

LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN EL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD
EN COMUNIDADES POPULARES DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA

MARTHA PATRICIA NUÑEZ MENDOZA
ROSARIO MARIA RUIZ BLANCO
BEATRIZ MARGARITA SILVA COVELLY

ASESOR

CARLOS OSORIO TORRES

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

" SIMON BOLIVAR "

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, 1984

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

" SIMON BOLIVAR "

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTIVOS:

RECTOR:	Dr. JOSE CONSUEGRA HIGGINS
SECRETARIO GENERAL:	Dr. RAFAEL BOLAÑOS
DECANO:	Dr. JORGE TORRES
VICEDECANO:	Dr. CARLOS OSORIO
SECRETARIA ACADEMICA:	Dra. MARIA TORRES

BARRANQUILLA, 1984

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Ciudad y Fecha

T A B L A D E C O N T E N I D O

	Pág
INTRODUCCION	1
1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	5
1.1. EL PROBLEMA DEL ESTUDIO	5
1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	12
1.3. ASPECTOS DEL ESTUDIO	14
1.4. DISEÑO METODOLOGICO	15
2. LA ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Y LA INSTITUCIONALIZACION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD	19
2.1. LA ESTRUCTURA DE LA SALUD Y EL TRABAJADOR SOCIAL EN COLOMBIA	24
2.1.1. El Sistema Nacional de Salud	30
2.1.2. El Componente Comunitario	36
2.1.3. El Trabajador Social en el Servicio Seccional de Salud y sus alternativas Institucionales en el Componente Comunitario	42

	Pág
3. EL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD EN BARRANQUILLA Y LA IMPLEMENTACION DEL COMPONENTE COMUNITARIO	49
3.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL COMPONENTE COMUNITARIO EN EL SERVICIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO	49
3.2. LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DEL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD EN BARRANQUILLA	59
3.2.1. Areas de Atención a las Personas	59
3.2.1.1. Programa de Rehidratación Oral	59
3.2.1.2. Salud Oral, Salud Mental, Salud Ocupacional y Control de Accidentes	60
3.2.1.3. Programas de Inmunizaciones, Control de Inmunizaciones, Control de la Lepra y de la Hipertensión Arterial	63
3.2.1.4. Programa de Atención al Medio Ambiente	65
3.3. SISTEMATIZACION DE CONCEPTOS SOBRE EL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD EN BARRANQUILLA	72
4. EL CONCEPTO MEDICO Y LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD	74
4.1. UNIDADES DEL SISTEMA SECCIONAL DE SALUD A PARTIR DE LOS CUALES PUEDE DARSE LA PARTICIPACION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR COMUNITARIO	74

	Pág
4.2. CARENCIAS Y PROBLEMAS QUE SEGUN EL MEDIO PODRIAN SER MOTIVO DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL	79
4.2.1. Posibilidades que el Médico le concede al Profesional de Trabajo Social en el Sector Primario de la Salud	80
4.2.2. Funciones que asigna al Trabajador Social el Médico	82
4.3. ESTRUCTURA DE UN PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD CON MIRAS A PROYECTAR LA PROFE- SION	85
4.3.1. Justificación	85
4.3.2. Objetivos Generales	85
4.3.3. Objetivos Específicos	86
4.3.4. Políticas de Orientación del Programa	86
4.3.5. Proyectos Componentes del Programa	88
4.3.5.1. Proyectos de Investigación	88
4.3.5.2. Proyecto de Educación en Salud	89
4.3.5.3. Proyecto de Atención Primaria en Salud	89
4.3.6. Dirección, Administración, Control y Evaluación del Programa en General	90
4.3.7. Programación de las Actividades	92
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFIA	97

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

El presente es un estudio a nivel explicativo, de tipo teórico práctico o mixto, que procura mediante la confrontación del esquema teórico del Trabajo Social en salud, las expectativas del profesional que labora en el nivel primario, en los puestos y centros de salud, las expectativas de la comunidad formular criterios sobre la participación de este profesional en el sector salud y las posibilidades objetivas que las actuales circunstancias le ofrece a nivel Institucional y Comunitario.

Para la realización de este estudio, en sus aspectos prácticos, se han tomado como base las comunidades en las que existen centros y puestos de salud de Barranquilla, especialmente, aquellas en las que grupos de estudiantes de la Facultad de Trabajo Social, realizan sus prácticas, tales como las de Lipaya, La Luz, Las Américas, La Magdalena y Las Palmas. Este trabajo se ha verificado en los meses de Marzo a Octubre de 1983.

La importancia del estudio radica en que dentro del proceso de reconceptualización de la profesión, el sector primario, vinculado a la atención directa de las comunidades cobra importancia ante la burocratización creciente del profesional en los hospitales y centros especializados de salud que dentro de la escuela médico-tecnológica norteamericana inducida por nuestros programas desarrollistas, dependientes, hacen de los profesionales del sector salud, simples burócratas, ausentes del concepto social y humano de su actividad.

Dentro de la concepción desarrollista de la salud, el Trabajador Social fue ubicado como un paramédico, como un auxiliar del equipo directivo-administrativo. Justificó su presencia en las unidades hospitalarias dentro de los esquemas organizacionales importados, sin una visión clara de sus funciones, o sin que estas consultaran sus posibilidades profesionales.

Parte del estudio del criterio que el Trabajador Social en el sector salud, por lo menos en el Departamento del Atlántico debe cuestionar las limitadas condiciones de trabajo en que se encuentran la mayoría de los profesionales vinculados a las instituciones hospitalarias, su escasa y amenudo nula participación en los niveles de -

ejecución, coordinación y dirección de programas. La -
marginalidad en que algunos profesionales se encuentran
es motivo de crítica en todos los niveles y sectores, a
lo que ha ayudado especialmente la poca proyección del
Trabajador Social hacia la comunidad, como profesional
interesado en los aspectos sociales y culturales de la
salud.

El trabajo consta de cuatro capítulos:

En el primero se plantean los antecedentes del estudio,
el problema de la investigación, los objetivos del es-
tudio, los aspectos a investigar y se formula el diseño
metodológico con el cual se verificó el proceso de ob-
tención, sistematización y el análisis de los resulta-
dos.

El segundo de los capítulos trata de lo que es el marco
de referencia, el cual atiende cuatro elementos funda-
mentales: El concepto de lo que es el Trabajo Social -
en el sector salud, La institucionalización del Trabajo
Social en el sector salud, El sector primario de la sa-
lud y por último la integración a él del Trabajo Social.

El tercer capítulo se refiere al sector salud en Barran

quilla, la estructura de este sector en la ciudad y la forma como está integrada la Secretaría Seccional de Salud, la Secretaría Municipal de Salud, las unidades regionales, las unidades locales, los centros y puestos de salud en la ciudad y la participación o vinculación del Trabajador Social, especialmente en lo que es el sector primario en el Departamento del Atlántico.

El cuarto capítulo trata de las expectativas del sector médico y de la comunidad respecto al Trabajo Social en el sector primario de la Salud. Se trata de acoger aquí a los criterios de aquellos profesionales médicos que por una u otra razón han tenido una experiencia de Trabajo Social en este Sector, en los centros vinculados al sector primario, en cierta medida se tiene en cuenta los criterios de médicos a nivel institucional para establecer una comparación con los profesionales vinculados a la comunidad.

Además se establece una apreciación sobre las expectativas de la comunidad en materia de Trabajo Social a nivel primario, tratando así de contar con dos criterios diferentes: el del profesional médico y el de la comunidad respecto a la vinculación del Trabajo Social en la atención de su problemática de Salud.

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En este capítulo se desarrollan los aspectos que conformaron los orígenes del estudio; sus antecedentes son: el problema de la investigación, sus objetivos, su delimitación y su metodología que conformarán los aspectos previos del estudio.

1.1. EL PROBLEMA DEL ESTUDIO

El problema en estudio radica en el hecho evidente que constituye el que de 24 Trabajadores Sociales vinculados al sector salud, en organismos del Estado, en Barranquilla ninguno de ellos lo está a las actividades de educación, la prevención y el diagnóstico social en materia de salud, proyectadas hacia las comunidades de la ciudad, en forma permanente ya que esta situación tiene como resultado, el que limita las posibilidades de ubicación del profesional en el sector salud, burocratiza su gestión y le divorcia de la realidad en los aspectos

relativos, ya que es en la comunidad donde se materializan las contradicciones de una sociedad que como la nuestra, se define por su escasa vocación y capacidad de traducir objetivamente, en servicios, las aspiraciones y necesidades de la población.

El concepto contemporáneo de la salud, imprime a esta, connotaciones más amplias que aquellas que reducen su contexto a la función curativa para la acción médica y llegan a constituirse en un simple analista de resultados de laboratorio al profesional médico. Este concepto científico de la salud, la ubica en términos de estado resultante de las condiciones de vida del individuo y su grupo, de su cultura y su educación, sus circunstancias e implica por lo tanto que, la salud es un problema de carácter integral, estructural, social y cultural que requieren de un equipo interdisciplinario y de una estructura institucional, científica adecuada para congregar esos elementos en una acción curativa, educativa, preventiva y promocional.

Las contradicciones de nuestro sistema, de nuestra estructura social, diseñan e implementan elementos organizacionales y programativos, que descansan so

bre propuestas políticas que a primera vista constituyen buenas fachadas para crear en el pueblo una disposición positiva hacia sus ejecutorias, sin embargo, las estadísticas presentadas por el Servicio Seccional de Salud en un informe evaluativo de 1981 señalan que, si el objetivo general del Sistema Nacional de Salud es "..... el de contribuir al mejoramiento más efectivo y rápido de la situación social y económica de la población; modificando el nivel y estructura de la morbilidad y mortalidad a través de la oferta de servicios oportunos, suficientes, integrales, económicos y de buena calidad - en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación en salud, con prioridad a los grupos mayormente expuestos al riesgo de enfermar y morir y a los ubicados en las zonas urbanas marginadas y rurales"(1), las estadísticas nos señalan que para una población menor de un año estimada en 133.000 menores en Barranquilla según proyección del censo de 1973 del Departamento Nacional de Estadísticas DANE, el Servicio Seccional de Salud había programado atender en sus programas materno infantil a veinte mil cuatrocientos de ellos

(1) Servicio Seccional de Salud: Informe Evaluativo 1982 pág 8.

y solo logró una cobertura de diez mil quinientos noventa y uno, es decir, un poco más del cincuenta por ciento, con obvia mal utilización de los nuevos recursos científicos, humanos, materiales señalando como causa principal, limitaciones de índole estructural, institucional, programática y significativa, de proyección a la comunidad.

Si en un programa de evidente necesidad de socialización la cobertura de un programa como el materno infantil es limitada por la incapacidad de proyectarse adecuada y eficazmente a la población son mayormente preocupantes las estadísticas existentes en el programa de protección al ambiente, en el que el componente comunitario juega un papel de suma importancia no solo porque sus resultados afectan al 100% de la población, sino, porque sin él su implementación no pasa de ser un simple ejercicio organizacional de propuestas que se inician al interior de las instituciones de salud y que no se materializan ante las expectativas sociales de la comunidad a la que deben atender.

Por su parte, los veinticuatro Trabajadores Sociales a que nos hemos referido anteriormente, están

ubicados en la siguiente forma:

<u>INSTITUCION</u>	<u>FUNCIONES</u>	<u>SECCION U OFICINA</u>	<u>No de PRO- FESIONALES</u>
HOSPITAL DE BARRANQUILLA	Intramurales no bien definidas	Dpto de T.S.	5
HOSPITAL PEDIATRICO	Intramurales no bien definidas	Cargo de T.S.	1
HOSPITAL IN- FANTIL SAN FCO DE PAULA	Intramurales no bien definidas	Cargo de T.S.	1
I. S. S.	Programación y atención social del usuario	Dpto de T.S.	5
HOSPITAL NIÑO JESUS	No estan definidas Institucionalmente	Cargo de T.S.	1
HOSPITAL MENTAL	No estan definidas	Dpto de T.S.	2
HOSPITAL PSIQUIATRICO	No estan definidas	Cargo de T.S.	1
HOSPITAL UNIVERSITARIO	Intramurales de planificación y atención al paciente	Dpto de T.S.	5
SERVICIO SEC- CIONAL DE SALUD	De promoción, Ori- entación y asesoría	Dpto de T.S.	2

<u>INSTITUCION</u>	<u>FUNCIONES</u>	<u>SECCION U OFICINA</u>	<u>No de PRO- FESIONALES</u>
BENEFICENCIA DEL ATLANTICO	Orientación	Oficina de T.S.	1

24

Como puede verse, en ninguna de ellas aparece definida la proyección del profesional hacia la comunidad, sin embargo, la misma evaluación señala de acuerdo con la estadísticas nacionales, que entre las diez primeras causas de la morbilidad en los sectores populares de la ciudad, la enteritis y otras enfermedades diarreicas (77%), bronquitis y eficemas (4,1%), avitaminosis disenterias (3,4%), constituyen problemas cuyo tratamiento social exige una permanente labor de proyección a la comunidad, de educación en salud, de participación comunitaria en la atención de la salud en la que el profesional de Trabajo Social, como elemento del equipo de salud, podrá propiciar una gestión diferente de los servicios, una apropiación adecuada de los servicios y una actitud más exigente y receptiva por parte de la comunidad.

Otro de los aspectos del problema que reviste ma-

yor importancia en cuanto al sector primario de la salud, consiste en que la comunidad debe adoptar - actitudes más afirmativas acerca de los recursos - existentes en ellas. En materia de Bienestar es - generalizado el caso que las instituciones y agencias del Estado, de la Iglesia y de los particulares que prestan sus servicios en las comunidades - se han desarrollado, en oposición a la real naturaleza de su función social; sobre la creencia que es la comunidad la receptora y ellos, los funcionarios, los dispensadores de servicio. Es bueno y urgente, que el Trabajador Social eduque a la comunidad para que esta ejerza una mayor y conveniente apropiación de esos recursos con el criterio de - que esos funcionarios que administran profesional y socialmente recursos provenientes del trabajo de la comunidad, cuya apropiación y manejo es responsabilidad de ellos, para beneficio comun.

Fundamentalmente, nos encontramos con otro de los aspectos del problema, relacionado con lo que en materia de Trabajo Social se ha denominado la Institucionalización burocrática del profesional que atañe a los aspectos enunciados en la introducción de esta exposición del problema. El Profesional

de Trabajo Social cuestiona hoy día la posición limitada y marginal que ha tenido que asumir o que - ha sido sometido dentro del proceso de depauperización de las instituciones de bienestar en el agotamiento de las posibilidades del modelo desarrollista imperante en América Latina.

1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El estudio se centra alrededor de la obtención de dos objetivos generales:

El primero de ellos trata de delimitar la ubicación del Trabajo Social en Salud, en la Ciudad de Barranquilla y evaluar su actual proyección hacia el sector primario.

El segundo persigue ampliar las bases de proyección del Trabajo Social en el sector salud, mediante el estudio de las posibilidades que ofrece el sector primario de la salud en materia de Trabajo Social.

Como objetivos específicos se propone analizar la estructura institucional del sector salud y su integración con el nivel primario en Barranquilla,

con el fin de establecer propuestas sobre las funciones del Trabajo Social en la atención de la problemática comunitaria de la salud.

En segundo lugar delimitar las necesidades concretas de Trabajo Social en la comunidad en lo que a salud se refiere para diferenciar nuestro actuar profesional de la ubicación paramédica que se le dió en este campo en la etapa aseptico-tecnocrática.

En tercer lugar definir los criterios profesionales para la participación del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario en el sector primario de la salud.

La obtención de estos objetivos y el proceso metodológico a seguir se establece con bases en criterios de carácter teórico procedentes del proceso de reconceptualización de la profesión, los cuales explicamos en el siguiente elemento de este capítulo constituido con el marco de referencia de nuestro estudio.

1.3. ASPECTOS DEL ESTUDIO

En atención a los objetivos propuestos y a la meta general establecida en la introducción de este trabajo, creemos que el estudio debe comprender preferentemente tres aspectos esenciales:

El primero, lo que se refiere al marco teórico de la intervención del Trabajador Social en el Sector Primario de la Salud y en el Sector Salud en general; para ello tendremos que consultar los aportes teóricos existentes en materia de Trabajo Social en Salud, los informes de prácticas de las estudiantes, experiencias verificadas en los comités de Salud de los diferentes grupos y equipos de trabajo y así como los trabajos de grado existentes en la biblioteca de la Universidad Simón Bolívar y de la Universidad Metropolitana.

El segundo de los aspectos trata de la evaluación de las necesidades de Trabajo Social en el Sector primario de la Salud, este aspecto resulta de un diagnóstico de lo que son las necesidades de Trabajo Social en una comunidad específica para lo cual nos basamos en las comunidades populares de la Ciudad de Barranquilla.

Finalmente, el tercero de los aspectos trata de los conceptos del Trabajo Social sobre su participación en el sector primario de la Salud; se tomarán los conceptos de Trabajadores Sociales vinculados al sector Salud y de Trabajadores Sociales que en una u otra forma hallen estado vinculados indirectamente con este sector, de igual forma, el concepto de Trabajadores Sociales docentes de la Universidad - Simon Bolivar.

1.4. DISEÑO METODOLOGICO

La obtención de la información referente a los aspectos o variables del estudio, implican la utilización de las técnicas de investigación social y de investigación científica en lo que se refiere a la observación directa e indirecta.

En la observación directa, se vá a realizar a medida que entremos a participar conjuntamente con las estudiantes de Trabajo Social mientras estas hacen sus prácticas en las diferentes comunidades en la ciudad de Barranquilla, y entremos a participar con ellas en las actividades que vienen desarrollando en materia de salud.

Se requiere una observación documental para sistematizar los aspectos del marco teórico de la intervención del Trabajador Social en el Sector Primario de la Salud en general, de una observación directa o indirecta para la evaluación de las necesidades de Trabajo Social en el Sector Primario de la Salud que se basará fundamentalmente en las experiencias del Seminario de Acción Comunal y de una observación indirecta al verificar las entrevistas a los diversos profesionales del Trabajo Social y de la Medicina, con el fin, de sistematizar los criterios de estos profesionales y poder emitir un diagnóstico sobre las posibilidades y alternativas de este profesional en este campo.

El problema del estudio se centra fundamentalmente en la escasa participación del Trabajador Social en el Sector Primario de la Salud cuando en él, su acción se restringe esencialmente a la acción institucional y ésta a actividades relacionadas con los problemas intramurales de la institución de muy poco contenido comunitario. Muestra palpable de la desvinculación del profesional al sector comunitario o sector primario de la salud, la constituye el hecho de que en los 24 centros de Salud que funcio-

nan en los barrios de la ciudad y en los hospitales locales y regionales de los diferentes municipios del Departamento, no existe proyección de Trabajo Social por lo que la profesión está en mora de definir un proyecto en tal sentido no solo con miras burocráticas, sino a propiciar alternativas diferentes a la profesión, a ampliar su campo de intervención e integrarse como elemento interdisciplinario en el sector primario de la Salud.

Esta necesidad o esta problemática de reducción del ámbito de acción es perjudicial para la profesión porque reduce sus posibilidades de aporte científico en un sector de tan amplias proyecciones como el de la Salud y la circunscribe a una intervención cada vez más burocrático.

La siguiente variable relacionada con los conceptos del Trabajador Social sobre la participación en el sector primario de la Salud, hizo preciso una encuesta a estos veinticuatro funcionarios del sector Salud extensiva a aquellos que lo han estado con anterioridad y poseen por lo tanto una experiencia que puede ser utilizada como elemento de contradicción de los juicios y formularios que pue

dan otorgar validez o invalidar la función del Trabajador Social en el sector primario de la Salud.

2. LA ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Y LA INSTITUCIONALIZACION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD

La vinculación del profesional del Trabajo Social debe ser analizado con la suficiente claridad que merece el tener que establecer diferenciaciones entre medicina y salud, atención médica y atención en salud, así como la evolución que ha tenido el concepto de salud que refleja el desarrollo de criterios que han regido el tratamiento de los problemas relativos al estado de equilibrio o desequilibrio físico, mental y social, resultante en cada individuo, miembro de una determinada sociedad.

Las definiciones de la salud van desde la de la escuela tradicional, curativa, médica, que conceptúa sobre ella como el estado de ausencia de enfermedad, de frecuente mención en la literatura médica, la definición expresa

en la carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(2), hasta definiciones de corte socio-genético, que se refieran a ella como "La manifestación específica de su estado físico, mental y social determinado por su necesidad que constituye un mercado de productos rotulados como atención médica" (2). Esta última concepción o criterio expresa los aspectos sociales y generales concernientes a la salud y el tono mercantilista que supone la enfermedad como fuente de plusvalía en el seno de la sociedad capitalista.

El Trabajo Social, en sus diversas etapas, ha estado ligado siempre a la atención de los enfermos y en especial, de aquellos que estando enfermos, carecen de los medios para atender su enfermedad con los tradicionales y elitistas elementos profesionales de la salud: la medicina científica, el profesional médico y el agente químico o físico utilizado como medicina, como curador de la salud. Ejemplo de ello lo encontramos saturando la literatura de la asistencia social, del servicio social y del Trabajo Social reconceptualizando o no, en lo que

(2) Carta de Constitución de la Organización Mundial de Salud O.M.S. pag 76

personas, empíricas o profesionales que intervienen ayudando a la atención del enfermo sin recursos. De hecho, gran parte de la literatura del Trabajo Social, está asociado a la atención de enfermos y/o de los pobres

El considerar la atención de la salud como la curación de las enfermedades, es un criterio ampliamente revaluado hoy, las cuales revisten las acepciones de actividades netamente curativa de la enfermedad o, el conjunto de acciones encaminadas al logro del bienestar. Las primeras ubican la salud como la resultante de la lucha de la medicina contra la enfermedad; la segunda definición explica la salud, como un proceso de contenido y expresión social, en el que la misma rebasa el entorno del individuo y comprende su medio ambiente físico, social y cultural, las estructuras sociales que determinan los procesos y mecanismos de atención de sus problemas y la superación de sus necesidades.

La atención curativa de las enfermedades de la salud, está unida desde la edad media, a la práctica de la filantropía porque la demanda de la buena parte de los recursos de la salud, va ligada a las grandes masas de desposeídos: campesinos y artesanos, que vivían en condiciones de penuria, de antihigiene e insalubridad, que

convertía a la salud en bien infinitamente escaso. Eso conlleva a que la salud de la población enferma y de las enfermedades de la población de trabajadores y desempleados, su creciente número y la posibilidad de convertirse en fuente de desajustes, contribuya el germen de la institucionalización de la salud y de paso a la -institucionalización de la filantropía, al surgimiento de las instituciones hospitalarias, de la constitución de las grandes obras sanitarias de drenaje, los acueductos, los alcantarillados, hasta llegar al momento actual, en el que no se concibe la salud aislada de las condiciones de vida del individuo, de su alimentación, de su cultura, de su educación, de su trabajo y desde luego, de las posibilidades y recursos disponibles para la prevención y la atención de enfermos.

Algo que merece destacar es el hecho de que la atención de los enfermos se inicia en el lugar donde este vive y trabaja, para el médico institucional donde se trata la enfermedad y vuelve al medio social de conveniencia y -trabajo.

El avance de los recursos tecnológicos de la salud dentro del criterio curativo, en el capitalismo, ha sido -la causa de la creciente institucionalización y especia

lización de la atención se convirtiera cada vez más en una mercancía encarecida, fuera del alcance de la gran mayoría de la población trabajadora y por lo tanto, lo convirtió también en uno de los objetivos de la clase obrera organizada, que forzó al estado capitalista a intervenir en esa atención mediante la creación de estructuras político-administrativas, científica y tecnológicas, destinada a prestar los servicios que el desposeído, el trabajador, el obrero, con un simple ingreso, no podría conseguir. En ese proceso participó el profesional de Trabajo Social hasta convertirse en un elemento indispensable en el equipo de la salud.

A rasgos generales el Trabajador Social justifica su presencia en la atención en salud, correspondiente a los dos criterios que han existido con las dos etapas por las que ha atravesado la profesión. Al criterio curativo, puramente médico, con la concepción asistencialista, más tarde aséptico tecnocrática, que produjo en materia de salud, un profesional paramédico, que lejos de ubicarse en el equipo de salud como un elemento comprometido con los aspectos sociales de esta, con la cultura, el individuo, el grupo y el medio, lo hizo con el equipo curativo, tratando de "enseñar a cumplir las ordenes y los dictámenes del médico, educar el seguimien-

to de las prescripciones, las precauciones a tomar y - disminuir las tensiones y temores del paciente y del núcleo familiar una vez verificado el diagnóstico de la - enfermedad" (3).

Ante el criterio sociogenético de la salud, que la considera un estado resultante de las condiciones de vida, un nivel de completo bienestar, el Trabajador Social, aporta la reconceptualización, la concepción profesional y acentuada en las estructuras científicas, para producir un profesional, con una visión integral de su papel en el sector salud, comprometido con el diagnóstico de los factores sociales causales y coadyuvantes de la problemática de la salud y con el diseño, programación y ejecución de planes y programas encaminados a la prevención y atención de las enfermedades y a educar a la comunidad para capacitarla en el dominio de los elementos científicos y técnicos que le son indispensables para una gestión comunitaria de la salud.

2.1. LA ESTRUCTURA DE LA SALUD Y EL TRABAJADOR SOCIAL EN COLOMBIA

En este punto ya se ha tomado uno de los aspectos

(3) El Trabajo Social en Salud.- Santamaría Alberto
pág 63.

fundamentales de esta investigación constituido - por el papel que debe cumplir el Trabajador Social como un agente dinámico para que la comunidad deje de ser simple receptora de servicios marginales en salud y pase a ser autogestora de la prevención, - la atención y la capacitación en salud.

La atención de un sector tan complejo de la problemática social, como es el de la salud, ha llevado a la sociedad a desarrollar en la estructura del - Estado, un complejo científico, institucional, profesional, político y burocrático, que en la mayoría de los casos en los países de América Latina, en Norteamérica y Europa, constituye motivo de amplias divergencias por lo que le supone como sector - que demanda recursos sustanciales del sector de la producción, que ahora, con la mentalidad mercantilista de quienes en el sistema capitalista, consideran la mercancía y la plusvalía, como únicos elementos capaces de generar bienestar.

Los planes de gobierno, de corte desarrollista, - promulgados e implementados dentro de la Alianza para el Progreso facilitaron la implementación de un modelo institucional el sector salud, altamente

tecnificado pero deshumanizado, preocupado por la masificación de la utilización de esos nuevos medios pero no, por el estrato social en que se deba tal implementación dejando intactas las estructuras sociales de explotación y desigualdad imperantes que en manos de la oligarquía económica, política y de toda índole, no llevaron a otra cosa que a agudizar la situación inerte de los sectores, de las masas cada vez más empobrecidas y alejadas de los resortes que podrían hacer accesibles los recursos y servicios de salud existentes en cada país y situación social.

En el contexto de ese modelo, el Trabajador Social constituye un elemento de contradicción, puesto que el origen, la matriz de modelo, es la sociedad norteamericana y en ella, el profesional es un agente altamente especializado según las diversas áreas de la medicina, por lo que el diseño inicial de la nueva estructura de la salud, al no responder a ese esquema, el Trabajador Social latinoamericano y colombiano, en pleno proceso de reconceptualización, en los años sesenta y setenta, fue destinado al cumplimiento de un papel marginal, auxiliar en la acción médica que se caracterizó por

la asignación de dos funciones específicas: la de indagador, evaluador de la capacidad de pago de los pacientes en las instituciones de salud del Estado y el de orientador familiar, inductor de hábitos de comportamiento social y familiar que responden a los requerimientos del tratamiento establecido por el médico.

El modelo gestó además, una estructura integrada por un aparato político-administrativo y asistencial, que en Colombia se conoce como el Servicio Nacional de Salud y que como en otros países del área, sin superar las tradicionales estructuras de salud existentes, indujo elementos tan variados que se pueden ilustrar en la siguiente forma:

<u>SERVICIOS</u>	<u>INSTITUCIONES</u>	<u>MOTIVACION</u>
1. Servicios Particulares de Salud	Clinicas Consultorios Farmacias	Ganancia basada en la atención curativa
2. Servicios Prestados por Empresas importantes	Departamentos Médicos, Clínicas	Protección de la fuerza de trabajo
3. Beneficencias	Auxilios, Consultorios, Dotación presupuestal Hospitales Locales y Regionales	Salud por compasión, Filosofía Cristiana y Filantrópica

<u>SERVICIOS</u>	<u>INSTITUCIONES</u>	<u>MOTIVACION</u>
4. Seguro Social	Hospital, Dispensarios	Protección de la fuerza de trabajo
5. Policía, Ejército, Marina, Fuerza Aérea	Cada cual con sus propios servicios	
6. Programas Privados Filantrópicos, a menudo Internacionales	Centros de Salud Profamilia	Filosofía caritativa, cristiana, medio de penetración
7. Minsalud	Hospitales Especializados. Hospitales Regionales, Dispensarios, Puesto de Salud	Políticas Nacionales
8. Servicios Tradicionales de Salud	Comadronas, Curanderas, Parteros, Médico Tradicional	Respuesta Carenal al problema de la Salud

Esta estructura tan compleja y a menudo inarmónica supone la existencia de grandes desequilibrios en materia de medios y disposiciones, que se agraban cuando el profesional médico y paramédico, participa o labora en diferentes tipos de instituciones, con diferentes motivaciones, por lo que tarde o temprano se convierte en un profesional aséptico, neutral, interesado en la mercantilización de sus servicios y muy poco o nada en la naturaleza de los

problemas contaminantes en la situación de salud - del paciente.

En el caso del Trabajador Social se ha verificado, un proceso que es materia de análisis del siguiente aparte, una vez explicada la estructura resultante del modelo desarrollista en el sector salud. Este se caracteriza por los siguientes aspectos:

1. Por implantar la presencia de centros cada vez más especializados en materia de salud curativa que hacen alarde de los últimos adelantos tecnológicos pero que por su naturaleza de concentración monopolística, están solo al alcance y disposición de los grupos más avanzados de la fuerza de trabajo y cada vez menos de los sectores marginales crecientes en volumen y proporción.
2. Por la concentración de los medios más avanzados en los núcleos urbanos más desarrollados y populosos, dejando la atención de las masas restantes de la población, en manos del sector privado y del tradicional.
3. Por colocar cada vez más previas condiciones, - los centros de salud se atiende la comunidad de los sectores populares contribuyendo así a que

- la atención de las enfermedades sea un servicio cada vez más escaso y costoso para la comunidad
4. Para contribuir a la supervivencia y fortalecimiento de la medicina tradicional, de la autore^{ce}tación.
 5. Por el no cumplimiento de los programas preventivos en los que el componente sociocultural alcanza vital preponderancia y posibilita la acción del Trabajador Social, en educación y promoción.
 6. Por hacer de la salud, un estado cada vez más precario para el pueblo, atendido en forma deshumanizada y mercantilista, preocupada por los mecanismos de generar ingresos y no por la salud del pueblo.

2.1.1. El Sistema Nacional de Salud

En Colombia, específicamente, este modelo se ha traducido en un conjunto de organismos, instituciones, agencias, políticas y programas cuya finalidad en la salud en términos de educación, promoción, curación, recuperación y rehabilitación. Organizacionalmente, este sistema está integrado por: a) El Ministerio de Salud, organismo político-administrativo, los servicios seccio

nales de salud a nivel departamental, intenden-
cial, comisarial y de distrito. b) Las unidades
Regionales de salud, los hospitales locales y -
los centros y puestos de salud comunitarios.
Aunque no están adcritos al Servicio Nacional de
Salud, las instituciones privadas, el Seguro So-
cial, los Hospitales Militares y Empresariales,
para efectos de estudio, se integran como recur-
sos de la salud en la estructura de la salud en
Colombia.

A cada uno de estos elementos establece el Sistema
Nacional de Salud, funciones, actividades, r
responsabilidades, autoridad y circunscripción
territorial. Las actividades pueden encuadrarse
teóricamente en la siguiente forma:

- | | |
|--|---|
| Actividades de Fomento
y Prevención | - Educación.
- Mejoramiento de las condiciones
de vida, vivienda, nutrición,
trabajo, recreación y seguridad.
- Vacunación, protección del medio
ambiente. |
| Actividades de Recupe-
ración | - Diagnóstico Precoz
- Consulta Médica y Paramédica
- Tratamiento y Control |

Actividades de Rehabili-
tación

- Disminuir la Mortalidad
- Recuperar secuelas Físicas,
Mentales y Sociales
- Reinserción al Medio Social
y Familiar

Este sistema, de gran coherencia y armonía se im-
plementa a través del Plan Nacional de Salud que
integra el conjunto de acciones que realizan las
instituciones del Sistema de Salud con el fin de
contribuir a la promoción, recuperación y reha-
bilitación de los miembros de una comunidad y la
sociedad en general.

Las fallas en la materialización del Plan se dan
como producto de las contradicciones del sistema
de los gobiernos impulsados por el capitalismo -
dependiente que los convierten en instrumentos -
económicos y políticos de las oligarquias gober-
nantes, a los factores de orden social y cultu-
ral propios del medio, que no son tenidos en cu-
enta al momento del diseño, puesto que lejos de
responder a un diagnóstico específico de los in-
dicadores cuantitativos y cualitativos, que re-
flejan la realidad social y cultural nacional, -
no son más que ajustes sectoriales de políticas

hemisféricas trazadas dentro de la situación con-
dicionante de la dependencia.

El Plan atiende dos aspectos esenciales: El Plan Sectorial de Salud Rural y las Areas Programáticas. El Plan en estos términos, sistematiza o trata de sistematizar acciones dentro de los planes regionales y seccionales, para integrar el Plan Nacional. En él se definían las siguientes areas*

- A. Materno Infantil
- B. Salud Oral
- C. Control de Tuberculosis
- D. Salud Mental
- E. Rehabilitación
- F. Salud Ocupacional
- G. Epidemiología
- H. Prevención y Centros de Venereas
- I. Inmunización
- J. Sanidad Portuaria
- K. Control de Enfermedades Crónicas

* Fuente de Datos: Para cerrar la Brecha.- Lopez M. Alfonso; Plan de Integración Nacional.- Turbay J. C.

Estos programas se acompañan al Programa de atención al medio como son:

- A. Atención de Suelos, aire y agua
- B. Manejo de Alimentos
- C. Zoonosis
- D. Saneamiento Básico Rural (aguas servidas, excretas y basuras)
- E. Saneamiento Urbano
- F. Campañas de Malaria, Anti-aedes-egypti y Lepra

El desarrollo de estos programas implica entre otras, las siguientes actividades:

- A. Consulta Médica
- B. Hospitalizaciones
- C. Consulta y Tratamiento Odontológico
- D. Centro de Enfermería
- E. Vacunación
- F. Asistencia a las Viviendas
- G. Visitas a las Promotoras de Salud
- H. Abastecimiento de Aguas
- I. Educación en Salud
- J. Disposición de Desechos
- K. Salud Ocupacional
- L. Control de Alimentos y medicamentos

En el equipo que define el Ministerio no aparece el Trabajador Social, aunque como más adelante - se observa, este profesional tiene institucionalizada su participación en el sector salud a partir de la expedición de la Ley 39 de 1969 en la que establece la necesidad del Asistente Social en el sector Salud y en general, en la presentación de los servicios sociales.

Otros elementos que integran el servicio seccional y que se encarga del saneamiento y la provisión de aguas a nivel urbano y rural, son los llamados institutos descentralizados del sector salud, cuyos nombres y funciones relacionamos a continuación

INSTITUCIONES

SIGLA

A. Instituto Nacional para Programas Especiales	I.N.P.E.S.
B. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	I.C.B.F.
C. Instituto Nacional de Fomento Municipal	INSFOPAL
D. Fondo Nacional Hospitalario	F.N.H.
E. Instituto de Seguros Sociales	I.S.S.
F. Caja Nacional de Previsión	

Cualquier análisis de esta estructura, nos lleva a pensar que la movilización objetiva e integral de este conjunto es capaz, racionalmente de atender debidamente la problemática nacional de la salud y que solo las contradicciones de nuestro sistema impiden su realización y lo convierten en la estructura de un sistema inarmónico, ineficaz, desfiltrador de los recursos nacionales al servicio del criterio mercantilista de la medicina al que responde la atención de la salud en nuestro capitalismo dependiente.

2.1.2. El Componente Comunitario

En el año 1972, en el proceso de imposición del modelo reformista o modernización del servicio de salud se planteó en el Plan Nacional del Sector Salud, la necesidad de introducir el componente comunitario. Para justificar este modelo, se manifiesta que es imposible concebir el desarrollo en terminos cuantitativos de la producción y que se requiere de la producción y de la participación activa y consciente de la comunidad. El sistema trata de aprovechar esta filosofía a todas luces positiva, para desarrollar mecanismos de penetración en todos los niveles de la so-

ciudad y para ello, nada más oportuno y favorable que el denominado componente de participación de la comunidad en el Sistema Nacional de Salud.

En el aspecto positivo, el componente comunitario es una resultante del análisis de la problemática de la salud en lo que se refiere al aspecto económico y a la cobertura de los servicios; en materia de salud se debe educar, crear condiciones favorables de vida, antes que entrar a atender los males provocados por la carencia de servicios y la desatención en los mismos. La cobertura de los servicios de atención de salud, es proporcional al acceso de la población hacia ellos y a los recursos disponibles para crear las condiciones favorables para hacerlo. El que la comunidad participe activa y concientemente en ella implica que muchas actividades que no justifican la intervención de un personal muy tecnificado, ejecutadas por miembros de la comunidad con una preparación básica y específica, reducen los costos, facilitan la presentación del servicio y posibilitan que se amplie la cobertura de estos.

Fue precisamente el componente comunitario de la salud el que permitió o sugirió la necesidad de diseñar para el Trabajo Social estrategias de trabajo con grupos y comunidades. En la metodología tradicional creó las bases para los considerados métodos de grupos y comunidades. De hecho, en la práctica de comunidad, los programas de salud suelen representar elementos de importancia. Por ello, el Trabajador Social, el que en el rediseño de las políticas de la salud se introduzca el componente comunitario, implica que con ello se procura promover la participación de la comunidad en actividades que van a redundar en beneficio para sí mismas y a gestar procesos de apropiación en los que las comunidades a la larga tomarán conciencia sobre la necesidad que tienen que identificar los recursos con que cuentan y de adoptar posiciones de mayor vitalidad y presencia en la intervención de las agencias e instituciones que funcionan en ellas.

En términos del Servicio Nacional de Salud, el componente comunitario busca:

- A. Que la comunidad desarrolle capacidad de auto análisis, identificación y comprensión de sus problemas y formular alternativas de solución.
- B. Que el equipo de salud encuentre un punto de apoyo y proyección hacia las comunidades en las actividades extramurales.
- C. Que los programas de salud interpreten las necesidades sentidas y latentes de la comunidad.
- D. Que la comunidad y sus líderes participen en los programas, los comprendan y apoyen para que su ejecución le reporte los máximos beneficios, así como su evaluación y supervisión-*

En este momento y frente a las funciones establecidas por las instituciones regionales y locales vemos que el componente comunitario es de mayor amplitud, compromete más al profesional de Trabajo Social con la problemática social y sin que se entre a considerar que sea más importante que el institucional en este momento, en que las posibilidades del profesional en otros campos se restringe por agotamiento del impulso que el mo-

*Fuente de Datos: Ministerio de Salud: La Participación del Componente Comunitario: una meta y una necesidad. pag 82.

delo desarrollista dió al sector industrial y al comercial .; el sector primario abre la posibilidad de que el profesional recobre su participación en el trabajo comunitario, cada vez mas restringido en instituciones y programas como los de la construcción de vivienda popular, la reforma agraria, el cooperativismo y otros, en los que cuando no ha desaparecido el cargo o está vacante, se reduce el funcionario al cumplimiento de funciones de carácter técnico-administrativo que muy poco tienen que ver con la naturaleza de su profesión.

Todo sistema, programa o proyecto que requiera del componente comunitario debe proponerse una ^{secuencia} secuencia o proceso determinado. Esta secuencia o proceso determinado debe responder a unos objetivos. Para ilustrar estos elementos utilizamos como fuente de datos el trabajo de grado de Ledys Esther Charris ; Asteria Garcia Atencio y Ricardo Pérez Julio ; titulado La Salud y los Planes de Desarrollo. En Colombia a partir de 1975 en la que se establecen etapas del proceso de implementación del componente comunitario en el programa de salud:-

- A.- Etapa de Promoción: Comprende la selección - de las areas en donde se van a implementar - cada proyecto, en las que debe existir una u nidad de salud, dotada de los recursos indis pensables para prestar los servicios preven tivos y curativos indispensables.
- B.- Etapa de Implantación: En esta etapa, el e- quipo local de salud del area, el director - seccional de salud, el director jefe de cada unidad y los representantes de la comunidad, se comprometen a la elaboración de un plan, a su sectorización de acuerdo a las veredas, a la elección y conformación del comité de - salud en cada una de ellas.
- C.- Etapa de Capacitación: Se realizan charlas, cursos de capacitación y educación en salud, de acuerdo al conocimiento de las caracterís ticas sociales y culturales de la ciudad.
- D.- Etapa de Participación Operante: En esta Eta pa se integran los miembros de la comunidad, el personal de salud local para desarrollar actividades relacionadas con la definición, programación, ejecución, supervisión y evalu ación de los programas de salud.

E.- Etapa de Seguimiento: El proceso se continua con las actividades de seguimiento y control del proceso de participación del componente comunitario mediante la supervisión, la evaluación y los ajustes que haya que introducirle necesariamente.

A partir de la Etapa de Participación Operante, la comunidad debe desarrollar cada vez más su capacidad de establecer diagnósticos de su problemática en cuanto a la salud respecta, definir metas, participar en el diseño del proyecto y aumentar su apropiación del recurso de la salud, - en el sentido de hacerlo suyo y disponer de él - en beneficio comun, con una perspectiva programática general que no se limite a ser un pasivo receptor de la atención curativa.

2.1.3. El Trabajador Social en el Servicio Seccional de Salud y sus Alternativas Institucionales en el Componente Comunitario

El Trabajador Social, en sus diversas acepciones, ha estado vinculado al Sistema de Salud en Colombia y en particular al Servicio de Salud del Atlántico. Puede analizarse como uno de los as-

pectos importantes de la lucha profesional en este campo por desplazar al personal empírico improvisado, no profesional, que ocupó inicialmente los cargos de Trabajadores Sociales, en las instituciones hospitalarias de la ciudad, cuando la deficiencia de quien debía llenarlos estaba en manos de los grupos políticos sin tener en cuenta la profesionalidad del nombrado.

Larga y difícil ha sido la lucha por definir y lograr la ubicación en los cargos existentes, abrir nuevos cargos y lograr una mayor profesionalidad y una mayor proyección.

En el primer capítulo, se establece o se enuncian las funciones del Trabajador Social en las instituciones hospitalarias y en el servicio seccional de salud. La mayoría de ellas son de corte intramural, satisfacen necesidades de tipo burocrática; en algunos casos reducidas al simple cumplimiento de trámites administrativos, sin mucha relación con el contexto profesional. En otras, estas han sido producto del esfuerzo de los Trabajadores Sociales pero, la institución por la característica lentitud de nuestro sistema, no ha sido debidamente institucionalizadas.

El Trabajador Social, en el actual momento de crisis, ha sido víctima de la inercia de las instituciones y ha perdido en el sector salud, la capacidad institucional de definir programas y proyectos así como el interés por plantear nuevas alternativas. A fin de cuentas, la naturaleza del profesional reconceptualizado, no concuerda con los intereses y motivaciones de la oligarquía económica y política dominante, que maneja estas instituciones de acuerdo a sus intereses personales. En ese sentido, la lleva a burocratizarse, perdiendo capacidad constructiva.

El acceso del Trabajador Social al subsistema de planeación en salud, creada a partir de los años setenta, con el decreto 526 de 1975, en el que propone como una de las metas la de analizar los efectos de los programas de salud en la población, ha sido nula. No ha trascendido la simple función de ejecución, de ubicación socio-económica y designación de la tarifa de servicios a pagar por el usuario. Cuando logra hacerlo, en contadas ocasiones, el normal desmontaje del equipo burocrático, que sigue a periodos electorales, echa a abajo logros obtenidos a costo de arduos esfuerzos y supone el desplazamiento del

profesional funcionario.

Definidas como intramurales e institucionales, - las funciones que cumple el Trabajador Social en el sector hospitalario, debemos analizar lo que es su integración en el servicio seccional de salud, como areas programáticas, político-administrativa del servicio de salud.

En los apartes anteriores de este capítulo hemos identificados tres areas de intervención en el - sistema de salud a saber:

- A. Area de Atención a las Personas
- B. Area de Atención al Médico
- C. Area de Atención Administrativa

De acuerdo a esta secuencia, el componente comunitario comprendido en el area de atención de - las personas, vendría a ser fundamental en el esquema. Dentro de una sana lógica, todo el sistema de salud estaría diseñado sobre la base de atender a la población. Dentro de una perspectiva científica, la atención de las personas, sea cual sea el problema atendido, debe procurar los siguientes objetivos:

- A. Para que la cobertura sea mayor al facilitar-se la penetración e irradiación de los servicios.
- B. Para que los diagnósticos emitidos reflejen - objetivamente la relación observada.
- C. Para que los programas diseñados, cuenten con la colaboración y recepción necesaria y se disminuyan las resistencias y temores.
- D. Para que la comunidad desarrolle un sentido - de pertenencia respecto a los recursos de la salud.

Sin embargo, si tomamos como referencia las funciones establecidas para el Departamento de Trabajo Social en el Servicio de Salud, nos encontramos, que si bien a él se le atribuyen como objetivos "diseñar y establecer los mecanismos que contribuyan a satisfacer las necesidades psicosociales de la población, con el fin de promover proteger, recuperar y rehabilitar la salud de la población y proporcionar a la comunidad para que conozca y participe en la solución de sus propios problemas"(4), las funciones adcritas no espe

(4) Chams Ch. Ladys Esther.- La Salud y los Planes de Desarrollo en Colombia a partir de 1975. pág 67.

cifican las actividades, responsabilidades y mecanismos conducentes a la promoción, a la participación de la comunidad y se expresan textualmente en la siguiente forma:

- A. Implementar los procedimientos referentes al Trabajo Social a partir de las normas del Sistema Nacional de Salud a fin de asegurar la uniformidad en la presentación de los servicios.
- B. Desarrollar las actividades de Trabajo Social correspondientes a la programación emanada de la División de Administración a fin de lograr el normal funcionamiento del Servicio de Salud.
- C. Coordinar el desarrollo de las actividades sobre Trabajo Social que se realicen en la Institución, organizando los recursos disponibles y necesarios en correlación con el respectivo plan de la División de Administración.
- D. Informar periódicamente a la jefatura de la División de la Administración sobre el desarrollo de las actividades de Trabajo Social y proponer las medidas correctivas a fin de preveer al nivel superior de elementos de juicio sobre la marcha del progreso.

La evaluación de estas funciones nos permite establecer dos criterios a saber: el uno, que se expresa en la vaguedad que existe en cuanto a funciones, a tareas y actividades de Trabajo Social en términos específicos, a la necesidad de cuestionar esas funciones, y el otro, a la dependencia absoluta de Trabajo Social de la División Administrativa, expresada textualmente en todos los literales anteriores, como si esta relación fuese la tabla salvadora para manifestar y reiterar esa dependencia, dejando de lado la vinculación científica del Trabajador Social que le llevaría a ser en esta materia un diagnosticador de los problemas humanos, sociales y culturales del medio físico, sobre los cuales deberían centrarse los proyectos de salud en cada situación específica.

3. EL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD EN BARRANQUILLA Y LA IMPLEMENTACION DEL COMPONENTE COMUNITARIO

Con la información básica de los capítulos anteriores, es posible entrar a particularizar el caso del sector primario de la Salud en Barranquilla y la participación del profesional de Trabajo Social en él. En primer lugar se especifica lo relacionado con la estructura administrativa del sector primario en Barranquilla; en segundo, su estructura institucional, y finalmente, se hace una sistematización de Trabajo Social en Salud a partir de las prácticas de Trabajo Social en los barrios de la Ciudad.

3.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL COMPONENTE COMUNITARIO EN EL SERVICIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO

Analicemos en este aparte cuales son los elementos organizacionales del componente comunitario de la

salud, relacionados con el sector primario en la parte de programación e implementación. Para ello nos remitimos a dos elementos de juicio: la estructura organizacional del Servicio Seccional de Salud y, las funciones, objetivos y recursos centrados en este tipo de actividades.

El organigrama que aparece adelante señala algo importante en esta materia: Aparte de la División Administrativa y de lo que supone el componente institucional, las otras secciones, la de división y saneamiento y la de atención médica, están centradas o parecen estarlo en la atención primaria de la salud, correspondiendo así, al orden establecido en la presentación de las áreas de atención, en la que la atención a las personas ocupa el primer lugar en las actividades. Y debe ser así, puesto que la atención especializada, institucional, debe plantearse en el entorno de la acción curativa y exclusivamente hacia las actividades de recuperación o rehabilitación. Así, el elemento primario, el sector primario, la acción comunitaria en salud estará dada por las actividades de fomento y prevención en Salud. Las Secciones de Servicio Seccional de Salud encargadas del fomento son en su orden las siguientes:

DIVISION DE SANEAMIENTO

- A. Protección al Medio Ambiente
- B. Sección Veterinaria
- C. Grupo de Control a los Alimentos
- D. Grupo de Zoonosis
- E. Sección Saneamiento Básico, Urbano y Rural

DIVISION ATENCION MEDICA

- A. Sección Materno Infantil
- B. Sección Salud Oral
- C. Sección Salud Mental
- D. Sección Salud Ocupacional
- E. Sección Programas Médicos Especiales

En la sección Médicos Especiales, vale la pena destacar lo siguiente:

- a. El Grupo de Control de Tuberculosis
- b. Grupo Control de Vacunación
- c. Grupo Control al Cáncer
- d. Grupo Control Médico

Asumir el cumplimiento de este compromiso supone la existencia de todo un equipo humano, científico, técnico y auxiliar capaz de asumir las tareas

propuestas en proporción a la población. En el caso concreto del Servicio de Salud del Atlántico, - se cuenta con el siguiente equipo de trabajo:

- 407 Médicos
- 41 Odontólogos
- 16 Auxiliares de Odontología
- 6 Higienistas Dentales
- 82 Licenciadas y Enfermeras Graduadas
- 764 Auxiliares y Ayudantes de Enfermería
- 37 Vacunadoras
- 167 Promotoras de Salud
- 5 Trabajadoras Sociales *

Este equipo humano requiere de la acción complementaria de las instituciones especializadas de la salud, las cuales como veremos, se irán involucrando en el estudio en la medida en que los otros componentes planteen su necesidad. Tomemos por ejemplo los resultados de la evaluación de actividades de la Sección Materno Infantil en el año de 1982, tomando como base, el informe de evaluación presentado al Ministerio en Febrero de 1983.

* Servicio Seccional de Salud. Evaluación de Actividades de 1982. pag 2.

En lo que respecta por ejemplo al programa Materno Infantil, es probable comparar las cifras de población demandante, o de potencial demanda, representadas por la población menor de un año, población entre uno y cuatro años, madres en tratamiento y control obstetricio y usuarias del programa de Planificación Familiar, con la población sobre la cual se ha proyectado los servicios y la que realmente los ha recibido que constituye la cobertura real de estos. Así se presenta una tabla en la que se ilustra esta situación en cuyo análisis nos detenemos a continuación:

<u>GRUPOS DE POBLACION</u>	<u>POBLACION SEGUN DANE EN 1982 *</u>	<u>POBLACION PROGRAMADA</u>	<u>POBLACION ATENDIDA</u>	<u>COBERTURA RELATIVA</u>	<u>COBERTURA REAL</u>
- 0 - 1 Año	22012	7715	7837	75.7%	26.0%
- 1 - 4 Años	105297	12755	4754	37.3%	4.5%
- Madres en Control	230164	8499	6411	75.4%	2.8%
- Usuarías De Planificación Familiar	230164	11514	5063	44.1%	2.2%
<u>TOTALES</u>	<u>-----</u>	<u>40483</u>	<u>22065</u>	<u>-----</u>	<u>-----</u>

* DANE.- Censo de Población de 1973 proyectado a 1982.

Este cuadro ilustrativo nos muestra que de una población de 22012 menores de un año, el Servicio de Salud programó en sus diferentes secciones del programa, la atención de 7715 casos, y, solo atendió realmente a 5837. Estas cifras relativas, utilizadas como material del informe de evaluación, permite al Servicio Seccional, establecer una cobertura del 75.7% pero, que confrontadas con las estadísticas de población, reducen estos índices a un 26.0% es decir, que de 22012 menores que deberían constituir la base poblacional de proyección, solo 5837 fueron atendidos por este programa. La cobertura de atención se reduce aún más para el grupo de 1 a 4 años y para el grupo de mujeres que podrían constituir una demanda potencial a indicadores del 4.5 por ciento, 2.8% y del 2.2 %.

Si se hace una proporción entre el número de menores atendidos, que es de 5837, para el grupo de cero a un año y se considerara que todos los 407 médicos estuviesen dedicados al programa Materno Infantil, nos veríamos obligados a pensar que para atender la población total de 22012 menores definida por el DANE, en el Censo de 1973, sería necesario, cuadruplicar la planta médica y, dedicarla u-

única y exclusivamente a la atención de este grupo de población, lo que cuadruplicaría igualmente los costos de funcionamiento.

Son estas cifras indicadoras de la imposibilidad - de prestar atención a la población en su totalidad? no lo son, se requiere de una mejor racionalización de los servicios. Una parte de esa población, un 30% aproximadamente, recibe servicios médicos privados, de instituciones como es el Seguro Social, están cobijados por las Cajas de Compensación o servicios directos de las empresas. Un 10% no está en capacidad de hacerlo por convivir en condiciones de tal desamparo, que no tienen ningún contacto con la estructura social del bienestar existente, y es aquí, en ese 70%, donde los componentes comunitarios capacitados y orientados científicamente, van a constituir una pieza valiosa para que al entrar la comunidad a constituirse en un recurso para la atención de la población en salud, se facilite el desempeño de las funciones centradas en la atención médica, en el saneamiento ambiental, se disminuyan los costos unitarios de prestación de los servicios y, se amplie la cobertura real de atención.

Finalmente, es recomendable analizar el componente financiero del Servicio Seccional de Salud para comprender algunas de las principales limitaciones existentes para la proyección a la comunidad. El presupuesto del Servicio de Salud del Atlántico para 1982 fue de \$ 982.807.913 cuyo origen y distribución se dió en la siguiente forma:

Presupuesto para 1982 del Servicio de Salud del Atlántico:

Renglones de Ingreso

A. Productos de Servicios	\$	2.665.093=
B. Aportes Nacionales (MIN)	\$	382.791.000
C. Aportes del Departamento (S.S)	\$	442.181.638
D. Recursos del Balance y Funcionamiento	\$	61.937.688
E. Ingresos del Balance e Inversiones	\$	44.600.000
F. Recursos del Balance	\$	93.196.493
TOTAL	\$	<u>982.807.913</u>

Estos recursos se distribuyeron en dos rubros principales como fueron:

Renglones de Egreso

A. Gastos de Funcionamiento	\$	885.204.518
B. Gastos de Inversión	\$	97.603.393

En esta distribución, los gastos de funcionamiento están dados por:

- a. Servicios Personales (Salarios y Prestaciones)
Gastos Generales (Viáticos, Comisiones, Pa-
pelería, etc)
- b. Transferencias o otras Aportes a Hospitales y Cen-
Entidades tros de Salud que no son
del Estado
- c. Transferencias a Hos-
pitales del Estado
- d. Servicios de la Deuda Abonos a Intereses y Amor-
tizaciones

Los gastos de Inversión están dados en la siguiente forma:

- a. Adquisiciones
- b. Construcciones
- c. Adquisición de Equipos
- d. Capacitación y Adiestramiento
- e. Transferencias
- f. Servicios de la Deuda

Estas sumas presentan en su ejecución un grave de-
sequilibrio. El 90% del presupuesto de 1982 se de-
dicó a gastos de funcionamiento, y solo el 10% a -

inversión, con lo que se materializan presupuestalmente las contradicciones del subsistema Salud, cuando los recursos existentes, en su mayor parte se concentran en los rubros que atienden el pago de salarios y servicios, mientras que las inversiones las dotaciones, la reposición de equipos y en especial, en nuestro caso, la capacitación, la ejecución de programas extramurales, de proyección a la comunidad, carecen de los dineros necesarios para que se constituyan en elementos permanentes de la atención de la salud y constituyan recursos efectivamente canalizados hacia la atención de las personas, su fin primordial.

Otro aspecto que habría que entrar a mirar es la racionalidad de esta inversión. Cabe preguntarse, tomando como base de cálculo, que la cobertura real de atención del sistema estatal de salud sea del 26 % para todos los sectores, que solo se destinen \$ 982. 807.913 para atender la problemática de la salud de todo un departamento, otras instituciones como Coldeportes, necesaria pero ineficaz, maneja ingresos superiores a los cien millones de pesos, para una población demandante muy inferior.

Estas otras consideraciones son las que permiten establecer las conclusiones respecto al sector primario de la salud y las posibilidades actuales del Trabajo Social.

3.2. LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DEL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD EN BARRANQUILLA

Esta estructura puede ilustrarse en dos sentidos: En el de los programas que actualmente se adelantan y, el de las unidades especializadas que indirectamente participan en cada uno de ellos.

3.2.1. Area de Atención a las Personas

En esta podemos identificar sustancialmente los siguientes programas e instituciones:

3.2.1.1. Programa de Rehidratación Oral

Correspondió a la urgente necesidad de atender aproximadamente a 16.754 casos de enfermedad - diarreica, procedentes en gran parte de los barrios tuguriales de la ciudad, a lo que se respondió en el programa Materno Infantil con este subprograma de sales rehidratantes.

Se propone este subprograma además de facili-

tar la consecución de las sales, la atención al paciente y la orientación de las madres sobre su uso y conveniente aplicación. Este programa tiene como recurso humano valioso, el conformado por los médicos de los 24 centros de Salud existentes en la ciudad, los centros especializados de detección del cáncer, de prevención y atención de enfermedades transmisibles, las enfermeras, las auxiliares de enfermería y las promotoras de salud. La labor del Trabajador Social en estos programas es de orientación al personal de promotoras, diagnóstico del problema, coordinación de campañas, pero de poca proyección a la organización de la comunidad, la capacitación de líderes, la formación de equipos de trabajo y la orientación de las organizaciones de base.

3.2.1.2. Salud Oral, Salud Mental, Salud Ocupacional y Control de Accidentes

Constituyen estos sub-programas, áreas muy definidas del sector primario de atención en Salud. Se preocupan por los problemas de sus respectivas áreas y cuentan para ello con la intervención de las unidades especializadas de

caracter institucional existentes en la ciudad relacionadas en tal forma que para ello presentamos las instituciones de Salud Mental y los recursos de Salud Ocupacional en forma integrada.

<u>CONSULTORIOS DENTALES</u>	<u>INSTITUCIONES SALUD MENTAL</u>	<u>SALUD OCUPACIONAL</u>
Hospital Universitario	Hospital Mental	Servicio de Malaria. Dos Ingenieros y un Quimico
	2	
Hospital de Barranquilla	Hospital Psiquiatrico	
	2	
Hospital Mental		
	1	
Hospital Niño Jesus		
	1	
Centro de Salud Las Nieves		
	1	
Centro de Salud La Alboraya		
	1	
Centro de Salud Nazareth		
	1	
Centro de Salud La Floresta		
	1	
	<hr/>	
	10	

La rusticidad y pobreza de estos elementos de proyección comunitaria es evidente. Solo diez

consultorios odontológicos para una ciudad de casi un millón de habitantes. De igual forma, es patente la situación de la no existencia de programas permanentes de Salud Mental proyectados a la comunidad de parte del sistema de Salud, ante las grandes deficiencias y limitaciones que afectan las instituciones hospitalarias de esta área, en las que el Trabajador Social, además de no tener bien definidas sus funciones, ha reducido su proyección por limitaciones institucionales y personales, a la deducción de las tarifas que deben pagar quienes ingresan en demanda de servicios. Graves son los señalamientos que en este sentido se hacen en los informes de prácticas de las estudiantes y en las 28 Tesis de Grado de la Facultad de Trabajo Social que reposan en la biblioteca que tratan de estos temas de la Salud.

Grave es indudablemente la situación que manifiesta el programa de Salud Ocupacional, donde solo tres profesionales constituyen el recurso humano destinado a atender a la población trabajadora, a preocuparse por las condiciones de trabajo, el medio ambiente laboral, la contami

nación ambiental, la destinación y derecho de las aguas residuales de la industria, el ruido y otros factores que ponen en peligro la supervivencia del trabajador, de su familia y la población en general. El informe evaluativo sobre el que ha venido desarrollando este análisis es objetivo al respecto; no existen los recursos técnicos, humanos, de laboratorio, de movilización, capaces de establecer un diagnóstico general y específico de la salubridad ambiental, de la salubridad ocupacional y lo que es más grave, de las comunidades populares.

3.2.1.3. Programas de Inmunizaciones, Control de Inmunizaciones, Control de la Lepra y de la Hipertensión Arterial

Se proponen estos programas reducir la morbimortalidad por enfermedades imuno-prevenibles en menores de cuatro años, establecer las campañas de vacunación para la población en general, utilizando para ello las técnicas recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud, tales como la canalización en el Programa Ampliado de Inmunizaciones P.A.I. , la vacuna BCG también llamada Triple, los exámenes de

Rayos X, las citologías, los programas de prevención del Cáncer, el diagnóstico temprano, - el control y tratamiento de estas enfermedades.

Estos programas alcanzan, en términos de la Organización Panamericana de Salud, su mayor cobertura, mediante la labor preventiva, la educación de la comunidad, la promoción de los programas de capacitación y la participación de la comunidad. Hay pocos efectos tienen estos programas si la acción médico farmacológica no va acompañada de una acción comunitaria encaminada a la educación de las familias sobre aspectos tales como:

- a. Importancia de la Consulta Médica
- b. Necesidad de la Higiene en los alimentos
- c. Higiene en los Vestidos
- d. Utilización y Potabilización de aguas
- e. Aseo y Cuidado del Medio Ambiente
- f. Valor Nutricional de los Alimentos
- g. Mejoramiento de los Hábitos de Alimentación
- h. Vacunación Preventiva
- i. Higiene Bucal
- j. La Organización de la Comunidad
- k. Formación y Capacitación de Líderes para las Actividades de Salud
- l. Detectar Focos de posibles Epidemias y de Contaminación

El no desempeño, la no realización de campañas permanentes en este sentido, acompañado por las deficiencias de los servicios públicos, el desaseo y la insalubridad, han convertido a Barranquilla en una de las ciudades más afectadas por epidemias de gripe, de hepatitis, de fiebres amarillas, de poliomeilitis y a la vez, de constituirse cuantitativamente en uno de los sistemas sociales más afectados por la tuberculosis, las enfermedades venereas y enfermedades asociadas a las condiciones de vida y del medio ambiente que hacen urgente un replanteamiento del sector de la salud, del componente comunitario y a la vez, de una propuesta concreta en materia de Trabajo Social.

3.2.1.4. Programa de Atención al Medio Ambiente

Este es otro programa que en su estructura, en sus objetivos y funciones contempla la proyección de la comunidad. Está centrado fundamentalmente en la protección del medio ambiente, la contaminación del aire, agua, suelo, relacionándolos con la salud, el bienestar y la economía de la población, las condiciones ecológicas para la preservación de la sociedad,

la fauna, la flora, los recursos hídricos y el medio en general.

La determinación de la participación del componente comunitario debe hacerse frente a las funciones asignadas al programa que en su orden son:

- A. Control de Emisión de Efluentes líquidos, sólidos y gaseosos de fuentes fijas.
- B. Caracterización de Efluentes líquidos Industriales
- C. Medición de Efluentes Gaseosos
- D. Medición de Concentraciones Atmosféricas, de ciertos contaminantes presentes en determinada area
- E. Protección de la Población que vive en las areas de influencia de ciertos contaminantes atmosféricos
- F. Protección e Implantación de sistemas de control a contaminantes nocivos presentes en los residuos líquidos y gaseosos Industriales
- G. Promoción del Tratamiento de Aguas Negras
- H. Protección de aguas superficiales y subterráneas para evitar su contaminación
- I. Autorizar los sitios de disposición final de Efluentes líquidos, sólidos y gaseosos

La lectura de estas funciones excluye aparentemente al Trabajador Social, pero, en el componente comunitario, no solo están comprendidos los requerimientos en cuanto a la acción de arriba hacia abajo en la relación estructura - institucional-comunidad, sino, la acción, la organización de la comunidad para que se exija el cumplimiento de las normas y funciones establecidas para el aparato estatal y en especial lo concerniente a la estructura del Bienestar Social en el Sector Salud para rechazar las acciones de personas, empresas y organizaciones que violentando los parámetros mismos establecidos someten y mantienen a las comunidades a condiciones de deterioro ambiental, de destrucción del medio, que hacen de nuestra comunidad un medio ecológicamente hostil, agresivo al ser humano.

En el caso de la ciudad y como producto de las prácticas comunitarias, es posible identificar como la desedia, el desinterés gubernamental, los criterios no científicos ni sociales que orientan nuestra industrialización, la distribución de los servicios de bienestar, la des-

igual dotación de nuestra infraestructura contribuyen a que se pueda establecer una lista - de hechos que violan estos objetivos y funciones, que de ser meticolosas y exacta colmaría el espacio asignado para la totalidad de este estudio.

FOCOS CONTAMINANTES

COMUNIDADES Y SISTEMAS DIRECTAMENTE AFECTADOS

A. Basurero de Las Flores	Las Flores, La Playa, Las 3 Acuaras, La Ciénaga de Mallorquin y el Rio Magdalena
B. Cementos del Caribe	Via 40, Zona Norte, Rio Magdalena Ecología Total
C. Zona Industrial Via 40	Zona Norte, Occidental y Centro de la Ciudad
D. Via 30	Zona Sur-Oriental de Sectores Populares y Marginales
E. Mercado Público	Toda la Ciudad. Es el principal Foco de contaminación
F. Barranquillita	Zona Central y Sistema Ecológico
G. Zona Industrial de Soledad y Malambo	Malambo, Soledad, Caracolí, Sabana Grande

A esta situación, hay que sumarle la contaminación y polución por ruidos que impera en todos los sectores, la carencia de centros y lugares

de recreación, de pulmones naturales para la -
ciudad, que hacen de la población un núcleo cu
yas resistencias biológicas, físicas y menta-
les se hayan disminuido a tales niveles que es
facilmente victima de las epidemias, que permi
te la presencia de males y enfermedades supera
das en otros medios y que hacen urgente la re-
organización urbanística, la reubicación de su
parque industrial, el cumplimiento de las medi
das existentes y la rigurosa vigilancia de to
do el sistema, con una conciencia comunitaria,
que cuestione sus condiciones de vida así como
la validez del modelo anarquico de desarrollo
adoptado, causante de los desequilibrios inhe
rentes a un país subdesarrollado y dependiente

La ausencia del Trabajador Social es manifies-
ta en esta situación, burocratizado y reducido
a funciones de trámites administrativos no pue
de superar su condicionamiento actual, ni pro
poner profesional duradera a partir de cuyos -
elementos, se formulen diagnósticos particula
res y generales sobre la salud del individuo,
sobre la de la familia y la de la comunidad, -
sino que son realmente momentaneas, accidentá-

les y casuística que se reflejan en la incapacidad de formular programas de un orden más comprometido con las funciones y los objetivos que el sistema de Salud se le ha definido.

Tratando de identificar a partir de esos conceptos las causas o factores a los cuales atribuye el Trabajador Social en Salud, esa situación, nos encontramos con que el mismo grupo piensa en la siguiente forma:

Opiniones sobre las causas de la situación del Trabajo Social en Salud.

<u>CATEGORIAS</u>	<u>FRACUENCIAS</u>	<u>%</u>
01. Limitaciones en la formación del profesional	5	6.9
02. Burocratización Pasiva	7	9.7
03. Desorientación	3	4.2
04. Aislamiento del Equipo Institucional	12	16.7
05. Falta de Definición del Objeto de la Profesión en Salud	45	62.5
	<hr/>	<hr/>
TOTALES	72	100.0

Esta distribución demuestra que los objetivos tienden a concentrarse hacia la necesidad de definir el objeto de la profesión de Trabajo Social en el sector Salud, sobre la cual ya existen aportes que proponen el compromiso del profesional con la comunidad, con la educación de sus miembros, con la formulación de diagnósticos sociales respecto a la problemática sociocultural de la Salud, a los elementos psicosociales, a la participación activa, consiente y direccional del componente comunitario.

La definición de ese objeto, del compromiso del profesional en cada situación y en el área general, supone la superación de limitaciones que reflejan o se generan a partir de ella, tales como el de afirmar en un 5% que las limitaciones son causadas por el proceso de formación, o por la burocratización pasiva del profesional, que le lleva a constituirse en un recurso subutilizado, reducido en sus dimensiones y en su capacidad de aportar al sector salud

3.3. SISTEMATIZACION DE CONCEPTOS SOBRE EL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD EN BARRANQUILLA

La Facultad de Trabajo Social posee un ya largo - historial de práctica social en las comunidades populares y en el sistema departamental de Salud, en las instituciones especializadas, en los hospitales generales del Estado y del sector privado. Como fruto de ello pueden encontrarse 28 trabajos de grado distribuidos en un 95% al trabajo institucional, un 10 % al trabajo sobre el Sistema Seccional y Nacional de Salud y la participación del Trabajo Social en él. Sistematizadas las conclusiones y relacionadas con las opiniones de Trabajadores Sociales en Salud, podemos categorizar un total de 72 conceptos así:

<u>CATEGORIAS</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
01. Es una Intervención pasiva	10	14.0
02. Es una Intervención sin proyección en Trabajo Social	22	31.0
03. Es una Intervención de proyección comunitaria	31	43.0
04. Simplemente mide la Capacidad de Pago	9	17.0
	<hr/>	<hr/>
TOTALES	72	100.0

La distribución relativa de las opiniones sobre el Trabajo Social en el Sector Salud, nos muestran in satisfacción sobre el papel que juega el profesional y la estrechez del ámbito de acción profesional. De igual forma, se establece una institucio-nalización burocratizada de éste cuando se afirma sobre la poca proyección en la comunidad.

Concuerdan mucho los conceptos de los egresados - con los de los profesionales en Salud en cuanto a la pasividad de éste en el Sector como miembro del equipo interdisciplinario y su condicionamiento a ser la persona que según su criterio define la capacidad de pago del usuario, utilizando para ello, generalmente, una historia social realizada mediante un interrogatorio indirecto, sin contacto con - el medio Social y familiar de este.

No existe entre los profesionales y los usuarios - una relación permanente, un control y un seguimiento que permita una relación científica entre el - profesional, la comunidad, el paciente y el equipo comunitario de la salud y así, se nego la posibilidad de fomentar y ampliar su proyección en el sector salud.

4. EL CONCEPTO MEDICO Y LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD EN MATERIA DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD

En este capítulo se complementan los aspectos estructurales con la experiencia social de la comunidad en materia de Salud, especialmente, la de los Barrios Lipaya, Siete de Abril, La Luz, Buenos Aires y Villa Arena, donde se ha centrado la observación de las practicantes de Trabajo Social a nivel de Comunidad.

4.1. UNIDADES DEL SISTEMA DECCIONAL DE SALUD A PARTIR DE LOS CUALES PUEDE DARSE LA PARTICIPACION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR COMUNITARIO

Dentro del concepto científico de la intervención social, el diseño de un modelo de intervención comunitaria, debe surgir de abajo hacia arriba, de las experiencias que se vivían en un número representativo de situaciones, su correspondiente análisis

sis y sistematización hasta su disensión, su diseño, prueba e implantación. Así, al llegar las experiencias sistematizadas al nivel de la planeación y dirección, se convierten en planes y programas y se invierte el sentido, de arriba hacia abajo pero, orientado con base en los elementos de la primera etapa del proceso.

En nuestro caso, hay que señalar, no solo en materia de Trabajo Social sino en todo el sistema de salud, que la programación y dirección no se alimentan de la experiencia vivida en forma sistemática si no, que se hace en forma directiva, de modelos foraneos empleados en nuestras estructuras, basado en los convencimientos de que lo que fue bueno en una parte, lo debe ser en otra. Otro aspecto de este modelo lo constituye el hecho de que el aprovechamiento de la experiencia se hace mediante el mecanismo de nombrar personas experimentadas en los cargos directivos, dentro del juego politico partidista, supeditado a los intereses grupistas y personales, que impide toda acción sistemática, la formulación de programas de largo alcance y restringe las actividades a la acción casuística y circunstancial.

En Barranquilla existen un total de 26 unidades de salud, a partir de los cuales debe darse la acción primaria de la salud y ejercerse la intervención - del Trabajador Social en el sector primario de esta. No significa ello, en primera instancia, un - puesto de Trabajo Social en cada centro y mucho me - nos, su inmediata ubicación. Se necesita investi - gar, entrar a establecer un diagnóstico de necesi - dades y recursos, diseñar un proyecto concreto y, proponerlo favorablemente, para que así puedan ve - rificarse las experiencias que lleven a definicio - nes concretas, sobre aspectos tales como la defini - ción de los programas que se realizarán en cada u - nidad particular, los programas de cobertura secto - rial, intersectorial y general, las funciones del equipo multidisciplinario y los papeles asignables a cada miembro.

Este tipo de proyectos deben complementarse con la investigación en salud y la investigación social - que conllevarán a establecer con claridad y exacti - tud aspectos tales como:

- A. Las enfermedades de mayor incidencia en cada -
sector

- B. Las características sociales, económicas y culturales de la población de cada sector
- C. Las características del medio físico del sector
- D. Las condiciones de vida
- E. Las carencias sociales e infraestructurales existentes
- F. Los recursos edógenos y exógenos aprovechables

En un segundo nivel de sistematización y generalidad, podrían establecerse con base a lo anterior:

- A. Un diagnóstico más exacto de la situación
- B. Un inventario de necesidades técnicas, materiales, físicas y financieras
- C. Un inventario de recursos institucionales y comunitarios
- D. Una mejor distribución y apropiación de los recursos existentes

Estas acciones podrían orientarse a partir de las siguientes unidades:

CENTROS DE SALUD DE BARRANQUILLA

01. C.S. Las Nieves
02. C.S. Los Montes
03. C.S. La Magdalena
04. C.S. Enfermedades Transmisibles
05. C.S. Asilo San Antonio
06. C.S. Nazareth
07. C.S. Santuario
08. C.S. Simón Bolívar
09. C.S. Las Flores
10. C.S. Alfonso Lopez
11. C.S. Las Américas
12. C.S. San Felipe
13. C.S. Carrizal
14. C.S. Rebolo
15. C.S. Francisco de Paula
16. C.S. La Paz
17. C.S. Buena Esperanza
18. C.S. La Victoria
19. C.S. Santo Domingo
20. C.S. San Pedro Claver
21. C.S. La Manga
22. C.S. El Bosque
23. C.S. La Alboralla
24. C.S. Lipaya
25. C.S. Buenos Aires
26. C. de D. del Cáncer

Un aspecto importante a destacar lo es el de que - para una población de un millon de habitantes apro aproximadamente resulte una proporción aproximada de 36.000 habitantes por cada centro de salud, lo que echa a tierra en el sentido de la población, - la consideración de que es mucho a aspirar en un futuro que en cada centro esté ubicado en forma permanente un Trabajador Social aunque en atención a las limitaciones presupuestales y a la falta de criterios específicos de intervención, sea menester comenzar el proceso de ubicación a través de una propuesta específica como se trata de hacer más adelante.

4.2. CARENCIAS Y PROBLEMAS QUE SEGUN EL MEDIO PODRIAN SER MOTIVO DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

El profesional de la medicina en nuestro medio, especialmente el de las generaciones médicas formadas en la escuela tecnológica de la medicina, no está orientado en su formación hacia la consideración de los aspectos sicosociales y culturales. Suele ser un profesional que reduce el concepto de salud a un problema de solución tecnológica, deshumanizada y amigo del médico privilegiado de la sociedad.

En el otro extremo nos encontramos al médico de pocas oportunidades para quien su vinculación a los centros populares de salud es un medio para lograr la culminación del proceso de formación profesional.

En casos como estos, es difícil encontrar profesionales médicos interesados en atender cuestiones no relacionadas con sus objetivos profesionales y personales que concreten conceptos sobre la relación salud-sociedad, morbilidad, condiciones de vida; - sin embargo, tomando el concepto de 17 profesionales que estaban vinculados al sector primario de la salud en el periodo Octubre 1982-Octubre 1983, es posible formarse una idea de las posibilidades que el médico vé en el Trabajador Social en este nivel y de cuales serán las principales funciones que a él competirán.

4.2.1. Posibilidades que el Médico le concede al Profesional de Trabajo Social en el Sector Primario de la Salud

<u>CONCEPTOS</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
01. Nulas en las actuales condiciones del sistema	8	47.05
02. No ven la necesidad de la presencia del Profesional	2	11.76
03. Si hay, pero debe el Trabajador Social impulsar su proyección	2	11.76
04. El Trabajador Social tiene más campo en los Hospitales	4	23.52
05. No responden	1	5.91
		<hr/>
	TOTALES	100.00

La distribución de las respuestas, nos señala - que solo el 11.76 % de los médicos, no ven la - necesidad de contar con un profesional de Trabajo Social en la atención primaria de la Salud y que un 5.91 % no mostraron mayor interés en atender a las preguntas en una entrevista informal abierta. Un 47.05 % considera nulas las posibilidades en las condiciones actuales, ya que según el criterio de estos profesionales, el desempeño de la administración es tal, que no manifiesta interés alguno por mejorar las condiciones de los Centros de Salud. Para ello dan como ejemplos, las deficiencias en la dotación de los centros y puestos de salud y en contraste,

la subutilización de los elementos técnicos y científicos de los centros hospitalarios más avanzados, en los que la burocratización, el desconocimiento de las funciones y las pocas ganas de cumplir políticas y objetivos del sistema de salud, llevan el manejo de éstos centros orientados hacia funciones políticas, grupistas y personales.

El 11.76 % de los profesionales conceptúa que el Trabajador Social debe impulsar su vinculación y para ello debe utilizar los mecanismos gremiales y científicos, pero no burocratizarse y convertirse en un instrumento más de los grupos políticos que en lugar de contribuir a la solución de problemas, lo empeoran haciendo más negativa la gestión de salud en el sector privado.

4.2.2. Funciones que asigna al Trabajador Social el Médico

Con base en esta primera posición se pasó a considerar lo que según el profesional médico, debería contribuir al objeto de las preocupaciones del Trabajador Social.

<u>CONCEPTO DE LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL SECTOR SALUD</u>	<u>FRECUENCIA</u>
01. Las asignadas por el Sistema Nacional de Salud	24
02. De Auxiliar Paramédico	16
03. De Educación	20
04. De Investigación e Información al médico	12
05. De Enlace con la Comunidad	10
06. Ninguna	18
	<hr/> 100

El 24 % de los conceptos de las funciones del Trabajador Social está de acuerdo con que este profesional debe ceñirse a las funciones que le han asignado en el sistema de salud, pero es de aclarar que ninguno de ellos está informado sobre la naturaleza de esas funciones ni sobre las implicaciones de ellas en el campo de la salud.

Un 16 % de los profesionales médicos, le asigna funciones de carácter paramédico; un 20 % de educador de la comunidad; 12 % de investigador e informador al médico, un 10 % de enlace con la comunidad y un respetable 18 % que no asigna nada.

El análisis de esta información ofrece un panorama de opiniones dispersas y desubicadas respecto a las funciones del Trabajador Social en el sector salud y en particular en los centros y puestos de salud en los que se imparte salud a las comunidades marginadas de la comunidad. De estas primeras conclusiones debe deducirse que un programa de Trabajo Social, que tienda a contribuir a la proyección del Trabajador Social en el sector de la salud debe contemplar la orientación del profesional médico en tres direcciones a saber:

- A. Sobre la naturaleza del componente primario de la salud y la estructura del sector primario de ésta.
- B. Sobre el papel del equipo de salud, las funciones de sus integrantes y las relaciones interpersonales de sus miembros en los centros y puestos de salud.
- C. Sobre la naturaleza del Trabajo Social y el papel que compete este profesional en el sector primario.

4.3. ESTRUCTURA DE UN PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR PRIMARIO DE LA SALUD CON MIRAS A PROYECTAR LA PROFESION

4.3.1. Justificación

Se hace necesaria la verificación de un proyecto de esta naturaleza con el fin de dar respuestas concretas a la aspiración de ubicar un profesional de Trabajo Social en el sector primario de la Salud demostrando de paso la validez de esta profesión en el componente comunitario de la salud apropiándose de las normas establecidas en el Sistema Nacional de Salud, evaluarlas mediante su confrontación con la realidad.

4.3.2. Objetivo General

Establecer un modelo de intervención del Trabajador Social en el componente comunitario de la Salud complementando la ubicación institucional de los centros hospitalarios de primer y segundo orden con el fin de propiciar nuevas opiniones a la profesión y ampliar su proyección en el sector de la Salud.

4.3.3. Objetivos Específicos

Evaluar las actuales posibilidades del Trabajador Social en los programas comunitarios de la salud para promover la vinculación como miembro del equipo de salud.

Identificar necesidades que respondan a la naturaleza de la profesión, para así evaluar las actuales funciones asignadas y proponer nuevas, acorde con las circunstancias y características de las comunidades en que funcionan los puestos y centros de salud.

4.3.4. Políticas de Orientación del Programa

La realización de un proyecto de esta naturaleza plantea como criterios de orientación los siguientes:

- A. Que el proyecto sea verificado en forma experimental y por lo tanto, las normas y funciones pre-establecidas institucional y profesionalmente como elementos de la estructura del Sistema de Salud y de la teorización del Trabajo Social en salud van a ser puestas a prueba, confrontadas con la realidad y revaluadas

en la experiencia.

B. El Proyecto "Programa de Trabajo Social en el Sector Primario de la Salud", debe ser producto de un compromiso de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar y de la Asociación de Egresados de la Facultad de Trabajo Social que dé una propuesta conjunta hecha al Ministerio de Salud y a la Seccional del Atlántico con el fin de allanar el camino y disminuir la oposición de los mandos medios que suelen oponerse a este tipo de experiencia.

C. El Proyecto debe comprometer tres zonas de características diferentes en cuanto al origen, la conformación, la educación, la infraestructura y la estabilidad de la comunidad. Para ello se proponen las siguientes:

Zona 01: Buenos Aires, Veinte de Julio y Villa Arena.

Zona 02: El Bosque, Las Malvinas, San Cristóbal.

Zona 03: Simón Bolívar.

D. Condición fundamental del Programa lo es la participación de la comunidad; por ello la identificación, la promoción y la capacitación de líderes, así como la organización y asesoría de líderes y comites de salud, el diseño de cursos y programas de capacitación, constituya una responsabilidad fundamental del Trabajador Social.

4.3.5. Proyectos Componentes del Programa

4.3.5.1. Proyecto de Investigación

Objetivos

- A. Estudio de los aspectos económicos y socio-culturales de las comunidades componentes del proyecto.
- B. Identificación de líderes, grupos y asociaciones de base capaces de constituirse en fundamentos del programa.
- C. Análisis de la información estadística existente sobre pacientes, enfermedades, epidemias y problemas de salud típicos de la comunidad.
- D. Formulación del diagnóstico sociomédico en el equipo de salud y Trabajo Social.
- E. Diseño de programas sectoriales.

4.3.5.2. Proyecto de Educación en Salud

Objetivos

- A. Diseño y Ejecución de programas de Educación para padres de familia en asuntos relacionados con la higiene, el manejo de alimentos y la prevención de enfermedades del menor y del adulto, el manejo de basuras y desechos, los primeros auxilios y el control médico.
- B. Diseño y Ejecución de programas de Educación y Capacitación de líderes en materia de salud.
- C. Inducción del equipo médico y del Trabajador Social en los criterios y estipulaciones del programa, delimitación de áreas y funciones.

4.3.5.3. Proyecto de Atención Primaria en Salud

Objetivos

- A. Diseño y Evaluación de programas orientados a la comunidad en general; control de pacientes, registro de estadísticas sobre epidemias y endemias.
- B. Diseño de programas orientados a sectores específicos de la población que presenten

además de la problemática general, aspectos muy especiales que merezcan una atención característica del problema en mención.

C. Atención y control del flujo normal de pacientes a los centros y puestos de salud existentes en las comunidades.

4.3.6. Dirección y Administración, Control y Evaluación del Programa en General

La dirección del programa que nos ocupa concierne a las entidades interesadas en el proyecto y a las comunidades en las cuales se vá a interesar y a realizar la fase experimental; esto implica que debe integrarse un comité de dirección con la participación de la dirección de la seccional de salud, de la Universidad y de las comunidades. Este comité debe, por naturaleza, contar con profesionales con experiencia en el ramo y vinculados a programas de este tipo como lo son, de parte de la seccional de salud, la directora del programa de participación comunitaria y la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar. Las comunidades estarán representadas por un líder de cada zona. Para darle fluidez al programa y ante la usual lentitud de las

entidades del gobierno, la parte operativa de la dirección puede centrarse en un funcionario de la Universidad cuyas decisiones deban respaldarse con la asesoría del comité directivo.

La parte administrativa ofrece menos problema y no requiere mayor implementación en cuanto al sector de la atención médica, pues puede y debe acercarse a través de los centros y puestos de salud y la social, conjuntamente con las Trabajadoras Sociales del Servicio de Salud y las Trabajadoras o supervisoras de prácticas adcritas a la zona por la Facultad de Trabajo Social. Esto conforma de hecho un equipo interdisciplinario, evita la duplicidad de funciones y la burocratización del proyecto, ya que no exige la creación de un nuevo cargo; se trata precisamente mediante la implementación de este programa demostrar la validez del componente primario de la salud, de la necesidad de que la comunidad desarrolle un sentido de valoración y de apropiación de los recursos existentes en ella y pase a ser así un sujeto activo a la presentación de los servicios y no un simple receptor de ellos.

4.3.7. Programación de las Actividades

El Proyecto debe verificarse en un tiempo máximo de 10 meses a partir del Mes de Febrero del año elegido para la realización de acuerdo al siguiente Cronograma

Cronograma del Proyecto

ACTIVIDADES	1	2	3	4								
Investigación												
Diseño de Programas												
Formulación Diagnóstica												
Implementación Proyecto Ed.												
Implementación Proy. de At Primaria												
Actividades de Control												
Organización y Asesoría de la Comunidad												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agt	Sep	Oct	Nov	Dic

Como puede observarse, las actividades comunes de cada proyecto se implementan en una misma programación con el fin de evitar la dispersión de recursos y así aumentar la eficacia de las acciones del equipo.

El control del proceso se ha establecido mediante cuatro puntos de cortes, en los cuales será posible identificar los desajustes del programa y establecer los correctivos del caso eliminando los elementos de distorsión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En atención al contenido del trabajo, se pueden establecer tres conclusiones y dos recomendaciones así:

CONCLUSIONES:

A.- Existe en la estructura del Sistema de Salud Nacional, una estructura político-administrativa, de proyección a la comunidad, que recoge y reconoce el valor y la necesidad de la participación comunitaria en la orientación, dirección y atención de la salud especialmente en el nivel preventivo y promocional que genera condiciones para la proyección del Trabajo Social en el Sector Primario de la salud, y le permite superar la actual condición de profesional institucionalizado, burocratizado y sin mayores posibilidades de ampliar su vinculación al sistema de salud.

B.- La comunidad, por desconocimiento de ello, por su

condición de explotada y manipulada, no ha desarrollado un sentido de apropiación, de pertenencia, de responsabilidad social y se limita en gran parte a ser receptiva de los servicios que se le deban prestar y no crítica de las fallas y lamentaciones de que adolecen esas instituciones, organismos y centros responsables de materializar las políticas de salud.

C.- El Trabajador Social es el profesional idóneo para materializar el componente social de la salud en el sector primario; tiene funciones definidas que constituyen una base inicial de proyección. Su ubicación está relacionada con la capacidad que demuestre de establecer propuestas concretas a problemas concretos, que constituyen salidas viables social y económicamente, por lo tanto se recomienda:

RECOMENDACIONES:

A.- Evaluar las posibilidades de la propuesta formulada para determinar posibles efectos en la vinculación inicial de la Facultad de Trabajo Social al programa de salud y posteriormente, del profesional, al sector primario en las diferentes unidades y centros existentes en el Departamento.

B.- Analizar la posibilidad de diseñar en este momento programas específicos de salud a partir de la sistematización de la práctica social de comunidad de la Facultad.

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

LISTADO DE TESIS DE GRADO CONSULTADAS EN LA BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR:

- | | |
|--|--|
| MOSQUERA Eloisa,
HERRERA Gladys | Presentación de una Experiencia de Trabajo Social Psiquiátrico en el Hospital Mental Departamental. 1978 |
| ACOSTA VERGARA Felina de,
ARCE Marlene,
PACHECO Judith | Factores prevalentes en la Enfermedad de los adolescentes atendidos en el Hospital Mental de Barranquilla. 1980 |
| DEL C CASAS Clara,
ZAPATA Ruby | La Problemática Social de las Enfermedades Mentales en las Instituciones Oficiales de Salud Mental en el Departamento 1980 |
| AGUILAR Myrna de,
PRINS Eucaris | Análisis de algunos aspectos de la desnutrición en Colombia. 1978 |
| SANTIAGO Omaira,
TORRES Maria,
RAMOS Nohemi | La Problemática de la Edad Avanzada en Barranquilla. 1979 |

GONZALEZ Nelly,
TRUJILLO Trinidad

Sonsideraciones sobre la Seguridad y el Trabajador Social en la Unidad Programática Número Tres del Instituto de los Seguros Sociales del Atlántico. 1981

CHARRIS Ladys Esther,
GARCIA Asteria,
PEREZ Ricardo

La Salud y los Planes de Desarrollo en Colombia. 1975

MARTINEZ Magalys,
RICARDO Martha Luz

El Trabajo Social en el Area de la Salud. 1982

HERDENEZ Miriam,
ZABALA Olga,
FORTICH Mariela

Los Servicios Seccionales de Salud del Departamento del Atlántico y Trabajo Social. 1981.

MARTIN Ana del Pilar,
ORTIZ Alba

Respuesta del Trabajador Social a la problemática de la Salud de los Indígenas Koguis de la Región de San Antonio, Sierran Nevada de Santa Marta. 1982

NIEBLES Flavia,
SAMUDIO Imera

Evaluación de la Intervención del Trabajador Social en la Clínica de Rehabilitación Infantil, Cruz Roja, Club Rotario, Barranquilla. Planteamiento de nuevas Alternativas. 1981

Experiencias en Atención Primaria. Convenio Colombo-Ho-
landes. 1982

MOLINA George,
TURIZO Arturo,
Otros

La Selección de Dirigentes de
Salud en la Comunidad. Foro
Mundial de la Salud. 1980

MAHLER Alfdan

El Sentido de "La Salud para
todos en el Año 2.000". Foro
Mundial de la Salud. 1981

ROLDOS AGUILERA Jaime

Un llamamiento a la Acción.
Foro Mundial de la Salud.
Lima 1981

OBRAS CITADAS

SANTA MARIA Alberto

El Trabajo Social en Salud.
Modelo de Intervención. Bo-
gotá 1977

KISMERMAN Natalio

Salud Pública y Trabajo Soci-
al. Editorial Humanitas. Bue-
nos Aires. 1981

DEPARTAMENTO NACIONAL DE
PLANEACION

Plan para Cerrar la Brecha.
Bogotá. 1975