1 - 3	1										1		1	
3 - 5		1										1		1		
TOTAL	20								4		16		20			
SUB - TOTAL		36	100			2	5.6			9	25.5	25	69.4	36	29	

Considerando las causas de la defunción según la Oficina de Registros, nosotras encontramos que, de los cuatro grupos que hemos asociado las posibles causas de las defunciones hayamos que en el Grupo I, que es el relativo a factores asociados con las condiciones de vida de la población, así como el Grupo XVI nos presenta un total de 256 menores para el primer grupo y 367 para el Segundo Grupo.

Los datos del cuadro nos muestran, una modificación sustancial en la significación de la desnutrición como causa directa de las defunciones, pues mientras en el año de 1.979 de un total de 876 defunciones 111 lo fueron directamente por desnutrición, es decir, el 12.67%; mientras, que de 235, 98 lo fueron por causas asociadas a las condiciones de vida dentro de las cuales ocupa un lugar destacado la desnutrición.

En el año de 1.980, nos encontramos, que de las 1.218 defunciones registradas, sólo 68 aparecen con el diagnóstico de desnutrición como causa directa de la defunción, para un porcentaje del 6% y 367 causas sobre el total de 1.218, es decir, el 30% aparecen registradas como aquellos factores asociados a las condiciones de vida de la población: aseo, higiene, educación, etc.

Este cuadro, aunque contradice un poco las afirmaciones del análisis del cuadro anterior, nos da la idea también acerca de la inexactitud de los registros, especialmente sobre los diagnósticos, por que en las estadísticas encontramos, que existe mucha población cuya defunción no ha sido acompañada del correspondiente certificado médico.

Así nos encontramos, que del total de 1.218 defunciones, 1070 a parecen registradas con sus respectivos diagnósticos médicos, 148 no recibieron la atención médica, factor que tiende a distorsionar en mucho los resultados estadísticos que analizamos en este cuadro.

En resumen, del total de 1.218 defunciones el 87.8% se dieron en los sectores populares, el 9.3% en los sectores medios y sólo el 2.9% en los sectores que hemos denominado como de nivel alto.

En cuanto a las causas de la desnutrición como causa directa ocupa un 6.6% , mientras que las causas que como causas directas asociadas a las condiciones de vida de la población ocupan un 21% de acuerdo a los estados patológicos originados por la desnutrición y el 29.3% asociadas a las condiciones de vida de la población; por lo que más de un 50% de las defunciones en la ciudad son causadas en su totalidad en un 57% por la desnutrición o por factores asociados a las condiciones de vida de la población .

Otro hecho a destacar, dentro del análisis vertical del cuadro, es que, de las 68 defunciones por causa directa por la desnutrición 64 se dieron en los sectores populares, 4 en el sector medio y 0 defunción en los sectores altos de la población. Lo que nos demuestra como golpea la desnutrición a la población infantil de estos sectores populares en la ciudad de Barranquilla.

En el Cuadro No. 7, respecto al año de 1.981, las estadísticas se relacionan hasta el mes de Junio, comprendiendo así el primer semestre de este año por no estar sistematizadas en el momento esperando la terminación del año. Sin embargo, como el período del estudio comprendía hasta el mes de Junio de 1.981, utilizamos estos elementos estadísticos como base del análisis.

En el primer semestre de 1.981, encontramos un total de 427 defunciones en la población infantil registradas en la Oficina de Registros Públicos de la Alcaldía Municipal. Estas 427, tienen relación con las estadísticas del año de 1.979, en las cuales hubo un total de 876 para ese año, lo que nos indicará que en el primer semestre habría más o menos 435 defunciones. De igual forma en el año de

C U A D R O No. 7

SECTOR	SEXO	EDAD	RECIBID ATENCION MEDICA				CAUSAS DE DEFUNCION SEGUN LA OFICINA DE REGISTROS PUBLICOS MUNICIPAL									
			Si	%	No	%	I	%	III	%	XVI	%	Causa no asoc. con desnut.	%	TOTAL	%
POPULAR	Masculino	- 1	124		22		35		13		44		54		146	
		1 - 3	27		5		8		3		2		19		32	
		3 - 5	10		2		2		1		3		6		12	
		TOTAL	161		29		45		17		49		79		190	
	Femenino	- 1	113		11		40		5		25		54		124	
		1 - 3	23		3		7		3		3		13		26	
3 - 5		5				4						1		5		
TOTAL		141		14		51		8		28		68		155		
SUB - TOTAL			302	87.5	43	12.5	96	27.8	25	7.3	77	22.3	147	42.6	345	80.8
MEDIO	Masculino	- 1	32		1		8		1		8		16		33	
		1 - 3	10		1		4				3		4		11	
		3 - 5	2								1		1		2	
		TOTAL	44		2		12		1		12		21		46	
	Femenino	- 1	17		2		4		1		4		10		19	
		1 - 3	3				1						2		3	
3 - 5																
TOTAL		20		2		5		1		4		12		22		
SUB - TOTAL			64	84.1	4	5.9	17	25.0	2	2.9	16	23.5	33	48.6	68	15.9
ALTO	Masculino	- 1	4		1						2		3		5	
		1 - 3	1								1				1	
		3 - 5	1										1		1	
		TOTAL	6		1						3		4		7	
	Femenino	- 1	2		1		1				1		1		3	
		1 - 3	4								2		2		4	
3 - 5																
TOTAL		6		1		1				3		3		7		
SUB - TOTAL			12	85.7	2	14.3	1	7.2			6	42.8	7	50.0	14	3.3

1.980, que es al año en el cual encontramos un poco más elevadas las estadísticas; nos encontraríamos con un total de 609 defunciones en la población infantil .

Analizando ahora, la distribución de estas defunciones de acuerdo a los sectores, encontramos que un 80% de ellas se verificaron en los sectores populares, continuando la tendencia de los años anteriores de ser los sectores populares los más afectados por la mortalidad infantil; ya que sólo el 15.9% de las defunciones se verificaron en los sectores medios, y el 3.3% en los sectores altos; correspondiendo esto también a lo que es la distribución de la población de acuerdo a los sectores de clase en los que se haya distribuida. Una pirámide cada vez más angosta en la cual los sectores altos, la élite económica del país es un número ínfimo de su población y una base popular bastante amplia .

De esas defunciones, nosotras encontramos que, 302 menores recibieron servicio médico antes de producirse el deceso y 43 no lo hicieron, es decir, el 87.5% de las defunciones del sector popular recibieron atención médica; en el sector medio el 94.1%, y en el sector alto el 85.7%. Aquí encontramos un caso extraño, diríamos en el aspecto de que el 14.3% de las defunciones del sector alto no recibieron atención médica antes del deceso, sin embargo, encontramos que gran parte de esas defunciones que se encontraron en los sectores altos, por haber adoptado como patrón para esta ubicación el lugar de residencia de los padres, es posible que se presente el fenómeno de gran parte de estas defunciones lo sean de personas vinculadas al servicio doméstico o a otras labores que realmente pertenecen a los sectores populares, pero que aparecen registradas como residencia en los sectores de nivel económico alto.

En cuanto a las causas de defunción, encontramos que 114 menores lo fueron por el Grupo I, o enfermedades asociadas a problemas que

C U A D R O No. 8

SECTOR	SEXO	EDAD	RECIBIO ATENCION				CAUSAS DE DEFUNCION SEGUN LA OFICINA DE REGISTROS PUBLICOS MUNICIPALES									
			MEDICA				I	%	III	%	XVI	%	Causas no asociadas con desnutricion	%	TOTAL	%
			SI	%	NO	%										
POPULAR	Masculino	- 1	810		130		229		67		252		392		940	
		1 - 3	151		60		51		24		38		98		211	
		3 - 5	56		9		7		6		13		39		65	
		TOTAL	1017		199		287		97		303		529		1.216	
	Femenino	- 1	650		89		194		67		151		327		739	
		1 - 3	166		24		59		23		20		88		190	
3 - 5		44		8		20		3		7		32		52		
TOTAL	860		121		263		93		178		447		981			
SUB - TOTAL		1877	85.4	320	14.6	550	25.0	190	8.7	481	21.9	976	44.4	2.197	87.2	
MEDIO	Masculino	- 1	105		5		19		9		33		49		110	
		1 - 3	21		2		6				7		10		23	
		3 - 5	12				1				6		5		12	
		TOTAL	138		7		26		9		46		64		145	
	Femenino	- 1	75		5		29		4		15		42		80	
		1 - 3	19		1		3		1		5		11		20	
3 - 5		4		0		1		0		0		3		4		
TOTAL	98		6		23		5		20		56		104			
SUB - TOTAL		236	94.8	13	5.2	49	19.7	14	5.6	66	26.5	120	48.2	249		
ALTO	Masculino	- 1	25		2		1		2		7		17		27	
		1 - 3	3				1				1		1		3	
		3 - 5	5				1				1		3		5	
		TOTAL	33		2		3		2		9		21		35	
	Femenino	- 1	30		1		3				6		22		31	
		1 - 3	8								2		6		8	
3 - 5		1										1		1		
TOTAL	39		1		3				8		29		40			
SUB - TOTAL		72	96.0	3	4.0	6	8.0	2	2.7	17	22.7	50	66.6	76	98.6	

infecciosas y parasitarias del aparato gastrointestinal.

De esta total de defunciones 2.185 menores recibieron atención médica antes de producirse la defunción, es decir, el 86.7% y el 13.3% restante no recibió servicio médico.

En los sectores populares, en cuanto a la recepción del servicio médico antes de la defunción, el 85.4% de las defunciones se verificaron con atención médica y el 14.6% no recibieron este servicio. En los sectores medios el 94.8% recibió el servicio médico y el 5.2% no lo recibió, y en los sectores altos el 96.0% contó con la atención médica y el 4.0% no contó con la atención médica antes de la defunción.

Ya este momento nosotras podemos definir, la relación que hay entre el nivel socio-económico de la población y posibilidades de recibir el servicio médico, en el caso concreto de estas defunciones en que los sectores populares existe una propensión a la desprotección en materia de salud hacia la población infantil, proporción que se atenúa en la medida que aumenta el nivel socio-económico de la población .

En cuanto al factor sexo, encontramos que en los sectores populares hay una tendencia a mayores tasas de mortalidad en la población infantil masculina, por ejemplo: 529 menores de sexo masculino y 447 de sexo femenino. En los sectores medios y altos, por ejemplo, en el sector medio mantiene esta tendencia con ligeras variaciones, 64 menores de sexo masculino y 56 de sexo femenino, mientras que en los sectores altos esta proporción se invierte y tienden a morir más mujeres que hombres en la población infantil .

De igual forma vemos que la totalidad de las defunciones es proporcional a la distribución de la pirámide de la población de la

ciudad e incluso del país. Un 2.9% de las defunciones se dá en los sectores altos, un 1.9% es decir, tres veces más en los sectores medios y un 87.2% aproximadamente unas cuarenta veces más en los sectores populares. Lo que ratifica en una forma bastante clara que así como la distribución de la población es una imagen de la distribución de los ingresos, de los recursos económicos, sociales, de salud, educación y de las condiciones de vida de la población, las defunciones guardan una proporción directa de esa situación, asociándose la mayor parte de las defunciones y con índices cada vez crecientes de la mortalidad infantil a los factores de la desnutrición y a las condiciones de vida de la población infantil.

2.4.- El Trabajador Social y su Participación en las Instituciones del estudio .

Al realizar nuestras observaciones en las instituciones que han sido objeto de nuestra atención, tales como lo son: El Hospital Universitario de Barranquilla, el Hospital San Francisco de Paula y el Hospital Pediátrico de Barranquilla, la participación del Trabajador Social es positiva, ya que estos centro cuentan con la labor social-dirigida por Trabajadores Sociales.

Es de primordial importancia mencionar el papel del Trabajador-Social en relación con el problema de la desnutrición .

Haciendo un análisis de los tres centro asistenciales antes mencionados, damos a conocer, los objetivos, funciones, campos de acción y limitaciones del Trabajador Social, a fin de poder ampliar el conocimiento de cuál es la labor que este profesional cumple frente al problema de la morbi-mortalidad infantil .

Sus objetivos, contribuyen al tratamiento integral del paciente

Y su familia, ayudánsolo a enfrentarse a aquellos factores emocionales y sociales que la naturaleza y causa de la enfermedad en un momento determinado interfieren en el tratamiento médico, su ajuste a la institución y a la recuperación de la salud.

Las funciones del Trabajador Social, en el Sistema Nacional de Salud, se encuentran enmarcadas dentro de los procesos de investigación, programación, ejecución y evaluación de las políticas y programas de salud con proyección a la comunidad .

Los Trabajadores Sociales en Salud, están ubicados en el área-aplicativa a la atención de las personas como parte del Servicio Ambulatorio de Consulta Externa y en los Servicios de Hospitalización. En estas áreas desarrollan funciones de clasificación socio-económicas de pacientes, reubicación de los mismos en instituciones de Bienestar Social y transferencia de aquellos aniveles adecuados de atención nutricional.

Tomando el caso de los Trabajadores Sociales del Hospital Universitario de Barranquilla, nos dan a conocer, que a través del servicio de pediatría presta atención médica el problema de la desnutrición que afecta a la población infantil que se encuentra en su cobertura y que el 30% de los usuarios son pacientes desnutridos quienes son remitidos al Centro de Complementación Alimentaria Nazareth, donde llega una población reducida, algunos son atendidos y otros quedan sin atención médica llegando a la triste realidad de fallecer por falta de recursos económicos.

Continuando con la información del Trabajador Social del Hospital San Francisco de Paula, encontramos que la relación de la institución frente al problema de la desnutrición es de constatar si el paciente cumple con la dieta estipulada por la Nutricionista, ya que la fuente de datos es la propia familia del paciente.

Y en consecuencia la Trabajadora Social del Hospital Pediátrico de Barranquilla, informa que ante la situación de desnutrición-
preesada, el caso es remitido a la Nutricionista con el objetivo
de coordinar actividades de conlleven al mejoramiento del problema
ya que el aspecto económico incide en forma determinante.

Con estas observaciones, podemos analizar, que en cuanto a -
las instituciones las limitaciones que se le presentan al Trabaja-
dos Social en estos organismos son de: planeación y organización -
dentro de los programas internos administrativos de los mismos. E-
jemplo de estas situaciones a que nos hemos referido podemos mencio-
nar el caso de que para continuar un seguimiento socio-económico a
un paciente, a los Trabajadores Sociales se les dificulta por la -
disponibilidad de transporte para desplazarse a la comunidad a rea-
lizar las actividades pertinentes al estudio social y así poder a-
sumir un papel más específico relacionado con la problemática de -
la morbi-mortalidad de la población infantil afectada por el flage-
lo de la desnutrición en los sectores más desprotegidos de Barran-
quilla.

2.5.- Sistematización sobre la experiencia de Trabajo Social en el problema de la Desnutrición Infantil en Barran- quilla.

El Trabajo Social en Salud, está ligado en la fase curativa de
su intervención y a la comunidad en su fase preventiva con un papel
complementario a la acción médica que puede enseñar a seguir órde-
nes médicas, la dieta prescrita, precauciones a tomar, el tratamien-
to de los tumores del paciente, etc .

En Colombia, el Trabajo Social en el sector Salud es de origen
reciente, pues se apoya en una nueva concepción de la salud ligada-

a su relación esencial con los factores sociales que la determinan, a la participación de las acciones de dicho sector, a la rehabilitación social del paciente y el desarrollo de la medicina preventiva.

Esta concepción se ha concretado en la política Nacional de salud y exige al Trabajo Social dar una respuesta como la única profesión con unos cargos dentro del sector salud, asume el tratamiento de estos factores sociales, ya que en este sentido somos el único recurso profesional dentro del sector que está preparado para definir los mecanismos de organización de la comunidad, el intercambio de puntos de comportamiento y el conocimiento de las necesidades reales de la comunidad .

Las políticas que dicta el Estado en la búsqueda del Bienestar Social, suponen una serie de actividades que se constituyen como campo específico del Trabajo Social y es, la única consecución de ese bienestar social en donde el Trabajo Social encuentra su finalidad precisa dentro de la denominada política social del Estado .

El problema de la mal nutrición y su efecto más radical, la desnutrición es uno de los sub-sectores del sector salud, como es ligado indispensablemente a los elementos estructurales de la sociedad. Por su extensión en nuestras comunidades toca en forma directa el objeto de trabajo de la profesión especialmente cuando se asocia a los aspectos de las condiciones de vida de la población y a su incidencia en la morbi-mortalidad infantil. La intervención del Trabajador Social supone un conocimiento muy aproximado de la realidad y de los factores que concurren en su presentación, de allí, que la preocupación de este estudio haya sido el conocimiento de los factores asociados y resultantes de esa presencia .

CONCLUSIONES

El nuestro, es un trabajo cuya estructura responde a dos elementos que integran la teoría y práctica, de allí que es trabajo es té estructurado en base a un elemento teórico y un elemento práctico, a partir del cual se establece esta sistematización en forma de conclusiones y recomendaciones .

La primera de nuestras conclusiones atiende a los aspectos teóricos de la Desnutrición Infantil, de tal forma afirmamos que el desarrollo del trabajo y las experiencias corroboraron la tesis sobre el Hambre de Josué de Castro y nos permite definir la Desnutrición, como el reflejo del hambre, como producto del hambre y como hambre en la medida de que el hambre es a su vez producto del subdesarrollo, del abandono y de la falta de atención, estudiar y enfrentar la problemática de nuestra sociedad que se manifiesta con sus mayores niveles de crueldad y espoliación en las repercusiones de los agudos niveles de Desnutrición en que se mantiene nuestra población, produce en los sectores de la infancia, de los grupos de edades más

tempranas de la población. De allí que definir la Desnutrición en un sentido general nos llevaría a aceptar acepciones que desconocerían nuestra verdadera realidad en definiciones que nos presentan a la desnutrición como el producto de factores de tipo cultural del desconocimiento de los valores alimenticios de los diferentes productos de consumo para la alimentación .

Definir la Desnutrición, frente a nuestra realidad después de incursionar en las diferentes instituciones de salud, en la Oficina de Registros del Municipio de Barranquilla, nos lleva precisamente a concordar con la tesis de Josué de Castro sobre el Hambre. El Hambre engendra o produce los bajos niveles de Desnutrición de nuestra población y el Hambre es el producto del abandono, del desinterés y de los niveles de explotación de nuestra oligarquía hacia los sectores de la clase trabajadora de esta misma sociedad .

La Segunda de nuestras conclusiones, se desprende de esta conclusión inicial y es una ampliación de ella o una extensión al campo práctico de las experiencias verificadas en las Oficinas de Registros de la ciudad de Barranquilla, en la cual ese abandono, ese desinterés de la clase política por la problemática de nuestra sociedad se manifiesta en el total abandono con el que se manejan los instrumentos del Estado encargados de constituir la base estadística para el estudio de nuestra problemática, cómo se manejan las cifras, los datos que deben permitir el conocimiento de los problemas que aquejan a nuestra sociedad de la mortalidad infantil, sus causas son claras y definidas al igual que los diagnósticos médicos que podemos encontrar en los registros de defunciones .

En qué Centros de Salud es atendida la población ?

Son aspectos cuyos estudios competen al Trabajador Social y deben comprometer esfuerzos de algunos de los equipos de trabajo so-

bre sus temas de grado en los próximos semestres para que el estudiante de Trabajo Social y el profesional tomen consciencia de la forma irresponsable como nuestro Estado y nuestro sistema político administrativo maneja elementos vitales que en otras sociedades constituyen la base de la programación, del diagnóstico, de sus problemas y de su atención.

Este abandono se palpa también en igual forma que en las mismas instituciones de salud donde esos elementos de tipo estadístico, elementos de registros de datos donde se consignan las principales causas por las cuales los menores son atendidos en esas instituciones, los resultados de su tratamiento, las consideraciones y criterios establecidos para su atención son manejados por un desconocimiento total de su importancia y de su significación en cualquier proceso de planeación, de diagnóstico y de atención.

De ésta forma así como el hambre y los diversos problemas sociales se manifiestan en nuestra sociedad constituyen algunas veces elementos para la noticia periodística o para el sensacionalismo dejan de tener significado posteriormente en la medida en que la ineficacia e ineficiencia de sus registros no les permite darles validez en el estudio y la ubicación histórica de esa problemática.

La tercera de nuestras conclusiones atiende a los aspectos del análisis de esas cifras estadísticas sobre las cuales nos hemos referido al ilustrar y concluir sobre el desacierto con que son manejados en nuestras diversas instituciones.

Nos referimos al estudio hecho con base a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud para agrupar los problemas de la salud o las enfermedades de tal forma que pue-

dan asociarse a factores específicos tales como causas sociales, económicas, culturales o causas netamente de tipo biológico o patológico o como sucedio en el caso de la morbilidad y la mortalidad infantil en Barranquilla, su asociación a factores definidos como son las condiciones de vida de la población y de la desnutrición infantil.

La desnutrición infantil en la población de Barranquilla, es un problema de amplio espectro; el cálculo de sus índices es imposible en estos momentos en la medida que no existen sistemas confiables ni de niveles mínimos de veracidad en el manejo de esa información. Es muy poco confiable, incluso, el Censo de Población realizado en el año 1973 y son muy pocos confiables los recursos con los cuales se manipulan los datos resultantes de esos censos.

De igual forma, la salud de la comunidad, especialmente en los barrios marginados, no descansa, en buena parte en la iniciativa de los mismos individuos afectados. Así los controles estadísticos de esa problemática carecen de los mínimos niveles de exactitud y confiabilidad.

Sin embargo, a partir de la muestra tomada en las instituciones en las que se concentra la población de los sectores populares y de la clase trabajadora, en el caso de la población infantil, la conclusión es evidente.

Las principales causas de la morbilidad y de la mortalidad en la población infantil de Barranquilla son la desnutrición de ésta población y las condiciones de vida en las cuales vive.

Es decir, la escases de vivienda, ambiente físico deprimente, falta de servicios públicos, niveles educativos por debajo de los

normales, abandono familiar, falta de protección del Estado y la inexistencia de los mínimos elementos que pueden contribuir al mantenimiento de salud.

Resumiendo éstas conclusiones, afirmamos que la desnutrición en la población infantil es el problema de mayor brevedad y de mayor vitalidad dentro de lo que conforma la estructura de la problemática de nuestra sociedad especialmente en nuestro país.

La desnutrición es un resumen de todos los problemas de tipo social y económico, del desempleo, de la explotación, del abandono, de la desintegración familiar, de las malas condiciones de vida; y es causa además de innumerables factores en la población como son esencialmente el retardo mental y físico del desarrollo armónico del individuo. De ésta forma es hoy uno de los problemas más cruciales de nuestra sociedad agravado por los efectos estructurales afectando más que todo a la población infantil consecuencia de la política alimentaria nacional, realidad que no puede desconocer el Trabajador Social, pero que también nos lleva a concluir analizando la situación en la cual este profesional se encuentra en las diversas instituciones, relacionados con la problemática de la salud de la población infantil en la ciudad de Barranquilla; en la cual, este profesional está limitado en su intervención a los aspectos puramente mecánicos y administrativos con muy poca repercusión en el aspecto científico. De ésta forma falla, como el hecho de no existir las historias clínicas sociales de estos menores atendidos en esas instituciones, en ninguna de ella podemos afirmar que sea una responsabilidad absoluta del Trabajador Social sí es una muestra feaciente de sus pocas posibilidades en estos aspectos.

RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones se ubican en un solo aspecto.

Para nosotros sería satisfactorio presentar recomendaciones de tipo institucional, de tipo político y de tipo económico; pero somos conscientes de las pocas repercusiones que tendrían y de su falta de objetividad en estos momentos en los cuales nuestra sociedad - en sus niveles de toma de decisión, de mando y de organización; no responde a la problemática social sino al juego de los intereses de los sectores económicos encontrados o en disputa por la explotación en general de nuestro país.

De allí que nuestra recomendación se centró en el campo investigativo en materia de Trabajo Social; tal vez es solo después de - concluido nuestro proceso de formación en cualquier carrera, cuando el estudiante a través de sus trabajos de grado alcanza un nivel de generalidad y de madurez que le permite comprender la importancia -

de los elementos y de las actividades desarrolladas a lo largo de su proceso de formación. Por lo tanto hacemos énfasis en recomendar la importancia que debe tener la investigación como un instrumento para la realización de la práctica del estudiante y para el ejercicio de la profesión dentro de parámetros que hagan de ésta intervención cada vez más científica. Por lo que recomendamos con claridad que la investigación esté aunada al desarrollo de la práctica para que el estudiante se ponga en contacto, en forma objetiva con la problemática de la comunidad y sea capaz de abordar problemas como es el de la desnutrición y no solo hacer las asociaciones entre la desnutrición y sus causas, los factores económicos, sociales, políticos y culturales que la generan; sino las repercusiones que está teniendo este problema en el desarrollo de los grupos de edades tempranas de la población infantil en la evolución de sus posibilidades biológicas y mentales.

De ésta forma el estudiante alcanzará un nivel de comprensión de problemas que de no ser investigados en forma integral pasarán a ser elementos aislados de la problemática social tales como la drogadicción, el alcoholismo, la apatía, el desinterés, las pandillas juveniles de los barrios, la deserción escolar y el desprecio hacia los considerados valores y patrones normales de comportamiento de nuestra sociedad.

Así de ésta forma, nuestra recomendación, es única y específica: cada vez mayor importancia a la investigación de los problemas de nuestra sociedad, es el mecanismo más eficaz para la profesionalización del estudiante de Trabajo Social.

B I B L I O G R A F I A

BARAQUE NIETO MIRIAN

Conferencia de Nutrición II.
Universidad del Atlántico. Ba-
rranquilla, Colombia.

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE
ENFERMEDADES

Manual de la Clasificación Es-
tadística Internacional de En-
fermedades, Traumatismos y Cau-
sas de Defunción. Vol. I. Nove-
na Revisión. Vigésimonovena A-
samblea Mundial de la Organiza-
ción de Salud. Publicaciones -
Científica Nº 353. Washington.
E.U.A. 1975.

DE CASTRO JOSUE

Mensajes. Antología del Pensa-
miento Económico y Social de A-
mérica Latina. Vol.I. Edicio -

- nes Colibrí. Italgraff S.A. Bogotá, Colombia. 1980.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION - Nutrición. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Programa de Educación Nutricional Editorial Presencia. Bogotá. - Colombia. 1979.
- DROGAT NOEL Los Países del Hambre. Editorial Nova Terra. Riera Blanca. 78. Hospitalet. Barcelona.
- DOROZYNSKY ALEXANDER Medicina sin Doctores. Centro-Internacional de Investigaciones para el desarrollo. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Edición Microficha. Bogotá. Colombia. 1977.
- ESCALANTE AQUILES Geopolítica del Hambre.
- GUERRERO RAMOS A. Sociología de la Mortalidad Infantil.
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PAULA. HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA. Informes y Programas de los Departamentos de Trabajo Social y Estadística. Barranquilla. - Colombia. 1980.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Guía para la labor educativa - en Nutrición y Alimentación a-

- la Comunidad. Editora Boliver Ltda. Cartagena, Colombia. 1979.
- JELLIFFE D.B. Evaluación del Estado Nutricional de la Comunidad. Ginebra. 1958.
- OFICINAS DE REGISTROS PUBLICOS Boletas de Defunción. Barranquilla. Colombia. 1979 - 1980 1981.
- GALVAN RAMOS RAFAEL, Desnutrición en el Niño. Departamento de Nutrición del Hospital Infantil de México. México D.F. 1969.
- MARISCAL H. CARLOS, VINIEGRAS C. ARTURO, y PEREZ ORTIZ BARTOLOME
- PLATA RUEDA ERNESTO Pediatría Práctica. División de Publicaciones del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Fondo de Ediciones. Bogotá. Colombia. 1975.
- REVISTAS Noticias del UNICEF. La lucha contra la Desnutrición Infantil 1. Parte #85. 1975. 3. Directora Mirian Miller. Diseñador Bernard P. Wolss. Malnutrición y Desarrollo Mental. Crónica de la OMS. 1974. 28.103.110.

SANTAMARIA ESPINOSA ALBERTO

El Trabajo Social en Salud Mo
dalo de Intervención. Primera
Edición. Editorial Latina. Bo
gotá. Colombia. 1978.