

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

" EL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE AL PROBLEMA DE LA GASTROENTERITIS
EN EL HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE PAULA".

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR EL TITULO DE :

TRABAJADORA SOCIAL

AUTORA:

BLANCA CURE C.

ASESORA:

EUCARIS PRINS

BARRANQUILLA, DICIEMBRE DE 1.981.

1.036

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

75.
0040

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

BIBLIOTECA

BARRANQUILLA

No. INVENTARIO _____

PRECIO _____

FECHA _____

CANJE _____

DONACION

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

RECTOR:	Dr. José Consuegra
SECRETARIO GENERAL:	Dr. Rafael Bolaño
DECANO FACULTAD:	Dr. Jorge Torres
SECRETARIA FACULTAD:	Dra. María Torres
PRESIDENTE DE TESIS:	Dra. Olga Guardiola
ASESOR DE TESIS:	Dra. Eucaris Prins
JURADOS:	Dr. Carlos Osorio
	Dra. Myrna S. de Aguilar

D E D I C A T O R I A .

A mis padres, cuyo edificante

ejemplo ha sido la guía de -

mi vida . -

INDICE GENERAL.

	Pags. No.
Introducción	
Capítulo I.	
Implicaciones de la epidemia de la gastroenteritis en Barranquilla.	1
1.1 Conceptos generales sobre gastroenteritis	1
1.2 Factores que son causa de la gastroenteritis en Barranquilla	12
1.3 Situación de Barranquilla frente al problema de la gastroenteritis	31
1.4 El Servicio de Salud del Atlántico y sus Regionales	38
1.5 Informe del Servicio de Salud del Atlántico	40
1.6 Propuesta al Gobierno Nacional para atender la problemática Infantil en Barranquilla.	42
Capítulo II	
Problema de la gastroenteritis en el Hospital Infantil - San Francisco de Paula.	65
2.1 Instituciones Hospital Infantil San Francisco de Paula	65
2.1.1 Historia	65

	Pags. No.	
2.1.2	Objetivos	70
2.1.3	Políticas	71
2.1.4	Estructura Administrativa	71
2.1.5	Coordinación Interdisciplinaria	75
2.1.6	Recursos	76
2.1.7	Intervención del Trabajador Social	78
2.2	Factores que intervienen en la problemática de la Institución	81
2.2.1	Basuras, Excretas, salud materno infantil	83
 Capítulo III		
3	El Trabajador Social frente al problema de la gastroen- teritis.	87.
3.1	Concepto de Trabajo Social sobre la salud	87.
3.1.1	El Trabajador Social en el área médico.	88.
3.1.2	Resultados del estudio sobre factores socio-econó- micos que inciden en la transición y desarrollo de la gastroenteritis.	91
	Distribución de los pacientes según la edad - (Cuadros)	93

	Pags. Nos.
Estado Civil de los padres de los pacientes (cuadros)	94
Causas que origina la gastroenteritis (cuadro)	95
Ocupación de los padres de los pacientes (cuadro)	97
Ocupación de las madres de los pacientes (Cuadro)	98
Barrios donde viven los pacientes que padecen gastroenteritis (cuadro)	99
Datos Estadísticos del Servicio de Salud - Hospital - 1.980 (Cuadro)	100
Datos Estadísticos del Servicio de Salud - Hospital - 1.981 (Cuadro)	101
3.2 Papel del Trabajador Social frente al problema de la gastroenteritis	102
3.2.1 El Trabajador Social frente a los pacientes y familiares	102
3.2.2 Aspectos culturales de los padres de los pacientes	103
3.3. La Intervención del Trabajador Social en el Hospital Infantil San Francisco de Paula	104
Conclusiones	107
Bibliografía	109

INTRODUCCION.

El presente trabajo plantea como tema central "La labor del Trabajador Social frente a la problemática de la Gastroenteritis en el Hospital San Francisco de Paula" y nace de las inquietudes surgidas durante la práctica institucional en el mencionado Centro Hospitalario.

Igualmente el trabajo contempla en sus partes, aspectos relacionados a la labor del Trabajador Social en centros asistenciales, planteando igualmente los resultados obtenidos en la práctica institucional. Los objetivos del estudio se centraron en conocer la problemática del Hospital Infantil San Francisco de Paula y evaluar la actuación del Trabajador Social en los años 1980 y 1981, frente a la problemática presentada en el Hospital Infantil San Francisco de Paula para establecer como la existencia de algunos factores contribuyen a la aparición de la problemática de la gastroenteritis en dicho Hospital. Igualmente, se propuso conocer la problemática presentada al Hospital Infantil San Francisco de Paula por los usuarios del servicio de esta institución, tales problemas se manifiestan en la falta de servicios médicos, camas, problemas locativos, etc. y evaluar la participación del Trabajador Social en el proceso de recuperación del menor y en el

afecta.

El segundo capítulo considera el problema de la gastroenteritis en el Hospital Infantil San Francisco de Paula, el estudio de la Institución, los factores que intervienen en la problemática de la misma.

En el tercer capítulo del Trabajo se trata de demostrar la forma como viene trabajando el profesional de Trabajo Social frente al problema de la gastroenteritis. Los resultados del estudio sobre factores socio-económicos que inciden en la transición y desarrollo de la gastroenteritis en el Hospital Infantil San Francisco de Paula y el papel del Trabajador Social frente al problema de la gastroenteritis.

A los problemas de salud se les da suficiente extensión a fin de que los Trabajadores Sociales estén preparados para actuar en beneficio de la población, de ahí que la aplicación del método científico da oportunidad al Trabajador Social de hacer una confrontación de teorías prácticas partiendo de una realidad objetiva y concreta que es el motivo de estudio, para responder a las necesidades de la práctica, los que nos permite igualmente hacer una serie de abstracciones y generalizaciones que vistas bajo una nueva dimensión permiten hacer un aporte y enriquecer una teoría determinada: la del Tra-

tratamiento social que se hace en relación a la familia con intención de plantear cambios y acciones favorables para la profesión.

El Trabajador Social en el área de la salud ha de usar una metodología científica que le proporcione la elaboración de acciones tendiente a la realización de programas dirigidos, a esa área con lo cual se refuerza la utilización de los servicios, de ahí que esa metodología se fundamenta básicamente en la necesidad imperiosa de sacar adelante a la comunidad usuaria de los servicios que allí viene realizando el Trabajador Social.

En el primer capítulo hace referencia a las implicaciones de las epidemias de gastroenteritis en Barranquilla, especialmente en los meses de marzo y junio de los años de 1980 y 1981, época ésta en donde se presentó la epidemia más anivel de atención infantil y pediátrica que llevó por parte a todos los estratos sociales, y ha de cuestionar la labor que venía desarrollando el Hospital Infantil San Francisco de Paula y el Hospital Pediátrico, ante la atención que debía otorgarse al menor quedando esclarecida que en las ciudades como Barranquilla la atención y los servicios médicos asistenciales no son considerados con la seriedad que merecen los individuos, en este caso los niños que viviendo en condiciones de miseria dentro de barrios de esta institución y de la problemática que los -

bajo Social.

La hipótesis de trabajo se centró en demostrar que existen varios factores que inciden en la agudización de la problemática atendida en el Hospital Infantil San Francisco de Paula, para demostrar como el problema de la gastroenteritis es más frecuente en aquellos sectores de la población de escasos recursos económicos y cual puede ser la labor que debe desarrollar el Trabajador Social en el Hospital Infantil San Francisco de Paula.

Se acoge en este estudio el nivel predictivo de los estudios analíticos y causales, ya que se nos presenta una problemática social que no ha sido cuestionada a fondo, por eso nuestro estudio tiene como fin llegar a profundizar en el conocimiento de la situación presentada en el Hospital Infantil San Francisco de Paula, a través de la consulta, de fuentes documentales y el contacto directo en el área de trabajo.

Por eso es que solo a través del trabajo directo con el área de estudio es como podremos conformar una teoría sobre el Hospital Infantil San Francisco de Paula y sobre la labor de los tugurios se encuentra más difícil su recuperación cuando no se cuenta con centros médicos o asistenciales que hagan frente a la epidemia que frecuentemente se presenta en nuestra ciudad.

Igualmente, planteo como el Trabajador Social, puede desempeñarse frente al problema de la gastroenteritis, trabajando en equipos interdisciplinarios y programando sus propias actividades profesionales encaminadas a lograr el bienestar de la población infantil.

CAPITULO I

IMPLICACIONES DE LA EPIDEMIA DE LA GASTROENTERITIS EN BARRANQUILLA.-

1.1 CONCEPTOS GENERALES SOBRE GASTROENTERITIS (CLINICO).

La gastroenteritis es la inflamación de la mucosa del estómago y de los intestinos.

Mucosa = Membrana que tapisa la parte interna del cuerpo y segrega moco. (Diccionario Larrousse). Es lo mismo la inflamación de las mucosas gástricas e intestinales, siendo generalmente aguda y caracterizada por fiebres, vómitos, diarreas, lengua saburral, etc.

Gastroenteritis, inflamación del estómago y de los intestinos. Su evolución y sus causas son variables.

La forma más particular y graves es la de los niños. Su naturaleza es infecciosa en los recién nacidos y en los lactantes. Suele ser sintomática una septicemia o de su pronta partida de ella.

Síntomas: náuseas, vómitos.

Náuseas: bascas, ganas de vomitar.

Vómito: La eyección forzada de los contenidos del estómago a través de la boca.

Puede ocurrir tan subitamente que alguno de los materiales emergen a través de la nariz.

El vómito es el síntoma de la enfermedad.

Diárrrea: Evacuación demasiado frecuente o fluida de los residuos de la digestión, puede tener su origen de una simple ingestión a una infección aguda. Se distingue la diárrrea simple y la crónica; en la primera las evacuaciones cambian gradualmente del estado blando al líquido; características: dolor intestinal y el deseo de seguir evacuando; síntoma: sed; susceptibilidad abdominal y a veces fiebres. La diárrrea remite generalmente tras la eliminación de la sustancia causativa, la irritación puede prolongar trastornos.

Diárrrea crónica se impone la atención médica ya que la falta de tratamiento puede acarrear grave debilidad.

La víctima pierde peso, fuerza y apetito, contrae anemia y se haya expuesta a varias infecciones.

Para determinar la causa específica de la diárrrea es esencial el estudio completo de la persona afectada y las materias evacuadas; el médico se interesa no sólo por el estado físico del paciente sino por su situación mental, el tiempo de duración de la diárrrea y la dieta anterior al comienzo del proceso y el tipo.

- En el alcoholismo

- La materia

Gastroenteritis Aguda. - Hepatitis aguda como reacción sensible a ciertos alimentos.
(De índole no específica).

- Intoxicación alimentaria por estafilococos (En forma de gastroenteritis).

Tratamiento. Varía desde un cambio temporal de alimentación en casos leves, intervención quirúrgica en casos graves. La gastroenteritis muchas veces es confundida con otros síntomas que hacen que se descuide la enfermedad, como son la diárrrea, la desinteria amebiana, la desinteria bacilar, la intoxicación alimenticia. Creemos importante analizar cada una de éstas para mayor conocimiento.

a).- Diárrrea: Evacuación demasiado frecuente o fluída de los residuos de la digestión.

b).- Desinteria Amebiana: Inflamación del colón causado por el parásito unicelular que penetra en el cuerpo con alimentos y bebidas contaminadas, los síntomas consisten en fatigas y depresión, abarcan estreñimiento, náuseas, falta de apetito, fatulancia y calambres abdominales.

El mejor medio para evitar la enfermedad es la limpieza individual y pública.

c).- Desinteria Bacilar: Infección aguda del intestino grueso causada por el bacilo denominado Shigella en recuerdo del médico japonés que la identificó, el microorganismo penetra en el cuerpo con el agua o los alimentos que ha contaminado.

Síntomas: diarreas, calambres, cursa errante diez días y rara vez es mortal.

La de carácter epidémico se registra perfectamente en las grandes concentraciones humanas carentes de adecuada higiene: como campamentos militares y campos de refugio.

Tratamiento. Intoxicación de los alimentos una enfermedad debida a organismos causantes de enfermedades o sustancias extrañas dañinas, tales como sustancias químicas que se encuentran en las comidas, la bacteria causante de enfermedades son los estafilococos. El mismo tipo de bacteria es responsable por muchas infecciones locales de la piel, incluyendo abscesos y formaciones de pus.

Tal vez el tipo más severo de intoxicaciones alimenticia es debido a bacterias es el botulismo que se presenta mucho menos frecuente que el envenenamiento o intoxicación debido a estafilococos, es en realidad el efecto de una toxina en algún momento lo que una vez fue llamada tománico fue causado por estafilococos (Tománicos= tóxicos sobre

animales experimentales).

Síntomas: náuseas, calambres, diarreas, vómitos, dolores de cabeza y transpiración.

Otro concepto de ésta enfermedad es la Gastritis, trastorno clínico y anatómico indiscutible, se abusa mucho de él en la práctica médica suele utilizarse para explicar manifestaciones pasajeras o al parecer triviales de la índole de "agruras".

Dispepsia: sin datos clínicos valederos de comprobación. Aceptamos que es difícil comprobar que hay las formas agudas, suelen ser triviales del estómago, los datos anatómicos de la gastritis tienden a desaparecer en muy breve lapsos.

Se han propuesto muchas clasificaciones de gastritis, hay dos grupos generales: aguda y crónica, todas son variaciones en el cuadro de las alteraciones agudas o crónicas.

Gastritis aguda, gastritis atrófica crónica, gastritis hipertrófica crónica.

Gastritis aguda. Es fenómeno inflamativo agudo de la mucosa, por lo regular pasajero. Se tiende a discutir si las crisis repetidas de inflamación aguda origina gastritis crónica.

Patogenia la definición óptima de gastritis aguda es inflamación de la mucosa gástrica causada por irritantes. Ellos van seguidos de la

descamación de células epiteliales de la superficie. Los agentes -
causales son los salicilatos (aspirina) alcohol el estómago aumen-
ta la descamación con tres tabletas de aspirinas después de 5 a 10
de contacto.

Síntomas. Dolor gástrico, náuseas, vómitos.

Gastritis Crónica (atrófica) se caracteriza por atrofia progresiva
e irreversible de la mucosa gástrica y en consecuencia a menudo se
llama sencillamente gastritis atrófica. Destruye las células parieta-
les, no absorbe la vitamina B12.

Gastritis Hipertrófica se conoce mejor la pipertrófica gigante de -
las arrugas del estómago, las arrugas gástricas presentan crecimien-
to, paredes del estómago engrosadas.

Deshidratación: quitar agua a un cuerpo.

Tipos osmóticos de deshidratación.

En clínicas pediátricas se producen tres tipos osmóticos de deshi-
dratación.

- a) Deshidratación Isotónica, es la pérdida de agua y electrólitos;
síntomas: fiebre, diarrea y vómito.
- b) Deshidratación Hipotónica, es la fuga de soluto sobre el agua;
síntomas: vómitos y diarrea.
- c) Deshidratación Hipertónica, es la eliminación del agua propia-

mente superior a la de electrólitos.

Síntomas: vómitos y diarrea, irratibilidad, rigidez en la nuca, persistencia de fiebre.

Tratamiento de Deshidratación: La deshidratación se corrige mediante el aporte de agua al organismo. Este aporte debe realizarse de acuerdo a la cuantía de las pérdidas al tipo osmótico de deshidratación. De éstas circunstancias depende la vía de administración y la cantidad, calidad y velocidad de aporte de los fluidos hidratantes, se le dará suero glucosado lactantes 7 kg (por kg de peso) debe recibir 150 ml por kg. recién nacidos 75 a 100 ml por kg.

En deshidratación isotónica y la deshidratación hipotónica, en la primera se administra de tres partes de suero glucosado al 5 x 100 y una parte de suero salino.

En deshidratación hipotónica se utiliza una parte de suero glucosado al 5 x 100 y dos partes de suero salino fisiológico isotónico.

En la deshidratación hipertónica la solución hidratante tiene que ser muy elevada, en este tipo de hidratación no puede establecerse pauta.

Técnicas de hidratación. Tienen por objeto usar de unos medios que permitan restituir los líquidos y electrólitos perdidos por una enfermedad que ha alterado el equilibrio hidroelectrónico.

Técnicas de rehidratación. Tienen por objeto usar de unos medios - que permitan restituir los líquidos y electrólitos perdidos por - una enfermedad que ha alterado el equilibrio hidroelectrónico.

Las técnicas de rehidratación más utilizadas en clínicas pediátricas son:

- 1.- Rehidratación por vía oral.
- 2.- Rehidratación por cateterismo nasogástrico.
- 3.- Rehidratación por vía subcutánea (hipodermoclisis)
- 4.- Rehidratación por vía intravenosa (Venoclisis)

Rehidratación por vía oral.- Suministrarle por vía oral (la boca) sopa de zanahoria, mucylagos de arroz, infusión de té. Este se evalúa por el peso perdido del niño.

Rehidratación por Cateterismo nasogástrico. El tubo digestivo posee la capacidad de absorber líquidos aún en situaciones patológicas - graves, si éstos son administrados por goteros se le introduce el - cateter a través del orificio nasal hasta el estómago, el otro extremo se conecta con el tubo procedente del gotero, similares a la técnica de rehidratación por vía intravenosa.

Rehidratación por vía sub-cutanea tiene por objeto inyectar sueros en el espacio celular subcutaneo con el fin de que éstos sean reabsorbibles. La cantidad que inyectan depende de la edad del niño.

Rehidratación por vía intravenosa. La administración intravenosa de sueros tiene por objeto restituir el volumen perdido de líquido y - electrólitos con la mayor rapidez y seguridad. Esta técnica se utiliza en casos de deshidratación con colapso cardiovascular.

Sugerencia de los médicos sobre el problema de Gastro.

Haciendo los exámenes de laboratorio podemos hacer la individualización de gérmenes y clasificarlos para saber que clase de gastro afecta al paciente.

Un número considerable de virus ha sido implicado como agente etiológico de la gastroenteritis su identificación y caracterización adecuada y un claro entendimiento de epidemiología son indispensables para encontrar medidas preventivas, especialmente para desarrollar vacunas e efectivas y disponibles para la comunidad.

Los estudios preventivos de gastroenteritis los demostramos a través de actas médicas colombianas, presentan a discusión las más importantes virus asociados con la gastroenteritis separándolos en tres grupos fundamentales:

- a) El agente Norwalk y sus relaciones.
- b) Los rotavirus del hombre y los animales
- c) Otros virus implicados como probables causas de diarrea en el hombre.

AGENTE NORWALK Y SIMILARES.

Fue descubierto en un brote de gastroenteritis en la localidad de Norwalk, Ohio, octubre de 1968 a 1971 características clínica y - epidemiología.

Las características clínicas son: náuseas, vómitos, ruidos abdominales aumentados, letargia, diarreas, escalofríos.

Los síntomas duraran de 12 a 24 horas, rara vez se prolongaron en periodos de 48 horas, cambios histológicos observados durante la - infección.

Estudio de biopsia realizado en voluntarios infectados por agente Norwalk.

- a) - Lesiones a nivel intestinal
- b) - Acortamiento y ensanchamiento de la mucosa yunal.
- c) - Acortamiento de la microvellocidad.

Los Rotavirus pertenecen al segundo grupo, fueron detectados en - Australia con el microscopio electrónico en cortes finos de biopsias duodenal de niños con diarreas agudas. Posteriormente en Inglaterra, Canada y Estados Unidos.

Su nombre se deriva de la palabra latina rota que significa rueda. Su aparición es similar a las ruedas de automovil. Inicialmente se le describe como orbivirus duovirus y virus de gastroenteritis in-

fantil.

Características clínicas, el período de incubación de la enteritis por rotavirus varía entre uno y siete días.

Los síntomas: vómitos, diarreas con moco, elevación de la temperatura. En casos más severos se han presentado deshidratación grave y de-sequilibrio electrolítico.

Las muertes por diarreas por rotavirus ocurren en los países menos desarrollados, afectando a los pacientes infantiles.

Transmisión de los rotavirus. La infección de rotavirus se hace por vía oral y fecal.

Se han informado varios brotes de diarreas por rotavirus en guarderías infantiles y en hospitales pediátricos. La transmisión de rotavirus es muy difícil de controlar.

Rotavirus en los animales. Se ha demostrado en varias especies de animales como ratones, terneros, cerdos, conejos, vacunos, gallinas, pavos, gatos, gorilas. La infección de éstos animales por lo general ocurre temprano en la vida. En los terneros y lechones las infecciones por rotavirus son severas causando una mortalidad del 90% durante los brotes epidémicos.

Vacunas anti-rotavirus. El desarrollo de una vacuna anti-rotavirus en los humanos en la prevención de la diarrea de los infantes y recién -

nacidos.

Otros virus implicados, se pueden dividir en dos grupos: adenovirus, coronavirus, enterovirus; el otro comprende: astrovirus, calicivirus y minirovirus.

Coronavirus. Como causa de diarrea es confusa, presenta variedad de síntomas clínicos.

Enterovirus. No existe evidencia que lo acredite como responsable de episodios diarreicos.

Astrovirus. Ha sido asociado más frecuente en casos de diarreas que en caso epidemiológico. Se observa el astrovirus en los infantes.

Calicivirus. Descrito en las eses de los infantes y recién nacidos, no hay prueba de una asociación definitiva de los calicivirus con la gastroenteritis viral.

Mini-rotavirus, sus partículas son similares a los rotavirus el tamaño es de 25 a 35 m μ .

Se han detectado los rotavirus en los perros y en los cerdos. En estos animales por lo general ocurre tempranamente.

1.2 FACTORES QUE SON CAUSA DE LA GASTROENTERITIS EN BARRANQUILLA.-

Hay una serie de factores que no permiten un buen saneamiento ambiental en Barranquilla y esto se explica por la serie de problemas que afronta esta ciudad en sus diferentes sectores y áreas geográficas de las -

proliferación

cuales no se puede hacer siquiera una comparación por la intensidad y profundidad con que se muestra Barranquilla como epicentro de la Costa Atlántica, aún no ha resuelto y lejos está de hacerlo el grave problema de las alcantarillas de aguas negras. Muchas de las calles urbanas se convierten en verdaderos ríos de excrementos y lodazales que afectan la salud de los vecinos de los barrios, no sólo marginales sino de aquellos en donde habita la pequeña y hasta la alta burguesía.

Más de 600.000 personas se quejan de no recibir diariamente servicio de agua, esto por un lado, por otro en los sectores más apartados de la ciudad las gentes en su mayoría tienen que comprar el agua de los carrotanques, con lo cual se pone en peligro la salud de los menores de esos lugares en razón a que gran parte de esa agua no es potable, es decir se halla afectada por una alta densidad bacterial como consecuencia de la contaminación del Río Magdalena por los vertimientos municipales y las miles de toneladas de desechos de las fábricas, pero lo más grave del caso es la negligencia de las autoridades sanitarias para exigirles a los industriales que adopten medidas encaminadas a proteger tan indispensable recurso.

La Comisión Interamericana de Derecho y Administración Ambiental, de

mostró en un reciente seminario que la población de los países que consumen agua altamente contaminada presentan una elevada tasa de mortalidad infantil por causa de enfermedades intestinales. Es contradictorio que siendo el agua condición indispensable para conservar la vida se transforme en nuestro medio en un peligroso agente contaminante capaz de poner en peligro la vida de centenares de niños a los cuales afecta la gastroenteritis. Sin embargo el problema del acueducto en Barranquilla no es nuevo ni es invento reciente, tiene sus orígenes en la misma fundación de la ciudad, pero el mal se ha hecho crónico y los tentáculos del problema alcanzan a todos los sectores de la población sin discriminar sexo, edad, nivel cultural y área geográfica de la urbe, todos los estratos sociales se ven afectados y no hay una sola clase social que no sufra las consecuencias de un sistema opresor. No existe un solo estudio técnico-científico para adecuar las redes y obtener mejor calidad en agua, tampoco se ha hecho un censo de las necesidades del producto acuífero para satisfacer la demanda actual del servicio de agua.

En relación al servicio de aseo tenemos que reconocer que ésta urbe no tiene ningún tipo de aseo que intente no sólo embellecer la ciudad sino evitar la contaminación y los estados de morbilidad de sus habitantes. En tiempos de verano las amas de casa queman en sus pa-

tios o en la puerta de la calle las basuras y desperdicios que diariamente sobran como residuo de las tareas domésticas. En épocas de invierno las fuertes crecientes que atraviesan en todas las direcciones a la ciudad sirven como vehículos para depositar todo tipo de basuras y residuos del trajinar diario en el seno de la vivienda, pero no todas las veces la quema y los arroyos son los extinguidores de dichas basuras y desperdicios sino que la inmensidad de los lotes de ocupados se convierten en grandes recipientes a los que llegan los desperdicios familiares de la cuadra, la manzana o el barrio. Aquí en éstos estercoleros se acumulan parte de la podredumbre de la ciudad generando la proliferación de bacterias, parásitos e insectos que deterioran la salud del pueblo barranquillero con lamentables consecuencias para la salud de la población infantil. De ahí que éstos basureros se conviertan en focos de contaminación; en Barranquilla se están acumulando diariamente en las calles 125 toneladas de basuras - cuyos efectos letales sobre el organismo son ya conocidos.

El desarrollo comercial e industrial de Barranquilla no crece al ritmo que aumenta la población, esto explica en parte las altas tasas de desempleo, los bajos ingresos que determinan la pobreza y la pauperización.

Las ciudades modernas señalan su desarrollo acelerado por el crecimiento

to energético y desde cuando Vladimir Ilich Lenin (31) ejecutara el plan de energía para Rusia, todos los países del mundo han considerado conveniente y necesario imprimirle prioridad a las políticas tendientes a la instalación y al incremento energético, sin embargo Barranquilla es una isla y hoy se le ha negado a más de la mitad de su gente la fuente de luz eléctrica para satisfacer necesidades vitales en el seno de la vivienda. Otro de los problemas graves de Barranquilla es el estado antihigiénico del mercado público; es sin duda el foco más temible de enfermedades infecto-contagiosas que tiene la ciudad, allí nacen, buena parte de las grandes epidemias que cíclicamente se presentan en diferentes épocas dejando saldos trágicos como el que ahora estamos lamentando por la muerte de un centenar de niños, víctimas de la gastroenteritis.

Ninguna campaña de vacunación podrá dar buenos resultados si las autoridades no asumen con responsabilidad la tarea de higienizar el mercado público, a donde miles de personas en su mayoría provenientes de los barrios populares concurren diariamente a comprar víveres contaminados que sirvan luego como vehículo para propagar epidemias. Así mismo, el problema de la llamada niebla tóxica, generada por las fábricas ubicadas en la Vía 40. A ésta niebla tóxica compuesta por gases como dióxido de carbono y el monóxido de carbono que enrapecen el ambiente en un

amplio sector de la ciudad, hay que agregarle los desechos industriales que envenenan diariamente las aguas del río Magdalena afectando la vida de sus peces y la salud infantil y adulta del pueblo barranquillero.

El material tóxico que al instante aspiran los habitantes de ésta ciudad, aumenta también con las emanaciones provenientes de los automotores, cuyos propietarios se pasean por las calles contaminando el ambiente sin que autoridad alguna los obligue a utilizar dispositivos especiales con el fin de proteger el ambiente. Muy unido a éstos problemas está el de la llamada contaminación sonora, "el ruido permanente". Dice la Ingeniera Graciela Forero de López que produce una enfermedad irreversible en el oído y genera además el estado de neurosis colectiva que se agrava especialmente en las horas de mayor congestión de automotores.

El Centro de Investigaciones de la Facultad de Ingeniería Química de la Universidad del Atlántico ha realizado en los lugares más concurridos de la ciudad algunas mediciones sonoras y ha podido establecer que Barranquilla es una de las ciudades más ruidosas de Colombia. Tales situaciones ha permitido que desde tiempos atrás se vengán acumulando en esta urbe bajas condiciones de higiene que sea posible - imaginar. Empezando por esa cloaca que es el mercado público, en la -

cual se expenden los alimentos en medio del fango a la inmensa mayoría de la población y luego los inmensos basureros que hacen - irrespirables muchos sectores residenciales en donde aparecen sorpresivamente.

Pero también la empresa privada tiene una gran parte de culpa en - éste atentado que se comete diariamente con la salud de los barranquilleros, la Vía 40 se ha convertido en una pieza de artillería - pesada cuyas chimeneas como grandes cañones disparan insensatamente sus gases pestíferos contra numerosos barrios que han tenido la suerte de quedar colocados en el camino de la brisa que sopla desde el canal navegable, Sin que las autoridades hayan logrado nada perceptible en cuanto al control de las emanaciones industriales - tóxicas.

Los habitantes de esos sectores bombardeados por la pestilencia tosen, escupen y son enfermos más o menos permanentes de las vías - respiratorias. Pero el mal es mucho mayor, la insalubridad se va - generalizando por todo el perímetro urbano, cuyos únicos servicios de higiene a menudo siguen siendo, hoy como en los tiempos coloniales, el sol y los gallinazos; prueba de ello es que en ésta ciudad hace mucho no se efectúa siquiera una fumigación de aquellas con - las cuales las autoridades de antaño lograban espantar las nubes -

de moscas y mosquitos que hoy acosan gran parte de la población.

Tales condiciones de insalubridad son las que producen los impresionantes casos de gastroenteritis (40) que están hoy golpeando a la población infantil de Barranquilla y el departamento, obviamente recurridas las lluvias que siempre son utilizadas oficialmente como un pretexto explicativo para atenuar y considerar como transitoria una situación permanente que es cada día más grave y que todo permite considerar como irreversible en la medida en que los funcionarios no hacen nada eficaz para controlarla. Las epidemias han llegado a Barranquilla y lo más impresionante es que tal como vamos, en Barranquilla habrá cada vez más epidemias.

Propuestas para conservar el medio ambiente los Ingenieros Químicos de la Universidad del Atlántico estiman que no sólo basta alertar acerca de los peligros que entraña la contaminación ambiental sino que también se requieren medidas prácticas para conservar el medio ambiente.

Concretamente ellos proponen a las autoridades y ciudadanía en general la adopción de medidas tales como: mantener las calles limpias, almacenar las basuras en recipientes cerrados, disminuir el uso de artículos desechables, evitar el uso de los detergentes, utilizar los televisores, radios y picot a bajo volumen, usar silenciadores en los automotores, sembrar y conservar los árboles, no fumar en si

tios cerrados, eliminar los plaguicidas y exigir la recolección de las basuras.

Por el momento nos hemos ocupado de los problemas de la infra-estructura económica; ahora nos referiremos a las necesidades y problemas en el área de la salud, la educación, la vivienda y la recreación, que se encuentran en peores condiciones que los problemas anteriores. La desnutrición, la proliferación de enfermedades endémicas, los elevados índices de mortalidad infantil y adulta, señalan el terrible drama de los estados de insalubridad e inseguridad social de la población barranquillera. La concentración de los servicios médicos y paramédicos en dos áreas de la ciudad sólo prestan servicio a un pequeño grupo, viéndose afectado más del 80% de la población total, por la ausencia, carencia y negligencia de dichos servicios a las gentes que realmente lo requieren por sus condiciones de indigencia. Eso induce a que solo exista muy poca medicina curativa, y nada en absoluto de medicina preventiva. Los servicios hospitalarios de clínicas, puestos de salud en comparación con la población total no sólo son deficientes sino que presentan una carencia de recursos. Aquí es donde se presume que debe garantizarse la curación para la población que acude en busca de atención médica pero los altos costos de la droga y el déficit de los servicios médicos, elevan la cuantifica

ción del problema, haciendo posible que los vendedores de específicos hagan su agosto en los barrios marginados y en las grandes plazas de esta metrópoli. En una ciudad regularmente heterogénea, compleja y receptiva como lo es Barranquilla, es casi inexplicable que existan, básicamente institucionalizadas, las comadronas, los teguas curanderos, chamanes, pajes y hasta espiritistas que montan sus consultorios a donde acuden las gentes desesperadas con el fin de conseguir alivio a sus enfermedades. De esta manera el avance de la ciencia y tecnología médica solo se concibe como un sueño ilusorio en la mente de toda la gente que hoy ha sido marginada por el ordenamiento social, nunca como una realidad concreta dispuesta a servirle.

Sobre el fenómeno educativo hay mucho que decir pues las gentes por sus condiciones de indigencia tiene que mantenerse bajo la ignorancia sociocultural con lo cual se obstaculiza el desarrollo de cualquier sociedad así pues que el negocio de mayor rentabilidad lo constituya el del sector educativo del departamento del Atlántico y el municipio de Barranquilla, han sido incapaces de afrontar seriamente el problema de la educación. Barranquilla presenta en este sector el más alto índice de analfabetismo que cualquiera de las otras ciudades del país y que aún del resto de los municipios del departamento del es la capital. Poquíssimas escuelas tienen aulas suficientes para la demanda total de la población y las que cuen-

tan con ellas tienen déficit de maestros por una parte, o de implementos metodológicos y técnicos por la otra. Ello ocasiona la deserción escolar que propende a crear posteriormente inestabilidad en la familia. El parámetro educativo, considerado como uno de los factores importantes y que confiere status social, no debe descuidarse toda vez que se tenga la oportunidad de ejecutarse o llevarse a cabo una obsecada política trascendental en materia instruccional.

Los barrios marginados de Barranquilla adolecen de centros educativos con lo cual se agrava más su problemática.

Otro aspecto de consideración es el de la vivienda. El parámetro en referencia muestra dos tipos de déficit en Barranquilla: el cuantitativo y el cualitativo. El primero se sube a más de 100.000 unidades y el segundo supera la cifra de un cuarto de millón de casas. Las unidades familiares que carecen de viviendas en nuestro medio han ideado un modelo tipo de familia conocida como familia extensa o consanguinea (32) agrupándose bajo el mismo techo hasta 6 familias de procreación unidas más por lazos de sangre que por otra razón. Duermen en una alcoba hasta 16 personas, siendo que el número ideal es de dos personas por cuartos. Este déficit de cantidad reproduce formas de hacinamiento y promiscuidad que agudizan el proble

ma demográfico, el desempleo y pauperización de las gentes, la irresponsabilidad paternal y el número de madres solteras crece proporcionalmente al déficit cuantitativa de la vivienda.

Al déficit de calidad de la vivienda se le suma la ausencia parcial y total de los servicios conexos a la misma: agua, alcantarillado, teléfonos y vías de comunicación. De otra manera los servicios infraestructurales determinan el déficit cualitativo de la vivienda, hay ciertas condiciones de la misma que impiden darle carácter de tal. Por ejemplo en las zonas negras o áreas tuguriales la gran mayoría de las viviendas tienen piso de tierra, sus paredes así como sus techos están sin arreglar.

Desde otro punto de vista existen problemas relativos a las comunicaciones sean éstas materiales o inmateriales; el sistema de transporte falla, los medios masivos de comunicación distorsionan la realidad concreta de las condiciones en que se desenvuelve nuestra gente negando la realización del hombre como recurso disponible.

No hay separación específica de cada uno de los lugares de la casa, no tienen cielo raso, ni puertas y ventanas y al margen de todo esto sus rutas de transporte están totalmente alejadas a los requerimientos de la movilización de los ciudadanos que

necesitan el servicio.

En igual estado se presenta la recreación, la cual puede realizarse parcialmente en forma limitada para ello se aprovechan las escasas calles pavimentadas de la ciudad que constituyen las canchas deportivas de la gente joven que hábita en el área metropolitana, el vicio, la droga, el alcoholismo y la corrupción popular por doquier, puesto que no existen centros vacacionales, bibliotecas y canchas deportivas adecuadas, sitios de esparcimiento, salas de cine y de teatro, áreas verdes, parques de recreación y de diversión, entonces la incertidumbre se apodera del hombre y lo conduce a su propia destrucción.

Foros médicos piden mayor saneamiento ambiental. Por primera vez y como resultado de la campaña que El Heraldo ha venido adelantando contra las epidemias y por defensa de la salud de la niñez barranquillera se realizaron en la ciudad dos foros en los que se formularon diversos planteamientos sobre la situación sanitaria de Barranquilla, los foros se realizaron en las Universidades del Atlántico y Exanorte.

En el foro de Exanorte, intervinieron los médicos Libardo Diago - Guerrero, Alfredo Remolino Suárez, Luis Chain y Walter Arrieta, no asistió el médico Calixto Manotas Pertuz, exjefe de los Servi-

cios de Salud del Atlántico, quien había sido invitado para que hablara sobre la situación epidemiológica de Barranquilla.

El médico Alfredo Remolina Suárez, Jefe de la Sección de Epidemiología de los Seguros Sociales, precisó en su intervención que no bastan las vacunas para detener las enfermedades transmisibles. Se requiere ante todo cambiar las condiciones materiales y sociales de las gentes para que las campañas de inmunización alcancen auténtica eficiencia. Los demás médicos asistentes coincidieron en que las autoridades tienen la obligación de aumentar las medidas de saneamiento ambiental y de prevención de las enfermedades infecto-contagiosas.

El Foro de la Universidad del Atlántico, el médico Fernando Alvarez Torregroza, presidente de Asmedas, declaró que el estado Colombiano es el directo responsable de la mortandad infantil ocurrida en la ciudad debido a las escasas asignaciones que le son otorgadas en el área de la salud. Al mismo tiempo Alvarez Torregroza, expresó el concepto de que el Derecho a la Salud es un derecho humano que el Estado está obligado a preservar para garantizarle a sus asociados una vida sana y digna.

El profesor Claudio Crespo por su parte, sostuvo que las epidemias en Colombia y particularmente en Barranquilla adquieren especial agresividad por que las autoridades no cumplen el código nacional de higiene.

Al referirse al problema del agua contaminada, el profesor Crespo planteó que la alta densidad bacterial de ella es la causa directa de las enfermedades intestinales que durante años han afectado la salud de la población barranquillera y especialmente la de sus menores. Propuso a las autoridades la adquisición de maquinaria especializada para tratar las aguas negras, lo mismo que los detritus, los cuales según su opinión pueden ser transformados en abonos como en los países avanzados.

También aludió el profesor Crespo a una serie de investigaciones que adelantan algunos estudiantes de Química y Farmacia de la Universidad del Atlántico sobre la contaminación de la mantequilla que los barranquilleros consumen diariamente.

La situación en el Hospital Pediátrico es lamentable, presenta una carencia de recursos económicos que limitan el funcionamiento del mismo ante la problemática epidemiológica, de ahí que haya sido declarado en emergencia y ante tal hecho un concejo de Gobierno Municipal presidido por el Alcalde ordenó un millón de pesos como auxilio. Con estudiantes de la Universidad del Norte para reforzar la labor de atención en éste Centro.

Sin embargo su Director aclara que el Hospital atraviesa una delicada situación interna debido a la escasez de recursos económicos. Di

jo que ese Centro Hospitalario sobrevive con un presupuesto anual - de doce millones de pesos, siendo que para su funcionamiento requiere de 40 millones de pesos al año.

Indicó que el Hospital Pediátrico tiene una deuda acumulada de millones de pesos por concepto de drogas a varios laboratorios, algunos - de los cuales se han negado terminantemente a conceder nuevos créditos, lo grave puntualizó Bojanini es que los Servicios de Salud del Atlántico nos han dicho que no tienen un solo centavo para ayudarnos. Agregó que el millón de pesos que ordenó el Concejo de Gobierno Municipal para el Hospital Pediátrico el martes último es insuficiente para regularizar actividades generales en este Centro.

En el Hospital Pediátrico existen 105 camas y la escasez de personal especializado es considerable, de ahí que haya sido poca la colaboración prestada ante la emergencia sanitaria; sin embargo, no se descartan los casos de atención médica, hospitalización y fallecimientos en este Centro, en donde por lo menos se atienden 50 casos diarios de gastroenteritis en la sala de emergencia en época de epidemias. De igual manera el Director de éste Centro declaró que todavía es prematuro afirmar que las epidemias en Barranquilla se hallan bajo control e insistió en la necesidad de reforzar las medidas sanitarias adoptadas por las autoridades tendientes a conjurar los brotes epidémicos

que afectan a centenares de niños barranquilleros. En el Hospital Universitario Metropolitano han sido pocos los casos presentados a raíz de las epidemias de Gastroenteritis y Guillan Barré.

Sin embargo, el día 8 de junio de 1.981 un niño afectado de gastroenteritis debió ser sometido a una traqueotomía, es decir, una incisión en la traquea para evitar que muriese, al igual que muchos otros niños, - por un paro cardíaco-respiratorio. El médico Felipe González del Departamento de Pediatría indicó que la mayoría de los niños que acuden diariamente a ésta institución llegan prácticamente deshidratados por la pérdida de líquidos importantes tales como sodio y potasio. En tales condiciones precisó el médico sobreviene una grave complicación general que afecta directamente los pulmones y el corazón.

En el Hospital Universitario de Barranquilla, el número de casos atendidos es bajo en relación con los otros centros de asistencia médica infantil.

En los hospitales Infantil, Pediátrico, Universitario Metropolitano y Universitario de Barranquilla hasta el 3 de junio de 1.981, se encontraban internados un total de 103 niños con gastroenteritis.

En las unidades de salud del Seguro Social se presentó un aspecto menos desgarrador y preocupante registrados en otros centros asistenciales, a raíz de la emergencia que vive Barranquilla por la epidemia de gastroen

teritis.

De otro lado el director de la Unidad No.3 de los Seguros Sociales y la doctora Leticia de García, encargada del Servicio Pediátrico del mismo Centro, culparon en parte a los padres de familia por no vacunar oportunamente a sus hijos y contribuir en esta é forma a - la proliferación de las epidemias. Los dos galenos señalaron que en varias oportunidades las vacunas asignadas a la Secretaría de Salud del Atlántico se envejecen por que los niños no son llevados para - la respectiva inmunización. Los directores de las tres unidades asis- tenciales de los Seguros Sociales precisaron que generalmente los ca- sos de gastroenteritis que registran mayor gravedad son remitidos al Hospital Central de la institución estatal. Según informes suministra- dos por la enfermera responsable de la sala de emergencia, diariamen- te fueron atendidos 60 niños víctimas de gastroenteritis.

Atención del problema epidemiológico por parte del Gobierno Nacional.

El Secretario General del Ministerio de Salud estuvo de visita en Ba- rranquilla a finales de mayo, días después de que El Heraldó dió la - voz de alerta sobre la magnitud de la epidemia denunciadas por el Di- rector de los Servicios Seccionales de Salud, motivo por el cual el Ministerio de Salud planteó la necesidad de intensificar la vacuna- ción en todos los sectores de la ciudad, especialmente en los secto-

res tuguriales, así mismo ordenó el envío de comisiones desde que estallaron los brotes epidémicos que obligaron al Ministerio de Salud a investigar las causas que originaron tal emergencia hasta la fecha (10 de junio) el Ministerio de Salud ha enviado 4 comisiones. La primera fue encabezada por el Director de Epidemiología del Ministerio; la segunda por el Director de Campañas Epidemiológicas de Minsalud; la tercera por el Secretario General de Minsalud y la cuarta encabezada por varios funcionarios de Minsalud, quienes se reunieron con el Alcalde y el Encargado de la Sección de Erradicación de la Malaria, Henry Hennesay, con el propósito de coordinar los esfuerzos de los sectores públicos para el adelanto de una intensa campaña de prevención de las epidemias entre la población infantil de Barranquilla. Estos funcionarios visitaron los barrios apartados en los que observaron un alto nivel de insalubridad, plantearon la necesidad de intensificar la fumigación en los sectores tuguriales a fin de evitar que los mosquitos continúen propagando entre los menores de edad toda suerte de enfermedades infecto-contagiosas.

Uno de los funcionarios conceptuó que la laguna de oxidación del barrio El Pueblo es uno de los más temibles focos de enfermedades infecto-contagiosas que existen en la ciudad, al tiempo que propuso -

en este sector una intensa campaña de vacunación para evitar que por efectos de las lluvias las epidemias se apoderaran de más víctimas. La primera comisión no emitió concepto alguno sobre las epidemias, - su intención más que todo se centró en detectar y conocer las causas de la crisis sanitaria; las demás comisiones por el contrario expresaron enfáticamente que el motivo de su visita a Barranquilla es colaborar con la Gobernación del Atlántico y el Servicio de Salud para tratar de controlar los problemas de salud que se han presentado concretamente en el caso de las diarreas y que han ocasionado varias - muertes y los brotes de otras epidemias. Manifestaron que su principal objetivo era distribuir medicamentos para controlar los estragos de la gastroenteritis, de igual manera se mostraron partidarios de - emprender una basta campaña de atención médica a la población infantil de los barrios tuguriales con el fin de prevenir nuevos brotes de gastroenteritis. Por su parte el Secretario de Minsalud anunció una - serie de medidas medico-científicas entre las que se destacan la aplicación de sales de rehidratación oral que vienen en unos sobres.

1.3 LA SITUACION DE BARRANQUILLA FRENTE AL PROBLEMA DE LA GASTROENTERITIS.

La situación de Barranquilla frente a la epidemia de la gastroenteritis es preocupante por lo que los centros de atención médica hospita-

laria presentan una carencia de recursos que no permiten prestar la debida atención a los menores enfermos que son llevados por sus padres a las secciones de emergencia y primeros auxilios. Esta epidemia que azota a los menores de Barranquilla es producto de la tragedia sanitaria que vive esta ciudad que está empobreciendo su potencial humano tal como lo es la población de menores. Este fin de semana estuvieron en Barranquilla dos funcionarios del Ministerio de Salud quienes recorrieron los Puestos de Salud junto con el Jefe de los Servicios de Salud del Atlántico (Dr. Calixto Manotas Pertuz). Estos funcionarios no emitieron concepto alguno sobre las epidemias porque según ellos apenas estamos en la etapa de comprobar si es cierto que en Barranquilla hay epidemias.

Los delegados del Ministerio de Salud se llevaron para Bogotá varios ejemplares de El Heraldó, diario que le dió la voz de alerta en la ciudad sobre la magnitud de las epidemias que fueron denunciadas hace 13 días por el Director de los Servicios de Salud del Atlántico por intermedio de un boletín de prensa. Se pudo comprobar que establecimientos como el Hospital Pediátrico y las Clínicas del Seguro Social no pueden atender más niños por que no hay camas y los médicos que trabajan durante 2 turnos de 12 horas no pueden físicamente atender a tantos enfermos.

Minsalud reconoce que hay epidemias. El Ministro de Salud Pública - desde Bogotá reconoció anoche que en Barranquilla hay una epidemia de gastroenteritis que afecta a la población infantil, pero dijo que solo se admiten 54 muertes hasta el momento.

En otras poblaciones del Departamento del Atlántico, también se han presentado graves casos de gastroenteritis, especialmente entre niños de muy corta edad según se informó en el Hospital local de Soledad. - Otro sector afectado es el llamado El Ferrocarril. El problema de la epidemia se presenta latente en la población de Santo Tomás, en donde son atendidos más de 20 casos de gastroenteritis.

El médico Gustavo Aroca Martínez encargado de atender la emergencia en el Hospital de Santo Tomás declaró a los reporteros de El Heraldó que - la epidemia de gastroenteritis se ha agravado en este municipio debido a la mala calidad del agua, según informes de las gentes de esta población, puesto que en las calles y casas todos dicen "el agua está contaminada". La epidemia ha dejado un saldo de 6 menores muertos en 4 semanas. En Santo Tomás (miércoles 17 de junio El Heraldó "Epidemia de gastro por mala calidad del agua).

La epidemia avanza a los sectores periféricos de la ciudad y poblaciones vecinas con lo cual se agudiza la emergencia sanitaria que padece Barranquilla, de esta manera en los sectores del Hipódromo, y las urba

nizaciones El Río, Santa Inés y Salamanca, afrontan serios problemas por el desbordamiento de las alcantarillas cuyas aguas corren raudas por las calles haciendo de éstas enormes lagunas en las depresiones que tienen el pavimento.

En el Hipódromo en la carrera 33 con la calle 23 los vecinos tienen que estar con las puertas cerradas para evitar el inmenso enjambre de moscas que salen de las alcantarillas.

En la carrera 37 desde la calle 28 hacia abajo esa vía se ha constituido en un inmenso arroyo de aguas de alcantarilla, con el consiguiente problema sanitario para quienes residen en los alrededores.

La mortalidad infantil, paros cardíacos, son por epidemias. El número de niños muertos en Barranquilla por el gastro y su complicación del paro cardíaco en los 31 días del mes de mayo y de los primeros días del mes de junio es de 116.

Consultado el señor Armando Movilla, Jefe de Estadísticas y Defunciones de la Alcaldía sobre ésta cifra, declaró que la situación es alarmante, confirmando que en mayo de 1980 solo murieron 9 niños por la gastroenteritis, mientras que en 1981 se elevó en ese mes a 60. De acuerdo con las estadísticas de Movilla consignadas en el libro de defunciones de la Alcaldía los niños muertos en el mes de mayo por gastroenteritis fueron 60, paros cardíacos-respiratorios 42.

Muchos médicos consultados ayer por El Heraldó exteriorizaron su preocupación por el término paro cardíaco-respiratorio que aparece en el libro de registros de defunciones de la Alcaldía como causa de la muerte de incontables menores de edad.

Estos médicos dijeron que los paros cardíacos respiratorios son la consecuencia de otras enfermedades como por ejemplo la gastroenteritis; uno de estos galenos señaló que valdría la pena que los Servicios de Salud del Atlántico se pronunciaran sobre el particular para aclarar de que mueren los niños en cuyas boletas de defunción aparece la frase "Paro cardíaco-respiratorio". Otro médico, dijo que es más extraño que mueran en un mes 41 niños por paros cardíacos. (miércoles 3 de junio) El Heraldó.

Así mismo, el médico Libardo Diago Guerrero al referirse a la muerte de menores por paro cardíacos-respiratorios dijo que en realidad el paro cardíaco es el desenlace de cualquier enfermedad. Preciso que cuando la gastroenteritis llega a un estado avanzado sobre viene una complicación general y en consecuencia se produce un paro cardíaco.

Otros médicos consultados sobre este particular dijeron que en las boletas de defunción se debería anotar la verdadera causa del neceso con el fin de evitar falsas interpretaciones y equívocos como lo que

que tienen en este momento el Ministerio de Salud que no sabe si censar como muertos por gastro los 42 niños que perdieron la vida en 34 días en esta ciudad o por cual enfermedad.

De igual manera el Ministro de Salud, Dr. Alfonso Jaramillo Salazar en relación a los paros cardíacos dijo: " El paro cardíaco es el desenlace de una afección de tipo inmediato, es decir que cualquier género de afección puede determinar el desenlace por intermedio de un paro cardíaco, pero no significa obligatoriamente que haya sido provocado por la gastroenteritis.

Con respecto a la epidemia de gastroenteritis, el Ministro de Salud manifestó: quiero decirles que desafortunadamente en todos los inviernos en Barranquilla se presentan casos de gastroenteritis. Que la cifra de 50 niños muertos es real y el Gobierno teniendo en cuenta de que las diarreas son las que provocan el mayor número de muertos en el país ha estado haciendo un gran esfuerzo a través del programa de integración nacional para mejorar las condiciones de la calidad del agua potable. Programamos una acción para disminuir la mortalidad por las diarreas instalando en Bogotá una planta para la preparación de sales para la rehabilitación oral. El programa arranca por primera vez en el mes de agosto, pero teniendo en cuenta la emergencia de Barranquilla desde ayer comenzamos el programa de re-

hidratación Oral precoz para tratar los casos de diárrrea.

Añadió que este programa de rehidratación oral ha sido diseñado desde hace dos años y por fin se va a poner en marcha.

De igual manera el coordinador de consultas de urgencias de la unidad asistencial del Seguro Social del Barrio de Las Palmas, señor Benjamín Pérez Payares, confirmó que se vienen registrando errores en la elaboración de los certificados de defunción con los cuales, por ignorancia tal vez se quiera hacer ver que los menores afectados por las dos epidemias mueren por causas de paros cardíacos y deficiencias respiratorias. Mediante ese diagnóstico sin fundamento, por que la muerte es precisamente provocada por un paro cardíaco-respiratorio precisó el galeno.

Por su parte el Director del Hospital Pediátrico, Dr. José Antonio Bojanini, reconoció que muchos niños cuyos fallecimientos han sido atribuidos a presuntos paros cardíacos-respiratorios por parte de algunos médicos se debieron a una complicación originada en una gastroenteritis o en una bronconeumonía, precisó el Dr. Bojanini que el paro respiratorio es el resultado final y no la causa primaria de la muerte de muchos niños.

De éste modo el médico José Antonio Bojanini explicó a los reporteros de El Heraldó la confusión creada por algunos médicos de ese Centro - quienes en el registro de cada niño fallecido con un cuadro clínico -

de gastroenteritis, colocaban la frase "Pare Respiratorio."

El Secretario General del Ministerio de Salud, Eduardo Guerrero Sanabria, admitió que la ciudad vive una verdadera crisis sanitaria, pero señaló que el problema tiene solución por lo que pidió la colaboración de los ciudadanos.

Confirmó que en este momento es la única ciudad del país que sufre las consecuencias de epidemias como la gastroenteritis.

1.4 EL SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO Y SUS REGIONALES.

El Servicio de Salud del Atlántico cuenta con dos regionales. La regional de Barranquilla y la regional de Sabanalarga; para nuestro estudio nos ubicaremos en la regional de Barranquilla.

A esta regional corresponde los siguientes hospitales: Hospital Pediátrico, Hospital de Soledad, Hospital Infantil San Francisco de Paula, Hospital de Barranquilla, Hospital Universitario, Hospital Mental, Hospital del Niño Jesús, Hospital de Campo de la Cruz.

La unidad regional de Barranquilla abarca 15 municipios: Barranquilla, Soledad, Galapa, Puerto Colombia, Polo Nuevo, Sabanagrande, Santo Tomás, Palmar de Varela, Tubará, Juan de Acosta, Ponedera.

Puestos de Salud: Caracolij, La Playa, Salgar, Pital.

Centros de Salud: Nazareth, Vía 40, Alboraya, Las nieves, ElBosque, -

Soledad, Malambo, Palmar de Varela, Ponedera, Polonuevo, Usiacuri, Juan de Acosta, Piojó, Tubará.

El Servicio de Salud del Atlántico realiza una magnífica labor de salubridad a través de sus hospitales, centros y puestos de salud. Está destinado a resolver las necesidades de salud de la comunidad en sus diferentes aspectos y aún en sus zonas más apartadas.

Le corresponde al Hospital Infantil San Francisco de Paula y al Hospital Pediátrico por ser centro de atención especializada en Pediatría atender los casos de epidemia presentados y entre ellos se ha tomado de centro de estudio al Hospital San Francisco de Paula.

Es de anotar que Barranquilla presenta un déficit de centros de asistencia médica para la atención de las enfermedades infantiles, de ahí que la atención médica para este grave problema se ha concentrado en el Hospital Infantil San Francisco de Paula y en el Hospital Pediátrico, con un déficit de camas en cada uno de ellos lo cual obstaculiza ofrecer oportunamente la atención y hospitalización de los menores.

El Hospital San Francisco de Paula tiene capacidad para atender unos 300 pequeños, sin embargo, dada la emergencia sanitaria y epidemiológica de la ciudad ha tenido que suspender la cirugía programada y el internamiento en la sala de medicina interna para

disponer de 40 camas más con el fin de prestar una atención oportuna a los pacientes solicitantes de los servicios.

Se puede precisar que todo el problema de las epidemias se ha concentrado en este centro asistencial donde a pesar de la escasez de cama muchos niños son atendidos improvisadamente en rústicas bancas de madera con el fin de salvarles la vida. Actualmente esta institución se ha convertido en centro de hidratación.

1.5 INFORME DEL SERVICIO DE SALUD.

Para completar el estudio de gastroenteritis: investigué en el Departamento de Estadística del Servicio de Salud los datos de morbilidad, actualmente no se están llevando las estadísticas de mortalidad. Ellos dicen que esta estadística le corresponde darla es el DANE. De ahí fui al DANE y me informaron que desde 1.975 la estadística de mortalidad le corresponde darla al servicio de Salud.

La tasa de morbilidad le corresponde al servicio de salud de darla, actualmente lo que hay es una desorganización.

La tasa de morbilidad de los pacientes del Hospital Infantil de 1980 fue dada de 5.825 y de 1.981 fue de 3.443.

Según la información del Heraldo la tasa de mortalidad de las diferentes instituciones fue de 50 niños.

Se puede establecer que las causas de morbilidad en el país muestran todavía un alto componente de infecciones, parasitismo tiene sus principales víctimas en los niños, lactantes y pre-escolares.

La información sobre morbilidad se obtiene de tres maneras cada una con sus ventajas y desventajas; a) la percepción que cada persona tiene de su enfermedad. b) la evidencia de enfermedades expresada por la reacción del individuo ante los pacientes y que se traduce en la solicitud de servicios de salud y la incapacidad para sus actividades ordinarias, estas dos maneras de conocer la morbilidad son de carácter subjetivo y están determinadas por la cultura y el nivel social del individuo y reflejan los conceptos de la gente sobre las enfermedades y los servicios de la salud. c) la tercera manera consiste en evidenciar la enfermedad mediante exámenes médicos y pruebas de laboratorio. Esta información aunque es más objetiva, no incluye a un gran sector de la población que no tiene acceso a los servicios de Salud. Las tres maneras revisten importancia para nuestro propósito puesto que bien es cierto que en muchas cosas para sentirse enfermo realmente, en muchas otras aunque sean menos lógico, para estar enfermo basta sentirse enfermo.

Y que tiene un manejo sencillo para las amas de casa, las instrucciones para el uso de estas sales son muy fáciles y las ha de dar el médico

en los diferentes centros de salud de la ciudad, por lo cual el ministro ha enviado cantidad de estas sales.

De la misma manera el ministro admitió que estamos ante una situación e irregular con respecto de las epidemias, confirma a la vez que el ministro emprendió una campaña Nacional de vacunas masivas.

1.6 PROPUESTAS DEL GOBIERNO PARA ATENDER LA PROBLEMATICA INFANTIL EN BARRANQUILLA.

A raíz de las epidemias se plantea la construcción de planta desales rehidratantes en el mes de agosto próximo entrara en operación la planta física de sales rehidratantes que construye el Ministro de Salud, para combatir el problema de la gastroenteritis en el país.

La planta con un costo aproximado de 10 millones de pesos de levanta en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud informó el director de la entidad. Hernando Vidales Neira.

Señaló el funcionario que ya se tienen dos equipos necesarios para poner en operación el complejo y se espera que a finales del mes entrante las instalaciones físicas ya se encuentren concluidas. Indicó que con la planta de sales rehidratantes se podrá combatir el problema de la gastroenteritis en el país. Hacia donde se proyecta el mayor crecimiento urbano en lo que a estratos populares se refiere y donde

la población infantil gozará de estos servicios.

A nivel local la crisis epidemiológica es atendida por las autoridades seccionales que han reconocido el drama de la situación sanitaria latente en Barranquilla:

Por tal razón en el despacho del gobernador se reunieron el 13 de Junio de 1.981 el gobernador del Departamento Roberto Paccini Solano, el jefe de los servicios seccionales de salud y los comisionados del Ministerio de Salud con el fin de estudiar los planes de trabajo que quedan condensados en los siguientes puntos;

1) Suministrar a todos los centros de salud y hospitales de la ciudad y del departamento sobres de sales rehidratantes orales cuya preparación es como sigue:

Una vez destapado el sobre se vierte en un litro de agua hervida se hace incapié en que todos los implementos utilizados para la preparación del suero deben estar completamente limpios y hervidos. Las demás instrucciones que se hagan necesarias para el niño afectado de la enfermedad diarreica, serán suministradas por el personal de salud capacitado para la atención de los niños.

2) Una vez que el niño presenta una deposición líquida debe asistir al centro de salud más cercano para iniciarle el tratamiento.

En el despacho del Gobernador se reunieron ayer Roberto Paccini So -

lano Gobernador del Departamento, el alcalde encargado (Ernesto Tarud Tarud), el director de los servicios de salud del Atlántico Calixto Manotas Pertuz; Los directores de los Hospitales Pediátrico e Infantil San Francisco de Paula, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Metropolitana (José Camargo Sánchez); el director del programa de campañas epidemiológicas del Ministerio de Salud (Armando Perez Castaño); el Jefe de estadística de la alcaldía (Rafael Fajardo Movilla); El director de la unidad Regional de Salud (Plinio Martínez); el jefe de la división de aseo de las Empresas Públicas Municipales (Luis Varela Consuegra); con el fin de analizar la situación sanitaria de la ciudad y evaluar los resultados de las campañas que adelantan las entidades encargadas de la salud. Luego de analizar los reportes emitidos por las distintas entidades se llegó a las siguientes conclusiones;

a) Enfermedad diarreica aguda: en la actualidad se está atendiendo un mayor número de casos de esta enfermedad en las diferentes instituciones sanitarias, casos que están siendo adecuadamente tratados tal como se puede apreciar en el mercado descenso observado por esta enfermedad. De la misma manera, las autoridades sanitarias solicitan a las madres que continúen asistiendo oportunamente a los centros y puestos de salud para que los niños reciban el tratamiento adecuado.

b) Acciones inmediatas adicionales: Las Empresas Publicas Municipales concientes del estado de suciedad en que viven fundamentalmente los sectores tuguriales, han puesto en marcha conjuntamente con los servicios integrados de salud, la alcaldía y el Ministerio de Salud un programa adicional de limpieza encaminados a la erradicación de los botadores de basura clandestina ubicados en estas zonas periféricas y la fumigación de toda la ciudad.

Para dicho programa se cuenta con el concurso de diferentes entidades privadas así como del ejercicio, la policía y la Base Naval.

El Gobierno ha trazado programas de salud y saneamiento y de integración de servicios y participación comunitarias en zonas marginales urbanas.

Desde hace tiempo existen muchos problemas de deterioro físico, la marginalidad es fundamental una condición social, resultante de la falta de acceso a los servicios de educación y salud, todo lo cual tiene obviamente repercusión económica y social que se traducen en la no incorporación de un grupo cada vez mayor de gentes a los beneficios del desarrollo económico y sociales.

En Colombia la población urbana marginada está creciendo aceleradamente por la alta tasa de natalidad de las familias urbanas, de bajos recursos y por los movimientos migratorios producidos por un creciente desequilibrio entre el campo y la ciudad. Sin embargo ,

la ciudad no ha tenido capacidad para responder a las necesidades de servicios sociales generados por una fuerza de trabajo engrosada por los migrantes y menos aún ha satisfecho sus aspiraciones de empleo ni las crecientes demandas por servicios públicos. En consecuencia, surgen "los barrios nuevos", ilegalmente establecidos. Estos barrios, además de no solucionar el problema de los marginados se constituyen en factor que impide el crecimiento ordenado de la ciudad.

No hay centro urbano que no esté afectado en su estructura por esta realidad. El Gobierno Nacional es consciente de esta situación y por ello ha querido emprender programas, tanto en el sector rural como en el urbano, que tiene como objetivo mejorar el nivel de vida de los grupos involucrados en el problema de la marginalidad.

Uno de estos programas es el denominado Programa de Integración de Servicios y Participación Comunitaria en Zonas Marginales Urbanas, cuyas características en este capítulo.

Este programa acepta como premisa fundamental el que la población marginada puede incorporarse a los beneficios del desarrollo si se ataca el problema en forma integral y coordinada; entendiéndose como enfoque integral aquel que contempla acciones de salud, capacitación, empleo, servicios comunitarios, actividades culturales,

recreacionales, vivienda y servicios públicos.

Pero no basta con planes técnicamente, si la comunidad no se siente estimulada a participar en la solución de sus propios problemas.

Por tal razón los organismos del Estado involucrados en el diseño y ejecución del programa deberán tener en cuenta la participación que se logra a través de la organización y promoción social.

El Programa de Integración de Servicios en Zonas Marginadas busca iniciar un mejoramiento en las condiciones de vida de uno de los grupos más de la sociedad, mediante la utilización racional del potencial humano de la comunidad y mediante la prestación efectiva de los diferentes servicios sociales, públicos y comunales, que ofrece el Estado. La situación de deterioro social actual se atacará de tres maneras:

- 1) Protegiendo a la familia mediante la atención preferencial a la infancia y a la juventud a través de servicios pre-escolares para niños de 0 a 7 años, servicios escolares para la población de 7 a 14 años y una acción estatal en los campos de la cultura, la salud, la nutrición, la recreación y el deporte.
- 2) Incrementando el ingreso familiar a través de la creación de empleos, la capacitación y la organización de empresas individuales o comunitarias.
- 3) Mejorando las condiciones físicas e higiénicas de vivienda a

través de un fondo de mejoramiento habitacional que facilite el crédito para vivienda a los habitantes de los tugurios. En forma simultánea se emprenderán proyectos de prestación de servicios públicos mínimos, especialmente agua potable y alcantarillado.

Para lograr estas metas se proponen la creación de Centros de Desarrollo Vecinal (DDV) y Bancos de Trabajo.

Centros de Desarrollo Vecinal. Son las unidades operativas de prestación de servicios a la niñez, a la familia y a la comunidad en general en forma integral y coordinada. Puede existir una instalación física especialmente construida para la ubicación de los diferentes servicios, o estos, existir físicamente separados pero dentro de un radio de influencia claramente determinado y operando de acuerdo a una programación previamente estructurada.

En los CDV se integrarán los servicios de salud y educación, fortalecidos para procurar una atención eficiente y una cobertura mayor. Los servicios comunitarios de carácter cultural, recreacional y nutricional dependerán de las características de la comunidad y de la expresión prioritaria de sus necesidades. Un CDV prestará básicamente los siguientes servicios:

-- Educación. Incluye las acciones en el campo pre-escolar, de educación primaria, de capacitación formal vocacional y de educación

- Salud. Comprende los servicios de atención médico-preventiva, servicios odontológicos y servicios materno-infantiles, a través de un centro de salud.
- Servicios Comunitarios. El CDV contará con espacios e implementos para desarrollar diversas actividades dentro de la concepción de atención múltiple a la comunidad. Estos servicios son los siguientes: Cafetería y restaurantes escolares, biblioteca y sala de lectura, servicios de extensión social, salón múltiple y actividades recreacionales y deportivas.
- Bancos de Trabajo. Estos constituirán el principal mecanismo de creación de empleo dentro de los Centros de Desarrollo Vecinal. Su objetivo fundamental es proporcionar, mediante una organización flexible y práctica, herramientas, equipo, materiales y la asesoría técnica necesarios en el desempeño de actividades para las cuales se ha capacitado a la fuerza de trabajo. Este programa se coordinará también con cursos de capacitación en programas preparados para tal efecto. En apoyo al objetivo de aumentar el empleo, los CDV actuarán como bolsas de empleo a nivel de la zona cubierta, sirviendo como intermediarios de información y orientación entre empleadores y trabajadores. Tendrán además, la función de canalizar créditos menores para la conformación de empresas indivi -

duales o comunitarias. La dotación en herramientas y equipos conformarán el capital inicial de un Fondo Rotatorio para Empleo en cada Banco de Trabajo. Estos serán así un instrumento para aumentar y estabilizar el ingreso familiar y un mecanismo de promoción del ahorro individual y colectivo en la medida en que las empresas comunitarias pueden capitalizarse.

Para lograr una eficaz realización del programa será necesario coordinar las instituciones gubernamentales con la comunidad y fijar un orden prioritario en cuanto a las áreas de proyectos de las acciones a ejecutar.

Condición indispensable para la realización del Programa en las diferentes ciudades es el conocimiento de la realidad del fenómeno de marginilidad de la jerarquía e importancia de cada ciudad como polo de atracción, su potencial económico, equipamiento, el tamaño de su población y su capacidad de generar empleo.

Para tal efecto, se ha tomado como base la jerarquización de los 58 principales centros urbanos del país realizada por la Unidad de Su Desarrollo Regional y Urbano del Departamento Nacional de Planeación. Dentro de estos 58 centros se efectuó una preselección con criterios que tuvieron en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

Tamaño de la población indicadores socio-económicos y de infraestructura, localización e importancia regional de los centros y el grado de protección o desprotección institucional.

De acuerdo con las anteriores consideraciones se han seleccionado como posibles áreas de proyectos las ciudades intermedias cuya población oscila entre 50.000 y 400.000 habitantes, de las cuales 16 son capitales de departamentos. No se incluyeron en esta preselección a Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla por las siguientes razones:

- a) Aún cuando en estas ciudades se presenta en una dimensión mayor el fenómeno de la marginalidad, también es cierto que estos centros urbanos gozan de mayor protección institucional, tiene mecanismos propios de desarrollos urbano y mejores posibilidades y alternativas de financiar sus propios programas.
- b) La acción del Estado se ha concentrado tradicionalmente en estas cuatro grandes ciudades si es necesario distribuir más equitativamente la inversión pública.
- c) Es indispensable orientar los flujos migratorios hacia las ciudades intermedias y los centros locales a través de incentivos que alivien la presión demográfica sobre las cuatro grandes ciudades.

En tal sentido debe haber una provisión adecuada de servicios en las

ciudades intermedias que respondan a las aspiraciones y necesidades más urgentes de los migrantes.

En la jerarquización de las ciudades intermedias se tuvieron en cuenta indicadores correspondientes a diversos aspectos del desarrollo que muestran la importancia de cada de los centros urbanos de la estructura regional del país. Sin embargo, como el propósito del presente Programa es contribuir a solucionar una situación de características negativas como es la marginalidad urbana, fue necesario medir los niveles de subnormalidad en estas ciudades, Con este propósito se seleccionaron cuatro grupos de índices y utilizando las estadísticas disponibles, se estableció una jerarquización de la cual se objeto una selección final de centros urbanos por niveles de marginalidad, así: Cúcuta, Villavicencio, Valledupar, Ibagué, Sincelejo, Barrancabermeja, Montería, Neiva, Pereira, Girardot, Cartago, Bucaramanga, Armenia, Tulúa, Pasto, Manizales y Santa Marta.

Sin embargo los criterios de selección que permitieron clasificar los centros anteriormente enumerados deben interpretarse como con marco de referencias en la selección final. Por esta razón , y teniendo en cuenta que dentro de los 58 centros urbanos que contempla la jerarquización inicial existen preponderantes problemas de marginalidad y tomando en consideración los criterios de una equitativa distribución regional

y promoción del desarrollo fronterizo, se han incluido seis centros urbanos que, aunque no están en el grupo de ciudades intermedias, tiene especial importancia como polos de desarrollo.

Estos seis centros son: Tumaco, Sabanalarga, San Andres (Islas), Quibdó, Maicao y Turbo.

No es aconsejable en esta primera etapa ampliar el cubrimiento del programa a todos los 58 centros urbanos de la jerarquización antes mencionada, ya que la dispersión de los recursos financieros fueron del programa nos permitirán llevar a cabo soluciones significativas en todos y cada uno de ellos. En la mayoría de los centros urbanos no seleccionados el fenómeno de marginalidad no se presenta con la misma gravedad con que se da en las ciudades seleccionadas; en alguna de las cuales las condiciones de deterioro social son alarmantes.

Las ciudades no incluidas requieren en la mayoría de los casos otros tipos de acciones de desarrollo. Sin embargo, que a medida que el avance del programa lo permita, y se haya comprobado el éxito de sus objetivos, se irá ampliando la cobertura a nuevos centros con nuevos recursos internos y externos.

Para la ejecución del programa de Integración de Servicios de Zonas Marginales Urbanas se prevén dos niveles de decisión, Uno de orden nacional, cuya responsabilidad estará a cargo de la Secretaria de Inte-

gración Popular de la Presidencia. Corresponderá a esta Oficina la coordinación inter-institucional, la obtención de los recursos específicos para el Programa, el establecimiento de las prioridades para la ejecución de los proyectos y la fijación de las responsabilidades de cada entidad participantes.

Para este fin la secretaria de Integración Popular contará con la asesoría técnica del Departamento Nacional de Planeación y la Unidad de Desarrollo Social será la encargada de ejecutar los trabajos que la secretaría señale.

A nivel local se contempla una coordinación inter-institucional que cubija básicamente a las entidades participantes y a la comunidad, Esta coordinación se hará a través de un Comité Directivo que funcionará en cada centro de Desarrollo Vecinal y será presidido por el Alcalde del respectivo municipio.

Las funciones básicas del comité Directivo Local se refieren al establecimiento de los mecanismos de acción y coordinación del programa, las asignación de responsabilidades en cada centro de desarrollo vecinal, la programación y los estudios a nivel de proyecto.

A Nivel Local la participación de la comunidad se considera de la mayor importancia, pero su acción no está limitada solamente a participar en los comités locales sino que deben contribuir a su propio de-

sarrollo a través de la promoción la organización y la capacitación de sus miembros, de tal suerte que la comunidad pueda ser directamente responsable de la administración de los centros de desarrollo vecinal.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar atenderá la prestación de los servicios relacionados con la niñez y la familia. Actuará a nivel local a través de las oficinas Seccionales, Será la agencia responsable del funcionamiento de las guarderías infantiles, de la educación preescolar, del restaurante escolar y del programa de educación nutricional, así como los servicios de extensión social en lo concerniente a la asesoría que debe prestarle al personal y familias en los aspectos de su vida individual y colectiva.

Por otra parte, el Instituto de Crédito Territorial tendrá a su cargo la construcción y dotación de los centros de Desarrollo Vecinal, la infraestructura y los servicios básicos a sí como el funcionamiento de los fondos rotatorios de mejoramiento habitacional.

El Servicio Nacional de A rendizaje SENA será la entidad encargada de prestar las asesoría técnica de los bancos de trabajo, utilizando la experiencia de sus programas móviles y urbanos (PMU). De su labor está encaminada a impartir formación profesional a personas desamparadas a través de una acción integrada con mira a lograr una organización so-

cial y de producción en áreas marginadas. Por lo demás el sub-programa mantendrá un contacto permanente con los distintos sectores empresariales, y realizará investigaciones sistemáticas para detectar y aprovechar las oportunidades de empleo para sus beneficiarios.

Los cursos serán de una variedad tal que respondan a la característica de cada zona. Específicamente el Sena desempeñará los siguientes labores:

- Capacitación de Mano de Obra.
- Préstamo de materiales y herramientas para desarrollar actividades de los bancos de trabajo.
- La organización y puesta en marcha de la bolsa de empleo con el respaldo técnico para contratar empleo o trabajo para su usuarios.
- La asesoría técnica para el montaje de pequeñas industrias individuales o comunitarias con el respaldo financiero de entidades que provean los recursos monetarios para el Fondo Rotatorio, finalmente, la promoción del empleo en los sectores industriales y comerciales que pueden absorber mano de obra calificada a través del programa en cada una de las ciudades.

El Ministerio de Salud Pública a través de los servicios seccionales de salud tendrá a su cargo el funcionamiento de los centros de salud y de la campaña de saneamiento ambiental. Será responsable de la provisión de

los recursos humanos y financieros para el funcionamiento de este servicio.

El Ministerio de Educación Nacional será responsable de la enseñanza primaria a través de la Secretaría Departamentales de Educación quienes proveerán los maestros y equipos necesarios para el funcionamiento de las escuelas de cada centro.

Además, participarán en forma integral otras entidades como el Instituto Colombiano de la Juventud y el Deporte, el Instituto Colombiano de Cultura y cualquier instituto o entidad pública o privada cuya participación a nivel local se considere importante.

Por otra parte, la Corporación Financiera Popular apoya a aquellos proyectos de empresa comunitarios o individuales cuya factibilidad financiera sea demostrable.

Los programas de salud es la forma de contribuir al bienestar de la comunidad reconoce que el principal recurso de una sociedad es su capital humano, los altos índices de las enfermedades de la población reduce sustancial productivo de la fuerza de trabajo y tiene repercusiones negativas en el desarrollo de las futuras generaciones.

En 1.981 la mortalidad infantil ha aumentado refiriéndose a los niños que padecieron gastroenteritis. Que han descuidado las medidas preventivas sobre saneamiento ambiental y condiciones sanitarias, estas circunstan-

cias presentan un déficit en los aspectos relacionados con la salud.

No obstante los logros alcanzados a través del tiempo, las condiciones de salud de un amplio sector de la población colombiana son de características alarmantes. Los tradicionales problemas de nutrición y de enfermedades infecciosas continúan siendo la causa predominante en la morbilidad y de la mortalidad, especialmente en los grupos de menor edad.

De total de muertes en el país, el 43.1% ocurre en niños menores de 5 años que constituyen el 18% de la población. Las defunciones de los niños menores de un año sin tener en cuenta el sub-registro, ascienden al 26.6% del total a pesar de que solo se presentan el 3.9% de la población.

La falta de una adecuada provisión de servicios sanitarios tiene sus graves repercusiones sobre los estados de salud, puesto que el 50% de las enfermedades contagiosas son transportadas por el agua y son precisamente enfermedades en gran parte de origen hídrico, tales como la gastroenteritis y la diarrea, la principal causa de muerte hasta los 15 años. Esta situación afecta básicamente a las zonas rurales debido a que solo el 29% de estas cuentan con servicio de agua potable, mientras que en las zonas urbanas el 73% de la población dispone de este ser -

vicio.

Es importante resaltar la íntima relación que existe entre el problema anteriormente descrito y la desnutrición. En efecto las enfermedades infecciosas dificultan la absorción de los alimentos y agravan la desnutrición y, a su turno, la persona desnutrida se enferma más fácilmente y tiene menores posibilidades de mejorar su estado de salud.

En cuanto se refiere al servicio de atención médica y hospitalaria y el sector privado atiende un 15% de la población y las instituciones de seguridad social el 10% correspondería al Ministerio de Salud y su agencia la atención del 75% restante, sin embargo su cobertura actual alcanza solamente a un 39%.

La capacidad hospitalaria en el país es de el 46.625 camas con una tasa de ocupación promedio del 70.8%. Este índice varía entre el 14% en los hospitales pequeños de menos de 10 camas (básicamente rurales) y el 82% en los grandes, con más de 500 camas. Este bajo grado de utilización indica la existencia de factores tales como deficiencia en la comunicación, mala localización de los servicios, desconocimiento de su existencia, baja calidad en la atención y falla en la administración.

A pesar de que existe en el país más o menos 12.000 médicos (1 por cada 2.000 habitantes) el problema fundamental radica en su mala distribución geográfica, con una concentración del 74.2% en las capita -

les de Departamento, cuya población es aproximadamente un 35% del total del país. En cuanto se refiere al recurso odontológico y de enfermeras, la distribución geográfica es similar a la descrita para el recurso médico pero su disponibilidad es aún más baja. Aunque se han hecho esfuerzos sustanciales en la formación y capacitación de personal paramédico y auxiliar, los programas solo cubren una tercera parte de la población rural.

El diagnóstico aquí descrito refleja de manera muy general algunos aspectos de la situación de salud del país. En síntesis, la mitad de la población no tiene acceso a atención médica, como lo indica el hecho entre otros, de que el 40% de las defunciones no tienen la respectiva certificación.

Como política para el Sector Salud el Gobierno Nacional ha identificado las siguientes:

- 1) Aumentar la cobertura de los servicios de salud con prioridad en el grupo materno-infantil considerado como el más vulnerable de la población. Esto con el objeto primordial de reducir la mortalidad y la mortalidad del niño, especialmente en las edades de mayores exigencias para su desarrollo.
- 2) Disminuir la brecha que en materia de servicios relacionados con la protección de la salud separa aún a las poblaciones rurales de -

las urbanas.

- 3) Disminuir la morbilidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias, mediante el incremento de los programas de medicina preventiva, con énfasis en el suministro de agua potable, alcantarillados y campañas de vacunación. Se fomentará la educación sanitaria con el fin de que la comunidad se informe sobre las enfermedades, el cuidado de la salud y los sistemas preventivos y de atención médica.
- 4) Utilizar al máximo la capacidad hospitalaria existente en el país para aumentar y mejorar los servicios de recuperación de la salud. Se buscará dotar todas estas instituciones con recursos humanos y demás elementos indispensables para su funcionamiento.
- 5) Aumentar la formación del personal paramédico y auxiliar a un nivel tal que sea posible delegarle la prestación del mayor número de servicios básicos de salud, con una adecuada supervisión que garantice la calidad de los mismos.
- 6) Coordinar todas las instituciones que de manera desarticulada e inconexa trabajan en busca del mejoramiento de la salud, con el fin de evitar en todas las formas posibles la duplicación de acciones y la dispersión de recursos físicos y humanos, Vale la pena destacar la nueva legislación que se ha dictado para formar el Sistema Nacional de Salud, la cual facilitará la consecución de este punto de política.

7) Integrar los esfuerzos del Sector Salud con los de los demás de los sectores para lograr una mejor contribución al desarrollo social y económico del país.

Las anteriores consideraciones no significan que el Gobierno destinará única y exclusivamente sus esfuerzos a los grupos, áreas o sectores allí establecidos, con el abandono de otros objetivos diferentes a los arriba enunciados. Lo que se quiere significar es que el volumen adicional de recursos humanos, técnicos y financieros se destinarán a las áreas escogidas en una proporción mayor a la que se venía asignando históricamente.

Como instrumentos básicos para llevar a cabo los lineamientos de política anteriormente expuestos el Gobierno cuenta con:

1) El Sistema Nacional de Salud establecido por el Decreto Ley 056 de 1975 que tiene como eje central la regionalización de servicios con niveles de atención médica claramente definidos y tendrá cuatro niveles: rural, local, regional y universitario. La dotación de recursos humanos y técnicos así como la capacidad de prestación de servicios, se incrementa paulatinamente desde el nivel rural cuya unidad básica es un promotor de salud, pasando por el nivel regional en donde se cuenta con personal médico y paramédico especializado en algunas áreas básicas, hasta el nivel universitario que dispone del personal altamente especializado en algunas áreas bási-

cas, hasta el nivel universitario que dispone de personal altamente especializado, Se busca una utilización más eficiente de los recursos mediante la remisión del paciente al nivel que le corresponda de acuerdo a su estado de salud.

Así se evita la innecesaria congestión que se presenta en los varios centros hospitalarios de los niveles más elevados por pacientes con patologías que pueden ser atendidas en los niveles más bajos.

2) El plan Nacional de Alimentación y Nutrición que por sí solo es toda una estrategia de desarrollo. Sus programas y proyectos ya han sido descritos en el capítulo anterior.

3) El Plan de Inversión en Acueducto y Alcantarillados, elaborado para el período 1975-1978. Este se dirige fundamentalmente a la población colombiana de bajos ingresos, que difícilmente lograría este beneficio por autofinanciación de las obras. El Plan estimulará el auto-desarrollo de los organismos regionales encargados de la prestación de los servicios, sobre la base de una descentralización administrativa que propicie la participación local en el planeamiento y solución de sus problemas.

4) La Ley 27 de 1974 mediante la cual se crean los centros de atención integral al pre-escolar, para los hijos de los empleados públicos y de los trabajadores oficiales y privados, tienen como objetivo el lograr

un mejor desarrollo biológico, síquico y social de la niñez colombiana. Estos programas y servicios se extenderán a la población menor de 7 años proveniente de trabajadores independientes y de padres que se encuentran en estado de desempleo,. Los centros contarán con personal idóneo que garantice una prestación eficiente de los servicios y serán unidades operativas de enlace entre la comunidad y el Estado para campañas relacionadas con la salud y la nutrición.

CAPITULO II

EL PROBLEMA DE LA GASTROENTERITIS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.-

2.1 INSTITUCION : HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.

2.1.1 . DESARROLLO HISTORICO DE LA INSTITUCION.

NOMBRE DE LA INSTITUCION. Hospital San Francisco De Paula.

FUNDACION (Inicio hasta la actualidad Junta Directiva Actual.).

En los años 1.930- 35 la ciudad de Barranquilla contaba con un centro de protección Infantil el cual prestaba servicio de consulta, despacho de formula , etc. en donde acudían niños en solicitud de salud. Pero por carecer de un sitio adecuado para el alojamiento de pacientes quienes requerían de cuidados y tratamientos especiales, la asistencia médica no podía ser completa.

Teniendo en cuenta estas necesidades, La Srta. Elisa Roncallo Villar, en 1.934 tuvo la iniciativa de fundar con ayuda de la ciudadanía y del gobierno seccional, una institución Hospitalaria Infantil la cual estuviera dotada de salas de consultas, operaciones, despacho de fórmulas y 4 a 5 pabellones debidamente acondicionados para el aloja -

miento hasta de 100 niños.

Por tal motivo, el 26 de Octubre de 1.935 en casa de Don Alberto Roncallo, se llevó a cabo una reunión, con el fin de constituir la Junta Directiva, en donde estaban presentes Doña Mariana de Smith. Elena Rosado, Elisa Roncallo, Joaquín Roca, Doctor Martín Camacho. Para la construcción de esta institución, el señor Alberto Roncallo, donó el terreno donde actualmente se encuentra el Hospital, y los planos fueron elaborados por el Doctor Martín Camacho. Una vez conocido el presupuesto y el costo de la construcción se convocó una junta de las personas pudientes de la Ciudad, con el fin de que contribuyeran con su aporte, a la construcción de tan magna obra.

En un principio, el Municipio, Empresas, Industrias y damas de la ciudad encabezadas por Doña María Michelsen de López, conatribuyeron con sus donaciones en la iniciación de dicha obra. Sin embargo, llegó el momento en que las donaciones caritativas no fueron suficientes siendo necesario entonces acudir a la Asamblea Departamental con el objetivo de lograr un auxilio para la continuación de la obra, objetivo que no ha sido alcanzado por la indiferencia de los diputados de la época. Ante la imposibilidad de la ayuda departamental, la ciudadanía se ofreció a respaldar la obra ya iniciada. Es importante anotar que los pabellones fueron construidos paulatinamente, algunos de ellos donados por diferentes entidades.

Con la colaboración e interés del Club Rotario en el año 1.939 fué puesto al servicio de la ciudadanía consulta externa. En 1.940 se inauguraron los servicios médicos; en 1.941 por estar pasando el Hospital una crisis de abandono, se pensó en que la institución dejara de existir. A pesar de ésto el Club Rotario inauguró el Pabellón "Sala del Niño". Ante este hecho la ciudadanía se interesó nuevamente por la obra, poniendo todo su empeño para hacer posible la terminación de los trabajos materiales y del primer funcionamiento de los servicios médicos. Posteriormente por aporte de la Junta Directiva, se inauguró otra sala con un cupo de 25 camas.

Es importante señalar que en los meses 10 de funcionamiento, en las dos salas existentes, pasaron por ellas un total de 470 niños de los cuales 12 murieron.

Hasta el año 1.942, el Hospital trabajaba con la ayuda desinteresada de los laboratorios privados de los señores Henao y Rosado y del laboratorio Nacional de Higiene; pero debido a compromisos particulares, los resultados de los exámenes eran lentos dificultándose la labor médica. Por tal razón el Club Rotario inauguró en la semana del niño del 42 el laboratorio Clínico Hospitalito.

Posteriormente la Colonia Hebrea donó una sala la cual se llamaría Sala Infecto Contagiosa. Seguidamente fué puesta al servicio la sala

Santa Matilde la cuál fué abierta con el fin de hospitalizar niños pensionados, dicha sala fué donada totalmente por el mismo hospital. En la semana del niño de 1.943, el Club Rotario inauguró la Sala de Cirugía. Paulatinamente fueron inaugurados otras salas y servicios hasta llegar en 1.946 a un total de 100 camas y 4.597 hospitalizaciones. Al cumplirse 13 años (1.955) de fundado, se inauguró un nuevo edificio el cual contaba de las siguientes dependencias.

PRIMER PISO. Oficina de Rayos X, Banco de sangre, Sala de Cirugía para huesos, Cuarto de Esterilización, Sala de Fracturas y postura de yesos, pabellón de ortopedia, Salas de enfermos traumatizados y rehabilitación con capacidad para 20 camas, Pabellón de Lactantes (Capacidad 20 camas), lavandería y oficinas administrativas.

SEGUNDO PISO. Pabellón para vivienda de enfermeras (capacidad para 25 camas) donado por la Beneficiencia del Atlántico, casa de habitación para la comunidad religiosa (capacidad para 20) y cuarto privado para la reverenda.

Este año fueron atendidos 205- 362 niños de los cuales el 85% curados por mejoría y muertos el 2%. Es importante señalar que la semana del niño, ideada por el Club Rotario se realiza anualmanete en donde se llevan a cabo actividades que proporcionana a los niños horas de recreación y alegría; se les lleva a conocer sitios de interés como son

Los principales monumentos, fábricas, manufacturas, etc.

Se les brinda desayuno y almuerzo y otras atenciones llenas de sentimientos, lo más importante durante la semana son las atenciones médicas para los niños que las necesitan y merecen por su estado de indigencia.

Todo esto se hace en forma gratuita. El objetivo de la semana es el procurar defensa y protección a la infancia ya que esta es la futura generación que va a contribuir a la estabilización de las razas y el engrandecimiento de la patria.

En el hospital se lleva a cabo realizando en forma gratuita altas cirugías, diagnósticos, curaciones de enfermedades y hospitalizaciones.

A los 25 años de fundado el Hospital Infantil por el interés de doña Elisa R. de Rosado en la salud de los niños del Atlántico el hospital se alza a los ojos de todos como una institución que ha servido absolutamente a la población del Departamento, servicio recompensado por la baja en el índice de la mortalidad.

La mejor y única recompensa de quienes laboran en el hospital que pueden recibir es saber que los niños que han sido curados, salvados y restablecidos en los 25 años de labores, hoy son los hombres que laboran por el progreso del departamento.

2.1.2 OBJETIVOS INICIALES Y ACTUALES DE LA INSTITUCION.

Disminuir la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias, mediante el incremento de los programas de medicina preventiva.

Aumentar la cobertura de los servicios que se prestan en esta Institución hospitalaria.

Dotación de los servicios: Material y humano.

Aumentar la formación del personal paramédico y auxiliar a un nivel tal que sea posible delegarle la prestación de mayor número de servicios básicos de salud.

Coordinación de todos los servicios para un mejor funcionamiento.

Este hospital cuenta con la colaboración de futuros profesionales en la rama de las ciencias sociales como son Psicología y Trabajo Social y otras como los de Nutrición, Enfermería y Medicina correspondientes a las Universidades del Norte, del Atlántico, Metropolitana y Simón Bolívar. Cada uno de estos Departamentos elaboran su programación en coordinación con el Director General de la Institución quién da su aprobación para su ejecución.

Contribuir al bienestar de la población infantil prestando servicios a la niñez enferma para no dejar desamparados a un buen número de niños de escasos recursos económicos, que diariamente reciben atención mé -

dica en este centro con que cuenta la capital de Atlántico.

2.1.3 POLITICAS INICIALES Y ACTUALES.

La política de la institución básicamente es y ha sido la de mantenerla completamente aislada de la política partidista. Aquí se desconoce el partido político de quienes prestan aquí su concurso. Así mismo ha sido política invariable la de conservar la posición de fundación privada, independiente de la intervención gubernamental; por lo tanto la Junta Directiva de la institución es absolutamente autónoma para trazar políticas y programas conforme a los requerimientos del Hospital Intanfil ; y su única obligación con el gobierno está en rendir cuentas por aquellos valores que reciba como aporte gubernamental para el sostenimiento de la obra.

2.1.4 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA ADMINISTRACION

DISTRIBUCION DE FUNCIONES.-

JUNTA DIRECTIVA.- A la Junta Directiva corresponde el nombramiento del Presidente, los Vicepresidentes y el Secretario General, resolver sobre la apertura de oficinas, delegar en el Presidente o en los Vicepresidentes las facultades que consideren necesarias y autorizar a éstos para delegar facultades en los empleados del Hospital.

FUNCIONES DEL DIRECTOR. - El Hospital Infantil tendrá un director quien será la máxima autoridad ejecutiva de la institución y su representante

legal deberá ser médico colombiano en el ejercicio legal de su profesión y su nombramiento. Así el resto del personal técnico y administrativo del Hospital y de los centros y Puestos de Salud de su área de influencia, corresponden al Jefe de Servicios de Salud.

El artículo 7 explica las funciones del médico director:

- a) Desempeñar las actividades médicas del resto del personal para la debida atención a los pacientes.
- b) Elaborar los planos programa de Salud y proyectos de presupuesto, según los recursos y necesidades de su área de influencia, y los someterá a la aprobación del Servicio Seccional de Salud.
- c) Acatar las políticas, normas y prioridades que señalan los organismos de Dirección del Sistema para la ejecución de los planes y programas de Salud.
- d) Elaborar los reglamentos y manuales de procedimientos en colaboración con el personal técnico del Hospital de acuerdo con las normas que restablezca el Sistema Nacional de Salud.
- e) Responder ante el jefe de Servicios Seccional de Salud por la ejecución, supervisión y evaluación de los programas de su área de influencia.
- f) Informar al comité de participación de la comunidad en forma periódica, sobre los servicios que presta el Hospital y el desarrollo

de los programas y política del Servicio y del Ministerio de Salud.

g) Informar trimestralmente al Jefe de Servicio de Salud sobre la marcha del Hospital en su aspecto administrativo y técnico entre científicos.

h) Ordenar los gastos de acuerdo con la disponibilidad presupuestal.

i) Informar a nombre del Hospital las escrituras o documentos por los cuales se adquieran, transfieran se grave la propiedad inmueble o se limita el dominio de sus bienes raíces al cumplimiento de los trámites legales administrativos y fiscales emitidos a la aprobación del servicio Seccional de Salud.

FUNCIONES DEL SUBDIRECTOR TECNICO.

El artículo 8 explica que el Hospital tendrá un subdirector quien reemplazará al Director durante sus ausencias temporales y desempeñará las funciones que éste le delegue.

FUNCIONES DEL MEDICO.- Las funciones del médico son velar y atender el aspecto patológico de la enfermedad mediante un diagnóstico y tratamiento de éste.

TOMA DE DECISIONES

El Hospital Infantil está catalogado como uno de los centros especializados en Pediatría con que cuenta la capital del Atlántico y ello se debe a la confianza que de nuestros pacientes y familiares, los cuales

son numerosos a quienes les ha brindado sus servicios asistenciales y a la nota acertada escogencia de los funcionarios directivos quienes no han ahorrado esfuerzos para colaborar con la Institución.

La toma de decisiones es facultativa de la Junta Directiva, y por lo tanto, los poderes centrales no tienen ingerencia en tales decisiones por lógica, el Hospital se somete a la política general que traza el gobierno por intermedio del Sistema Nacional de Salud.

PROCESO ADMINISTRATIVO.

El proceso administrativo se desarrolla normalmente mediante la presencia de la comunidad religiosa, que tiene a su cargo el manejo y dirección de todo el servicio de enfermería y servicios de la Institución y de otra administradora que tiene a su cargo la vigilancia y cumplimiento de todo el personal de oficina. Por otra parte, existe un departamento de contabilidad, donde cuidadosamente se llevan las cuentas y demás información económica, devidamente controlado por un Auditor Fiscal. También existe el Síndico-Tesorero, quien es la única persona autorizada para manejar las cuentas bancarias y recibir dineros a nombre del Hospital Infantil.

En el Departamento de estadística se produce la evaluación de los trabajos ejecutados cuantitativamente y económicamente saliendo de allí toda la información requerida por la Presidencia para el adecuado ma -

nejo de la institución.

El funcional de la Trabajadora Social es el de realizar su proceso administrativo a nivel social con la asesora del Director General.

El proceso de planeación y organización son elaborados dentro de la realidad social en un 90% ya que debido a múltiples ocupaciones no le permite llevarlas a cabo, por consiguiente el trabajo social no se puede evaluar positivamente, una labor profesional que no halla sido realizada a conciencia sino presionado a ajustarse a las políticas y programas que los dirigentes exigen, limitando su labor a ejecutar un proceso con características de éste sistema y su clase dominante.

2.1.5 COORDINACION INTERDISCIPLINARIA E INTERSTITUCIONAL.

El Trabajo Médico en equipo con la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y su familia, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de la recuperación y el mantenimiento de la salud. Ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos y destrezas para solucionar problemas que requieren técnicas pertenecientes a distintas disciplinas, las que deben ser aportadas por el médico, la enfermera, el Trabajador Social, la Psicóloga la Dietista y otros terapeutas.

Cada uno de estos profesionales trabajando aislados o individualmente con un mismo paciente, no podrían de ninguna manera lograr su recupe -

ración aunque apliquen al máximo sus conocimientos. Es por ello que una de las características del tratamiento moderno es el trabajo en equipo. Una de las características de la coordinación interdisciplinaria e interinstitucional está dada por la conciencia de todos los miembros, de su interés por lograr un mejor funcionamiento.

2.1.6 RECURSOS.

FINANCIEROS. Los mayores recursos financieros para el sostenimiento del Hospital Infantil, son producidos por el mismo hospital que ha creado salones de pensionados, cuyo producto se destina íntegramente al sostenimiento de las salas generales para niños de bajos recursos económicos; Así como los valores que se recolectan por consulta, hospitalizaciones, laboratorios, rayos X, cirugías etc.

Es decir que el hospital no cuenta con presupuesto adecuado para trabajar en solvencia económica. En la actualidad en el centro asistencial, el 87% de los ingresos son provenientes de ventas de servicios o sea atención a pacientes y alguna que otra donación durante el año.

El resto del ingreso anual o sea el 13% vienen de auxilios que entrega la Beneficiencia del Departamento que aporta un millón de pesos al año dos millones y tres que entrega el Ministerio Nacional de Salud.

Se está solicitando que la partida gubernamental sea aumentada a fin de cumplir con los compromisos como son los sueldos, compra de elementos quirúrgicos y otros que han tenido un aumento en los últimos

años.

Si el gobierno no aumenta sus auxilios a final de año el Hospital - Infantil presentaría un déficit nunca antes visto, lo cual podría - provocar la reducción de camas o el cierre del centro.

MATERIALES. Todo lo necesario para el funcionamiento de esta institución hospitalaria.

INSTITUCIONALES. Avianca, Club Rotario, aportes gubernamentales e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, comunidad religiosa.

HUMANOS. Junta Directiva, directivos, empleados y comunidad religiosa.

Departamento de Trabajo Social: Srta. Leydi Mendoza.

Departamento de Consulta Externa: 4 Secretarías.

Departamento de Estadísticas: 2 Secretarías.

Departamento de Planeación: Doctor Ezequiel Rosado.

Departamento de Administración: 4 personas.

Departamento de Psicología: 5 Estudiantes y una Psicóloga

Laboratorio: 1 Bacterióloga, 3 técnicas y una Secretaria.

Farmacia: 1 Dependiente.

Sala de emergencia: Un médico Jefe, un interno, una religiosa enfermera Jefe, 8 enfermeras y una portera.

Sala Santa Cecilia: Un Médico Jefe, un interno, una religiosa enfer-

mera, Jefe, 3 auxiliares de enfermería y 4 ayudantes de enfermería.

Sala de Ortopedia: Médico Jefe, 4 médicos especialistas, una enfermera jefe y 6 cuatro enfermeras auxiliares.

Sala de Lactantes: Médico Jefe, un interno, una enfermera jefe, una auxiliar de enfermería y cuatro auxiliares.

Sala de Medicina Interna: Médico Jefe, un interno, una religiosa enfermera Jefe y seis ayudantes, de enfermería.

Sala de Cirugía: Un médico Jefe, una enfermera, Jefe, y 6 ayudantes de enfermería.

2.1.7 INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INSTITUCION.

Consideramos que la labor que realizan las Trabajadoras Sociales en la Institución es médico-social surgida ante el reconocimiento por parte de los médicos, del significado de los aspectos sociales y emocionales de la salud y de la enfermedad, ya que la atención médica no está limitada al tratamiento de los males físicos si nó queha combinado al tratamiento de la enfermedad y el tratamiento de los factores sociales desfavorables que afectan la eficiencia de la atención médico y contribuyen a aumentar al grado y la duración de la incapacidad.

Cada vez que se ha ido teniendo más en cuenta la influencia del ambiente y las emociones sobre la enfermedad. En base a los citados

anteriormente, el Trabajador Social actúa en programas de Salud y Bienestar para grandes sectores de la población con otros profesionales afines, de ahí que los trabajadores sociales hacemos énfasis positivos de la salud más que enfermedad, la prioridad para las acciones preventivas, la responsabilidad de buscar los pacientes antes de que vengan en procura de atención médica, y el reconocimiento de los factores biosicosocial a contemplar en la enfermedad. Se ha ido desarrollando un creciente reconocimiento de los médicos y un progresivo cuerpo de conocimientos con respecto a la relación de los factores sociales y emocionales con la total atención médica de los pacientes. Ya no es considerado tratar a un paciente solo en relación a su dolencia específica sino por bienestar psíquico, físico y emocional.

El Trabajador Social en el Hospital Infantil no tiene en la actualidad políticas propias de Bienestar Social. Se encarga de ejecutar - que en este sentido establece esta institución siendo una función - de sistente, la cual se adhiere a las políticas ya elaboradas.

PROGRAMACION DE LA INSTITUCION.

Dada la estrecha relación que existe entre los diversos problemas sociales en los campos de la salud, la educación y la nutrición, el gobierno ha enfocado su solución en forma integrada a fin de lograr

una mayor eficiencia en la asignación de recursos y cumplimiento de los objetivos propuestos.

Los problemas del sector salud no dependen tan solo de los esfuerzos que realicen sus directivos sino también de todas las personas que laboran en la institución donde se lleve a cabo el programa establecido, por ser una forma de contribuir al bienestar de la gente, de la comunidad porque el principal recurso de una sociedad es su capital humano.

Precisamente, los altos índices de enfermedades en la población reduce sustancialmente el potencial productivo de las fuerzas de trabajo y por lo tanto repercute en las futuras generaciones que es atendida en el Hospital Infantil San Francisco de Paula. Por esta razón y dadas las altas tasas de morbilidad y mortalidad en la población infantil, esta institución ha considerado a los niños como un objetivo fundamental de su política social.

De otro lado, es importante anotar que la mortalidad en el país ha venido disminuyendo fundamentalmente como resultado de los programas preventivos de saneamiento ambiental e inmunización.

En cuanto se refiere a servicios de Atención Médica, el Hospital Infantil siendo una entidad privada sin ánimo de lucro atiende un 15% de la población infantil de Barranquilla.

Como políticas para atender esta problemática social en el sector - salud, el Hospital Infantil ha trazado el siguiente lema: "Salvar - una Vida".

2.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PROBLEMATICA DE LA INSTITUCION.

Hay una serie de factores que existen en contra de la institución - Hospital Infantil San Francisco de Paula:

a) No hay información permanente a los padres de los pacientes.

Las madres de los niños duermen a la interperie en las afueras - del Hospital Infantil San Francisco de Paula, por que no quieren alejarse de sus hijos hospitalizados y quieren saber si han muerto o siguen con vida. Por que las religiosas no dan información. Las señoras duermen en hojas de papel o toallas.

b) Tensiones por causa de gritos, carreras y muertes. No hay camas - hospitalarias para atender a la cantidad de niños que de día y de noche son atendidos en bancas de maderas y cemento, son llevados allí víctimas de gastroenteritis. Las madres tienen que llevar pañales porque en la institución se agotaron las existencias de tales provisiones médicas.

c) El número de camas es reducido diariamente en épocas de epidemia son rechazados 100 y 150 menores de edad por que en el Hospitalito

no hay cupo para ellos. Los niños que tienen la suerte de ser atendidos, son examinados en bancas en donde hay 3 y 4 menores más y hay madres que se han quejado que sus hijos han sido llevados con una enfermedad y salen con otra.

Según concepto de los médicos de turnos en el Hospital Infantil San Francisco de Paula no necesitan el doble de las actuales es decir 350.

Al Hospital Infantil son traídos niños no sólo de Barranquilla sino de otros lugares de la Costa Atlántica, lo que agrava la situación en cuanto a la capacidad hospitalaria se refiere. Debido al problema de gastroenteritis la Junta Directiva del Hospital Infantil San Francisco de Paula se reunieron y deliberaron sobre este tema; cuya conclusión fue la siguiente de convertir esta institución en centro de hidratación.

En el mes de junio de 1981 el Hospital Infantil fue convertido en centro de hidratación para colaborar con la población infantil que estaba afectada por el gastro.

Esta labor se comenzó desalojando las salas del Hospital Infantil, como fueron la de Santa Cecilia, Quirúrgica, Medicina interna, ofreciéndose así una mejor atención a los pacientes que padecen gastroenteritis.

El Hospital Infantil ha colaborado en esta forma debido a que el -
Ministro de Salud no ha atendido los puestos de salud en los ba-
rrios marginados de Barranquilla y por no atender consultas duran-
te los fines de semana ha contribuido así al agravamiento de las e-
pidemias de gastroenteritis que mantiene en jaque a la población -
infantil.

El doctor Diago Guerrero, Director del Hospital Infantil San Francis-
co de Paula en declaraciones para la cadena Caracol en la Costa afir-
mó que si los puestos de salud de las zonas marginales atendieran nor-
malmente a los menores afectados por el gastro esto no llegaría a los
Hospitales en avanzado estado de deshidratación y nuestro esfuerzo en-
tonces podría tener resultados positivos. El doctor Diago aseguró que
todavía no están funcionando como se había planeado los cincuenta pue-
stos de salud colocados en diferentes barrios de Barranquilla.

2.2.1 BASURAS Y ESCRETAS.

Las basuras son las materias sobrantes de desechos, sólidos o semisóli-
dos. Están constituidas por desperdicios, cenizas, tierra de la calle,
animales muertos, residuos industriales, tiendas, hoteles, mercados, res-
taurantes, fábricas, etc. La eliminación de basuras es factor de primer
orden en el saneamiento ambiental, ya que ellas son los medios propicios

para la propagación de ratas y de moscas y otros insectos portadores de los microbios patógenos, productores de fiebre tifoidea, colitis amibiasis, etc.

Para obtener buen resultado en la recolección de basuras deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

En la casa es indispensable tener recipientes metálicos inoxidables (canecas) con tapa y con buena capacidad de desperdicios que salgan en la habitación.

Mantener las canecas limpias. Es aconsejable envolver los desperdicios en papel o bolsas de plástico y colocar las canecas en sitios adecuados, para evitar que las vuelvan los animales a sacar.

Los métodos para eliminar las basuras en las grandes ciudades pueden ser:

- La incineración en hornos especiales.
- El empleo de botadores.
- El relleno sanitario.
- La disposición en corriente de agua, ya sea en el mar, en los ríos o en las cloacas.

Hay ciudades, especialmente costeras, que no pueden llevar las alcantarillas a los ríos o al mar por tener un nivel más bajo; en estos casos se construyen pozos sépticos en las residencias para reco-

ger todos los detritus; cuando estos se llenan son desocupados por carro-tanques especiales.

Les expliqué a los padres de familia de los pacientes que hay que cooperar con las entidades públicas en recolección de basuras para facilitar la labor de los recolectores. En igual forma, hay que crear hábitos de limpieza en las habitaciones, calles, parques, y en general en lugares públicos.

Dentro de la enseñanza sanitaria, se instruirán a los padres de los pacientes sobre los métodos utilizados para eliminar las basuras excretas.

LA SALUD MATERNO INFANTIL

Varias son las causas que influyen para que la población aumente o disminuya, emigración e inmigración, etc. pero las principales son la natalidad y la mortalidad.

a.- La natalidad.- Es la relación que existe entre el número de nacimientos habidos en el año.

b.- La mortalidad.- Es la relación que existe entre el número de defunciones ocurridos en un año y el de habitantes, se expresa en tanto por mil.

Constituye el factor de más importancia desde el punto de vista higié

nico, porque es el que da mejor idea de las condiciones de salubridad de un país y más aún si se completa con datos relativos a la morbilidad. La mortalidad es mucho mayor en la primera y segunda infancia, que en el resto de la vida, por el incumplimiento de normas higiénicas.

Las causas de morbilidad originan las enfermedades del niño.

Las causas de morbilidad infantil son:

- Alimentación defectuosa. El niño alimentado con la leche materna, enferma rara vez y casi nunca muere en su primer año de vida; hoy día los niños toman la leche en polvo de acuerdo como se los ordene el médico pediatra.
- El contagio. Una persona atacada de tuberculosis, sarampión, debe evitar su acercamiento al niño, a menos que tome las debidas precauciones y cuando sea por una necesidad. No se debe permitir que las personas mayores besen a los niños, y mucho menos en la boca.

Las causas hereditarias. Los hijos de padres sífilíticos adolecen casi siempre de esta enfermedad, La madre debe resignarse a esta separación en bien de su hijo,

CAPITULO III

EL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A LA PROBLEMATICA DE LA GASTROENTERITIS.

3.1 CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

El problema que se presenta en el Hospital Infantil San Francisco de Paula, en la ciudad de Barranquilla es el de la epidemia de la gastroenteritis. Esta enfermedad resulta de múltiples factores so cioeconómico. El cual demuestra ser un problema muy agudo en la - población infantil.

La trabajadora social presta sus servicios a la comunidad cuya co bertura comprende acciones o niveles, preventivos, curativos.

El trabajador social ante el problema de la gastroenteritis actúa en unión con los padres de los nacientes del Hospital Infantil San Francisco de Paula, investiga para reunir en forma organizada todos los datos concernientes a la madre; contribuye a la solución de los problemas de la gastroenteritis en Barranquilla teniendo co mo características su compromiso a trabajar en equipo con otros - profesionales trata de coordinar sus propias actividades profesionales y lucha para lograr el bienestar de la población infantil, realiza investigaciones sobre aspectos sociales relacionados con la gastroenteritis.

Entre los factores que resultan de la epidemia de la gastroenteritis tenemos: el económico caracterizado por una alimentación extremadamente deficiente donde el hambre cuantitativa se asocia a suficiencia cualitativa específica del régimen alimenticio.

Esto es producto del sistema capitalista, donde la mayoría de los padres de los pacientes carecen de empleos.

El estrato social a que pertenecen los familiares de los pacientes son bajo, medio bajo.

3.1.1 TRABAJO SOCIAL EN EL AREA MEDICO.)

Uno de los aspectos más importantes del trabajo social es la conservación de la salud; la salud es el haber más apreciado en nuestra sociedad y su preocupación son las metas principales del trabajador social, siendo la salud una de las necesidades fundamentales de la persona humana, que se presentan como requisitos indispensables de la actividad del ser humano y de la producción de bienes materiales.

Sin salud la persona no puede ser sujeto ni fin del desarrollo comunitario. Diríase que la salud en la medida en que depende de los medios humanos, conservarla es condición de posibilidad para empezar a hablar en términos de desarrollo. En relación a las exigencias de la persona, la salud se presenta con la prioridad de derecho pri-

mario; y en relación a los recursos necesarios para el desarrollo, la salud aparece como condición del más importante de esos recursos, el humano.

Se hace fácilmente comprensible porque el nivel de salud de una nación y la disponibilidad de servicios sanitarios con que cuenta, son considerados como indicadores de sus progresos, mientras la carencia de dichos servicios y recursos es tenida como determinante de la marginilidad del pueblo.

A esta clase marginada le otorgan ciertos servicios sociales denominados clínicos u orientados hacia las personas; habría una igualdad de situaciones entre el médico y el trabajador social y los individuos para desarrollar una serie de tareas provechosas para los tres.

El trabajo médico en equipo con la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y sus familiares ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el problema de la gastroenteritis y lograr su recuperación.

Ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos y destreza para solucionar problemas que requieran técnicas pertenecientes a distintas disciplinas, las que deben ser aportadas por el médico, la enfermera y la trabajadora social, la psicóloga, la dietista y otras terapeutas.

Cada uno de estos profesionales trabajando individualmente o aisladamente con un mismo paciente, no podían de ninguna manera lograr su recuperación aunque apliquen al máximo sus conocimientos.

Es por ello que una de las características del tratamiento moderno es el trabajo en equipo. Una de las características de la coordinación interdisciplinaria está dada por la conciencia de todos los miembros.

El Trabajador Social contribuyó a la solución de la problemática de la gastroenteritis, basándose en el Plan del Ministerio de Salud, - que fue puesto en práctica en el Hospital Infantil San Francisco - de Paula.

Las Trabajadoras Sociales impulsaron la participación de los padres de los pacientes en los servicios. A los padres de los pacientes se les dictaron charlas sobre saneamiento ambiental, excretas, basuras, cuidados materno infantil y medios preventivos sobre la salud.

Este Plan fue elaborado por el Ministerio de Salud después de haber sido visitados por uno de sus delgados.

El plan trató sobre los puntos siguientes:

- 1- Promover a la comunidad sobre la importancia de los hidrantantes para los niños.
2. Apenas los niños tuvieran síntomas de gastroenteritis debían ser

llevados a los Puestos de Salud u Hospitales.

3.1.2 RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES SOCIO-ECONOMICOS
QUE INCIDEN EN LA TRANSMISION Y DESARROLLO DE LA GASTROEN-
TERITIS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.-

En la investigación que realicé sobre gastroenteritis en el Hospital San Francisco de Paula elaboré 35 entrevistas, tomando como base la población infantil por edades de menos de un año de nacida - hasta los 14 años, de éstos pacientes algunos son internados y sometidos a tratamientos según la gravedad del gastro y otros niños - después de ser atendidos por el médico éste le formula la medicina - son remitidos a sus casas porque no presentan síntomas que requiera su hospitalización.

PERIODO DE LACTANCIA

Corresponde al primer año de vida del niño o sea la etapa oral, puesto que el principal foco de interés y satisfacción del niño está asociado a la zona oral. Para utilizar tales áreas el lactante ha desarrollado desde la etapa prenatal el reflejo de succión.

El período de la independencia corresponde de 12 meses hasta 3 años de vida. Algunos psicólogos la titulan en esta etapa como de independencia.

El período de preadolescencia comprende de la niñez a la adolescencia, se presenta uno o dos años antes en el sexo femenino que el masculino. La conducta del niño se caracteriza por la inestabilidad.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN LA EDAD.-

<u>E D A D</u>	<u>NUMERO DE NIÑOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Menos de un año	17	48.57
Uno a cuatro años	18	51.43
T O T A L	35	100.00

SEXO.- El sexo se presenta como característica secundaria, abundan más el sexo femenino que el masculino.

SEXO DE LOS PACIENTES.

<u>S E X O</u>	<u>NUMERO DE NIÑOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Femenino	20	57.14
Masculino	15	42.86
T O T A L	35	100.00

ESTADO CIVIL.- Según el estudio realizado pude observar que el - 28.5% son casados. El 14.2% son unión libres. El 57.1 son madres solteras. Mi labor fue concientizar a las madres solteras para que no continúen en la vida de prostitución que llevan.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LOS PACIENTES.-

<u>ESTADO CIVIL</u>	<u>NUMERO DE PERSONAS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
MATRIMONIO	10	28.58
UNION LIBRE	5	14.28
MADRES SOLTERAS	20	57.14
T O T A L	35	100.00

NIÑOS QUE SON INTERNADOS VARIAS VECES EN EL HOSPITAL.-

Algunos niños son internados varias veces en el Hospital Infantil debido a la contaminación ambiental, el aire, agua, basuras, falta de higiene.

La proliferación de moscas es una de las causas que han influido en abundancia para que exista la tasa de mortalidad tan alta en los últimos meses.-

CAUSAS QUE ORIGINAN LA GASTROENTERITIS EN LOS PACIENTES.-

Las causas que originan la gastroenteritis en los pacientes son: - las basuras, que producen la proliferación de moscas, el desaseo, la alimentación muy fuerte para la edad de los niños, las pastillas anticonceptivas, que la madre ingiera cuando está lactando al niño. Hay niños que no resisten en su organismo la leche en polvo que le dan. Actualmente Cicolac ha preparado una leche especial.

<u>ORIGEN DEL GASTRO</u>	<u>NUMERO DE NIÑOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
La mosca	23	65.5
La leche Nan	3	11.7
Alimentos sin lavar	2	17.5
Alimentos fuertes para la edad	4	87.5
Pastillas anticonceptivas	3	11.5
T O T A L	35	100.00

\ NIÑOS QUE SON INTERNADOS VARIAS VECES EN EL HOSPITAL INFANTIL
 SAN FRANCISCO DE PAULA CON GASTROENTERITIS.-

<u>HOSPITAL INFANTIL</u>	<u>NIÑOS QUE INGRESAN</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Menores de un año	21 (3 a 4 veces)	100.00 ,

BARRIOS DONDE VIVEN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL INFANTIL .

Los pacientes que padecen gastroenteritis viven en los barrios marginados, sus calles son sucias, debido a las basuras que ellos mismos arrojan.

En estos barrios marginados abundan las letrinas y el aire se contamina, agravado a veces por la falta de agua potable y a la falta de higiene de los adultos o padres de los niños.-

OCUPACION DE LOS PADRES DE LOS PACIENTES.-

Los padres de los pacientes del Hospital Infantil ejercen diversos oficios, unos son albañiles, plomeros, taxistas, vendedores de periódicos, guarapos y boli, etc.-

<u>EMPLEO DE LOS PADRES</u>	<u>NUMEROS DE PERSONAS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Albañil	10	28.58
Plomero	5	14.28
Taxistas	1	2.86
Vendedor de helados	5	14.28
Vendedor de guarapo	3	8.57
Vendedor de bolis	5	14.28
Vendedor de pescado	2	5.72
Vendedor de periodicos	4	11.43
T O T A L	35	100.00

OCUPACION DE LAS MADRES DE LOS PACIENTES.

La ocupación de las madres que tienen sus hijos internados en el Hospital Infantil y de los niños que son llevados a consulta externa y Emergencia para ser atendidos tienen un porcentaje del 57.5% que son empleadas del servicio doméstico.

<u>EMPLEO DE LAS MADRES</u>	<u>NUMERO DE PERSONAS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Hogar	10	28.57
Servicios a domicilio	25	71.43
	<u>35</u>	<u>100.00</u>

BARRIOS DONDE VIVEN LOS PACIENTES QUE PADECEN GASTROENTERITIS.-

<u>BARRIO</u>	<u>NUMERO DE CASAS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Carlos Meisel	2	5.82
Bosque	1	2.76
Rebolo	2	5.72
Pueblo	3	8.57
Manga	1	5.72
Soledad	2	5.72
Olivo	1	2.86
Paz	9	25.72
Palmar de Varela	1	2.86
San Salvador	1	2.86
Santuario	1	2.86
Buenos Aires	1	2.86
Realengo	1	2.86
Valle	1	2.86
La luz	6	17.14
La Chinita	1	2.86
Santo Domingo	1	2.86

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE PAULA .

DATOS ESTADISTICOS DEL SERVICIO DE SALUD AÑO DE 1980

MORBILIDAD INFANTIL

PERIODOS	MENOS DE 1 AÑO	1 a 4	5 a 14	TOTAL
1	198	108	31	337
2	343	168	32	543
3	468	196	29	693
4	342	130	34	506
5	455	192	28	675
6	525	219	37	781
7	420	176	16	612
8	385	149	32	566
9	207	138	43	388
10	159	60	33	252
11	155	55	18	228
12	166	61	17	244
TOTAL				5.825

HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.

DATOS ESTADISTICOS DEL SERVICIO DE SALUD AÑO 1981

MORBILIDAD INFANTIL

<u>PERIODO</u>	<u>UN AÑO</u>	<u>1 a 4</u>	<u>5 a 9</u>	<u>TOTAL</u>
1	179	92	23	284
2	266	107	20	383
3	280	82	28	290
4	264	98	17	379
5 - 6	312	126	31	468
7	531	302	65	898
8	185	85	18	288
9	107	43	11	150
10	44	12	5	61
11	116	57	22	195
12	31	12	4	47

TOTAL 3.443

3.2 PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE AL PROBLEMA DE LA GASTRO- ENTERITIS.-

INVESTIGAR: Recolectar datos, jerarquizar situaciones, sistematizar y suministrar datos.

DIAGNOSTICAR: Identificar los problemas particulares a su situación.

TRATAMIENTO: Orientado a las soluciones del problema planteado en el diagnóstico.

PROGRAMAR: Definir esquemas alternativos, diseños de programas, establecer sistemas de organización interpersonales, intergrupales, comunitarias e interinstitucionales.

DIVULGAR: Establecer sistemas de promoción de campañas y de motivación.

EVALUAR: Elaborar parámetros que permitan medir la acción profesional.

3.2.1 EL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES.

El trabajador social reconoce en el niño que el mundo es idéntico a su propia personalidad y fantasía. Es un ser humano con propio ritmo. Así lo reconoce el progreso científico en los campos de la antropología, la medicina, la psicología, la investigación social. El aspecto social dentro de la rehabilitación de los niños que padecen gastroenteritis es atendido por el Trabajador Social en coordinación con el equipo interdisciplinario.

Elabora fichas socioeconómicas, realiza entrevistas, observa el estado psicológico de los pacientes, de padres de familia y su problema y la responsabilidad de las personas que llevan al paciente, cuando los padres después de haber hospitalizado al paciente lo abandonan, le visitan a los padres a fin de orientarlos y conscientizarlos para que colaboren en el tratamiento.

El trabajador clínico trata de explorar los motivos que impulsan a los padres y procura encontrar la forma de orientarlos, haciéndoles comprender sus errores, haciéndoles ver la necesidad del ambiente, sus hábitos y tomen medidas preventivas para evitar que sus hijos contraigan la gastroenteritis.

Para lograr el cambio en los padres de los pacientes, el Trabajador Social les dictó charlas y les hizo entrevistas.

3.2.2 ASPECTOS CULTURALES DE LOS PADRES DE LOS PACIENTES.

El nivel cultural observado en los padres de los pacientes es relativamente bajo. Solo adquirieron estudios primarios, otros solamente saben firmar su nombre. Esta clase social por carecer de un nivel de cultura más elevado no tiene forma de desempeñar cargos importantes que le remuneren entradas suficientes para satisfacer sus necesidades.

5.3.- LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.-

El Trabajo Social es el reconocimiento de la asistencia social y es indispensable para garantizar el bienestar y seguridad social, al igual que la economía y la buena salud de los seres humanos. El Trabajador Social en la comunidad es indispensable para asegurar la estabilidad general, brindando servicio de rehabilitación consiguiéndolos a través de sus propios esfuerzos.

La presencia en el Trabajo Social profesional exige la capacidad para establecer y conocer relaciones constructivas y claros propósitos entre los individuos, grupos y comunidades.

La actitud más importantes del Trabajador Social en el proceso de ayuda es la de capacitar al individuo, grupo y a la comunidad a identificar los problemas orientándolo a resolverlos a través de sus propias iniciativas en una forma socialmente deseable. El Trabajador Social aprende a emplear sus propios recursos en relaciones profesionales basados en el control de las necesidades personales y de los sentimientos particulares. Otras actitudes son: la administración social, la planificación, la acción social y el uso del empleo científico en la investigación y en la práctica la destreza que el individuo tenga para

trabajar en grupo como miembro de otras profesiones, la capacidad para comunicarse y preparar al personal para una dirección competente de las actividades sociales.

La filosofía profesional comprende un alto grado de conciencia y de sentido social, estabilidad emocional, mental, física, la madurez, seguridad de sí mismo y la integridad personal.

El Trabajador Social se ocupa básicamente de resolver los problemas derivados de la adaptación emocional de los miembros integrantes de una comunidad. Su investigación de casos trata de contribuir a la solución de éstos problemas, brindando orientación en cuanto duda sobre salud, educación y adaptación tengan.

Durante mis prácticas en el Hospital Infantil San Francisco de Paula, mientras me relacionaba con los padres de los pacientes, les escuchaba sus problemas en una forma amistosa y comprensiva, también observaba que el cliente solicitaba la orientación necesaria, etc.

Les explicaba los servicios que podía ofrecerles el Hospital Infantil San Francisco de Paula y bajo que condiciones, dejándoles a los padres de los pacientes tomar la decisión que mejor favoreciera a los intereses familiares.

Después que registraba la entrevista, anotaba también la explicación -

que el cliente se hacía sobre el problema que afrontaba y sus causas.

La extensión del contrato, la frecuencia de las entrevistas y la intensidad de la relación ayuda de mi persona al cliente variaban de acuerdo a las circunstancias.

Cuando se presenta el caso de ayuda económica a los clientes, es cuando se considera necesario complementar otros servicios proporcionados por la asociación (Trabajo Clínica, orientación, consejo legal). Tal ayuda puede ser necesaria para clientes que sepan que no pueden solicitar auxilio de carácter público, o que lo necesitan mientras su caso es investigado por la trabajadora social, para ser clasificado según su estrato social y situación económica que posee en la actualidad.

CONCLUSIONES.

La salud es una de las necesidades primordiales del hombre. Esto es muy importante comprenderlo ya que para que un país progrese tiene que tratar que sus habitantes gocen de completa salud.

El gobierno ha trazado programas de salud y saneamiento ambiental, al igual que el Servicio de Salud del Atlántico cuyo propósito es procurar una salud integral al individuo en su persona y al ambiente.

La situación de Barranquilla frente al problema de gastroenteritis es preocupante por lo que los centros de atención médica hospitalaria presenta una carencia de recursos que no permiten prestar la debida atención a los menores enfermos que son llevados por sus padres a las secciones de emergencia.

La labor del Trabajador Social no debe reducirse solamente a elaborar las fichas socio-económicas, sino que su práctica debe orientarse a movilizar los conocimientos de las personas de la comunidad para que a través de la educación y del conocimiento de los aspectos y factores que originan el problema de la gastroenteritis lleve a los individuos a tomar medidas preventivas.

La situación carencial de recursos y de presupuesto que vive el Hos-

pital Infantil San Francisco de Paula es similar a la que viven - todas las instituciones de salud en nuestro país, lo que origina una deficiencia en la prestación de los servicios, lo que se hace más notorio en época de crisis cuando se elevan las tasas de morbilidad y de mortalidad de los niños que generalmente viven en condiciones de miseria, en donde se presenta una deficiente alimentación cuando en otros casos equivale a una ausencia casi total de alimentos, además de la no existencia de los servicios de agua potable lo que necesariamente se traduce en epidemias para la población infantil.

BIBLIOGRAFIA.

FRIEDLANDER, Walter. "Dinámica del Trabajo Social". Editorial

Pax. México 1.972.

VALLEJO, Mejía César. "La Situación Social en Colombia". Colección

Monográfica y Documentos No.6. Bogotá. 1978.

CASTRO, Josué: Mensaje; Anatomía del pensamiento, económico y so-

cial de América Latina.

LOPEZ, Michelsen Alfonso. "Para cerrar la brecha". Editorial El -

heraldo: Crónica de los meses de abril, mayo,

junio de 1981.

Ministerio de Salud y Asistencia Social. "Contaminación del agua, -

aire y el suelo". Caracas - Venezuela.

RONCALLO, Rosado Ezequiel, propietario del Hospital. Entrevista so-

bre la Historia del Hospital Infantil San Fran-

cisco de Paula.

BOJANINI, José Antonio. Entrevista sobre Gastroenteritis, realizada en

el Hospital Pediátrico. Agosto 6 de 1981.

BUENAGAS, Bety. Entrevista sobre gastroenteritis, realizada en el Hos-

pital Infantil Francisco de Paula. Agto.5 1981.

SIERRA, Cesar. Entrevista sobre gastroenteritis. Realizada en los Seguros Sociales. Agosto 7 de 1981.

ROBBIN, Stanley. Patología Estructural y Funcional. Editorial. 1975. México. Naucapan de Juan.

Nuevas Luces a cerca de una antigua enfermedad (gastroenteritis).

Actas médicas Colombianas. Volumen 4 y 5. Oct., Nov. y Dic. 1980.

DANE. Boletín de Estadística No.347 junio 20 de 1980.

Educación para la Salud, Colección didáctica y magisterio.

Desarrollo del programa respectivo para el ciclo de Educación normalista. Voluntad.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA**

