

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

BIBLIOTECA

BARRANQUILLA

INCIDENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-ECONOMICOS DE LA  
POBLACION INFANTIL ATENDIDA EN EL HOSPITAL PEDIATRICO  
DE BARRANQUILLA. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

LUZ MARINA MERCADO CUENTAS

MERCEDES LLERENA VILLANUEVA

Trabajo de Grado presentado como requisito  
parcial para optar al título de Trabajadora  
Social.

ASESORA: DRA. NUBIA MORENO

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, 1985

P E R S O N A L D I R E C T I V O

RECTOR : DR. JOSE CONSUEGRA HIGGINS

SECRETARIO GENERAL : DR. RAFAEL BOLAÑO

DECANO FACULTAD : DR. JORGE TORRES DIAZ

SECRETARIA ACADEMICA : DRA. MARIA TORRES

ASESORA : DRA. NUBIA MORENO

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, 1985

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Barranquilla, 1985

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

- A los diversos estamentos de la Facultad de Trabajo Social quienes con su orientación académica, teórica y práctica nos han permitido titularnos como Trabajadora Social.
- A las diferentes Instituciones donde nos dirigimos en busca de información para el Trabajo de Grado, por el servicio que nos prestaron.
- A NUBIA MORENO, Trabajadora Social, quien con su asesoramiento hizo posible la obtención de nuestro título.
- Y a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron en la elaboración de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.....	10
1. GENERALIDADES DE LA SALUD EN NUESTRO MEDIO.....	17
1.1 POLITICAS Y ESTRATEGIAS QUE PLANTEA EL ESTADO PARA ATENDER LAS ENFERMEDADES DEL INFANTE.....	31
1.2 HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA.....	43
1.2.1 Objetivos de la Institución.....	43
1.2.2 Políticas de la Institución.....	44
1.2.3 Estructura Funcional de la Institución.....	45
1.2.4 Programas.....	46
1.2.4.1 Programa de Hidratación Oral.....	46
1.2.4.2 Programa Materno Infantil.....	47
1.2.4.3 Programa de Vacunación.....	47
1.2.4.4 Educación Social.....	47
1.2.5 Afluencia de Pacientes.....	49
1.2.6 Enfermedades Atendidas.....	58
2. MORBIMORTALIDAD INFANTIL.....	66

	Pág.
2.1 INFLUENCIA SOCIOECONOMICA Y CULTURAL EN LA MORBILIDAD DEL NIÑO.....	83
2.2 LA FAMILIA EN LAS ENFERMEDADES INFANTILES.....	96
2.3 DESNUTRICION Y SECUELAS.....	106
3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.....	116
3.1 TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO.....	127
3.2 ALTERNATIVAS DE INTERVENCION EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFANTILES.....	135
4. CONCLUSIONES.....	138
5. RECOMENDACIONES.....	145
BIBLIOGRAFIA.....	147

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	Resumen de consultas externas, egresos, porcentaje ocupacional. Enero a Junio de 1985..	52
TABLA 2	Consulta médica 1984. Hospital Pediátrico...	53
TABLA 3	Consulta médica Enero 1985-Junio 1985. Hospital Pediátrico.....	54
TABLA 4	Egresos por grupos de edad y promedio de estancia. Hospital Pediátrico de Barranquilla. Enero 1985 - Junio 1985.....	55
TABLA 5	Incidencia de gastroenteritis. Egresos por grupos de edad y promedios de estancia.....	63
TABLA 6	Principales enfermedades que son causas de morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo menores de un año.....	72
TABLA 7	Principales enfermedades que son causas de morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de uno a cuatro años.....	73
TABLA 8	Principales enfermedades que son causas de morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de cinco a 14 años.....	74

## LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
GRAFICA 1	Consultas por enfermedad diarreica aguda en el grupo de 0-14 años, reportados por los Centros de Salud Nazareth, Las Nieves, La Alboraya, El Bosque, Lipaya, Rebolo, Buenos Aires, Carrizal, Carlos Meisel, San Luis, Niño Jesús al Servicio de Salud. Mes de Enero.....	75
GRAFICA 2	Mes de Febrero.....	76
GRAFICA 3	Mes de Marzo.....	77
GRAFICA 4	Mes de Abril.....	78
GRAFICA 5	Mes de Mayo.....	79
GRAFICA 6	Mes de Junio.....	80
GRAFICA 7	Mes de Julio.....	81

LISTA DE ESQUEMAS

		Pág.
ESQUEMA 1	A. Consulta externa.....	50
ESQUEMA 2	B. Por urgencia.....	51



## INTRODUCCION

El presente trabajo plantea como tema central el estudio de los Factores Socio-económicos en la población infantil atendida en el Hospital Pediátrico de Barranquilla, e Intervención del Trabajador Social, el interés por la escogencia de este tema surgió al conocer los servicios que presta el Hospital Pediátrico y la afluencia de pacientes con las diferentes enfermedades atendiéndose un gran número de niños que presentan enfermedades diarreicas agudas, problemática que azota últimamente a la población infantil barranquillera debido a las mismas condiciones ambientales en que viven la mayoría de nuestros niños, a la poca proyección de la medicina preventiva e impidiéndoles mejorar su salud.

El concepto de salud y su propia definición no es fácil de expresar se extiende desde las condiciones simplistas del bienestar físico hasta aquellas que agregan elementos psicológicos, culturales y espirituales en ocasiones muy difíciles de delinear. La situación es a veces tan compleja que se puede llegar a definiciones utópicas como la serie conocida por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o de enfermedad. Es también el equilibrio adapta-

tivo del organismo humano con el ambiente físico y social.

Ante esta problemática se buscan mecanismos sociales que permitan promover el bienestar físico social de los familiares de los niños con el fin de contribuir al buen desarrollo de sus potencialidades los cuales han sido plasmados en los objetivos. El problema es tan complejo que se hace necesario que el Trabajador Social intervenga a nivel de individuo, grupo y comunidad para el logro de un tratamiento médico social más eficaz si tenemos en cuenta que el individuo no presenta su problema en forma aislada ya que es un ser social por naturaleza.

Como objeto del estudio tenemos como centro de referencia el Hospital Pediátrico de Barranquilla donde se canaliza la mayor parte de la problemática de la población infantil procedente de los barrios marginados y zonas tuguriales de la ciudad originadas por las mismas condiciones socio-económicas incidiendo en la salud, y que es preocupante debido a la poca cobertura de los servicios y a la carencia de recursos no permitiéndole brindar una atención especializada al menor.

Para el estudio de este problema nos hemos trazado los siguientes objetivos:

- Objetivos Generales

- Obtener un conocimiento objetivo, crítico y sistemático acerca de

Los factores socio-económicos que influyen en la enfermedad que ataca a la población infantil a fin de tomar una posición responsable, eficaz y consecuente frente a ella.

- Conocer, diagnosticar y formular actividades encaminadas a fomentar y mejorar el estado de salud del niño con el fin de contribuir al buen desarrollo de sus potencialidades.
  
- Objetivos Específicos
  
- Conocer con datos estadísticos la afluencia de pacientes con las diferentes enfermedades presentadas en la población infantil.
  
- Investigar el estado socio-económico de la familia de los niños que acuden al Hospital Pediátrico y el efecto que este produce sobre el estado de salud del niño.
  
- Diseñar estrategias que permitan promover el bienestar físico social de los familiares de los niños mediante la utilización de los servicios que presta el Hospital Pediátrico.

Por la magnitud del tema y su constante actualización utilizamos para este estudio el método dialéctico ya que nos permitió analizar e interpretar el problema objetivamente. Estableciendo las causas y consecuencias de los problemas en estudio.

Es un método que permite investigar la naturaleza y sociedad, destaca las contradicciones internas, las distintas conexiones de los elementos, la relación causa - efecto. Es decir, que pone de manifiesto la verdadera esencia de los fenómenos, procesos y hechos sobre los cuales va a intervenir el Trabajador Social. Porque este mediante los sentidos, la razón y la aplicación de procedimientos y técnicas, se va apropiando de una realidad concreta, (situaciones problemas), analiza su desarrollo y descubre sus nexos con otros procesos. Partiendo de esta base teórica y del proceso de investigación, sistematización vamos a obtener conocimientos, conclusiones científicas y objetivas de la realidad de las enfermedades presentadas en la población infantil y su incidencia socio-económica.

Las hipótesis de trabajo planteadas en la investigación fueron las siguientes:

- Hipótesis General
  
- El mal manejo administrativo de las políticas y presupuestos en las Instituciones de salud influenciado por el sistema capitalista actual y la restringida cobertura de los servicios hacia la población infantil, hacen que las familias utilicen procedimientos inadecuados y medicina casera determinados por la cultura y el bajo nivel educacional, trayendo así un alto índice de morbi-mortalidad en el infante.

- Hipótesis de Trabajo
- Las condiciones socio-económicas en que viven la mayoría de los pacientes, la falta de educación y proyección de medicina preventiva inciden en la proliferación, epidemias y asentamientos de enfermedades en la población infantil.

Haciendo referencia a las hipótesis podemos plantear que la problemática de las enfermedades infantiles estudiadas en el Hospital Pediátrico no se pueden aislar de la problemática de salud en que vive el país y por ende la ciudad de Barranquilla, ya que a nivel nacional los planes y programas que se plantea el gobierno no alcanzan a cubrir la adecuada prestación de los servicios a nivel de prevención, curación y rehabilitación generándose cada vez más un alto índice de morbi-mortalidad en el infante. Causa también de ello es la situación socio-económica en que se debaten la mayoría de estas familias siendo este factor condicionante del nivel de salud de la comunidad notándose que la población marginada geográfica, cultural y económicamente es la población que presenta un mayor riesgo de enfermar y morir.

Estas hipótesis han sido comprobadas a lo largo del trabajo cuyos capítulos enmarcan lo siguiente:

- Primero: Salud en nuestro medio, en donde vamos a conocer como está la salud de la población infantil barranquillera, los factores que la están condicionando. Analizamos también si las políticas

estatales están sujetas a las necesidades del pueblo y si han sido orientadas a servir a la mayoría de la población o a una pequeña parte de ella.

- Segundo: Morbi-mortalidad infantil, donde estudiamos las causas y consecuencias de ella, la incidencia socio-económica y cultural en la morbilidad del niño, encontrándose relegados padeciendo hambre, miseria, hacinamiento, falta de educación, de recreación, tratamos a continuación el papel de la familia ante las enfermedades del infante, destacando que de ella depende el equilibrio tanto mental como social del niño en formación, como también agregamos a esto que el comportamiento funcional de la familia se da en la medida en que sus miembros desarrollen acciones que faciliten un clima armónico y de equilibrio, en sentido contrario cuando las actividades que estos ejecuten no satisfacen las necesidades se dan las disfunciones que originan la problemática familiar. Esbozamos también dentro de este capítulo la desnutrición y sus secuelas, uno de los problemas más serios que afronta la familia de bajos recursos hoy en día es la desnutrición principalmente la infantil, la cual tiene serias consecuencias en la población afectada pues limita su potencial de crecimiento, desarrollo, actividad física y rendimiento intelectual; es multicausal y sus factores determinantes tienen relación directa con el estado de pobreza y de marginalidad.
  
- Tercero: Intervención del Trabajador Social en el área de la sa-

lud, se realiza este capítulo dando un enfoque del quehacer profesional en el área de la salud a nivel general y particularmente la intervención del Trabajador Social en el Hospital Pediátrico donde pretendemos conocer las funciones y ubicación en la Institución en la cual labora.

- Por último se diseñan alternativas de intervención profesional ante la problemática de las enfermedades en la población infantil.

Esperamos que este trabajo sirva de guía para la realización de una nueva investigación o de aportes a la teorización del quehacer profesional en Trabajo Social.

## 1. GENERALIDADES DE LA SALUD EN NUESTRO MEDIO

Un ingrediente básico del bienestar de un pueblo es el nivel de salud de que gocen sus habitantes. Y un seguro indicador de la organización social y política de una nación es la forma y la cobertura del servicio de salud, sus acciones deben estar orientados básicamente a la promoción de todos y de cada uno de los miembros de la población. Y así la salud debe ocupar un puesto privilegiado y constituir un fin en sí mismo. Es evidente que también se puede instrumentalizar y convertir la salud, su conservación y mejoramiento en un medio importante para lograr el desarrollo económico del país. Y así, la elevación del nivel de salud se debe traducir en un mayor rendimiento de la fuerza de trabajo y, en último término en un instrumento de explotación.<sup>1</sup>

Esta labor no será fácil ya que por su carácter de necesidad básica a la cual debe responder el Estado, los servicios de salud se convierten a hacer, en frecuentes ocasiones, la conformación del botín burocrático, por lo que respecta a su administración y la propaganda electoral a determinadas campañas de medicina preventiva o a la ampliación de servicios. Este hecho ha llevado a que la salud automáticamente quede convertida en poderoso instrumento clientelista dada la universalidad de su requerimiento, y el poder intrínseco de la profesión médica. Además el alto costo de las consultas médicas y el encarecimiento de

---

<sup>1</sup> ANGULO NOVOA, Alejandro. Situación Social en Colombia. Bogotá, Cinep, 1979. p. 51.

los productos farmacéuticos, impiden que las clases de escasos recursos económicos puedan asistir o satisfacer tales necesidades para mantener el equilibrio de la salud. Siendo esta fundamental en los individuos para el buen funcionamiento de sus potencialidades y por ende un mejor desenvolvimiento de sus actividades en la sociedad en la cual se desempeña.

La estructura de nuestra sociedad capitalista dependiente a logrado que los niveles de explotación de unos grupos por otros incluyan la pérdida de la salud como un ingrediente casi necesario. Y han hecho, además, que su recuperación se convierta en un privilegio de clase, ya que los gastos suntuosos en materia de salubridad solo pueden satisfacerla una proporción muy pequeña de la población o sea la clase dominante. De tal forma donde quiera que se mire, el problema de la enfermedad, correlativamente el problema de la salud también lo es. Y en última instancia las probabilidades supervivencia favorecen a los ricos sobre los pobres, morir, que pareciera ser un destino universal es también un problema de clase social.

Uno de los calvarios de la clase trabajadora es el seguro social y uno de los calvarios de la masa desempleada es el sistema nacional de salud, ni el primero es seguro, ni el segundo es sistema, pero ello no obsta para que la cantidad de impresos y de discursos en torno a esas dos instituciones dejen muy en claro su naturaleza política y su significación burocrática. 2

---

2 ANGULO, Alejandro. AREVALO, Eduardo y Otros. Salud Pública ¿Para Quien? Controversia. Centro de Investigaciones y Educación Popular, 1978. p. 10.

Si se mira la historia de las campañas electorales en Colombia se descubre una fuerte correlación entre propaganda política y vacunación. No sería extraño que se pudiera establecer el mismo tipo de relación entre establecimiento y ubicación de centros de salud con elecciones de mitaca. Esto es palpable cuando en épocas electorales en toda la población y específicamente en barrios tuguriales los políticos les ofrecen salud a cambio de un voto, siendo la salud del pueblo utilizada como un arma política de la clase dominante, no se ve porque las clases populares no puedan aprovechar la fuerza de semejante instrumento para sus propias luchas sobre todo cuando en ello les va su propia supervivencia. Sin demeritar los objetivos clientelistas si podría preguntarse si la salud del pueblo colombiano no merecería un tratamiento menos anecdótico y mejor estudiado. Esta pregunta se torna tanto más angustiosa cuando se discriminan los resultados de las encuestas de morbilidad, las cifras de cobertura hospitalaria, la política comercial de las farmacias, y las estadísticas de mortalidad según causa.

Las condiciones socio-económicas de la mayoría de la población colombiana expresada por la extremada desigualdad y polarización de los ingresos y originada por una situación de dependencia coloca a la población en niveles de subsistencia e indigencia incidiendo radicalmente en el estado de salud. Aclarando que ella es el resultado de la interacción armónica de factores biológicos, físicos, ambientales, socio-económicos y culturales, que determinan la efectiva aplicación de los avances científicos encaminados a mejorar las condiciones del hom-

bre dentro de su medio ambiente. Por tales razones, para determinar el progreso en materia de salubridad es necesario analizar objetivamente la relación de múltiples variables y establecer una correcta relación entre ellos, de manera que expliquen las tendencias de bienestar y enfermedad de un pueblo. A pesar de todo demuestra un progreso en los niveles de salud de los colombianos aunque es palpable que las políticas administrativas y algunas decisiones en materia de salubridad obedecen más a razones políticas y quizás electorales, que a verdadera acción de cobertura nacional, es así que hoy vemos alarmados que los principales hospitales del país cuya misión es brindar atención médica a las clases de escasos recursos económicos, sufren graves déficit presupuestales, que los ha llevado al cierre de los más importantes servicios, a la restricción marcada de la atención, al sostenimiento semiprivado o a la venta de servicios para los pacientes de la seguridad social, a fin de lograr el mantenimiento de sus secciones y de la extendida burocracia.

La creación de nuevos hospitales, es de por sí, una buena medida para ampliar la cobertura sin embargo observamos que muchos de ellos no cuentan con elementos básicos para poder funcionar y brindar una atención adecuada. Sin pretender detallar otros indicadores de bienestar que inciden en la salud de un país, se ha corroborado un razonable mejoramiento en la evolución del ingreso económico familiar (aunque todavía es muy bajo) un incremento de la urbanización y aceptables niveles de acesibilidad de la población rural a los servicios de salud. A pesar de que se señala un progreso en materia de salud pública, el

país se encuentra prácticamente estancado en otros factores de desarrollo que afectan principalmente a las clases menos favorecidas y a la población escolar.

"En materia de seguridad social, si ha existido progreso pero es muy bajo en cuanto a cobertura ya que solo cerca de cuatro millones de colombianos tienen derecho al seguro social mientras que el resto de la población nacional (más de 20.000.000) debe recurrir a los servicios de salud del Estado".<sup>3</sup>

Además la seguridad social tiene desprotegido a los grupos de menor ingreso económico, ya que la mayoría del pueblo colombiano, se abstiene de consultar al médico cuando lo necesita ya sea porque sus recursos económicos no le alcanzan para pagar una consulta, o bien porque viven muy retirados a los centros de salud cuando estos existen. Tornándose más alarmante esta situación en las zonas o áreas rurales en donde verdaderamente hay necesidad de mejorar la asistencia médica debido a la misma privatización de los servicios y acceso a las zonas urbanas. Esta escasez de prestación de los servicios médicos en las zonas rurales es producto de la concentración de médicos en las zonas urbanas en donde, teóricamente existen mejores condiciones económicas, pero primordialmente, oportunidades científicas y académicas, evitando este profesional a toda costa dirigirse a estas zonas porque le significaría estancamiento científico y académico. Por lo tanto el Es-

---

3 GOELKELC, Guillermo. Revista Nueva Frontera. No. 504. p. 154.

tado debe mejorar las condiciones de infraestructura en estas áreas rurales y así lograr el desplazamiento de estos profesionales hacia las mismas evitándose al mismo tiempo las migraciones del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida.

En cuanto a la desnutrición algunas veces es utilizado como índice de salud, los últimos estudios basados en mediciones de la composición corporal demuestran que dos de cada cinco niños menores de cinco años están afectados por desnutrición global o riesgo de sufrirla.

Un niño desnutrido tendrá problemas de aprendizaje, ingresará a la fila de los desertores escolares, a la de "los niños problemas" que llenan nuestras instituciones de menores, será el obrero descalificado subdesempleados, gestor de nuevos niños hambrientos condenados a la miseria, con estos hombres no hay un desarrollo, sino exclusivamente un subdesarrollo. 4

Además de lo anterior entramos a detallar otros factores que están incidiendo sobre el estado de salud de la población colombiana y en forma particular en la ciudad de Barranquilla.

Un tema que reaparece constantemente en el estudio de los problemas sociales que están incidiendo en la salud de una población es la influencia que tienen las migraciones, aunque es posible que la migración hacia las urbes se halla visto atentada por la atracción de la vida en la ciudad, la gente tiende a emigrar hacia las áreas urbanas

---

4 KESNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Humanitas. p. 74.

a causa de las oportunidades de empleo y los restantes aspectos de interés que las ciudades ofrecen. Ante este hecho Colombia dejó de ser un país con mayor población rural para convertirse en uno con características de población en su mayoría urbana; asociados a este fenómeno de urbanización empieza a aparecer condicionantes de la salud, que son propios de una patología social, entre estos podemos mencionar: el bajo ingreso económico familiar, bajo nivel educacional, el alcoholismo, la drogadicción, que ha llegado a niveles preocupantes en la población adulta y que están relacionados con la alta incidencia de accidentes y homicidios, además el tabaquismo se correlaciona con los problemas respiratorios y algunos tumores malignos. Este proceso de urbanización como se expresa en el pueblo colombiano y específicamente en la ciudad de Barranquilla genera el desempleo llevando contradicciones mayores como la delincuencia, prostitución.

Finalmente encontramos que el crecimiento descontrolado y descalificado del proceso de urbanización e industrialización inciden en el deterioro del medio ambiente físico por la contaminación de las fuentes de suministro de agua, la contaminación de los suelos y de la atmósfera determinándose así como uno de los factores condicionantes de las enfermedades más frecuentes en la población menor de 15 años.

En Colombia se han presentado ya casos agudos de contaminación del aire que han incidido sobre la población, su salud y bienestar. No se abstraen a estas concretas circunstancias los casos de contaminación de la ciudad de Barranquilla aceptando que ella se encuentran inserta

dentro de la problemática de la contaminación ambiental y el desenfrenado crecimiento de la población tanto urbanístico como industrial, así como zonas urbanas y zonas residenciales han sido invadidas por el crecimiento industrial a su vez zonas industriales tomadas por el crecimiento urbanístico todo debido a la no existencia de una planificación acorde a la problemática de la realidad nacional y local; este hecho va a determinar para que las grandes industrias que emanan gases peligrosos para la vida humana afecten el organismo, especialmente las vías respiratorias, lo que contribuye a que se den inflamaciones crónicas del aparato respiratorio, creándose un medio adecuado para la viabilidad del foco infecto-contagioso aumentando la incidencia en organismo con pocas defensas biológicas debido a la desnutrición y que en el caso de nuestra realidad nacional lo constituye la inmensa mayoría del pueblo colombiano.

El ambiente natural de Barranquilla incluso hasta regiones circunvecinas han sido envenenados por los gases de las principales industrias contaminando aire y agua que más tarde van a generar la proliferación de todo tipo de enfermedades entre ellas las infecto-contagiosas tales como la gastroenteritis, las enfermedades de las vías respiratorias, el dengue. Para comprender adecuadamente el problema de la contaminación y la influencia del hombre sobre el medio ambiente en la ciudad de Barranquilla es necesario hacer referencia a la inoperancia de los servicios públicos ya que estos en la ciudad están manejados por un criterio político y en muchas ocasiones han caído en manos de gentes inescrupulosas y sin sentido de responsabilidad, sosteniéndose

que estos manejos han llevado a Barranquilla a un estado lamentable en que todo es malo y cada vez peor, por si fuera poco, encareciéndose sin ningún sentido.

La acumulación de residuos domésticos sólidos constituye hoy en día un problema agobiante. El aumento de la población junto al desarrollo al proceso de urbanización y la demanda creciente de bienes de consumo, determinan un aumento incesante del peso y volumen de los desechos producidos. Si a esto le sumamos la ausencia de un efectivo servicio de recolección de basuras, el cuadro contaminante que se presenta ante nuestros ojos es alarmante. Se puede apreciar que este espectro de las basuras está presente en toda la ciudad de Barranquilla, en el mercado público y en las playas del Atlántico causando graves problemas a la población, siendo estos focos contaminantes y excelentes medios para el desarrollo de insectos y roedores, sin contar las molestias ocasionadas y los efectos de destrucción del paisaje. De ahí que la acumulación de miles de toneladas de basuras en los frentes de todas las casas, es sin duda alguna la causante de las epidemias gripales y enfermedades de las vías respiratorias que se aprecian en todos los estratos sociales pero más concretamente en las zonas marginadas dada por sus mismas condiciones de marginalidad. Mientras existan las montañas de desperdicios en los tugurios sectores residenciales, solares, lechos de arroyos y los canales de desagües fluviales, esta situación anormal no variará puesto que son millones de toneladas de materias en descomposición que más tarde generaran los virus que causaran las diarreas de tipo bacterianas viral y parasita-

rias. La diarrea infecciosa es la que más problema vienen causando en la población infantil convirtiéndose estas epidemias más tarde en epidemias en la ciudad.

En Barranquilla se producen aproximadamente 650 toneladas de basuras quedando sin recoger de ella aproximadamente 250 toneladas las cuales se disponen en solares, arroyos, carreteras de penetración y una gran parte en las propias viviendas, la basura recolectada por el servicio oficial es depositada a campo abierto en un sector cercano al barrio Las Flores, siendo la cobertura de recolección de un 60% existe además un sistema rudimentario de recolección de basuras por medio de vehículos de tracción animal del cual no se tiene en cuenta el volumen de basura recolectada debido a que ésta queda depositada siempre dentro de la misma comunidad.

Uno de los más grandes problemas sanitarios que ha tenido Barranquilla durante muchos años y que ha tenido aparente soluciones pero que jamás ha dejado de ser un foco de infección en donde purula toda clase de podredumbre, lográndose una alta contaminación de los alimentos que más tarde son consumido por el pueblo sin ninguna precauciones de higiene, este es el caso lamentable de los caños del sector del mercado público o Barranquillita, convirtiéndose esta situación en un problema social tanto para el consumidor como para el vendedor.

También las noticias de fraudes falsificación de los alimentos son comunes. En la industria de la alimentación existe actualmente un varia-

do uso y abuso de modernos procedimientos químicos que pretende satisfacer superficialmente los gustos del consumidor a costa de otras necesidades esenciales de este. La presentación, color, sabor y aspectos externos de muchos productos prima sobre el contenido nutritivo de estos. Este tipo de contaminación está afectando considerablemente a los barranquilleros.

En cuanto al servicio de alcantarillado esta cubre aproximadamente un 45% de la población existente. En las partes bajas de la ciudad frecuentemente se presentan derramamientos de las alcantarillas debido a que su vida útil se ha cumplido haciéndose necesario la construcción de grandes colectores para poder evacuar sin ningún problema las aguas servidas. Para el gran sector de la población no beneficiada con este servicio las soluciones individuales son altamente costosas (pequeños tramos de alcantarillados, pozos sépticos) lo cual no permite un aumento en las coberturas, y porque las tuberías existentes no tienen capacidad para recibir caudales de aguas adicionales. La baja cobertura de alcantarillado en la ciudad (comunidades marginadas) es causa principal de un gran déficit de disposiciones adecuadas de excretas en la comunidad, se puede estimar que en esta ciudad un 45% de ellas dispone sus excretas a campo abierto corriéndose el riesgo de una mayor contaminación ambiental en estas comunidades.

Barranquilla no cuenta con alcantarillado fluvial, una gran parte de aguas lluvias penetran al alcantarillado sanitario por los sitios en donde no existen tapas en las cámaras de inmersión aumentando consi-

derablemente las presiones en las tuberías produciéndose derramamientos de aguas negras en las calles y regresamiento de estas mismas a las viviendas las cuales llegan a los sifones más bajos siendo un gran riesgo para las viviendas más bajas.

En lo que respecta al agua ésta proviene del río Magdalena altamente contaminada lo cual exige un tratamiento minucioso para poder ser entregado a la comunidad. Este se realiza mediante cuatro Plantas de Tratamiento que producen aproximadamente 4.200 litros cada segundo. Con este servicio se entrega agua directamente en las viviendas a un 77% de la población abasteciéndose el 23% restante indirectamente del mismo acueducto a través de carrotanques. De la población total aproximadamente el 58% recibe agua en forma continua, el 2% durante un promedio de 10 horas, y el resto entre una y seis horas, todo esto nos indica que en la ciudad aproximadamente la mitad de sus habitantes tienen almacenamiento de agua. En épocas de lluvia esta agua se consume en los barrios marginados generalmente sin ningún tratamiento por la creencia que después de cierto tiempo de haberse iniciado la lluvia el agua que recogen de sus techos se encuentra en condiciones de ser tomadas sin ningún peligro, son estos los hechos que en peores condiciones se encuentran en la ciudad y la zona donde mayores disposiciones de excretas a campo abierto existen. El mal manejo de estas aguas lluvias y el almacenamiento inadecuado del agua del acueducto en las viviendas sumados a la gran cantidad de fugas de agua potable y aguas negras y el razonamiento permanente del servicio de acueducto constituyen un riesgo para la salud de los habitantes de esta ciudad,

es por esto que el agua infestada, desaseo y politiquería, son los tres culpables de la insalubridad en Barranquilla. Hay otro tipo de contaminación, el de las playas y los mares que son los únicos elementos de diversión sana y asequible para quienes viven en la Costa. Aunque la contaminación de las aguas puede ser accidental, la mayor parte de las veces es causada por vertidos no controlados de origen industrial y la contaminación de origen agrícola.

No imaginaron Tales y Anaxímenes

En su reflexionar filosófico acerca del ser, cuando consideraron el agua y el aire como elementos primigenios, que estos tendrían incalculables implicaciones ecológicas y sociales en el mundo del futuro que hoy es nuestro mundo. Para Tales, el agua era un principio de la vitalidad de todo lo viviente. Por su parte Anaxímenes indicaba que el aire era el elemento vivo y dinámico. 5

Ambos han sido y son fundamentales para el sostén de la vida en la tierra pero en nuestra sociedad, confundida y crítica el agua contaminada o infestada, y escasa, y el aire envenenado se han constituido en un desequilibrio ecológico y por ende social.

Es de anotarse que el deterioro del medio ambiente es causado por la actividad humana y la forma de vida del hombre. Las consecuencias, por lo tanto son enormes produciendo crisis tanto de carácter económico como social. Puesto que hasta ahora no se ha integrado el desa-

---

5 El Herald. Junio 5, 1985. p. 1.

rollo con la conservación del ambiente, y el desarrollo necesita de una dirección racional, humana, una verdadera acción educativa ambiental. Y esto lo podremos lograr cuando la comunidad tome conciencia del daño que le está haciendo al medio ambiente y así mismo, por otra parte cada padre de familia, los profesores, convertirse en un educador del equilibrio ecológico, creando en sus educandos, la sana conciencia por la conservación del paisaje. El equilibrio natural es complejo, y es indudable que la raza humana tendrá que actuar con mayor prudencia si desea vivir otro siglo sobre la tierra.

La contaminación ambiental en Barranquilla se produce por varios factores: indiscriminada tala de árboles sin ningún escrúpulo, el mal aprovechamiento del agua, la desorganización del transporte urbano, la acumulación de basuras, las aguas negras, la invasión racional de los espacios públicos, calzadas y parques, el ruido. Estos agentes contaminantes inciden en la calidad de vida de los habitantes de Barranquilla y producen una precaria salud, como el caso del aumento anual de enfermedades bronquiales, broncopulmonares, visuales y gastrointestinales. En Colombia las infecciones intestinales diarreicas son el primer motivo de muerte infantil y Barranquilla no escapa a este flagelo.

La contaminación de la naturaleza es peligrosa para la flora y la fauna pero más para el hombre siendo los más afectados los niños, a cada momento el menor está amenazado por lo que consume usa y respira, lo cual conlleva a afectar su salud, todo esto asociado a la desnutrición

la cual a su vez reduce las defensas del organismo facilitando un desarrollo ulterior de las infecciones, que de nuevo conducen a un déficit alimentario mayor, si ésta secuencia se desarrolla con rapidez el niño muere finalmente, aunque en realidad ni la desnutrición ni la infección por sí mismo sean agentes mortales. El sistema nervioso de los niños es alterado a cada momento por la gran cantidad de plomo que arrojan los automotores. Y el CO<sub>2</sub> que vomitan en cada parada o semáforo les afecta el sistema broncopulmonar, además el niño de la ciudad tiene poco contacto con la naturaleza. Las urbanizaciones con pocas excepciones no tienen en cuenta al hombre, no tienen espacio vital para la recreación y la gimnasia. En fin los niños permanecen expuestos regularmente a los peligros del desequilibrio del medio ambiente. En la población menor de cinco años la alta tasa de mortalidad generada por la gran cantidad de agentes productores de enfermedades y las escasas posibilidades de ingreso a un sistema de educación que atienda sus necesidades de infante, son los principales problemas que soportan los niños en la ciudad de Barranquilla.

Lo anterior nos hace pensar que la salud del pueblo barranquillero la está afectando el estado de insalubridad en que se encuentra la ciudad y que ésta es el simple reflejo de la condición de sus servicios. Los programas de fondo que se implanten no se pueden sacar adelante porque el agua y el aseo no brindan las garantías suficientes.

#### 1.1 POLITICAS Y ESTRATEGIAS QUE PLANTEA EL ESTADO PARA ATENDER LAS ENFERMEDADES DEL INFANTE

A nivel mundial en el año de 1978 los Ministros de Salud, miembros de la Organización Mundial de la Salud, reunidos en Alma Ata (Rusia) suscriben el documento conocido como la Declaración de Alma Ata mediante la cual se comprometen en el logro de la meta Salud para todos en el Año 2000 utilizando como estrategia, entre otros, la atención primaria y la participación de la comunidad; mediante la concentración intra e intersectorial, dada que se considera la atención primaria en salud, como una política de desarrollo integral en los diferentes países.

En Colombia y con base en las propuestas resultantes de la reunión de Alma Ata, se continúa con la implantación de las políticas de salud ya mencionadas, en vista de que cumplen muchos de los postulados de la declaración; se fortalecen los diferentes planes y programas que se diseñan nuevos modelos para la prestación y la extensión de servicios de salud a la población rural y urbana marginada, desempeñando en este aspecto un papel importante el sector docente, el cual inicia y fortalece las investigaciones operativas en este campo. Por primera vez se elabora el Plan de Salud para Grandes Ciudades, el cual contempla la extensión de servicios de salud en áreas urbanas, marginadas, con la estrategia de Atención primaria y participación comunitaria.

En los años 1978-1982 se continúa la política de salud del cuatrienio y se impulsa en forma muy evidente la extensión de coberturas en el área rural al igual que en las grandes ciudades, aspectos considerados en el documento Plan de Integración Nacional -PIN- que presenta

la política de desarrollo económico y social del país en este período gubernamental.

Como mecanismos de divulgación de atención primaria y otras estrategias para lograr la meta "Salud para todos en el Año 2000", se realizan talleres, grupos de estudio, seminarios y otras actividades tanto a nivel nacional como internacional, con participación de profesionales de la salud de las áreas de servicio y docente. En el año 1979 se realiza la primera evaluación de la Extensión de coberturas de Servicios de Salud con Atención Primaria, la cual muestra los logros alcanzados, al igual que las áreas críticas en atención a las personas, como al medio ambiente, y en los servicios de apoyo, que deberán ser modificados en las próximas programaciones.

En el documento Hacia la Equidad en Salud, donde se formulan las políticas, planes y programas de salud para el cuatrienio 1983-1986, se establece que la atención en salud estará dirigida prioritariamente a los grupos de: madres y niños -población laboral-limitados-ancianos- población indígena- población de las zonas marginadas urbanas y rurales y población de las áreas azotadas por la subversión y el enfrentamiento armado. La decisión anterior es el resultado de un cuidadoso análisis de la situación actual de salud, en donde se evidencian cambios en la estructura de la población menor de cinco años, como consecuencia de un rápido descenso de la natalidad; se presentan cambios en la estructura de la morbilidad y la mortalidad, y fenómenos de tipo social, como la urbanización acelerada, causada por la corriente

migratoria del campo a la ciudad. Estas consideraciones unidas a otros aspectos, sirvieron de base a la formulación de la política general de este período gubernamental y que se expresa así: Modificar el nivel y estructura de la morbilidad y mortalidad de la población del país; con énfasis en los grupos y riesgos más vulnerables para obtener su mayor bienestar, mediante acciones concertadas sobre los factores condicionantes especialmente críticos de tipo socio-cultural, de comportamiento de la población del medio ambiente y de oferta y funcionamiento de los servicios de salud para estimular el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de la política global se definen los siguientes objetivos generales:

- Mejorar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de salud a las personas, interviniendo no solamente en la oferta sino facilitando la demanda de servicios, dando prioridad a la atención de los grupos de población de las áreas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en el grupo materno infantil, los trabajadores, las personas de edad avanzada, los limitados, los indígenas, y los habitantes de las zonas afectadas por la subversión y el enfrentamiento armado.
  
- Mejorar la cobertura, eficiencia y calidad de los servicios del área del medio ambiente, con énfasis en las acciones de saneamiento básico en zonas rurales y marginadas urbanas en la preservación

y recuperación de los recursos hídricos y atmosféricos.

- Mejorar la organización y calidad de la infraestructura física, de recursos humanos, tecnológicos y financieros del Sistema Nacional de Salud.

A su vez, se plantean como mecanismos para la implantación de la política y el logro de los objetivos generales y específicos, entre otros, las siguientes estrategias:

- Extender y mejorar la atención primaria de salud en la mayor parte del territorio colombiano. En este plan se contemplan los diferentes frentes:
  - Cubrimiento materno infantil, programa de vinculación, campaña antimalárica y antituberculosas, plan de nutrición y saneamiento ambiental.
  - Extender los servicios de urgencias y unidades intermedias de salud para las grandes ciudades.
  - Ampliar la cobertura de salud a nivel preventivo (pluralización de las aguas), curativo y de rehabilitación.
  - Mejorar la cobertura y la calidad carcelaria de la salud, incluyendo los reclusos y sus hijos.

La política de salud define como primera prioridad el grupo compuesto por la madre y el niño, y propone disminuir la mortalidad en menores de un año hasta alcanzar 40.000 reduciendo en la mitad la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias intestinales, inmunoprevenibles, respiratorias y perinatales. Para el grupo de uno a cuatro años, la mortalidad debe descender a niveles de 5.000. Para el cumplimiento de ésta estrategia se trata de aumentar la cobertura de los programas de control del crecimiento y desarrollo en menores de cinco años para lograr coberturas entre 60 y 70%, rehidratación, inmunización, lactancia materna y nutrición. La atención médica debe cubrir en un 90% al menor de un año y en un 50% para el grupo de uno a cuatro años. Haciendo referencia a las madres se propone disminuir la morbi-mortalidad específica reduciendo en un 10% las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aborto, cáncer del cérvix. Como actividad de prevención social se desarrollarán programas de educación nutricional para las madres.

Es bien diciente que todos los gobiernos aparentan preocuparse por esos planes de salud, tomados de otros países desarrollados los cuales por lo tanto no se ajustan a las necesidades de nuestra realidad nacional, por otra parte observamos que solo se encargan de la enfermedad que ya está producida. La anterior afirmación se demuestra ante el hecho de considerar la salud como la ausencia de enfermedad y no como un fenómeno humano y como tal es la manifestación específica de su estado físico, mental y social determinado por su adaptación al medio de ahí que lo primero que se debe plantear en estos planes es

que el medio de adaptación de los individuos sea óptimo para su desarrollo y no un medio hostil contaminado que más tarde va a generar enfermedades o epidemias que se convierten en endemias en las ciudades como en el caso concreto de Barranquilla, en donde la contaminación ambiental genera la proliferación de enfermedades infecciosas, diarreas agudas, virales, por consiguientes los déficit presupuestales de los servicios de salud a nivel Nacional y departamental no alcanza a cubrir los programas y proyectos que se plantea el Estado para suplir ésta necesidad que embarga a la mayoría de las clases populares quienes no participan de estos programas por la marcada restringida cobertura de los servicios por lo tanto se les imposibilita mantener el equilibrio de la salud siendo éste un ingrediente de vital importancia para el vivir de un ser humano.

Al hablar del Plan hacia la Equidad en Salud observamos que este se propone mejorar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de salud y define como primera prioridad el grupo compuesto por la madre y el niño y propone disminuir la mortalidad en menores de un año, sin embargo es palpable que nada de esto se ha cumplido en su totalidad puesto que se convierten en propaganda política y no se traducen en hechos concretos. Analizando la situación de la cobertura de hospitales en la ciudad de Barranquilla para atender las enfermedades del infante de (0 a 15 años) nos damos cuenta que solo existen dos instituciones tales como el Hospital San Francisco de Paula Institución de carácter semi-privado cubriendo la prestación de sus servicios en un grado mayor a la población de altos recursos económicos y

en menor escala a las clases populares debido a que la cobertura de estancia es muy reducida para la prestación de este servicio a estas clases, además por ser este semi-privado el costo de los servicios es más alto por lo tanto difiere del Hospital Pediátrico quien ha sido creado con la finalidad de atender a la población infantil de (0 a 15 años), con una amplia cobertura de sus servicios de estancia siendo esta de cien camas por hospitalización. Más el servicio de consulta externa y urgencia, mientras que en los Centros Hospitalarios de carácter público como el Hospital Universitario, Hospital de Barranquilla, el Instituto de Seguros Sociales y demás hospitales regionales presentan una restringida cobertura de sus servicios a la población infantil ya que estos están creados para atender a la población en general.

En lo que se refiere a la asistencia social dada por el Estado a través de establecimientos como las loterías de beneficencia, auxilio y apropiaciones presupuestales para atender las clases indigentes vemos que los fondos públicos no alcanzan, porque los dineros destinados se diluyen en gran parte en el sostenimiento de fondos burocráticos y en la adquisición de elementos y drogas mediante comisiones y participaciones que gravan considerablemente su costo.

El Plan de Supervivencia Infantil planificado para disminuir en los próximos años la morbi-mortalidad en Colombia por las enfermedades inmunoprevenibles, la gastro, la desnutrición, entre otros flagelos forma parte de un complejo plan de salud pública que ha sido conside-

rado por la UNICEF, la OMS y la OPS como la campaña más ambiciosa que se haya lanzado en América durante los últimos diez años, por los efectos que de él se esperan y porque los principios sociales en que se fundamentan son considerados como los más progresistas y prometedores en la salud pública de todo el mundo.

Tiene entre sus objetivos:

- Disminuir sustancialmente la mortalidad infantil en menores de cinco años por medio de acciones que aumenten la efectividad de los programas de control de la diarrea, la infección respiratoria aguda, la mortalidad perinatal y la deprivación psicoafectiva.
- Cuando el plan llegue a su completo desarrollo se debe haber creado un frente social juvenil de vigias de la salud compuesto por 180.000 personas.
- Cada vigia cubrirá un mínimo de 20 familias que tengan niños menores de cinco años o mujeres gestantes, lo cual implica la cobertura de 3.600.000 familias y en ellos aproximadamente unos 20.000.000 de colombianos. En esta forma se cubrirá casi la totalidad de la infancia colombiana.

Por medio de un Decreto del gobierno colombiano se determina la obligación de que todos los estudiantes de cuarto de bachillerato en cuyos departamentos se esté ejecutando el plan deben prestar su colabo-

ración activa durante un período de 100 horas de las cuales 20 son teóricas y 80 prácticas, estas incluirán una orientación y educación a la familia sobre lo que debe hacer para prevenir tales problemas y lo que puede hacer la misma familia cuando ellos se presenten; tendrán que efectuar además una vigilancia permanente para descubrir precozmente los casos de este grupo de enfermedades a fin de conducirlos al sitio adecuado para su atención, cuando la atención primaria en la familia no haya sido suficiente. Sobre este hecho de haber utilizado la juventud el Ministro de Salud explica:

Muchos países han tenido que recurrir a su juventud en momentos cruciales de su historia, pero lamentablemente la mayoría de las veces lo han hecho para encarar conflictos bélicos. Hoy continua el Gobierno de Colombia también ha decidido apelar a su juventud, pero por fortuna no será para ir a la guerra sino por el contrario será para darle la noble misión de salvar la vida de miles de niños colombianos. Será un aporte invaluable, que la juventud, el sector educación y el sector salud ofrecerán al país en la búsqueda de la equidad social y la paz. 6

El Servicio de Salud del Atlántico puso en marcha el plan de supervivencia de la infancia con la colaboración de entidades como las Empresas Públicas Municipales (EPM), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Cruz Roja y la participación de la Sociedad de Obstetras y Pediatras del departamento del Atlántico, además de los 13.000 estudiantes que cursan cuarto grado en los 190 colegios de que dispone la ciudad.

---

6 El Heraldo. Agosto 24, 1985. p. 9A.

Este programa se implementó con base en recientes estudios realizados y a través de los cuales se pueden definir dentro de todas las limitaciones que tienen todos los países en vía de desarrollo socioeconómico que en Colombia si es posible encarar los principales problemas de salud que causan la mortalidad en sus gentes. Se conocen con razonable exactitud cuales son las principales causas de muerte en los niños. Igualmente se conocen los medios que pueden prevenir y evitar la gran mayoría de las mismas, por lo que se hace imperativo ejecutar un esfuerzo especial que ponga fin a estas situaciones porque sin lugar a dudas se pueden evitar.

Si este plan se lleva a su completa realización surtirá un gran efecto en la niñez colombiana que necesita de una asistencia social más eficaz que cubra todas sus necesidades, encontrándose este muy desprotegido ya que la crisis fiscal a conducido a un mayor deterioro en la precaria atención al niño. Por esta situación se ha creado hoy en día a nivel nacional una conciencia de incorporar como aspecto relevante en la planeación de su desarrollo, alternativas de mejoramiento en los niveles de vida de la población infantil y es así que el gobierno a través del plan de supervivencia se ha trazado reducir la mortalidad generada por la gran cantidad de agentes productores de enfermedades y las escasas posibilidades de ingreso a un sistema de educación que atienda sus necesidades de infante.

Para el logro de estas políticas debemos tener en cuenta que al niño hay que ubicarlo dentro del conjunto de una sociedad puesto que el no

es un concepto abstracto, sino una realidad concreta que recibe el impacto del medio que lo rodea, no dándose cuenta de su estado y mucho menos de su futuro, y es responsabilidad de los padres, los educadores, y el gobierno procurar un mejor futuro, si se quiere construir una mejor sociedad es el reto de hoy.

Concluimos diciendo que estas políticas de salud, fijan su ámbito de acción hacia las zonas rurales y sectores urbanos marginales de las ciudades cuando la mayor parte de la población del país carece de servicios de salud integrales suficientes y oportunos. Cuando las muertes de los niños menores de cinco años son causadas por desnutrición y otras enfermedades de origen hídrico. Ampliar la cobertura de salud a nivel preventivo, curativo y de rehabilitación, sabiendo que las condiciones de salud de la población se ven afectados por los factores sociales, económicos, culturales, ecológicos y estructurales del país y del sector que la condicionan y limitan, determinándose grupos de alto, medianos y bajos riesgos de enfermedad y muerte. Organización y participación de la comunidad en los programas y actividades de los planes de salud, cuando se les tiene marginados en la medida que no participan en la toma de decisiones y mucho menos a los servicios que brinda el Estado, cuando los centros y puestos de salud son abandonados por la politiquería y mala administración de los dineros y presupuestos para esto.

En síntesis se puede decir que estas políticas solo sirven para beneficiar al capitalista, y como consecuencia destruir a las masas traba-

jadoras ya que en Colombia, la atención de la salud no es más que la compra y venta de servicios.

## 1.2 HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA

Es una Institución pública, autónoma con personería jurídica y patrimonio propio, polifuncional ya que no sólo atiende problemas de salud sino también presta sus servicios de asistencia psicológica y social. Se encuentra ubicada en el perímetro urbano, al suroeste de la ciudad concretamente en el barrio El Carmen en la Calle 50 entre las Carreteras 20 y 21.

Con el Artículo 17 del Acuerdo No. 5 del 8 de Febrero de 1961 se crea la Central de Hidratación cuyos servicios hace cinco años, Septiembre 27 de 1979 fueron ampliados llegando a constituirse el Hospital Pediátrico de Barranquilla, con personería propia, autónoma y descentralizada de la regional de salud, cuya constitución está dirigida por una Junta Directiva formada por el Alcalde de Barranquilla, Director del Hospital, Director de la Regional de Salud, un Concejal de Barranquilla y unos miembros directivos municipales como el Gerente de la Telefónica, Licorera y los que disponga el Decreto de Constitución de la Junta.

### 1.2.1 Objetivos de la Institución

- Elevar el nivel de salud infantil mediante la atención integral de

los servicios que presta el Hospital Pediátrico.

- Promover la prestación de los servicios que presta el Hospital Pediátrico a través de actividades educativas de salud, tendientes a prevenir las enfermedades de los niños.
- Ampliar más los servicios que benefician a la comunidad, dando a prioridad a los niños de escasos recursos, quienes son los que más acuden a esta Institución.

#### 1.2.2 Políticas de la Institución

Sus políticas básicas responden a las dispuestas por el Ministerio de Salud sin embargo tiene unas propias las cuales son:

- Prestar servicios de consulta externa, urgencia, hospitalización, cirugía, ortopedia, infecto, lactario, vacunación, laboratorio, banco de sangre, rayos x, otorrinolaringología, sicología, fonoaudiología, nutrición y Trabajo Social a precios módicos.
- Dar atención médica en consulta externa a niños menores de 15 años dando preferencia a los que presentan diarrea y vómitos.
- Los padres de niños hospitalizados deben llevar los medicamentos formulados que no se encuentren en el Hospital ya que la institución no tiene los recursos suficientes para suministrarlo.

- Como medida preventiva no dejar pasar a los padres de los niños hospitalizados hasta la sala donde ellos se encuentren.
- Ampliar la cobertura de salud a nivel preventivo, curativo, promoción y de rehabilitación.

Con relación a las políticas formuladas por el Hospital se puede decir que estas responden en gran parte a las políticas de salud adoptadas por el gobierno colombiano, pero estas en su totalidad no cubren la problemática de la comunidad rural, urbano marginada inaccesible, ya que los presupuestos destinados por el Ministerio de Salud no alcanzan a cubrir las necesidades de la Institución.

### 1.2.3 Estructura Funcional de la Institución

El Hospital tiene una estructura funcional así:

En el primer piso se encuentra la mayor parte de los servicios complementario para definir diagnóstico de las enfermedades infantiles como son: Laboratorio, rayos x, banco de sangre, como también urgencia y consulta externa que abarca la terapia del lenguaje, Trabajo Social y psicología, consultas en general y especialistas, además se encuentran las oficinas de Administración, admisión de pacientes, recepción, farmacia, lavandería, clausura, Sala de Rehidratación y el comedor.

En la segunda planta funciona hospitalización, la sala de lactante,

medicina interna, ortopedia, infecto, cirugía y media pensión. Como también servicio de lactario, cocina, nutrición, enfermería, sala de costura, habitación de médicos y terapia respiratoria.

Con lo anterior se nota que el Hospital brinda a la comunidad barranquillera especialmente a la población infantil una gama de servicios que se describen a continuación como especialidades tenemos las siguientes:

Ortopedia, cardiología, pediatría, cirugía, otorrinolaringología, radiólogo, cirugía plástica, medicina interna, etc., servicio de nutrición, sicología, fonoaudiología, fisioterapia, enfermería, Trabajo Social, médicos generales, terapia respiratoria, bacteriología.

#### 1.2.4 Programas

En el Hospital Pediátrico de Barranquilla se atienden los programas de hidratación oral, vacunación, educación social y el programa materno infantil, tendientes a mejorar el bienestar social de estos niños, a través de una serie de actividades.

##### 1.2.4.1 Programa de Hidratación Oral

Actividad: Prevención, control y tratamiento de la deshidratación en I y II grado. Se lleva a cabo con el propósito de bajar el índice de la enfermedad diarreica aguda (enfermedad gastrointestinal) en Barran-

quilla como también lograr que los niños afectados por esta enfermedad se recuperen lo antes posible.

#### 1.2.4.2 Programa Materno Infantil

Actividad: Crecimiento y desarrollo, se realiza con el fin de llevar un control prenatal y post-natal a madres de bajos recursos económicos.

#### 1.2.4.3 Programa de Vacunación

Actividad: Inmunizar niños de 0 a cinco años, con el propósito de prevenir en los niños enfermedades infecciosas como polio, sarampión, etc.

#### 1.2.4.4 Educación Social

Actividad: Ciclo de conferencias a la familia, este programa contempla la incorporación de los familiares a acciones de motivación, información y educación encaminadas a fortalecer las medidas de prevención, curación y rehabilitación de sus hijos.

Estos servicios se dan a la comunidad cumpliendo las funciones de la salud como son: Promoción, prevención, rehabilitación y recuperación, en un 75% a las personas de escasos recursos económicos provenientes de comunidades del sur y barrios marginados, en un 20% de la clase me-

dia y en un 5% de las personas de los barrios del centro y norte de la ciudad.

Con relación a Trabajo Social su ubicación está en atención a las personas (población infantil) con dependencia del Jefe de Atención médica cuyo fin es coordinar actividades asistenciales y docentes para lo cual está realizando acciones encaminadas a beneficiar a las personas que aquí acuden a solicitar los servicios a nivel intra y extramural como:

- Ciclo de conferencias a padres de familia. Actividades coordinadas con los profesionales que se encuentran laborando en la Institución.
- Inducción. Orientación a la familia a la hospitalización del niño.
- Tratamiento social al niño, seguimientos de casos específicos.
- Proyección comunitaria, especialmente brindar educación social (prevención-promoción) a los padres de familia de las escuelas de la comunidad del Carmen.

Esto se realiza con el fin de mejorar el uso de los servicios que brinda la Institución y como consecuencia una disminución de la problemática social que presenta el niño y su familia.

Cuando el paciente requiere los servicios que brinda el Hospital debe recorrer el siguiente esquema. (Ver Esquema)

El procesamiento de la información atención a la población infantil está registrada en la Oficina de Estadística que según esta sección se suministra la siguiente por consulta externa, consulta urgencia, egresos, porcentaje ocupacional de los meses de Enero a Julio de 1985, lo que demostrará el promedio de atención representado en una muestra que equivale a: (ver Tabla 1)

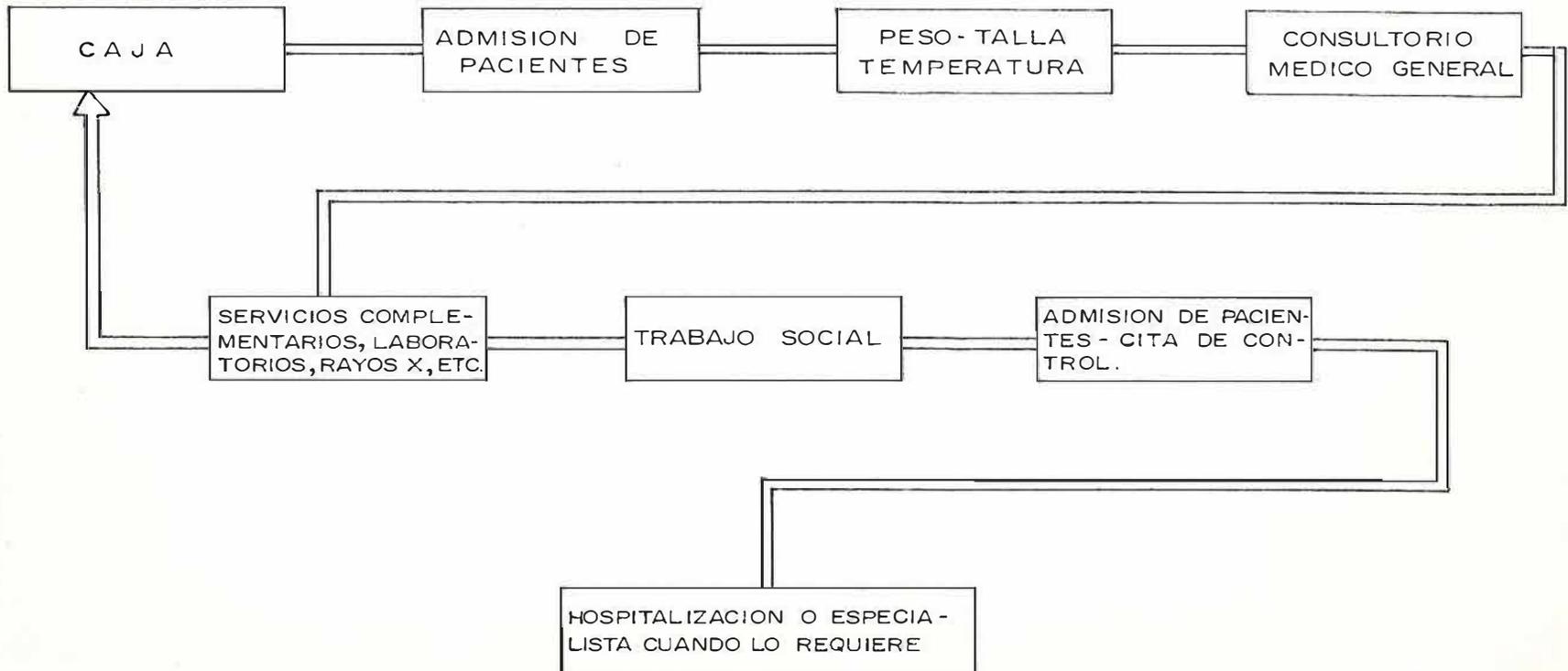
Aún más estratificado aparece en las siguientes Tablas que se retoma del año 1984 por consulta médica, como también del año 1985 de consulta externa, egresos por grupos de edades y promedio de estancia. (ver Tablas 2, 3 y 4).

En estas Tablas se puede apreciar el alto índice de consultas externas, urgencias y promedio de estancia en 1985 en el Hospital Pediátrico de Barranquilla con relación a los datos estadísticos obtenidos en 1984, habiéndose atendido en el año 1984, 27.712 pacientes y en lo que respecta a los dos trimestres del año 1985 se atendieron 15.497 pacientes, para establecer la diferencia estratificamos los dos primeros trimestres de 1984, en el cual se atendieron 13.534, notándose que este año el número de pacientes atendidos hasta donde cobija nuestra investigación aumentó notoriamente.

#### 1.2.5 Afluencia de Pacientes

ESQUEMA Nº 1

A. CONSULTA EXTERNA



ESQUEMA Nº 2

B. POR URGENCIA

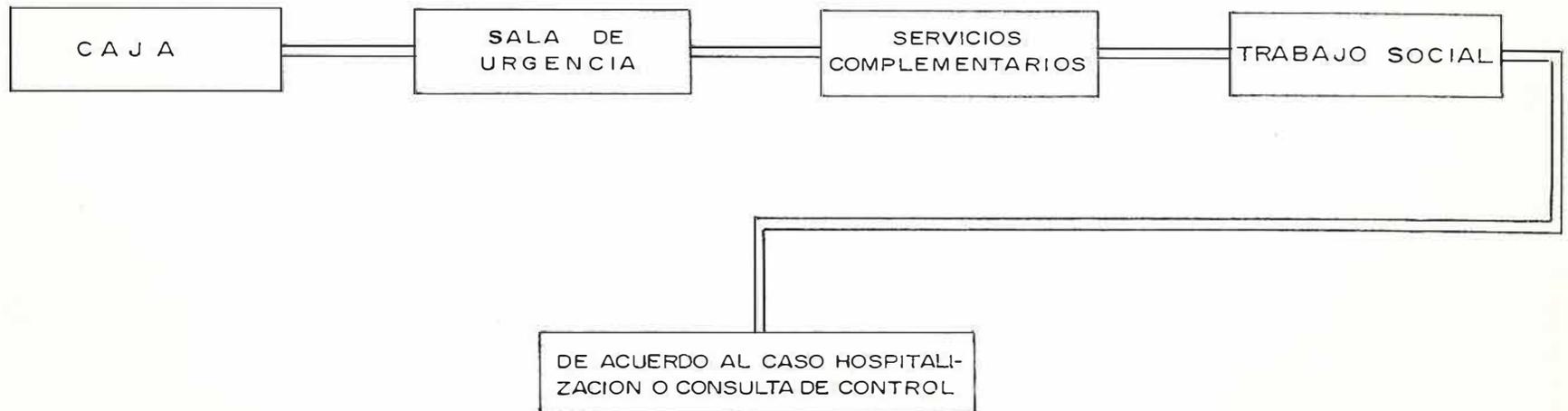


TABLA 1 : Resumen de Consultas Externas, Urgencia, Egresos, Porcentaje Ocupacional.  
Enero a Julio de 1985

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Consulta Externa	1.147	1.175	1.211	1.312	1.445	1.470	1.607
Consulta Urgencia	1.173	1.234	1.089	970	1.502	2.145	1.874
Total	2.320	2.349	2.300	2.282	2.947	3.615	3.481
Egresos	110	115	156	147	166	155	181
Promedio	5.80%	5.54%	5.41%	5.01%	4.93%	5%	8.02%
% Ocupacional	38.74%	53.33%	60%	60%	60%	67.7%	65.20%
Total	638	638	844	737	819	750	1.452

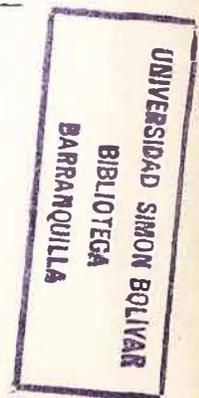


TABLA 2 : Consulta Médica 1984. Hospital Pediátrico

Meses	- 1 Año		De 1 - 4		De 5 - 14		Total	
	Paciente de la. vez año	Total Consulta	Paciente de la. vez año	Total Consulta	Paciente de la. vez año	Total Consulta	Paciente de la. vez año	Total Consulta
Enero	500	700	400	600	102	202	1.002	1.502
Febrero	600	800	450	550	100	227	1.152	1.577
Marzo	800	1.000	548	648	100	200	1.448	1.848
Trimestre	1.900	2.500	1.398	1.798	302	629	3.600	4.927
Abril	1.500	2.400	800	1.000	200	314	2.500	3.714
Mayo	700	1.200	400	500	200	380	1.300	2.080
Junio	800	1.500	400	650	500	663	1.700	2.831
Trimestre	3.000	5.100	1.600	2.150	900	1.357	5.500	8.607
Julio	800	1.100	500	800	300	521	1.600	2.421
Agosto	600	900	750	890	300	526	1.650	2.316
Septiembre	700	1.000	500	700	200	441	1.400	2.141
Trimestre	2.100	3.000	1.750	2.390	800	1.488	4.650	6.878
Octubre	400	850	500	750	300	400	1.200	2.000
Noviembre	700	1.000	600	800	400	600	1.700	2.400
Diciembre	800	1.400	900	1.000	300	500	2.000	2.900
Trimestre	1.900	3.250	2.000	2.550	1.000	1.500	4.900	7.300
Total Año	8.900	13.850	6.748	8.888	3.002	4.974	18.650	27.712

TABLA 3 : Consulta Médica Enero 1985 - Junio 1985. Hospital Pediátrico

Meses	- 1 Año		De 1 - 4		De 5 - 14		Total	
	Paciente de la. vez año	Total Consulta	Paciente de la. vez año	Total Consulta	Paciente de la. vez año	Total Consulta	Paciente de la. vez año	Total Consulta
Enero	700	1.000	600	700	200	300	1.500	2.000
Febrero	1.000	1.300	300	417	400	600	1.700	2.317
Marzo	700	1.000	400	900	200	410	1.300	2.310
Trimestre	2.400	3.300	1.300	2.017	800	1.310	4.500	6.627
Abril	700	900	800	900	300	500	1.800	2.300
Mayo	900	1.300	800	900	500	770	2.200	2.970
Junio	1.500	1.800	800	1.000	500	800	2.800	3.600
Trimestre	3.100	4.000	2.400	2.800	1.300	2.070	6.800	8.870
Total	5.500	7.300	3.700	4.817	2.100	3.380	11.300	15.497

TABLA 4 : Egresos por Grupos de Edad y Promedio de Estancia

Hospital Pediátrico de Barranquilla - Enero 1985 - Junio 1985

Meses	- 1 Año			De 1 - 4 Años			De 5 - 14 Años			Total		
	No.	Días Estada	X	No.	Días Estada	X	No.	Días Estada	X	No. Egresos	Días Estada	Promedio de Estancia
Enero	47	318	6.77	33	190	5.76	30	130	4.33	110	638	3.80
Febrero	62	417	6.73	42	188	4.48	11	33	3.00	115	638	5.55
Marzo	87	505	5.81	40	205	5.13	29	134	4.63	156	844	5.42
Trimestre	196	1.240	6.32	115	583	5.06	70	297	4.24	381	2.120	5.00
Abril	69	424	6.14	45	232	5.16	33	81	2.45	147	737	5.00
Mayo	70	417	5.96	20	260	5.20	46	142	3.09	166	819	4.93
Junio	87	464	5.33	47	189	4.02	21	97	4.62	155	750	4.84
Trimestre	226	1.305	5.77	142	681	4.79	100	320	3.20	468	2.306	4.92
Total	422	2.545	12.09	257	1.264	9.85	170	617	7.44	849	4.426	10.48

La cobertura institucional que abarca el Hospital Pediátrico la podemos sistematizar por comunidades que más acuden a la prestación de servicios, tales como: La Comunidad de Realengo, Bosque, Malvinas, Santo Domingo, El Carmen, producto de los datos estadísticos suministrados por el Hospital Pediátrico, condensados por egresos y grupos de estancias, sin descartar otras comunidades que acuden a la Institución pero con una afluencia mucho más baja que las antes mencionadas producto de la misma marginalidad, en donde sus características son comunes, infraestructura inadecuada, no cuentan con servicios públicos (acueductos, sanitarios, alcantarillas), que permitan la higiene colectiva lo que se constituye en un peligro ambiental y en una fuente de enfermedades (epidémicas endémicas) registrándose en estas comunidades altas tasas de morbi-mortalidad infantil, por lo tanto las condiciones de vida de estos niños no pueden estar aisladas de las condiciones de dependencias de la sociedad capitalista donde el hambre, la miseria, desnutrición, hacinamiento, vivienda inadecuada facilitan la proliferación de enfermedades, acompañado todo esto por el bajo nivel educacional de las madres por desconocer las normas de higiene que deben tener para la preparación y suministro de los alimentos agudizándose cada vez más el brote de las enfermedades infecto-contagiosas especialmente las enfermedades diarreicas agudas y la reincidencias de la misma, así lo demuestran los datos estadísticos archivados en la Institución.

Hay que destacar que la Comunidad El Carmen no presenta las mismas características de los barrios marginados por ser su infraestructura

más adecuada contando con servicios de agua potable, alcantarillado, aseo, escuela y otros, según entrevista realizada a sus habitantes tienen una mejor situación socio-económica, nivel educacional más alto, de ahí que sus miembros se clasifiquen en un estrato social medio bajo, pero por encontrarse esta dentro de los parámetros de la Institución sus miembros acuden con mucha más frecuencia haciendo más fácil su acceso, y por ser esta una Institución de carácter oficial en donde sus consultas y hospitalización son a precios módicos.

A pesar de que la marginalidad en cuanto al nivel de vida nos dice: que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así mismo como a su familia, salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda, servicios sociales necesarios, seguro en caso de desempleo, enfermedad, vejez, invalidez, vemos como en estas comunidades tugurios. barriadas lo que se palpan son cinturones de miseria ya que la mala distribución de los bienes producidos en los sistemas capitalistas lo que ocasiona es la concentración de riquezas en manos de unos pocos que a su vez engendran las desigualdades y miserias de las comunidades, sumado a esto el producto de la industrialización que trae consigo el fenómeno de la urbanización, término que se define como un proceso por el cual una población dispersa localizada en el campo con una actividad productiva en los renglones primarios abandonan el campo para concentrarse en núcleos humanos de mayor o menor densidad con una distribución especial diferente, distinta relación con el medio y la actividad económica en los sectores secundarios y terciarios (industria, manufactura).

Todo lo anterior parece conllevar al concepto de ruralización con todas sus implicaciones, altas tasas de natalidad, desempleo, delincuencia, prostitución, enfermedades, lo que equivale a decir que esto se expresa por la situación de abandono del estado de capitalistas que hacen a nuestros habitantes urbanos marginados insatisfechos a las necesidades básicas.

#### 1.2.6 Enfermedades Atendidas

Las enfermedades atendidas en la Institución Hospital Pediátrico de Barranquilla en su orden jerárquico según datos estadísticos suministrados por la misma entidad son:

- Las enfermedades infecciosas (EDA-EDA con deshidratación - EDA más desnutrición Grados I, II y III - EDA de tipo viral y parasitaria).
- Las infecciones respiratorias agudas.
- Enfermedades hepáticas.
- Las infecciones urinarias y otras pero en menor proporción.

Cabe anotar que las enfermedades infecciosas favorecen la desnutrición por alterar el metabolismo, aumentando el gasto de nutrientes, y porque causan anorexia reduciendo las defensas del organismo y facilitando las infecciones, de ahí que se demuestre que la desnutrición favorece las enfermedades porque los desnutridos van a ser suscepti-

bles a las infecciones. Es probable que este fenómeno se deba, por lo menos en parte a que los niños mal alimentados casi siempre viven en medios altamente contaminados, en habitaciones inadecuadas, con malos hábitos higiénicos y sin agua potable. Esto hace pensar que la mayor frecuencia de las infecciones no se debe al mal estado nutricional sino que ambas se deben a la privación social, o sea a un ambiente hostil.

La desnutrición y la infección, en los medios pobres forman un complejo, un solo síndrome o una sola enfermedad.

Dentro de las enfermedades infecciosas encontramos la enfermedad diarreica aguda o gastroenteritis que es la que más estragos está ocasionando en la población infantil barranquillera a menores de cuatro años alcanzando niveles de incidencia cada vez más alarmantes. Malestar común de esta clase es la inflamación de la membrana mucosa de los intestinos producidos por unos microbios, virus, bacterias o parásitos, es la presencia de deposiciones líquidas o semilíquidas a veces con moco y sangre; en ocasiones se acompaña de fiebre y dolor. En los casos de niños y bebés una causa se encuentra generalmente en la calidad de la leche que se les proporciona o en el descuido en la preparación de los alimentos.

Siguiendo con las infecciones se demuestra también que las IRA (Infección Respiratoria Aguda) ocupan el segundo lugar en morbi-mortalidad infantil en la ciudad, la incidencia de estas infecciones son un gran

problema de salud pública, que debe ser enfrentado por la comunidad, las Instituciones estatales del servicio de salud y los mismos médicos ya que esta causa "el 14% de las muertes que anualmente se registran en la niñez colombiana, o sea que por esta enfermedad hay año tras año unos 8.000 niños muertos, se estima que en el Atlántico de cada 1.000 niños nacidos vivos y con edad inferior a un año, 86 padecen cada año esta enfermedad".<sup>7</sup>

En términos generales esta enfermedad se define como la inflamación aguda o crónica de los bronquios acompañada de catarro nasal, obstrucción de la nariz, ronquera, respiración rápida, quejido, dolor de garganta muy acentuado, dolor de oído y palidez. Analizando la incidencia que se ha registrado en la ciudad y específicamente en el Hospital Pediátrico se puede afirmar que Barranquilla está casi que permanentemente en una epidemia por infección respiratoria aguda. En los orígenes de esta enfermedad están influyendo factores como las pésimas condiciones ambientales existentes en la ciudad y en las que vive el mayor número de niños que resultan afectados por esta infección. Así mismo influyen el estado nutricional de cada menor de edad, que lógicamente determina en qué grado un paciente puede tener mayor o menor defensa para protegerse de este mal. Otros de los brotes infecciosos que está proliferándose en la población infantil barranquillera es la hepatitis que es una enfermedad producida por un virus y comienza a manifestarse con fiebre, malestar general en el cuerpo, vómitos y molestias

---

7 El Herald. Julio 10, 1985. p. 10.

abdominales, seguida de ictericia y color amarillo que aparecen en la piel del paciente. De ahí que el servicio de salud ha iniciado un plan masivo de saneamiento para evitar que este flagelo aumente su incidencia, epidemia que no respeta clases sociales ya que en el norte de Barranquilla hay niños y adultos afectados por este mal.

En términos generales las enfermedades infecciosas y parasitarias son unos procesos agudos o crónicos debido a la presencia en el organismo humanos de ciertos agentes vivos que le resultan nocivos. La moderna clasificación de estos agentes los divide, según su estructura en tres grandes grupos: Los virus, los microorganismos de estructura procariota, formados por una célula con rasgos muy primitivos, y los organismos con estructura eucariotas formados por una sola célula de estructura compleja o por varias células. Los agentes productores de enfermedades infecciosas tienen una serie de enfermedades que las caracterizan y diferencian entre sí. Sin embargo, aunque sean diferentes y evolucionen de distinta manera, todas las enfermedades infecciosas presentan características fundamentales comunes. Por ejemplo, todas ellas están originadas por gérmenes capaces de multiplicarse y producir unos venenos llamados toxinas que, a la vez que atacan el organismo, actúan como antígenos o cuerpos extraños, despertando el sistema inmunitario y dando lugar a la formación de una serie de defensas llamadas anticuerpos que intentan luchar contra la enfermedad. Para que un determinado microorganismo desencadene una enfermedad infecciosa es necesario que reúna varias condiciones. En primer lugar debe ser contagiosa y poder trasladarse de un huésped (persona o animal que sufra la enfermedad) a otro. Debe penetrar en el organismo e invadirlo, protegiéndose del ataque de los anticuerpos que producen nuevo huésped. Y por último, debe ser capaz de generar la enfermedad a lo que se llama poder patógeno. 8

Haciendo un análisis exhaustivo de las enfermedades atendidas en el Hospital Pediátrico podemos darnos cuenta que las de mayor incidencia son de carácter infeccioso debido a las mismas condiciones ambien-

---

8 Guía de la Medicina Familiar. Barcelona. Biblioteca Práctica Salvat. tomo 1. pp. 10-12.

les, antihigiénicas que en forma alarmante padece la comunidad barranquillera gestadora de microorganismos portadores de enfermedades infecciosas que diezman a cada momento la población infantil, de ahí que cuando respiramos, comemos, bebemos, hablamos, nuestro organismo entra en contacto con gran cantidad de microbios que afectan la salud de quienes se desenvuelven en ese medio hostil. Es de anotarse que la enfermedad de mayor prioridad atendida en esta Institución es la gastroenteritis por la concepción que la comunidad tiene del servicio que prestaba anteriormente la Central de Hidratación y lo que ha dado a pensar que es el Hospital especializado en esta área de atención. La anterior afirmación se demuestra a través de los datos estadísticos suministrados al Servicio de Salud sobre la incidencia de la gastroenteritis en esta ciudad, mediante organismos estatales y semiprivados que mensualmente reportan sus datos por egresos, grupos de edad y promedios de estancia, en lo que va corriendo de los meses de Enero a Julio de 1985, tales como: (ver Tabla 5)

Palpándose de hecho que la Institución que más atiende por consulta externa y estancia en la proliferación de esta epidemia es el Hospital Pediátrico como así lo demuestra la Tabla 5, además encontramos que en los Centros y Puestos de Salud han sido atendidos 3.287 casos dándose un total de 12.947 casos de este flagelo que azota a la población infantil barranquillera. Razón por la cual el Hospital tuvo la necesidad de crear e implementar sus programas de atención tanto intra o extramural como la rehidratación oral que es un método sencillo y poco costos que permite prevenir o tratar la deshidratación provoca-

TABLA 5 : Incidencia de Gastroenteritis. Egresos por Grupos de Edad y Promedios de Estancia

Organismos	Consulta	Hospitalización
Hospital Pediátrico de Barranquilla	5.611	533
Hospital General	870	85
Hospital Universitario	265	29
Hospital San Francisco de Paula	2.758	344
Hospital Niño Jesús	156	-
Total	9.660	991

da por las enfermedades diarreicas. Este tratamiento en la Institución se lleva por consulta externa y hospitalización según el caso, incluye también este programa un ciclo de educación a las madres y demás familiares para que ellos sepan como actuar en los primeros síntomas de la enfermedad, con frecuencia, el nivel educativo de la madre y su acceso a la información pertinente serán el auxiliar de salud más importante que ellos tengan en las etapas de su vida, ya que los padres deben saber si el niño debe vacunarse, si el agua ha sido hervida adecuadamente, si las medidas de higiene personal serán suficientes y si durante los episodios de diarrea se le seguirán dando alimentos y líquidos, no es sorprendente pues que los hijos de madres instruidas tengan en general más posibilidades de supervivencia y de un desarrollo sano, lo que resulta más llamativo es el enorme poder de

palanca que ejerce el nivel educativo de la madre sobre el bienestar del niño, y el hecho de que ésta palanca mantenga casi toda su potencia incluso en condiciones de pobreza. Así pues, la capacitación de la mujer mediante una mayor educación constituye la tercera mejora en las condiciones de vida de las madres que podrían tener efectos revolucionarios sobre el bienestar de sus hijos.

Ante esta situación se hace necesario la participación del Trabajador Social ya que para nosotras Trabajadoras Sociales que somos, no debemos pasar inadvertida de la problemática que vive la ciudad de Barranquilla, pues la profesión de Trabajo Social no es producto del azar, o de la necesidad de damas caritativas para solucionar los problemas a los pobres, ella surge en una etapa determinada del desarrollo capitalista ante la necesidad de buscar formas de acción social que caracterizan el bienestar social de los grandes conglomerados humanos y ante la insuficiencia del estado para dar respuesta a los sectores de trabajadores, acciones que se hacen indispensables debido a las contradicciones que genera el sistema capitalista.

El análisis anterior le permite al Trabajador Social proyectarse hacia otras comunidades para obtener una visión general de las condiciones de vida de sus habitantes y así plantear un diagnóstico que le permita una intervención positiva en la medida que nos proporcione un conjunto de datos sistematizados, analizados e interpretados para nuestro accionar frente a esta problemática; realizando programas como estrategias de intervención profesional en el área de la salud,

educación, para el mejoramiento de esta situación, porque el Trabajador Social es considerado como la persona que mejor sirve a los intereses de los individuos, ya que el individuo en sociedad es el objeto de estudio e intervención del Trabajador Social reconceptualizado, es decir el estudio de la naturaleza social del individuo no está desintegrado de todas aquellas situaciones, factores socioeconómicos y culturales que influyen en el desarrollo de la sociedad y por ende de los individuos que en ella se desenvuelven.



## 2. MORBIMORTALIDAD INFANTIL

Las condiciones de dependencia de la sociedad capitalista donde el hambre, la miseria, desnutrición, determinan una serie de enfermedades epidemiológica e infecto contagiosas que ponen en peligro la salud del pueblo y en especial a la población infantil quienes cada día corren el riesgo de sufrir las enfermedades propias del infante como son tosferina, dicteria, sarampión, poliometitis, infecciones respiratorias agudas, gastroenteritis y otras enfermedades inmunoprevenibles, pero de todas estas la que mayores índices de morbilidad registra es la enfermedad diarreica aguda o gastroenteritis. Situación gestada por las mismas condiciones de pobreza en que se encuentra la mayoría de los niños colombianos, no justificándose este hecho cuando se dispone de las armas necesarias para su control, pero es palpable cuando se refleja la insuficiente cobertura actual de las acciones de medicina preventiva, en particular los programas de inmunización. Aún más en aquellos casos poco comunes en que la población pobre no está sometida al azote periódico de estas enfermedades epidémicas, la morbilidad por enfermedades infecciosas no epidémicas y no prevenibles por inmunización es realmente impresionante cuando se cuantifica en términos de la frecuencia y duración de los episodios de enfermedad en los niños pobres.

Posteriormente la niñez pobre está afectada por altas tasas de mortalidad tanto en los períodos fetal, perinatal o neonatal, como en la primera infancia y en la etapa pre-escolar. La relación entre la situación de pobreza y tasas de mortalidad superiores a la de la población general y con frecuencia, varias veces más elevada que la de la población no afectada por la pobreza, han sido amplia y categóricamente demostrados en innumerables trabajos de investigación, bajo condiciones y circunstancias diferentes.

Al analizar la situación de morbilidad y mortalidad se observa como Colombia está viviendo un momento de transición, pues si bien persisten los problemas relacionados principalmente con las enfermedades diarreicas, enfermedades infecciosas y la mal-nutrición, la importancia de las enfermedades crónicas degenerativas, los accidentes y las enfermedades mentales, es cada vez mayor, hecho que no podemos desconocer al estudiar los problemas de salud. Sin embargo es evidente que la solución de estos problemas requiere de un cuidadoso exámen de los factores de índole político, económico y social envueltos en la cadena de causalidad de las enfermedades.

El exámen de las estadísticas en salud de los últimos años permiten concluir que en esa área, el país ha obtenido logros significativos pero, también, que aún subsisten situaciones extremadamente preocupantes cuya corrección exigirá una acción decidida del Estado en toda la comunidad durante los próximos años.

En efecto aunque se aprecie una disminución importante en las tasas generales de morbimortalidad y un incremento sustantivo de la expectativa de vida al nacer, el mejoramiento no ha sido uniforme y para algunos grupos, como el de menores de cinco años y el de habitantes de las zonas rurales las tasas de morbilidad y mortalidad continúan siendo excesivamente elevadas. Así en el grupo materno infantil, las principales causas determinantes de la morbilidad y mortalidad no han variado en años recientes. Todavía en la actualidad enfermedades que podrían ser controladas en alto grado como las perinatales y del recién nacido, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y el peso del niño al nacer que suele ser de 3 Kg., ya que un peso inferior a 2.5 Kg., se considera como bajo peso al nacer y cuando menor es el peso mayor es el riesgo para la salud y la vida del recién nacido. Por ejemplo nueve de cada diez nacidos con un peso inferior a 1 Kg., mueren en el primer mes de vida. Incluso para los recién nacidos con un peso de 2 Kg., el riesgo de muerte es casi diez veces mayor que para los recién nacidos con un peso normal.

A escala mundial, nacen al año unos 20 millones de niños con bajo peso y casi un tercio de ellos mueren antes de cumplir el primer año. Todos estos factores asociados siguen demostrando una gran proporción en la morbilidad y mortalidad en ese grupo de edad.<sup>9</sup>

---

9 GRANT P., James. Estado Mundial de la Infancia. 1984. p. 35.

La mortalidad infantil se debe ante todo, a las pésimas condiciones de higiene en que vive la inmensa mayoría de los colombianos. La impureza del agua y a menudo también la leche, la falta de alcantarillado, de aguas negras, de recolección y destrucción de basuras, son algunas de las causas más conocidas de la hecatombe en todo el país pero en la Costa Atlántica hay causas más específicas y agravan más la situación, porque la utilización de aljibes o pozos pantanosos hacen más mortífero los prolongados meses de verano, determinando con la llegada de las lluvias la violenta explosión de epidemias que diezman instantáneamente la población recién nacida, acompañado todo esto por el mal manejo de las enfermedades presentadas por el niño ya que las madres acuden a hierbateros, medicina casera, farmacéutas, brujos, etc., que impiden un tratamiento adecuado e inmediato a la recuperación de él, esto lleva al niño a estados crónicos que difícilmente pueden salir de su enfermedad, por los mismos hábitos que son más primitivos que ideológicos debido a su mismo atraso cultural y por otro lado tenemos la situación económica, ya que los niños de pocos recursos económicos que viven en condiciones infrahumanas, siempre estarán enfrentados a una epidemia de esta naturaleza. También encontramos el costo de las consultas médicas por un lado y por el otro el altísimo precio y encarecimiento de los productos farmacéuticos, impidiendo que el pobre pueda asistir a una consulta médica para mantener el equilibrio de la salud, este hecho obliga a que los sectores marginados recurran a la tradicional medicina de hogar, que muchas veces pueden ocasionar mayores peligros en la salud del ser humano, incluso llevarlo a la muerte.

En lo que respecta a la ciudad de Barranquilla epicentro de la Costa Atlántica atraviesa un alarmante índice de morbi-mortalidad infantil, los casos que cada año se registran en Barranquilla por las enfermedades inmunoprevenibles están ocasionando estragos en la población infantil, flagelo que este año a aumentado un 50% su mortalidad.

Los problemas que está causando la gastro y que mantienen alarmados a los centros asistenciales se está registrando en una época en que jamás había epidemias, lo que demuestra que las condiciones sanitarias de la ciudad son cada vez peores.

Mientras centenares de niños barranquilleros son afectados por este terrible flagelo, el Servicio de Salud del Atlántico trata de disimular la violencia con que ha aparecido nuevamente la enfermedad distribuyendo sobres rehidratantes en puestos de ventas ubicados especialmente al sur de la ciudad, donde están dadas todas las condiciones antihigiénicas como para que la gastro se convierta en una nueva epidemia.

La población infantil barranquillera se encuentra azotada por esta epidemia, situación que es preocupante debido a que el número de casos que se está atendiendo es cada día mayor.

El mes de Julio ha sido el de mayor mortalidad por gastro, en lo que va corrido del año 85. Según los registros estadísticos del Servicio de Salud en el mes de Enero hubo 1.270 casos de diarrea aguda y mu-

rieron dos niños. En Febrero se registraron 1.474 casos y tres defunciones. En Marzo hubo 1.622 consultas y nueve víctimas. En Abril 1.377 casos y cinco muertos. En Mayo hubo 2.195 consultas y seis fallecimientos. En Junio 3.049 y seis muertos en lo que va de Julio ya se han registrado más de 1.000 consultas por la diarrea aguda y 11 muertes, es un dramático balance por la niñez barranquillera que está enfrentada a esta enfermedad encontrándose además otras enfermedades que son causas de morbilidad tales como:

La información estadística que presentamos corresponde al período de Enero a Julio de 1985, los datos suministrados pueden servir como marco de referencia para evaluar aspectos relacionados con la salud de la población barranquillera. (ver Tablas 6, 7 y 8).

En estas Gráficas se puede notar que hay un alto índice de las enfermedades infecciosas agudas prevalecientes en los meses de Mayo, Junio, Julio, atendiéndose un promedio de 61 pacientes diarios en las instituciones que atienden las enfermedades infantiles como Hospital Pediátrico y Hospital San Francisco y en un promedio más bajo en los Centros y Puestos de Salud, situación que se hace cada vez más evidente por las abrumadoras desigualdades existentes, por la calidad o la acesibilidad a los servicios médicos, teniendo en cuenta que la estructura actual de los servicios sanitarios centra su atención en la población urbana dejando de lado a las comunidades rurales y suburbanas y lo que es más notorio es que muchas veces centran su atención a enfermedades individuales que en las necesidades sanitarias de co-

TABLA 6 : Principales Enfermedades que son Causas de Morbilidad por Egresos Hospitalarios. Grupo Menores de un Año.

Enfermedades que ocasionan morbilidad	No.	Tasa %
Enfermedades infecciosas intestinales	2.027	54.45
Enfermedades infecciosas respiratoria aguda	307	8.25
Síntomas y estados morbosos mal definidos	104	2.79
Afecciones respiratorias crónicas	94	2.52
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	89	2.39
Resto de enfermedades endocrinas y metabólicas	76	2.04
Enfermedades del aparato digestivo	53	1.42
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	42	1.13
Anomalías congénitas	40	1.07
Meningitis	34	0.91
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	30	0.81
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	29	0.78
Enfermedades bacterianas	19	0.51
Enfermedades del aparato genitourinario	18	0.48
Enfermedades del corazón (incluyen enfermedades de la circulación)	15	0.40
Otros	392	10.53
<b>Total</b>	<b>3.369</b>	<b>90.49</b>

TABLA 7 : Principales Enfermedades que son Causas de Morbilidad por  
 Egresos Hospitalarios. Grupo de Uno a Cuatro Años.

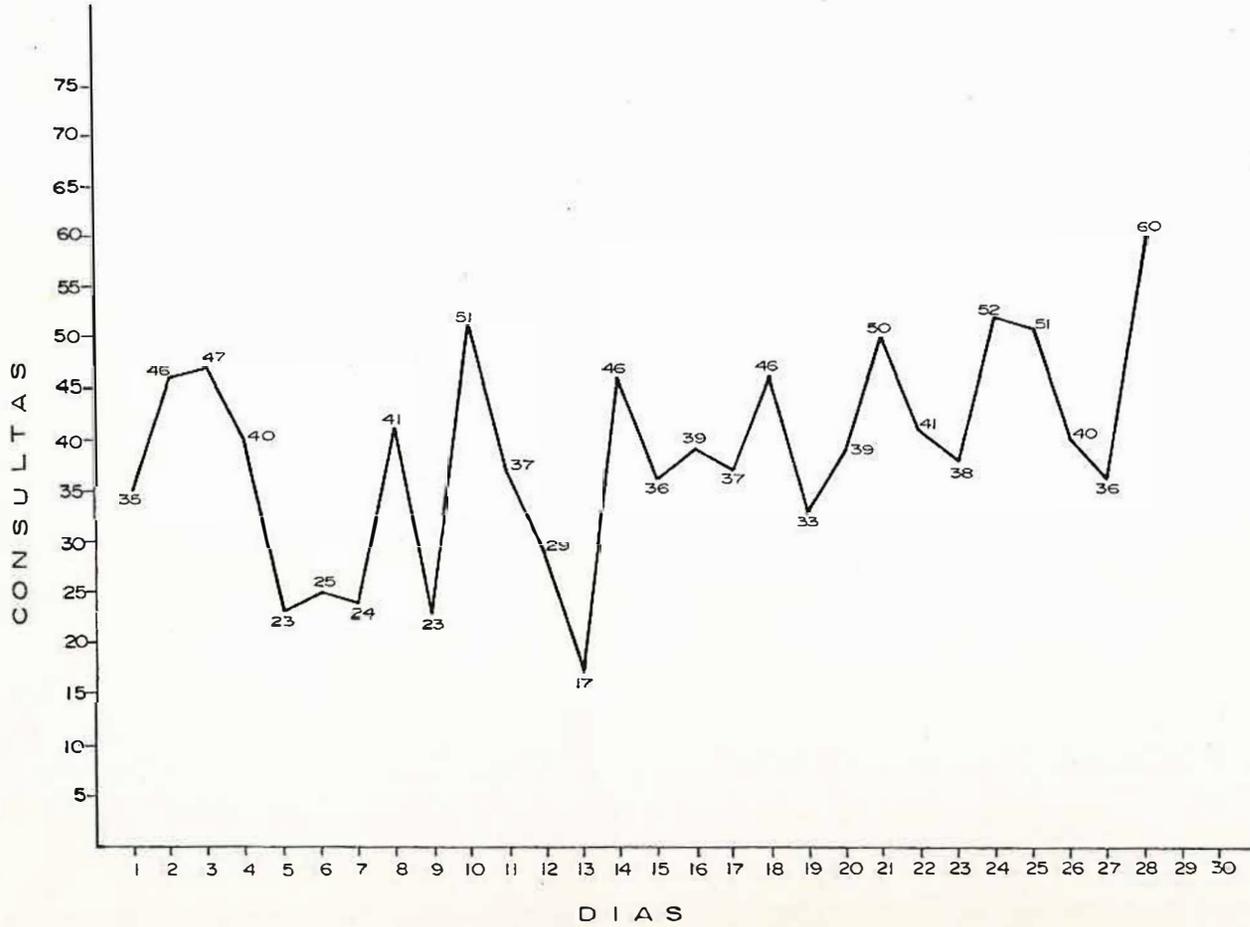
Enfermedades que ocasionan morbilidad	No.	Tasa %
Enfermedades infecciosas intestinales	1.097	7.84
Afecciones respiratorias crónicas	611	4.37
Enfermedades infecciosas respiratorias agudas	451	3.22
Otras enfermedades del aparato genitourinario	88	0.63
Otras enfermedades del aparato digestivo	182	1.30
Síntomas y estados morbosos mal definidos	160	1.14
Quemaduras	76	0.54
Fracturas	64	0.46
Avitaminosis y otras enfermedades nutricionales	58	0.41
Resto de enfermedades endocrinas y metabólicas	53	0.38
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	53	0.38
Anomalías congénitas	41	0.29
Envenenamientos y efectos tóxicos	38	0.27
Nefritis y nefrosis	35	0.25
Traumatismos internos e intracraneales	34	0.24
Otros	607	4.34
<b>Total</b>	<b>3.808</b>	<b>27.23</b>

TABLA 8 : Principales Enfermedades que son Causas de Morbilidad por Egresos Hospitalarios. Grupo de Cinco a 14 Años.

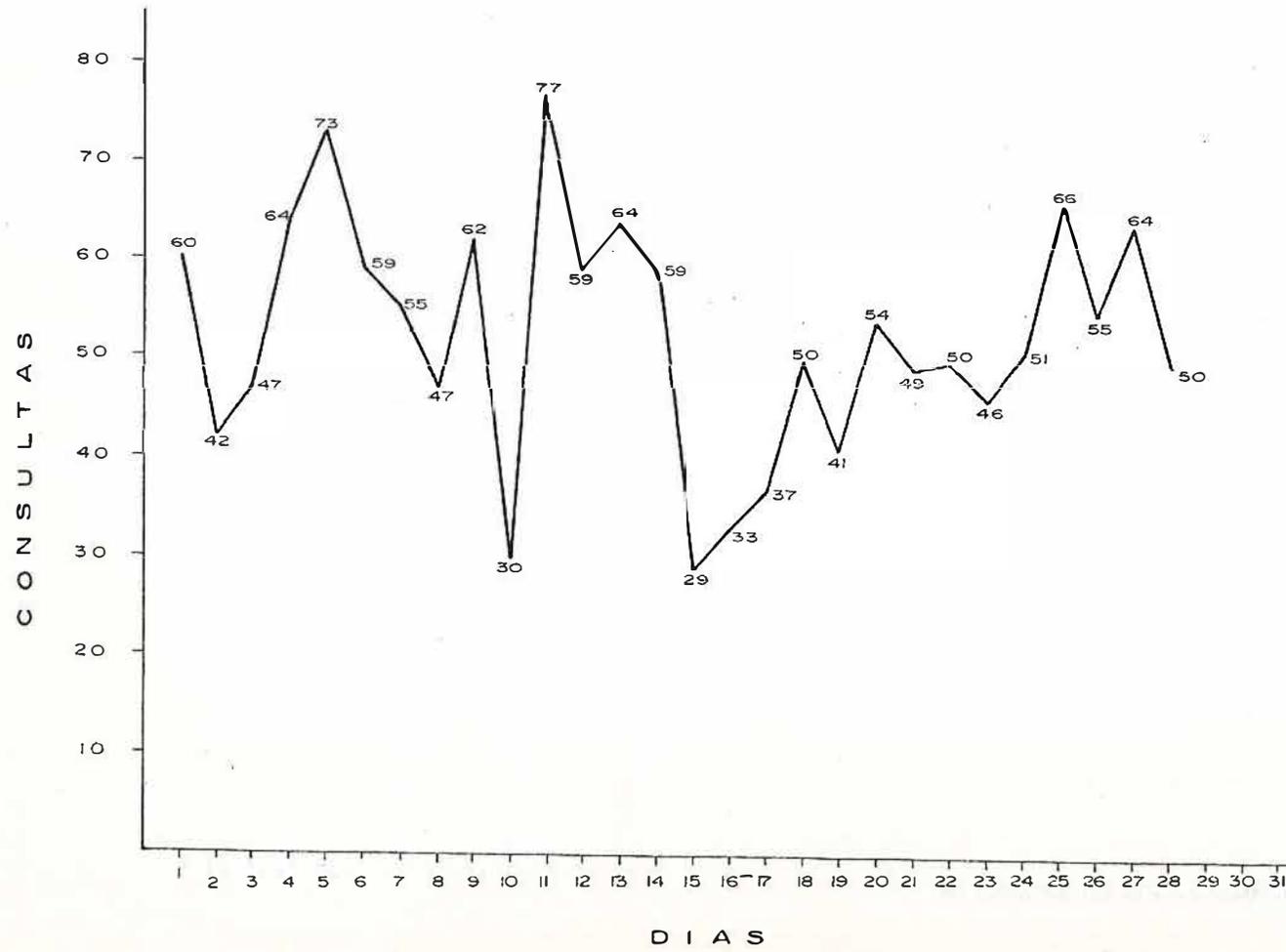
Enfermedades que ocasionan morbilidad	No.	Tasa %
Fracturas	258	0.78
Otras enfermedades del aparato digestivo	238	0.72
Afecciones respiratorias crónicas	227	0.68
Síntomas y estados morbosos mal definidos	150	0.45
Factores que influyen en el estado de salud y en contacto con servicio de salud	149	0.45
Tumores malignos	123	0.37
Enfermedades infecciosas respiratorias agudas	120	0.36
Anomalías congénitas	91	0.27
Traumatismos internos e intracraneales	75	0.23
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	69	0.21
Parto normal	65	0.20
Las demás causas por naturaleza de la lesión	59	0.18
Enfermedades infecciosas intestinales	54	0.16
Quemaduras	52	0.16
Otras enfermedades del aparato respiratorio	49	0.15
Otros	1,186	3.56
<b>Total</b>	<b>2.965</b>	<b>8.91</b>

GRAFICA No.1 - MES DE ENERO

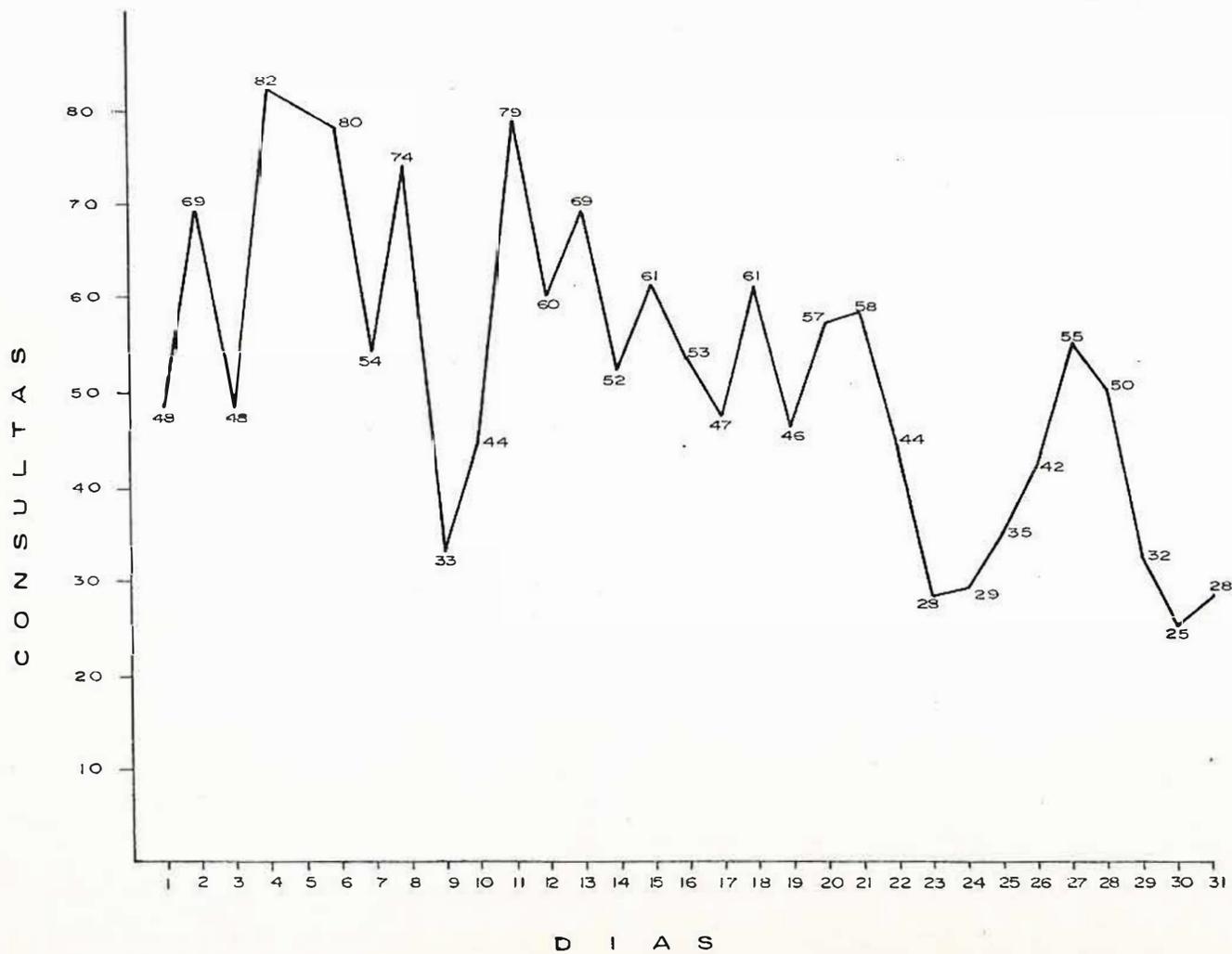
CONSULTAS POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL GRUPO DE 0-14 AÑOS, REPORTADOS POR LOS CENTROS DE SALUD NAZARETH, LAS NIEVES, LA ALBORAYA, EL BOSQUE, LIPAYA, REBOLO, BUENOS AIRES, CARRIZAL, CARLOS MEISEL, SAN LUIS, LOS OLIVOS, HOSPITAL DE B/QUILLA, UNIVERSITARIO, FRANCISCO DE PAULA, Y EL NIÑO JESUS AL SERVICIO DE SALUD



GRAFICA No 2 - MES DE FEBRERO



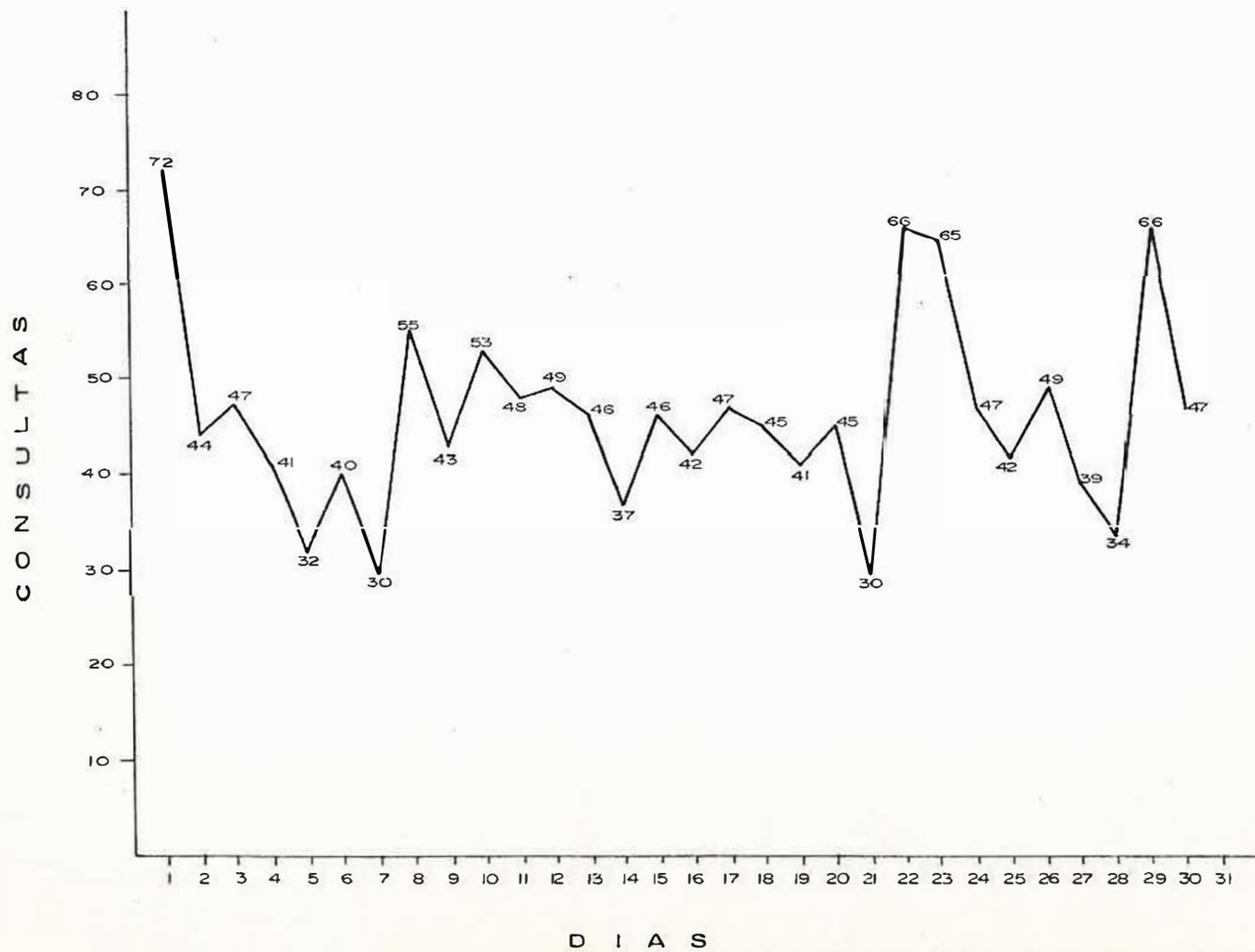
GRAFICA No. 3 - MES DE MARZO



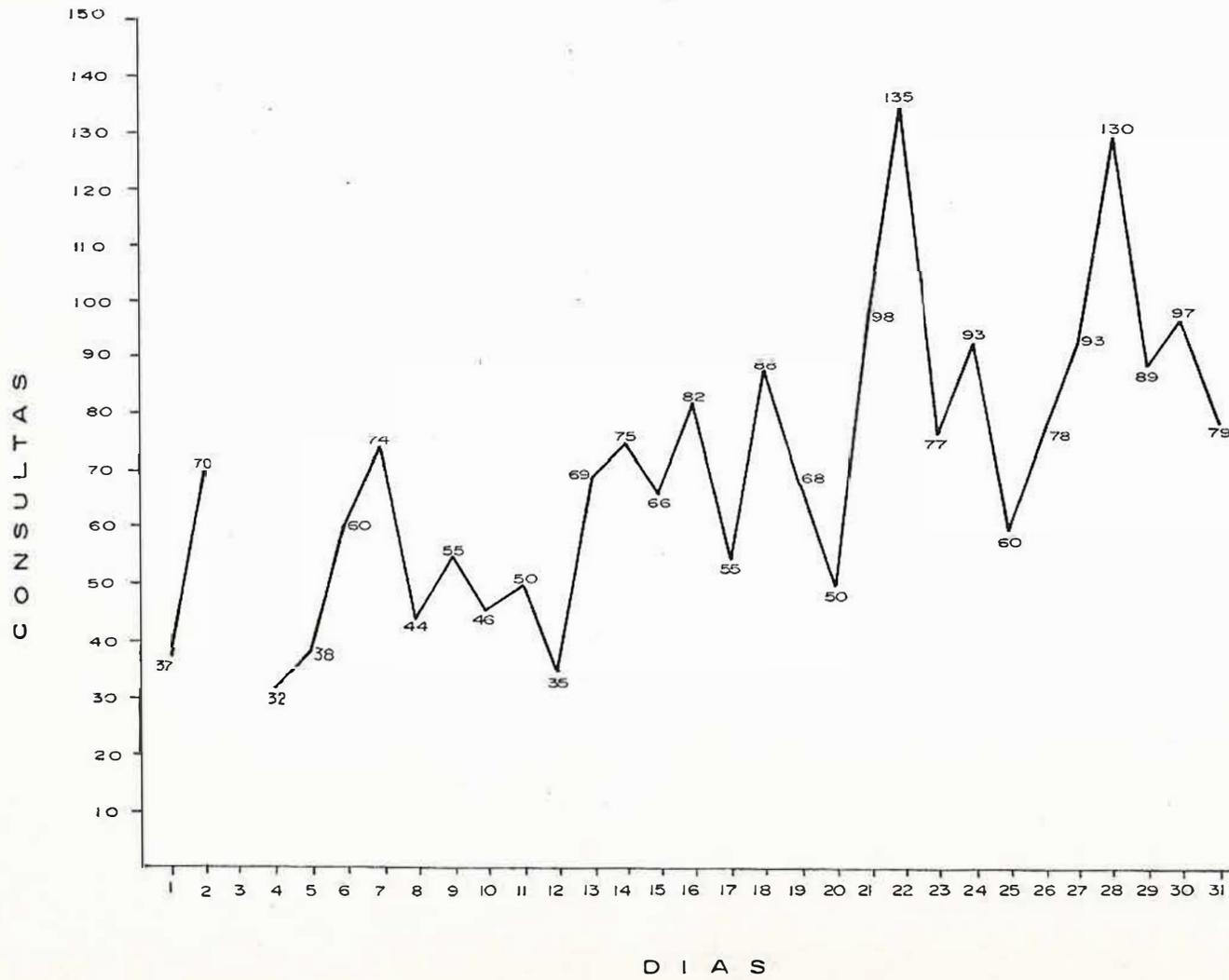
77

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARANQUILLA

GRAFICA No. 4 - MES DE ABRIL

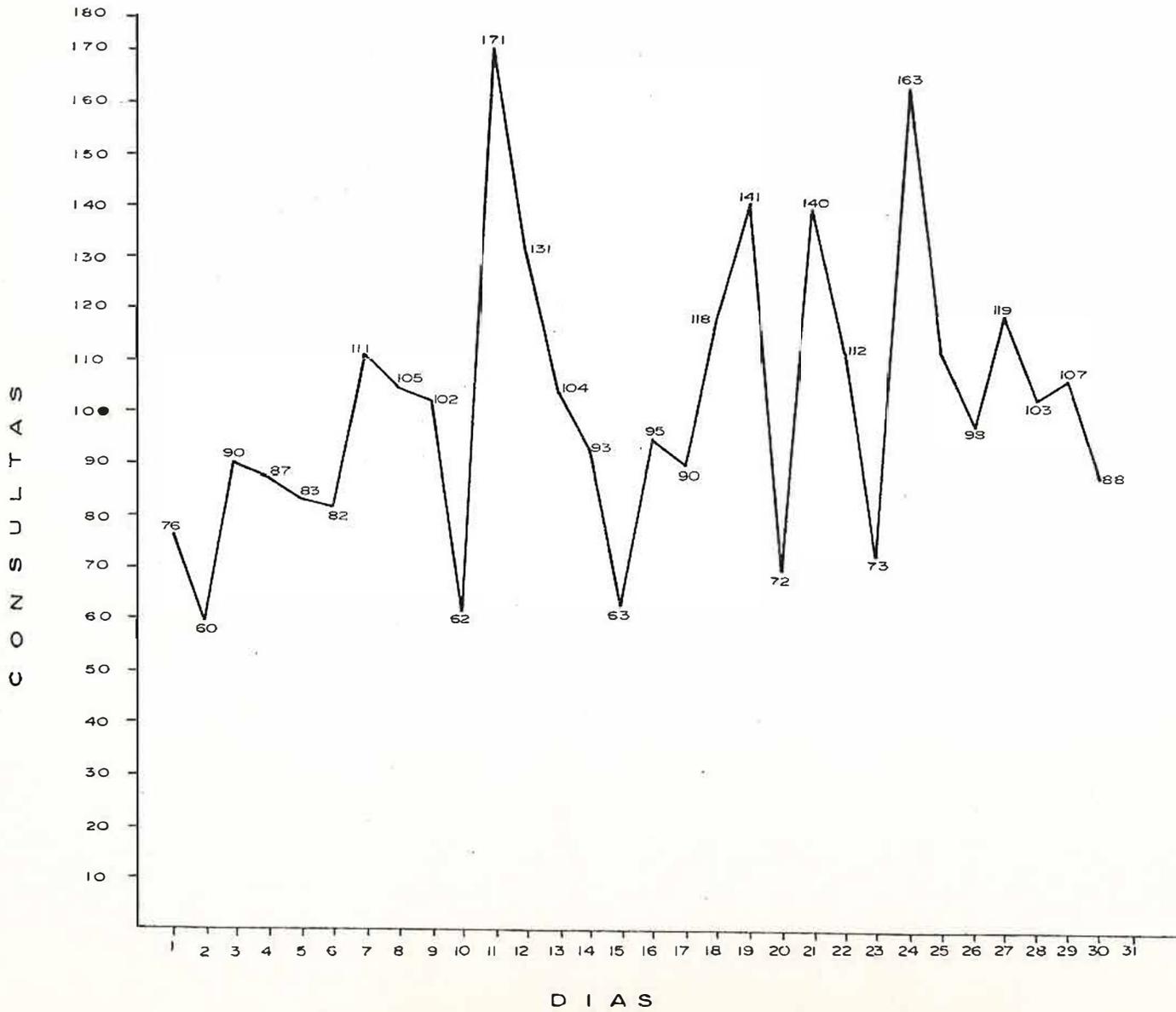


GRAFICA No. 5 - MES DE MAYO



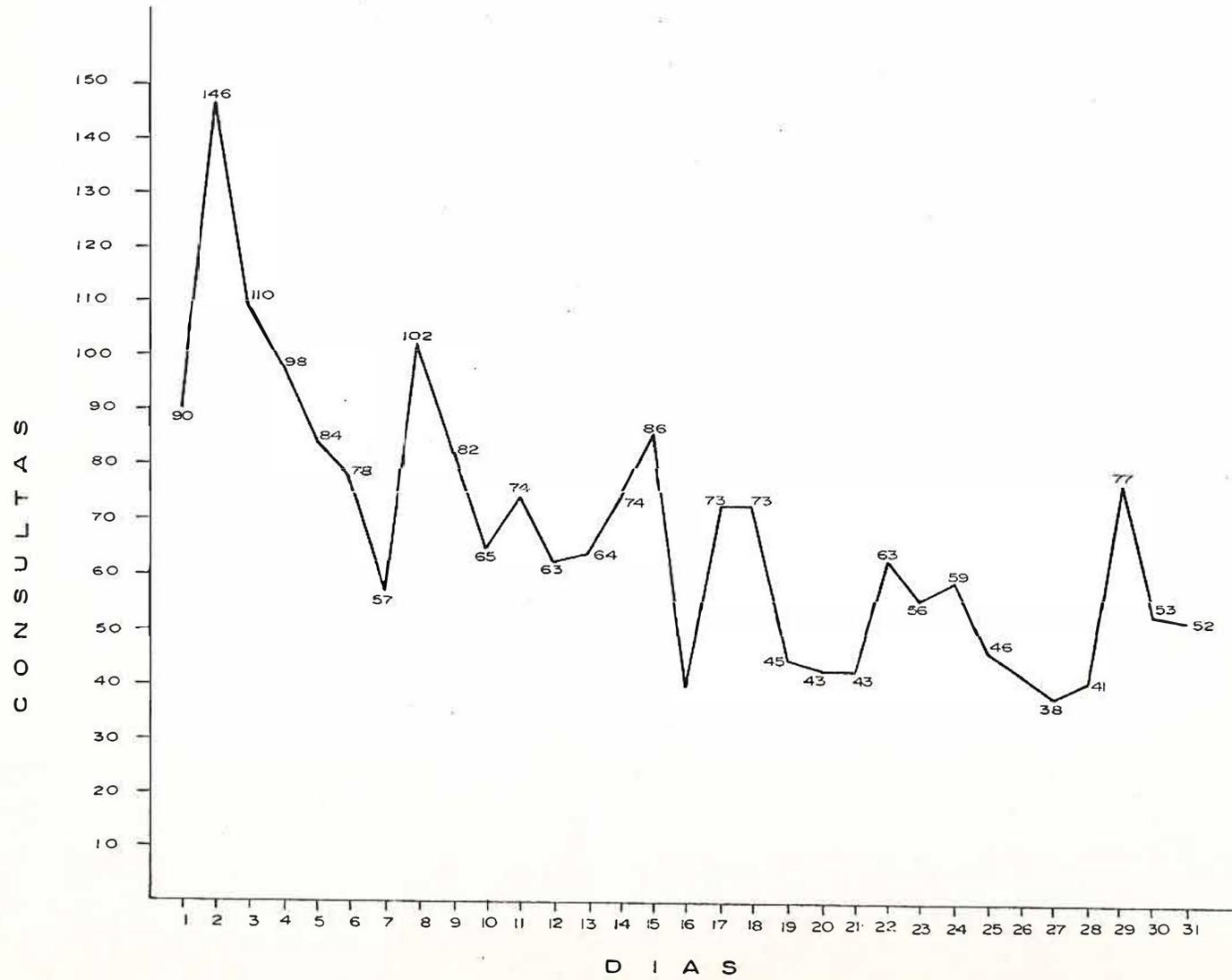
79

GRAFICA No. 6 - MES DE JUNIO



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRAQUILLA

GRAFICA No.7 - MES DE JULIO



comunidades globales es decir prestan mayor atención a enfermedades raras pero fascinantes que a enfermedades comunes.

El conjunto de enfermedades que afecta a tantos niños es de gran importancia en términos sociales, humanos, de ahí que cualquier disminución considerable de morbi-mortalidad tendría que causar un mejoramiento de las condiciones socio-económicas y de la higiene ambiental. Sin embargo es posible que los servicios de salud evite la mitad de las muertes en la infancia y niñez temprana, sin esperar grandes cambios en el medio ambiente, siendo más importante que los niños reciban una atención sanitaria adecuada y no ser tratados por cada enfermedad ayudando a promover su desarrollo físico, social y ambiental y por ende una mejor salud. La reducción de la morbi-mortalidad requiere finalmente que los conocimientos científicos sobre la salud y la enfermedad se pongan al alcance de toda la población, es especial de los estratos más pobres que más necesitan de la aplicación permanente de tales conocimientos en la protección de la salud, en la prevención de las enfermedades a los cuales presentan un alto riesgo de exposición, y en el tratamiento precoz a nivel primario, a nivel de la misma familia, cuando las medidas preventivas han fracasado.

Actualmente se hacen grandes esfuerzos por aumentar en forma vertical y horizontal la cobertura de los servicios de atención de la salud que por ser muy reducido le está causando grandes daños a la población infantil que va a ser el futuro de Colombia. Así pues, la ampliación de todos estos servicios es la clave para liberar el potencial

actual y obtener mejoras sustanciales en la salud y el bienestar de los niños. Creemos que la principal barrera que debemos superar es la falta de conciencia de las comunidades, de los dirigentes e incluso entre algunos profesionales de la salud, acerca de las medidas disponibles para salvar vidas y mejorar las condiciones de existencia. La superación de esa falta de conciencia requiere la ayuda y la participación de toda una pleyade de grupos sociales, políticos y profesionales que pueden actuar, a pequeña y gran escala, como vías de apoyo y comunicación para facilitar el acceso de los padres a la utilización de los conocimientos actuales y de las nuevas técnicas que pueden asegurar la supervivencia, crecimiento y desarrollo de sus hijos. Esto aún más demuestra el profundo anhelo del ciudadano común por un mundo en el que los niños dejen de sufrir y no morir en cantidades tan escandalosas que superen la capacidad emocional del individuo y remuerden la conciencia de la humanidad.

## 2.1 INFLUENCIA SOCIOECONOMICA Y CULTURAL EN LA MORBILIDAD DEL NIÑO

Uno de los problemas de mayor incidencia en las enfermedades propias del infante en la población colombiana es la situación económica en que se encuentran relegados la mayoría de las familias, quienes viven en comunidades marginadas, padeciendo hambre, desnutrición, miseria, hacinamiento la falta de educación sanitaria y el desenfrenado crecimiento de las zonas marginales de la ciudad a quienes no se les hace partícipe de los servicios de salud, a los centros médicos y mucho menos a la medicina preventiva reflejándose aún más la injusticia so-

cial del sistema capitalista en donde la venta de trabajo recibe solo un 37% de la canasta familiar más modesta. En la revista empleo y desarrollo de ANIF los investigadores de este gremio financiero se ven obligados a reconocer "el hecho de que la salud no aparezca en la canasta familiar del Departamento Nacional de Estadística, no quiere decir que los colombianos no gasten en salud o no la necesiten, quiere decir que no pueden hacerlo".<sup>10</sup> Además en países subdesarrollados como el nuestro afirmamos que el ingreso se encuentra en pocas manos y presenta en forma engañosa el ingreso medio per cápita de la sociedad colombiana, manifestándose ésta en toda la estructura de la población notándose de hecho que el 40% de los trabajadores colombianos no disponen de ingresos suficientes (salario mínimo \$13.557.60 en la ciudad y \$13.558.00 en el campo) deduciéndose que estos empleados no pueden adquirir una canasta familiar calculada hoy en día en 20.000 pesos, mucho menos les podrá alcanzar para comprar la pensión médica que el Estado deja de prestarles.

La desproporción tangible entre el salario devengado por los trabajadores y el valor de las mercancías que obviamente venden los dueños de los medios de producción, trae consigo la agudización de las contradicciones de una población que como consecuencia lógica de ello es conducida al desempleo, subempleo, pobreza, desnutrición, prostitución, delincuencia, etc., fenómenos por los cuales la gran burguesía en vez de lograr la liberación de los ingresos y la solución de los conflic-

---

<sup>10</sup> ANIF. Revista de Empleo y Desarrollo. p. 8.

tos sociales, empeora la situación del proletariado a la vez que crecen las ganancias de los capitalistas y ante todo la de los grandes monopolios.

Hay que resaltar también que el crecimiento desenfrenado de la industrialización, la tecnificación de la mano de obra provocaron fenómenos tales como el desempleo y la pauperización y por ende condujeron a la unificación de la clase proletaria en búsqueda de protección estatal para el mejoramiento de su nivel de vida.

Las características de una sociedad, con profundas diferencias sociales resulta de un determinado desarrollo económico y social que incumple con los postulados de eliminar los desequilibrios y reducir el abismo que media entre los privilegiados y los desposeídos, y lejano aún de un desarrollo económico y social basado en un nuevo orden económico y los efectos que se producen en el hombre para alcanzar la satisfacción de las necesidades biológicas que le permita su supervivencia en el desenvolvimiento social.

En lo que concierne a la problemática de las incidencias socioeconómicas de la población infantil objeto del estudio, hemos tomado la familia como el indicador primordial de esta investigación, pues por medio de su estudio se llegará a conocer el nivel socioeconómico de las personas que se benefician con los servicios que presta el Hospital Pediátrico, ya que los directamente beneficiarios son menores de cero hasta 15 años y el nivel socioeconómico de estos está dado por el de

sus familiares, por depender de ellos directamente por lo tanto se hizo necesario partir del concepto de estratificación social y de la clasificación de este. Se entiende por estratificación social al hecho de que cualquier sociedad esté compuesta de niveles que se relacionen entre sí en términos de super ordenación y de subordinación, ya sea en poder, privilegios o rangos, es decir que toda sociedad tiene su sistema de jerarquía. Algunos estratos ocupan una posición más alta otros más baja.

Los sistemas de estratificación social varían considerablemente, pues la división jerárquica se basa en muy diversos criterios y tipos de diferenciaciones económicas, sociales, educativas y culturales, esta es pues un proceso y los resultados del proceso por el cual una sociedad queda diferenciada en estratos.

El tipo de estratificación más importante en la sociedad es el sistema de clases. El concepto de clases, como la mayoría de los conceptos en la teoría de estratificación ha sido definida de manera diferente. Para nuestros fines basta considerar las clases como un tipo de estratificación en que nuestra posición general dentro de la sociedad se determina básicamente por criterios económicos, en una sociedad como esta la posición que se alcanza generalmente es más importante que aquella en que nacimos (aunque la mayoría de la gente reconoce que la última ejerce una enorme influencia sobre la primera).

Esto significa que las posiciones sociales no están establecidas de manera inmutable que mucha gente cambia su posición por una mejor o una peor en el curso de su vida, y que, en consecuencia ninguna posición parece totalmente segura. 11

---

11 BERGER L., Peter. Introducción a la Sociología. Barcelona, 1974.  
p. 114.

Para conocer las características de las distintas clases sociales se siguió el estudio basado en el concepto emitido por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) sobre clases sociales, las que están diferenciadas en tres estratos a saber:

- Clase Alta

Al estrato alto pertenecen las viviendas habitadas por las familias de más alto ingresos. Son generalmente grandes mansiones con amplios jardines o apartamentos lujosos con comodidades adicionales a lo normal habitadas casi siempre por un hogar. Paredes de bloque o ladrillos, techo de placa de cemento, piso de madera, materiales sintéticos, generalmente alfombradas, conexión con todos los servicios públicos y uso exclusivo de ellos. Estas viviendas están ubicadas en las zonas residenciales de la ciudad más o menos alejadas del centro y disfrutan de zonas verdes sociales y de recreación. En su mayoría son viviendas autofinanciadas que están por encima de los límites normales de comodidades y estilo arquitectónico, vías pavimentadas y grandes facilidades de acceso.

- Clase Media

Son generalmente casas independientes o apartamentos con muros de ladrillos o bloques de cemento, techos de plancha de cemento, o placas de zinc y pisos de materiales sintéticos, cemento o baldosín, en ocasiones de madera, habitadas generalmente por un máximo de dos hogares

y conectado con todos los servicios incluyendo el teléfono, los cuales son para uso exclusivo del hogar, estas viviendas constituyen conjuntos residenciales técnicamente planeados generalmente por firmas urbanizadoras construidas en el centro de la ciudad con vías pavimentadas y facilidades de transporte.

- Clase Baja

Están constituidas por vivienda en obra negra generalmente entregadas para ser terminadas por auto esfuerzo del propietario como son la mayoría de los programas del Instituto de Crédito Territorial, pueden ser casas independientes o viviendas en construcción, pero es muy común encontrar viviendas de inquilinatos o cuartos con un alto grado de hacinamiento (tres o más hogares por vivienda).

Puede disponer de algunos servicios públicos como agua incluso servicios de luz, predomina en ella el uso compartido de los servicios, estas viviendas están habitadas por hogares de un bajo ingreso económico, los barrios que constituyen estas viviendas están situados por lo general en la periferia urbana y disponen de algunas vías de comunicación sin pavimentar y escasos medios de transportes.

Con el fin de lograr los objetivos propuestos en el presente estudio se realizaron las variables que determinan el nivel socio-económico tales como ingreso familiar, nivel educativo, ocupación y vivienda consecuentes de situaciones político-sociales, que inciden en la sa-

lud de la población atendida en esta Institución.

- Ingreso Familiar

Se considera como ingreso familiar la suma de dinero parcial o totalmente aportada por aquellas personas, miembros de la familia que trabajan y que están conviviendo junto tales como padres, hermanos, abuelos, tíos y primos.

Según datos registrados en la Institución Hospital Pediátrico con relación a las fichas socioeconómicas llevadas por la Trabajadora Social de dicha Institución se obtuvo que la gran mayoría de las familias estudiadas poseen ingresos que oscilan entre 4.500 a 10.500 pesos, reflejándose el hecho de la mala remuneración por encontrarse estos laborando en forma informal y enfrentados a condiciones de trabajo de largas jornadas laborales, con carencia de prestaciones legales y poco o ningún acceso a los servicios que brinda el Estado.

Además los ingresos que oscilan por debajo del salario mínimo se dan por una ocupación estratificada encontrándose vendedores ambulantes en un 40.2% los cuales se dedican a expender frutas, verduras, cigarrillos y otros. También encontramos zapateros, meseros, albañiles, lavadoras, conductoras, panaderos, en un 35.8% haciendo énfasis que no son empleados afiliados, el 8% son obreros de pequeñas y medianas empresas, el otro 5.6% se dedica al hogar, y el 23% restante no trabaja.

Y según los indicadores del estudio corresponde este a las familias incluídas dentro de la clase social baja considerando pues un ingreso económico insuficiente que no les permite ofrecer a sus miembros mayores posibilidades para satisfacer sus necesidades primarias como brindarles una buena educación, alimentación balanceada, vivienda adecuada y un ambiente familiar higiénico y salubre, satisfaciendo de manera parcial o inadecuadamente estas necesidades, aduciendo al hecho ya demostrado de que la mayoría de las familias poseen ingresos comprendidos entre 10.500 a 16.499 pesos, alcanzando entre ambos un porcentaje del 92% viéndose pues que casi la totalidad de la población estudiada en la Institución poseen ingresos económicos bajos que les impide en gran parte satisfacer las necesidades primordiales de sus familias y brindarles una situación estable; un pequeño porcentaje del 8% poseen ingresos superiores a los 16.500 pues en la familia existe más de un miembro que trabaja y que aporta a los gastos de la canasta familiar.

#### - Nivel Educativo

De acuerdo a los porcentajes arrojados por la investigación, se observa que de la población estudiada es adulta, en los aspectos tenidos en cuenta para determinar el nivel educativo se encontró que la educación primaria incompleta alcanza un 45.3% siendo este el más alto, seguido por la secundaria incompleta en un 14.6%, primaria completa un 16%, secundaria completa 1.5%, estudios técnicos en 2% y 20.6% en analfabetas, considerándose que la población estudiada, tienen en un

80% aproximadamente un nivel cultural bajo, lo que contribuye para que prevalezcan patrones o hábitos erróneos acerca de las enfermedades presentadas en el infante y lo que es más palpable el desconocimiento del manejo y prevención de la misma ya que si no se toman las medidas necesarias en las primeras fases de la enfermedad pueden llevar al niño a estados crónicos que difícilmente pueden salir de él.

Evidentemente los individuos que poseen este nivel educativo o cultural bajo en su mayoría pertenecen a la clase social baja, mencionando dentro de ellos también aquellos individuos con estudios técnicos y por ende a los que carecen de la misma instrucción como es el caso específico de los analfabetas que no tienen la capacidad de análisis que las personas pueden tener con respecto a una situación concreta impidiéndole esto poder brindar a sus hijos conocimientos y un nivel de vida más altos que aquellos que poseen una avanzada educación.

Cabe anotar que la educación es un factor de vital importancia para lograr un mejor status, pues de acuerdo a esta aumentan las posibilidades para alcanzar posiciones estables y justas remuneraciones, directamente esto influye en otros aspectos como la facilidad de proporcionar una buena educación a los hijos y un satisfactorio nivel de vida proporcionándole los elementos primordiales para mantener el equilibrio de la salud y por ende un bienestar social que contribuya al buen desarrollo físico, psicológico dentro de la sociedad en la cual le tocó vivir.

- Vivienda

En estas familias hay un alto índice de hacinamiento por cuanto no poseen el número de habitaciones necesarias en proporción al número de miembros con que cuenta cada una, encontrándose que el 70% de las familias compuestas por más de 10 personas que habitan en dos o tres habitaciones y el 30% restante lo cubren aquellas familias que habitan hasta ocho personas en dos habitaciones, esto da a pensar que es habitual encontrar en estas zonas que los infantes duermen con sus padres o demás personas de la misma familia, realizando las actividades cotidianas dentro de la misma habitación por no poseer las viviendas espacio suficiente para que el menor actúe con mayor libertad, haciendo referencia que cuando se habla de habitaciones se está incluyendo el número de piezas; sean alcobas, sala, comedor, cocina. Además se encuentran viviendas propias construidas por paredes de bloques, techos de concreto y pisos de cemento siendo accesible ya que poseen algunas vías pavimentadas en las principales calles para facilitar un poco el transporte, sin contar con los servicios de agua, alcantarillado y sanitario.

Además en la población estudiada es común encontrar en estas viviendas la proliferación de moscas, basuras estancadas, factores que son agentes para la presencia de las enfermedades contraproducentes en el desarrollo del infante facilitando el contagio de enfermedades por el mismo espacio reducido a que están sometidos, lo cual hace pensar que la mayoría de estas familias no se rigen por un nivel habitacional

adecuado ni tampoco poseen las condiciones necesarias para el buen vivir ya que sus casas en la mayoría de los casos son de tabla, triple, techo de zinc, sin pisos, no poseen servicios de letrina, de agua, etc., lo que se debe en gran parte a los bajos recursos económicos de sus propietarios que no les permite acondicionarla a sus necesidades, debido al análisis expuesto se deduce que las viviendas de estas familias son propias de la clase baja teniendo en cuenta las características anotadas anteriormente sobre estas viviendas, como también el tipo, calidad y condiciones que presentan permitiéndonos ubicarla dentro de esta clase.

La relación según la ocupación de un individuo con respecto a la tenencia de la vivienda estará dada de acuerdo a sus ingresos, ya que existe una estrecha relación entre ambas variables y de acuerdo al nivel económico que estos poseen se nota el descuido y deterioro de la misma, sin tener en cuenta que en ella habitan menores de edad a quienes hay que ofrecerles un cuidado y una atención esmerada, y si su medio familiar no presenta buenas condiciones ambientales este no podrá desarrollar sus capacidades físicas y no contribuirá a su crecimiento por lo tanto se deduce que la tenencia de la vivienda y los ingresos son complementarios ya que no puede darse uno sin que exista el otro, determinándose entonces que el nivel de ingreso es bajo con relación a la tenencia.

Concluimos diciendo que en lo expuesto anteriormente se da una caracterización del síndrome de la pobreza originada por las precarias con-

diciones de vivienda, las diferentes condiciones necesarias del habitat, el infraconsumo alimentario, la alta incidencia de enfermedad y de muerte, la carencia de servicios básicos entre ellas la de atención en salud y educación fundamental, los bajos niveles educacionales, la deficiente inserción en el aparato productivo dentro de estratos primitivos de él mismo, la permanente actitud de anomia (con frecuencia reflejada en pasiva resignación, la escasa participación en los mecanismos de integración social y, por sobre todo ello la inmersión de un esquema particular de valores claramente diferenciadas del resto de la sociedad y que configuran lo que ha sido calificado como la cultura de la pobreza, ahora bien dentro de este contexto que facilita la perpetuación del círculo vicioso de la pobreza el niño está particularmente afectado, desde su concepción hasta la edad escolar, por la desnutrición, la enfermedad y la privación de los estímulos ambientales necesario para su adecuado crecimiento y desarrollo, en suma por privaciones múltiples; y posteriormente, por las limitadas oportunidades educativas de capacitación y de trabajo como ente productivos de la sociedad.

La acelerada toma de conciencia sobre estos problemas en las últimas décadas a conducido a la formulación de planteamientos sobre la necesidad de otorgar más atención a la satisfacción de las necesidades básicas en toda la población y el establecimiento de un nuevo orden internacional e interno, social, político y económico. La búsqueda de estrategias que ofrezcan reales y positivas alternativas de solución para la pobreza, ha conducido a numerosos enfoques y modelos de desa-

rrollo y a variables propuestas de acción. Algunos enfatizan la necesidad de intervención directa programada y sistemática hacia grupos de la población vulnerables o con alto riesgo de exposición a un problema específico; otros propugnan por el crecimiento económico como pre-requisito para el mejoramiento de las condiciones de vida de los más pobres; las llamadas estrategias de desarrollo se han concentrado en la creación de empleos y en la redistribución de los ingresos generados por el crecimiento, para evolucionar luego hacia las estrategias de satisfacción de las necesidades básicas o esenciales de toda la población particularmente de las masas pobres; en fin otros consideran que solamente el cambio violento y profundo de las estructuras sociales puede conducir a la eliminación de la injusticia social y la pobreza.

A pesar de que los enunciados anteriores se constituyen en parte sustantiva de la responsabilidad del Estado, no se ha podido plasmar en la realidad ya que el Estado se parcializa en favor de la burguesía cuando protege la desigualdad económica, social y política bajo el capitalismo. Su misión consiste en salvaguardar la propiedad privada de los medios de producción contribuir a la explotación de los trabajadores y acabar su lucha contra el régimen capitalista, lo que constituye un impedimento para el progreso de las fuerzas productivas, sometiendo a su vez a esta clase trabajadora a las más injustas condiciones de vida al reclamar los derechos que legalmente han obtenido a través de las reivindicaciones alcanzadas mediante sus organizaciones, sindicatos, etc., y los cuales han sido institucionalizadas por el Estado en

forma de política de seguridad social pero al momento de hacer uso de ella se les impide por medio de la aplicación de mecanismos represivos refinados tales como el estado de sitio, medidas extraordinarias de militarización de ciudades, prohibición de huelgas en muchos sectores, etc., dominando el gobierno los brotes de inconformidad surgido como consecuencias de estas desigualdades contribuyendo cada día más a aniquilar a la clase cuyo único medio de subsistencia es su fuerza de trabajo la cual debe vender o someter a el criterio de explotación de la clase dirigente, creándose una desproporción en la oferta de la mano de obra en relación con los bajos salarios que perciben los trabajadores. Ante esta situación es imposible alcanzar un bienestar social eficaz para estos sectores de pobreza haciéndose necesaria la participación del Trabajador Social quien verdaderamente es el profesional encargado de estudiar los problemas sociales que acosan a las clases más desprotegidas partiendo de la multiplicidad de causas que están generando los problemas y de esta manera poder analizar los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada, preventiva y transformadora que los supere.

## 2.2 LA FAMILIA EN LAS ENFERMEDADES INFANTILES

La familia constituye el fundamento de la sociedad, puesto que de ella nacen los ciudadanos y encuentran en esta la primera escuela de las virtudes sociales. La función social de la familia no se reduce exclusivamente a la acción procreadora y educativa, se manifiesta tam-

bién en la forma de intervención política, es decir, que las familias deben ser los primeros en procurar que las leyes e instituciones sociales del Estado, sostengan y defiendan positivamente los derechos y deberes de la familia.

"La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso, y la unidad básica de la enfermedad y la salud".<sup>12</sup>

La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un incesante proceso de evolución, ya que recibe permanentemente influencia del medio ambiente lo cual repercute en el comportamiento de sus miembros dándose un cambio permanente, amoldándose a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dado, es decir deben estar preparados para compartir y cumplir funciones específicas de cuyo cumplimiento depende el grado de bienestar de sus miembros.

De ahí que la expresión familia constituye la institución intermedia entre el hombre y la sociedad y cualquiera que sea su configuración representa la mayor influencia educadora para el niño a fin de brindarle un desarrollo integral sano.

Sabemos que el hombre ha venido evolucionando no solo por su mutación genética, sino también por la facilidad de adquisición de nuevas for-

---

<sup>12</sup> Congreso Nacional de Trabajo Social. Quinta Memoria. Cartagena.  
p. 128.

mas de adaptación a su medio y por la posibilidad de cambiarlo. Para que el hombre pueda llegar a ser una persona en el más auténtico y amplio sentido se requiere que desde pequeño reciba elementos que le permitan un desarrollo normal de personalidad. Por este motivo la sociedad y la familia como célula primaria de la misma debe respetar la dignidad del niño y en especial por sus padres, ya que este si no es respetado no podrá más tarde vincularse a la sociedad respetando y valorando a los demás. Un niño que no recibe en su familia amor, confianza y seguridad no se puede esperar que de a los otros estos afectos indispensables para ser la vida agradable. Es deber de la misma ✓ cuidar al niño mientras se desarrolla ya que la salud de los niños depende de las condiciones físicas y ambientales donde ellos nacen y se desarrollan, además estimular al niño para adquirir formas de comunicarse, pensar y actuar, siendo el medio óptimo para esta función la familia en donde el niño mantiene los primeros contactos con los procesos de socialización.

En los primeros años de su infancia estos sufren traumas y diversas enfermedades los cuales dejan huellas inborrables, al depender estos directamente de la familia les corresponde brindar nutrición adecuada, el tratamiento de las enfermedades normales de la infancia y su prevención, todo esto de acuerdo a sus condiciones económicas y sociales. Depende también el equilibrio mental y social del niño en formación, por tal razón un niño que se desarrolle en un ambiente familiar sólido alcanzará su realización humana integral. De tal forma las costumbres sociales y medidas legales que tienden a debilitar y desinte-

gra la estabilidad familiar también puede destruir la salud de la persona humana.

Algunas formas de la familia se han estructurado como una unidad económica. Esta no siempre ha significado padre, madre e hijos, a veces ha representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa, una casa compuesta por todos los que viven bajo un mismo techo o que se someten bajo la autoridad de una cabeza suprema, un grupo de personas unificadas con el propósito de regular eficazmente lo social. Así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: Biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie; es la unidad básica de la sociedad y se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. Pero las funciones biológicas de la familia solo pueden cumplirse en una organización adecuada de la fuerza social.

Sicológicamente los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades materiales así que la familia es en todo sentido el producto de la evolución, es una unidad flexible que se adapta sultimente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde adentro como desde afuera.

En sus relaciones exteriores debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevaecientes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas y económicas. No interesa que la familia

sea biológica o social sino que haya una continuidad fundamental entre individuo, familia y sociedad. Pero la organización bisocial de la conducta es distinta en cada uno de estos niveles.

Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas, así también en la unidad familiar hay períodos críticos en los que el vínculo de la misma puede fortalecerse o debilitarse. Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados por su organización interna como por su posición externa en la comunidad. Por lo común se reconoce que la trama de las relaciones familiares pueden estar influenciada en amplia variedad de formas, sea por un ambiente social amistoso protector o por uno hostil y peligroso,

un ambiente social que impone peligro puede hacer que una familia se desintegre; la unidad familiar puede desmejorarse al ser invadido por fuerzas externas o por contraste, una familia puede reaccionar con un reforzamiento definitivo de solidaridad.

Un ambiente externo amistoso que proporcione oportunidades de autoexpresión y recompensa en la comunidad más amplia, puede aflojar los lazos de la familia y fomentar en sus miembros una movilidad social incrementada, si la familia está organizada así internamente, puede reaccionar con mayor acercamiento y satisfacción incrementada por los miembros individuales que se congregan a ella. 13

Muchas veces las relaciones agradables del núcleo familiar se rompen o pasan por niveles críticos por la presencia de enfermedades o el estado de salud de algunos de sus miembros ya que en ocasiones la enfer-

---

13 ACKERMAN, Nathan W. Psicodinamismo de la Vida Familiar. Buenos Aires, Paidós, 1958. vol. 2. p. 49.

medad y la cura dependen en gran medida de la estructura económica y social en que esta se desenvuelve logrando afectar en los miembros sus sensibilidades emociones.

Con un cambio de estructura familiar en respuesta al cambio, las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecerse o debilitarse; pueden cambiar notoriamente la participación en las experiencias la división del trabajo y la redistribución de la autoridad del padre y la madre. La familia debe ajustarse dentro de la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros a todos los otros, bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y amistad prevalecen y se mantiene la armonía familiar bajo condiciones de tensión y conflictos excesivos, pueden surgir antagonismos y odios mutuos, amenazando la integridad de la familia.

La familia varía de una cultura a otra, casi siempre influye la reproducción y el crecimiento de los niños y la provisión de afecto para los miembros de la familia y relaciones sociales para los esposos. Ella está relacionada con las diversas funciones vitales que se cumplen para la sociedad:

- Servir como estructura social más influyente para socializar al niño a los caminos de la sociedad.
- Promover las necesidades básicas, biológicas del niño como el alimento, vestido, la protección y el cuidado de la salud.

- Ofrecer medios para satisfacer y regular los deseos de intimidad social de los adultos.
- Generar la descendencia, que es la base para la prolongación de la sociedad.

Tales funciones se generalizan a cualquier tipo de sociedad y explican, en parte, la universalidad de la familia.

Teniendo en cuenta el objeto de estudio resaltamos al niño en relación a su familia siendo este el objeto de especial atención puesto que es la base de una edificación de la comunidad familiar. Adopta una posición de deber ser al referirse de que cada niño que viene a este mundo debe tener amor, estima y un servicio múltiple y unitario tanto material, como afectivo, educativo y espiritual, la única influencia educativa en la vida del niño es la familia ya que esta es la portadora de la cultura, de las pautas de conducta, es decir de los medios instrumentales para la realización de la persona. Es por esto que cualquier programa de proyección infantil que aisle a la familia es muy probable que esté condenado al fracaso o a un logro parcial, jugando esto un papel fundamental durante la enfermedad y sus reacciones contribuirán mucho a la rehabilitación del niño.

Teniendo en cuenta que los elementos fundamentales de salud surgen en el núcleo familiar y donde también se previenen se ha considerado como el núcleo primario en salud ya que la situación crítica que viven

los pueblos en relación con el nivel de salud se refleja en angustias y confusiones. Porque estas a su vez no tienen la preparación adecuada sobre la enfermedad ocasionando un choque emocional al tener que enfrentarse a la realidad de la misma, originando rechazo hacia el menor en muchas ocasiones. Así como también sentimientos de culpa en los padres. "Cuando los padres son incapaces de resolver estas ansiedades internas, pueden volverse hostiles hacia quienes los rodean y deforma aún más destructiva uno contra otro".<sup>14</sup> Es necesario una concientización del problema para alcanzar los recursos internos y llegar a una fase de aceptación. Después sobreviene una presión fundamental que afecta toda la familia, es la economía haciéndose más crítica en este medio donde existe una desprotección y escasos recursos para atender con eficiencia los problemas de la salud infantil. A pesar de esto es conveniente que el medio familiar trate de mantener el equilibrio económico que defienda también las necesidades del resto de sus miembros evitando así que se pierda la armonía en el hogar.

Este rechazo es frecuente cuando en el hogar se encuentran niños con imposibilidades físicas, de ahí que se les eduque a la familia siempre que sea posible, que debe considerar dentro de sus necesidades al mismo nivel que el resto de su familia, haciendo énfasis en la participación que se le debe brindar al niño en las actividades del hogar delegándose responsabilidades de acuerdo a su capacidad de esta forma lo estaremos preparando también para enfrentarse con el mundo exterior

---

14 HALLE, Gloria. *Psiquiatría Social*. p. 34.

estimulándolo a que tenga independencia y se preocupe por descubrir nuevos horizontes que le trazaran nuevas pautas encaminadas a su rehabilitación.

La sobreprotección también se hace frecuente la cual en lugar de beneficiar traería grandes consecuencias, e incluso para la formación de la personalidad del niño cuando se crea a su alrededor barreras, prohibiciones, inhibiciones que se mantienen generalmente hasta la edad adulta, en un estado de dependencia y ternura; dándole esta sobreprotección generalmente la madre, para esto es importante fomentar las relaciones interpersonales, ya que todo niño necesita desarrollar sus propios intereses y recursos internos, al relacionarse con sus amigos de su misma edad llevándolo a adquirir confianza, y de formar parte de un grupo.

La familia es tenida en cuenta en la prevención de las enfermedades para el mantenimiento de la salud por ser esta la que mantiene relaciones más directas con sus miembros, y en coordinación con el médico familiar podrían contribuir a mejorar poderosamente la salud materno infantil mediante la comprensión y aceptación de que la mujer embarazada necesita trabajar menos y alimentarse más porque es ella quien dedica más tiempo y trabajo a la atención y el cuidado de los hijos.

Haciendo un análisis de las familias estudiadas con respecto a las enfermedades del niño constatamos que estas por sus mismas condiciones socioeconómicas y culturales no responden en forma adecuada a la sa-

lud de sus hijos. En primera instancia tenemos que la mayoría se encuentra residenciada en comunidades con las características de barrios marginados en los cuales muchas veces no hay un centro de salud en donde les presten los servicios preventivos y curativos trayendo consigo graves riesgos por la dificultad de acceso tanto a los servicios médicos privados como públicos. Es posible afirmar que el bajo nivel educativo y las creencias que estas familias tienen acerca de las enfermedades en muchas ocasiones causan graves problemas relacionados con la salud, visitando brujos, hechiceros y la medicina casera, repercutiendo negativamente en la recuperación del infante. De allí que cada vez sea necesario impartir educación a las familias que debe estar orientada a suministrarle a los padres elementos que le permitan en cualquier momento desempeñarse preventivamente ante cualquier situación inesperada.

A todo esto hay que agregar que los servicios de atención en salud, educación, etc., que brinda el Estado son deficientes para la protección del niño, teniendo la familia que suplir insuficientemente la atención al bienestar de estos, en estas circunstancias la infancia resulta particularmente afectada, no es fácil para una pareja de los barrios marginados el criar así sea un solo hijo, y cuando es la mujer sola la que se ve abocada a responder no es de extrañar que recurra a soluciones extremas por considerar que el niño les representa una carga, por esta situación en el Hospital Pediátrico muchas veces se ha encontrado casos de abandono del menor por parte de los familiares considerando a la Institución como una salida a la situación pro-

blema, viéndose los funcionarios de la Institución después de determinado tiempo entregarlos al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.), organismo encargado de atender estos casos, dándole una alternativa de solución que busca remediar los resultados de una realidad social patológica, estos son algunos de los rasgos de la base social, y económica que alimenta el tráfico de menores y que fuerzan la aplicación de medidas de emergencia por parte del Estado tendientes a detener el creciente desamparo de la infancia a través de la estructuración de mecanismos que garanticen mayor funcionalidad a los programas de protección a la niñez.

### 2.3 DESNUTRICION Y SECUELAS

La desnutrición en nivel biológico fundamental es la inadecuada provisión de nutrientes a la célula. Sin embargo, la carencia de los nutrientes esenciales en el nivel celular es el resultado de una compleja combinación de factores: psicológicos, personales, sociales, culturales, económicos, políticos y educativos. Cada uno de estos factores es una causa más o menos importante de desnutrición en un determinado tiempo y lugar de un individuo en particular. Si estas variables son sólo temporalmente adversas, la desnutrición puede ser aguda aliviada rápidamente sin dejar ningún daño. Pero que en el caso de que estas variables sean continuamente adversas, la desnutrición se hace crónica, a la cual sigue un daño irreparable y eventualmente la muerte.

También ella significa todo estado alimentario que no sea óptimo, ya

sea por deficiencia o por exceso o más de los elementos nutritivos. En todo el mundo una gran proporción de individuos sufren desnutrición, y no es fácil medir el efecto de la nutrición sobre la salud, pero existen varios indicadores que pueden determinarse mediante observaciones durante lapsos más o menos prolongado. Por ejemplo el crecimiento en el niño es un indicador de salud, así como la actitud física, la capacidad mental y la resistencia a enfermedades transmisibles. Si agregamos a estos indicadores la capacidad de engendrar generaciones sanas tendremos una orientación para una serie de medidas que pueden emplearse para determinar el nivel de salud del individuo o de la comunidad.

Se ha aceptado que el nivel socioeconómico bajo equivale a nutrición deficiente, así como que la nutrición materna insuficiente se relaciona con la mortalidad de los lactantes, elevadas tasas de prematuridad, defectos físicos y altos grados de deficiencias mentales en los niños. Desde el punto de la capacidad de aprender y trabajar, la mal nutrición de los niños es de gran importancia ya que existen pruebas que las consecuencias de la mal nutrición pueden persistir en la edad adulta. Seres que durante su infancia fueron mal alimentados parecen ser incapaces de alcanzar una capacidad de trabajo normal, inclusive con una alimentación posteriormente adecuada.

Es palpable que además de los altos índices de mortalidad resultante de las enfermedades infecciosas, se presentan otros serios problemas de salud como los altos índices de mortalidad resultante de la mal nu-

trición dejando secuelas irreversible en el desarrollo biológico del niño. Al respecto se ha comprobado que la desnutrición severa durante la vida fetal o en los primeros años de la infancia, influye directamente en el desarrollo del cerebro, es decir que no solamente su tamaño es más pequeño que el promedio, sino que el número de células cerebrales es inferior en un 15% al de otros niños alimentados.

Vemos entonces que las deficiencias nutricionales además de ser un grave problema de salud se constituye en un factor importante del fenómeno de la miseria ya que está íntimamente relacionada con las características de la pobreza. Efectivamente, la mala alimentación asociada con las condiciones de vida típica de quienes la sufren, causan daño, a veces irreversibles en su desarrollo. Así, un pueblo en cuyos habitantes nacen y crecen dentro de la mayor pobreza, presentan ciertas características especiales con un lento dinamismo social, apatía y retraso.

Es de vital importancia resaltar las equivocaciones consistentes en creer que la desnutrición está causada solamente por la falta de alimentos. Esto no es así. Los parásitos intestinales pueden causar desnutrición así mismo, más de la mitad de los casos de desnutrición están originados por procesos infecciosos es palpable que esto se deba a que los niños mal alimentados casi siempre viven en medios altamente contaminados, en habitaciones inadecuadas (hacinamiento, promiscuidad) con malos hábitos higiénicos, y sin agua potable. Esto hace pensar que las infecciones no se deben al mal estado nutricional sino que

ambas se deben a la privación social o sea a un ambiente hostil.

En las áreas subdesarrolladas el complejo desnutrición e infección es causa de más de la mitad de defunciones en la población general y de casi de la totalidad de las que ocurren en menores de cinco años ya que los niños de una comunidad pobre pasan por una época de nivel nutricional muy bajo, si en esta época se presentan infecciones, suele presentarse un deterioro progresivo que con frecuencia termina en la muerte.

Además de las características de la pobreza también encontramos el poco conocimiento de las familias acerca del valor nutritivo de los alimentos y no aprovechando los aumentos de sus ingresos en mejores niveles dietéticos. Todo ello se traduce en prevalencia de enfermedades nutricionales que agravan sobre nuestra economía y como es obvio, golpean a los sectores de más bajos ingresos. Estimándose que un alto porcentaje entre el 30 y el 35% consume una cantidad de alimentos inferior a la necesaria para satisfacer el conjunto de sus requerimientos nutricionales, observándose la prevalencia de algunos hábitos alimentarios que tienden a afectar en forma desfavorable a los niños, el grupo más vulnerable a la desnutrición, claro que este fenómeno afecta más gravemente a los grupos que habitan en las áreas marginales urbanas y en las zonas rurales por ende Barranquilla enmarcada dentro de un contexto social en donde se encuentran comunidades marginadas carentes de las condiciones necesarias para el vivir del ser humano no puede escapar de este flagelo caso palpable de esta situación se

ha podido comprobar en la investigación acerca de las incidencias socioeconómicas en la población infantil atendida en el Hospital Pediátrico de Barranquilla atendiéndose innumerables casos de desnutrición asociados con las enfermedades infecciosas, entre esta la enfermedad diarreica que juega un papel fundamental en la etiología de la desnutrición, a través de mecanismos relacionados con el consumo y el aprovechamiento de los alimentos. Estos mecanismos tienden a disminuir el consumo alimentario y aumentar los requerimientos nutricionales hasta hacer deficiente la dieta que en ausencia de enfermedad sería adecuadamente o solo marginalmente deficiente. Se estima que aproximadamente dos tercios de los niños en edad de cero a cinco años, y en edad pre-escolar situados en esta zona presentan alto grado de desnutrición, la cual a su vez se constituye en causa básica o asociada del total de defunciones en los niños menores de cinco años.

Esta situación se encuentra generalmente agravada por la deficiente calidad del agua que consumen los grupos de población más vulnerable, así como la falta de sanidad en las viviendas y por las prácticas en cuanto a la eliminación de excretas y basuras que implican un alto riesgo de contaminación para toda la familia y afectan el aprovechamiento biológico de los alimentos.

Según datos estadísticos suministrados por el Centro de Salud Nazareth unidad que atiende la rehabilitación nutricional encontramos que un 30% de la población infantil barranquillera padece el edema de tipo nutricional así: Un 15% aproximadamente de niños menores de cinco

años (lactantes o pre-escolar) presentan problemas con algún grado de severidad, el otro 15% presenta retardo franco de crecimiento, indicativo de un proceso crónico de desnutrición.

En el Plan Nacional de Salud la estrategia que se plantea para contribuir al mejoramiento del nivel nutricional de la población se refiere al incremento de las acciones de producción, prevención, atención, participación de la comunidad y vigilancia nutricional estableciendo que el programa se desarrollará fundamentalmente en el nivel primario de atención con actividades de educación; saneamiento ambiental y de la vivienda; rehidratación oral; tratamiento precoz de la malnutrición, con énfasis en el grupo materno infantil incluyendo además el Programa DRI y PAN que buscan el incremento de la producción de alimentos y el mejoramiento de las condiciones de vida de los campesinos y trabajadores del agro.

A nivel seccional de los Servicios de Salud del Atlántico estos programas son llevados por el Centro de Salud Nazareth y el bienestar familiar, brindándole a las comunidades pobres los programas de suplementación alimentaria, crecimiento y desarrollo, educación nutricional donde se pretende informar y educar a la población sobre el problema de la desnutrición, sus causas y consecuencias sobre el individuo y la comunidad.

Esta programación es llevada en coordinación con la nutricionista, médicos, Trabajadoras Sociales, sicóloga, con el objeto de recuperar a

los niños que llegan con estados crónicos de desnutrición siendo en su mayoría lactantes de cero a cinco años, contando la Institución con una cobertura de 110 infantes, suministrándoles el desayuno, almuerzo y comida con un alto valor nutritivo. En la medida en que se van recuperando van pasando a las salas de prekinder, kinder y así sucesivamente hasta darles de alta y luego ser tratados ambulatoriamente.

Pero hay que resaltar que por la restringida cobertura de los servicios muchas veces los niños no pueden ser tratados dentro de la Institución sino en forma ambulatoria el cual no va a tener la misma efectividad corriéndose el riesgo de avanzar mucho más su estado patológico.

En cuanto al presupuesto que destinan los Servicios de Salud para esta Institución en el logro de sus objetivos este no alcanza a cubrir los gastos que demanda, viéndose en la necesidad de establecer una cuota voluntaria a las familias beneficiarias, notándose aún más la deficiencia en la prestación de sus servicios al no cubrir en su mayoría la población que es afectada por este síndrome, además la ayuda que presta el bienestar familiar con la donación de alimentos para el consumo diario como harinas, granos, etc., son vendidos a los familiares de estos niños con un valor de 100 pesos y esto es utilizado en el sostenimiento de la Institución.

Los programas trazados por los distintos gobiernos son elaborados utilizando el método de la observación comparativa de nuestro país con

los países desarrollados, con el propósito de aplicar aquí las técnicas utilizadas por esas potencias y que además no encajan en nuestro medio, toda vez que para llevar a cabo planes tendientes a alcanzar un verdadero cambio socio-estructural en todos los aspectos, se debe hacer teniendo en cuenta nuestro medio geográfico y nuestro proceso histórico, no mediante la utilización de patrones culturales importados que no encajan en nuestra realidad social.

Es por esto que siempre se estarán dando soluciones de momento ya que se utilizan medidas paliativas y paternalistas, un caso evidente es cuando estos niños después de su recuperación regresan normalmente a sus hogares, encontrándose de nuevo con carencia de alimentos, medicina, todo por la falta de dinero para comprarlos dándose una reincidencia. Para este tipo de familias la posibilidad de contar con alimentos adicionales es una parte indispensable de cualquier estrategia para proteger un desarrollo normal y sano de sus hijos. De ahí que la solución de estos problemas requerirá por encima de todo reformas en la agricultura, cambios en la tenencia de la tierra, mayor capacitación y acceso al crédito de los pequeños agricultores así como un aumento del empleo de la población más pobre.

Es igualmente fundamental realizar intervenciones directas para dar una alimentación complementarias a las familias más necesitadas. Para conseguir que tales alimentos complementario estén disponibles y tengan una alta relación costo eficiencia deberán estar destinados a las madres y a los niños más necesitados. Una vez más es preciso insistir

en que la mejor manera de lograr este objetivo es mediante la difusión de la atención primaria en salud, la utilización de gráficas de desarrollo y la participación de toda la comunidad.

Es muy importante, por ejemplo, tanto para la comunidad como la familia, saber que el organismo en pleno crecimiento de un niño pequeño necesita el doble de proteínas y el triple de calorías por kilo de peso que un adulto.

En general la desnutrición puede considerarse como un serio obstáculo al desarrollo económico ya que es uno de los principales determinantes del estado de salud físico y mental y afecta adversamente variables como la productividad y la esperanza de vida, que influyen sobre el potencial económico de los miembros de una sociedad. Los efectos de la desnutrición son particularmente graves en la población menor de edad pues se traducen invariablemente en un deficiente aprovechamiento de la educación o de la capacitación y por consiguiente en altas tasas de deserción escolar. Además los niños desnutridos son más propensos a las enfermedades y requieren atención médica frecuente y más sofisticada, de manera que una disminución en la incidencia de la desnutrición puede aumentar significativamente la eficiencia y el impacto de las inversiones de salud y educación, esta es a la vez una consecuencia de la injusticia social inoperante, representa un serio obstáculo para el desarrollo, reduce la capacidad de aprender durante la infancia y de generarse la vida durante la edad adulta. El resultado inevitable de este proceso es un espiral descendente en la que padres

desnutridos tienen hijos desnutridos en el futuro.

En síntesis, puede decirse que la desnutrición es un problema de salud y factor predisponente de muchas causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en menores de cinco años, continúa siendo una patología de gran interés epidemiológico en los países en vía de desarrollo, por los altos índices en que se viene presentando. Pues es un problema de índole económico y social, originado en múltiples causas y cuya solución requiere, por consiguiente un enfoque multisectorial, y continuará manifestándose a través de las diferentes generaciones mientras no se trate de controlar sus factores multicausales. Dentro de esta multicausalidad se comprende como la problemática nutricional no atañe solamente al sector salud, sino que su abordaje requiere del concurso de los demás sectores con el fin de que los programas que se adelantan, cuenten con la infraestructura necesaria, que permitan lograr la disminución progresiva de los índices existentes, mediante acciones dirigidas que controlen las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad. 15

En efecto, el objeto de mejorar sustancialmente el estado nutricional de la población colombiana podrá lograrse mediante acciones coordinadas en diversos frentes, como los de alimentación, salud, saneamiento ambiental, educación, requiere de un gran plan coordinado que aproveche hasta el máximo y de la más razonable manera los esfuerzos y recursos tanto del sector público como del privado, bajo una orientación científica y con rectos criterios sociales.

---

15 COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Valoración del Crecimiento y el Estado Nutricional en Menores de Cinco Años. Dirección de Atención Médica. División Materno Infantil. Dinámica de la Población. p. 24.

### 3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

En el desarrollo de este capítulo partimos haciendo una descripción del concepto de Trabajo Social, en particular hablamos de la intervención del Trabajo Social en el área de la salud hasta llegar a la realidad vivencial del Trabajo Social en el Hospital Pediátrico y por último plantear alternativas de intervención en el tratamiento de las enfermedades infantiles y en forma específica en la problemática de las enfermedades infecciosas y así contribuir a la solución de la misma.

Es común definir el Trabajo Social por su función, es decir por lo que se hace. Evidentemente para que un Trabajador Social pueda ejercer su papel es necesario la presencia de un individuo, un grupo o comunidad que demanden sus servicios frente a una situación vivida como problemática. Llamamos situación a todo lo que constituye la realidad para el hombre, es decir el conjunto estructurado de elementos, hechos, relaciones y condiciones en un tiempo y espacio concreto.

Esa situación problemática es siempre social en cuanto involucra implícita o explícitamente a seres humanos en interrelación afectados por la misma. De ahí que nunca sea estrictamente individual, si bien puede ser un individuo quien la exprese. Pero esa persona siempre es portavoz, directa o indirecta, de un grupo afectado por una enfermedad, por carencia de trabajo estable, de vivienda, etc. El Trabajador Social no restituye la salud ni tiene viviendas para otorgar ni posibilidades de dar trabajo efectivo a las personas: El Trabajador Social es el agente de una profesión y su quehacer tendrá que ver con la definición o indefinición que haga de su tarea.

El Trabajador Social procura crear una actitud crítica acerca de las causas y efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada preventiva y transformadora que los supere. Para ello, el Trabajador Social deberá:

- a. Conocer científicamente esos problemas
- b. Determinar cómo los hombres los enfrentan y qué alternativas de solución los arbitran.
- c. Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos a la acción transformadora de los mismos. 16

El Trabajador Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo en las Instituciones de Salud.

"El Trabajo Social en salud está ligado desde su origen al paciente y a su medio familiar, con un papel marginal a la acción médica que busca enseñar a seguir las órdenes del médico, la dieta prescrita, las precauciones a tomar, y el tratamiento de los temores del paciente".<sup>17</sup>

Si se entiende la salud como el resultado de la combinación de muchas fuerzas, intrínsecas y extrínsecas, heredadas, adquiridas, individuales, colectivas, privadas, públicas, médicos, ambientales y sociales, condicionados por la cultura, la economía, y por las leyes del gobierno, la intervención del Trabajador Social en el campo de la salud va-

---

16 KISNERMAN, op. cit., pp. 121-122.

17 SANTAMARIA ESPINOSA, Alberto. Trabajo Social en Salud. Modelo de Intervención. Bogotá, Latina, 1978. p. 63.

ría en cada uno de los sistemas de acuerdo con las funciones de este.

En Colombia, la respuesta profesional se apoya en una nueva concepción de la salud, ligada a su relación esencial con los factores sociales que la determinan, a la participación en las acciones del sector salud, a la rehabilitación social del paciente, el desarrollo de la medicina preventiva etc., esta concepción ha sido concretada en la política nacional de salud y exige a Trabajo Social dar una respuesta como la única profesión que con cargos dentro del sector salud asume el tratamiento de estos factores sociales. 18

Siendo la salud un factor determinante para el buen vivir de los individuos dentro de un contexto social, se pretende dar una orientación social a la misma haciéndose necesario la intervención del profesional de Trabajo Social en el campo de la salud, ya que el problema de la salud no se puede seguir tratando aisladamente bajo el enfoque de que las enfermedades sea solo un problema de orden somático, es preciso ubicarlo dentro del contacto socio-económico que lo genera en forma determinante.

El Trabajo Social aporta al diagnóstico y al tratamiento de problemas de salud, los elementos científicos y técnicos de orden social necesarios para la acción salubrista integral y multidisciplinario con el fin de dar respuesta a las necesidades reales de la población. El papel del Trabajador Social está plenamente justificado en la consideración de que la salud es un bien y un derecho inalienable del pueblo, y que corresponde al Trabajador Social generar los procesos sociales des-

---

18 Ibid., p. 63.

tinados a su obtención, canalización y optimización de los recursos necesarios para la satisfacción plena de las necesidades en salud, de las personas y comunidades.

A nivel Nacional el Trabajador Social en el Ministerio de Salud se integra al equipo de salud de las diferentes representaciones para cumplir las funciones propias a este nivel: Definir las políticas, normatizar las acciones de salud, planear, programar, controlar y supervisar el nivel seccional. Podemos especificar más claramente algunas funciones del Trabajador Social así:

- Planear y realizar investigaciones sobre las características sociales, económicas de la comunidad que inciden en el nivel de salud, de acuerdo con ciertas prioridades y necesidades de cada programa.
- Participar en las definiciones de políticas, programas y servicios de salud con base en el conocimiento que se tiene de la población.
- Planear la intervención de Trabajo Social en los programas del Plan Nacional de Salud y desarrollar métodos, procedimientos y normas de Trabajo Social en cada uno de ellos.
- Proponer a la dirección del Ministerio de Salud los objetivos, metas y tratamientos relacionados con la participación de la comunidad en las acciones de salud.

- Normatizar y supervisar las funciones de Trabajo Social a nivel de las Instituciones adscritas al Sistema Nacional de Salud.
- Promover la aplicación y desarrollo de las políticas de salud relacionadas con la participación de la comunidad.
- Promover el desarrollo profesional del recurso Trabajo Social de acuerdo con las necesidades del sistema.
- Investigar necesidades y recursos de Trabajo Social a nivel Nacional, para el desarrollo de los diferentes programas diseñados en el Plan Nacional de Salud.
- Evaluar el desarrollo de los programas de Trabajo Social y participación de la comunidad en los Servicios Seccionales de Salud.
- A Nivel Seccional

Los Trabajadores Sociales ubicados a nivel de los Servicios Seccionales, se integran al equipo de salud de este nivel cumpliendo por delegación de las mismas funciones del Ministerio de Salud, adaptándolas a las costumbres y realidades de los departamentos, intendencias y comisarías. Específicamente al Trabajador Social, en este nivel le corresponde:

- Incorporar a los programas de los Servicios de Salud el componente

de participación de la comunidad y el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas sociales que impiden la conservación y reestructuración de la salud.

- Relacionar las Instituciones de Salud con las Instituciones de Promoción, Rehabilitación y Protección a fin de cooperar para el logro de una atención integral.
- Asesorar y coordinar al equipo de la salud en la promoción, organización y participación social en las diferentes reparticiones que precisen de esas acciones en el desarrollo de sus programas específicos (materno-infantil, tuberculosis, salud mental, saneamiento ambiental e inmunización).
- A Nivel Regional

El Trabajador Social cumple por delegación del nivel Seccional las funciones de este adaptándola a las condiciones de la región, además por estar ubicado a su vez a un nivel operativo cumple con funciones de ejecución, tales como:

- Realizar estudios socio-económicos y socio-culturales del área de influencia de la región, para programar servicios.
- Orientar a la población acerca de la adecuada utilización en salud.

- Programar y coordinar las acciones de promoción y educación en salud.
- Establecer las políticas y mecanismos de clasificación socio-económicas que regulan el pago de servicios.<sup>19</sup>

Según el Ministerio de Salud, las funciones que se le asigne al Trabajador Social en este campo, muestran en forma teórica una acción muy amplia que dependerá de la integración que este realice en el equipo de salud, ofreciendo sus conocimientos y experiencias en el campo social con el propósito de que los programas y servicios atiendan las condiciones y necesidades reales de la población a la cual van orientado. De ahí de que el Trabajador Social participe en todos los niveles del sistema, tanto administrativo, como operativo y en actividades de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud proyectándose hacia las comunidades y poblaciones para obtener datos que permitan conocer las situaciones, necesidades y características de los pacientes, la observación y la interpretación de la actitud de los mismos frente a la enfermedad, el tratamiento y específicamente el ingreso a un hospital.

Pero vemos, que en las distintas instituciones de salud tanto de carácter público como privado de la ciudad de Barranquilla, el Trabajador Social no se encuentra inserto en todos ellos, aunque existe una

---

19 CELATS. El Trabajo Social en Salud. Lima. Noviembre, 1981.

ley en donde es obligatorio la labor de este profesional en esta área. Sin embargo encontramos profesionales o personas ocupando el rol de este profesional en forma ineficaz, cumpliendo funciones de clasificación socio-económica del paciente, reubicación y transferencia a otros sitios hospitalarios de acuerdo a su grado de enfermedad, recibir y orientar a toda persona que asista a la oficina de Trabajo Social, sistematizar información pertinente a la oficina de Trabajo Social y llevar a máquina los diversos registros de Departamentos de Trabajo Social, disponer la documentación de la oficina en un lugar de fácil ubicación y retiro, elaborar periódicamente los pedidos de material de trabajo y cuidar de la conservación del equipo de oficina, dándose con esto cumplimiento a las funciones de auxiliares impidiéndose de inmediato una orientación social a la comunidad necesitada y a su vez distorcionándose la imagen del profesional de Trabajo Social. X

Esta situación es vivencial cuando el Trabajador Social como profesional se limita a cumplir los objetivos coyunturales planteados por cada una de las administraciones por las cuales atraviesan estas Instituciones, dejando a un lado los conocimientos teórico-práctico adquirido durante su formación profesional, y aún del bienestar social de la población, siendo esta el objeto de estudio e intervención del Trabajador Social, y a su vez desarrolla una intervención dependiente, limitada, sin mayores proyecciones hacia la comunidad, generando problemas a la comunidad y por ende a la sociedad por el mismo desconocimiento que tienen estas acerca de los distintos programas que se imparten dentro de la Institución, sin que los diferentes sectores y organizacio-

nes de base tomen conciencia sobre las posibilidades que pueda ofrecer la profesión de Trabajo Social, por ser esta una disciplina que se apoya en los valores fundamentales de la dignidad que existe entre los individuos y la sociedad; en busca del cambio de una situación problema determinada a partir de la unificación de criterios profesionales que permitan el desarrollo social de los miembros de una determinada sociedad.

El Trabajador Social en Latinoamérica y específicamente en Colombia en los campos de su accionar entre ellos el de la salud, vemos como este se ha limitado a copiar y reproducir teorías, y modelos europeos y norteamericanos, en vez de desarrollarse a partir de las necesidades y recursos propios de las áreas específicas notándose de hecho que estos modelos de intervención no se ajustan a la realidad social a la cual van dirigidos.

El Trabajador Social en el campo de la salud no le corresponde tratar la enfermedad propiamente dicha sino las afecciones sociales del individuo con problemas que en gran medida podrían ser prevenidos antes que curarlos, teniendo en cuenta el medio ambiente en que se desenvuelve el cual es determinante en el equilibrio o desequilibrio de la salud y de esta manera encauzar las medidas necesarias para que el enfermo y su familia mejore las contradicciones de su medio ambiente social. El Trabajador Social a nivel de las Instituciones de Salud, se ha limitado a atender al paciente en forma aislada, es decir sin proyectarse a la comunidad para orientar, educar a la familia acerca de

las prevenciones de las enfermedades y así se pueda disminuir la afluencia de enfermos a las instituciones y por ende prevenir las distintas epidemias que azotan a la población mediante un tratamiento social. Ya que la primera responsabilidad de una sociedad debe ser prevenir la enfermedad, disponiendo, de los suficientes servicios para atender a todos los seres humanos que la requieran de ahí que el Hospital y la comunidad esté íntimamente relacionado, para que esto se de el profesional de Trabajo Social en Colombia debe participar en la elaboración, planificación y diseño de las políticas de bienestar social en el campo de la salud, convirtiéndose en ejecutor de estos programas, los cuales van a ser llevados a la práctica por trabajadores operativos.

Los problemas sociales no solamente necesitan de la intervención del Trabajador Social, es por esto que este profesional en toda Institución en donde requieran sus servicios para el bienestar de la comunidad debe vincularse al equipo disciplinario en donde en cada uno de ellos integren los conocimientos específicos de su disciplina para lograr una labor más eficaz en el cumplimiento de los programas que se proyecten hacia la comunidad, si tenemos en cuenta que estos actúan en un espacio y tiempo según la estructura resultante de su dinámica, y en la cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrado.

Es importante resaltar que el Trabajador Social o cualquier profesional al trabajar en forma aislada prestará servicios a individuos tam-

bién aislados y su accionar no producirá ningún cambio, trabajará sobre efectos no sobre causas sin trascender el mero asistencialismo. Un profesional que trabaja en equipo prestará servicios a individuos insertos en grupos; atacará, más que a la enfermedad los factores que la generan de ahí que este profesional aplique sus técnicas, asumiendo roles participantes en el cambio y no convertirse en un auxiliar al servicio de los otros profesionales.

Señalamos también que ningún profesional tiene un campo cercado respecto de los otros, todos se interpretan. Un Trabajador Social en salud no puede contentarse con lo específico de su disciplina. Sino entender y comprender los elementos fundamentales de las otras especialidades y traducir los problemas que afectan a la población general y de ahí empezar a planificar los programas encaminados a reducir los innumerables problemas que se presentan en una Institución, comunidad o familia partiendo de una metodología profesional al servicio del desarrollo de programas sociales para el sector salud.

Un equipo de salud enfrentará la enfermedad desde un triple enfoque, que abarca:

- a. El problema orgánico de la enfermedad
- b. El componente psicológico de la enfermedad
- c. El cuadro social de la enfermedad.

En el estudio diagnóstico y tratamiento del cuadro social de la enfermedad y sus consecuencias se inserta en el equipo de salud el Trabajador Social como generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida; el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico y en las discusiones respecto a las

actividades que deben realizarse y como deben ser abordados. Es el que aporta al equipo datos epidemiológicos y el que capacita con el ejemplo demostrativo. 20

### 3.1 TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO

Teniendo en cuenta que la primera responsabilidad de una sociedad debe ser prevenir la enfermedad; es necesario que cuando esta se presente, se disponga de los suficientes servicios para atender a todos los seres humanos que lo requieran. Por lo tanto se hace necesario la labor del Trabajador Social ya que este se proyecta hacia la obtención de datos que permiten conocer las situaciones de los pacientes, la observación e interpretación de la actitud de los mismos frente a la enfermedad, el tratamiento y específicamente el ingreso a un hospital, como son la carencia de recursos económicos, falta de tiempo o imposibilidad aparente de internarse por tener que enfrentar responsabilidades hogareñas.

El Trabajador Social debe conocer la verdadera situación económica y ambiental para determinar si constituye un medio favorable o perjudicial para el paciente. Este trabajo de estudio, diagnóstico y tratamiento debe ser hecho en equipo por los otros miembros del Hospital.

Es importante que el Trabajador Social tenga conocimiento sobre organización y administración de hospitales o de departamentos médicos y

---

20 KISNERMAN, op. cit., p. 124.

el adiestramiento que favorezca una fácil comunicación, así como también como capacidad para desarrollar programas relacionados con la salud de la comunidad y actividades de divulgación. Es necesario procurar que el enfermo capte su verdadero problema y si es necesario que cambie su actitud mental respecto al médico y al tratamiento para lograr la rehabilitación personal y la necesidad de continuar su tratamiento, preveer recaídas, procurar que sus actividades recreativas y el empleo del tiempo libre le resulte satisfactorio y tengan aspectos constructivos.

Es importante señalar que en el campo hospitalario el Trabajador Social debe estar entregado a una creciente labor directa con los enfermos, sus familiares y los problemas.

Trabajo Social en el Hospital Pediátrico nació con una necesidad política en la administración del doctor Antonio Bojanini en la parte científica y en la administración general de la señora Dora Certain la idea en un principio fue la de buscar una persona que sirviera de intermedio entre el Director del Hospital y los familiares del paciente, que carecían de recursos económicos para autorizar la salida por el costo de los servicios hospitalarios, a su vez la Trabajadora Social de ese tiempo no fue pasiva ante la propuesta, pues su objetivo era intervenir profesionalmente en la Institución y sentar una posición firme ante el personal paramédico que se encontraba laborando en ese entonces. Ya que el Trabajador Social Hospitalario debe buscar los mecanismos para que el Departamento de Trabajo Social sea más funcional,

de tal modo que su labor se refleje en todos los campos de su accionar profesional.

La vinculación de este profesional en la Institución se realizó hace (cuatro) años por medio tiempo, y hace un año por tiempo completo pero laborando distintas profesionales en las jornadas de mañana y tarde, las cuales han iniciado un proceso de reorganización con el fin de laborar en una forma más organizada.

Trabajo Social en esta Institución se encuentra ubicado en la parte de atención médica laborando a nivel directivo, gestor y de ejecución. En primera instancia atiende el personal que acude a la Institución a buscar los servicios que presta. En el momento que este profesional coordina el funcionamiento de los empleados, con la Dirección de la Institución y la programación de actividades hacia los mismos se considera un nivel directivo porque tiene que ver con la organización y funcionamiento de la Institución. En cuanto al nivel de gestión se atiende toda la problemática que se relaciona con el paciente y los empleados proyectando una programación acorde a la búsqueda del bienestar social colectivo. A nivel de ejecución se ha cumplido con la organización de diversos programas o proyectos tanto para los pacientes como para los empleados. Además cumple funciones propias de Trabajo Social, tales como:

- Estudio de los casos, es decir, el conocimiento del paciente, de su medio social y familiar con el objeto de buscar la adaptación

adecuada del primero dentro del grupo humano al que está ligado, y favorecer el entendimiento entre los familiares del enfermo y el mismo.

- Promover las relaciones adecuadas entre los diversos departamentos del hospital, para que el personal con su actitud favorezca el correcto manejo del paciente dentro del hospital y contribuya a su curación integral.
- Procurar las mejores relaciones del paciente con los individuos de quien depende, desde el punto de vista de su trabajo, a fin de que comprenda el jefe o la institución a la que presta sus servicios, al paciente y su condición, y se favorezca la reintegración a su actividad diaria, cuando es dado de alta.
- El Departamento de Trabajo Social tendrá a su cargo la planeación de aquellos procedimientos que influyan mejorando los métodos del Hospital, en lo referente a las relaciones humanas, buscando no sólo las mejores condiciones de entendimiento entre la Institución y los pacientes, sino promover también las adecuadas relaciones entre las autoridades y personal, con el objetivo de lograr un conjunto armonioso.
- La planeación de acuerdo con las necesidades de la comunidad, en lo que refiere a bienestar social. Este capítulo tan importante, que en muchas instituciones ha sido motivo de especial esmero, y,

en particular, en las Instituciones de Seguridad Social.

Dada la necesidad de una organización en el Departamento de Trabajo Social profesión que coordina con otras (nutrición, psicología, enfermería, medicina, etc.), y radia el accionar en beneficio de las personas que acuden a la Institución a solicitar sus servicios; organizar proyectos que cubren la atención al niño en el servicio hospitalario, consulta externa y sus familiares, así:

- Inducción de la familia a la hospitalización del niño
- Ciclo de conferencias a la familia
- Tratamiento social del niño
- Programa de crecimiento y desarrollo del niño
- Recreación infantil
- Proyección a la comunidad de acuerdo a la utilización de los servicios por los barrios que acuden a la Institución.

Con estas actividades se pretende incorporar a los padres de familia a acciones de motivación, información y educación encaminados a fortalecer las medidas de prevención, curación y rehabilitación de sus hijos, como complemento a los servicios asistenciales que los niños re-

ciben en el hospital. Por otra parte sirve para detectar la problemática que presentan los niños, padres de familia y el propio personal que se desenvuelve durante la estadía en los servicios; por ejemplo niños que hacen uso de los servicios y los padres no interaccionan entre ellos ni con sus hijos encontrándose entonces estos abandonados por un largo período de tiempo o no vuelven a saber más de ellos. Es así que las Trabajadoras Sociales de este Centro se han inquietado porque estos proyectos sean encaminados a coordinar acciones con otros profesionales que lleven a orientar, ubicar, enseñar, etc., con estos integrar un equipo para brindar una mejor prestación de los servicios.

La intervención de las Trabajadoras Sociales en el Hospital Pediátrico en el campo de la salud hace frente a la problemática social que incide en las condiciones de salud de la población infantil, utilizando para ello el estudio, diagnóstico y tratamiento social de las necesidades, problemas y características de personas, grupos y comunidades sujetos de la atención en salud a todo el grupo de profesionales que trabajan a nivel de rehabilitación del niño con limitaciones físicas, enfermedades propias del infante (desnutrición, enfermedades infecciosas, etc.), le conciernen los aspectos sociales de la atención del niño, pero el profesional de Trabajo Social es considerado como la persona que debe desempeñarse en esta área social ya que por sus conocimientos teóricos y a nivel preventivo están preparados en cuanto al conocimiento sobre elementos culturales de la estructura familiar, las normas aceptadas por el comportamiento social de los miembros y la función de los individuos en la familia y la comunidad.



Los Trabajadores Sociales, por lo tanto están preparados para los problemas de orden social que sobre la población repercuten, es el profesional que está preparado para afrontarlos mediante el desarrollo de programas específicos con una labor de equipo en la que cabe su participación como importante.

La ayuda que el niño requiere, depende de un número de factores fundamentales como el medio social de que forma parte y los recursos socio-económicos de que dispone. Las necesidades del niño en el área social, económico y familiar son de vital importancia conocerla ya que son estos los que dificultan el tratamiento que el niño requiere. Por lo tanto sabiendo que para el éxito de un tratamiento es necesario manejar las situaciones vivenciales del individuo referente al medio familiar y social, y son estos factores entremezcladores los que son dominio del Trabajador Social; el profesional por lo tanto debe estar preparado en el conocimiento del grupo o de la comunidad, en los elementos esenciales y los aspectos circunstanciales más significativos en la interpretación o diagnóstico de sus necesidades o potencialidades, en el trazo de planes para tratar problemas o atender necesidades o expectativas, y en la ejecución de planes previamente elaborados.

Es tarea pues del Trabajador Social el conocer la situación socio-económica de la familia del niño, lo cual le permitirá analizar si los comportamientos hostiles de los miembros de la familia están dados por una inestabilidad económica que les proporciona a las familias estados de ánimos contrarios y una atmósfera pesada para el desarrollo del in-

fante y su tratamiento, además habrán aspectos tales como, inadecuada alimentación, falta de atención médica, y que dadas las limitaciones económicas de las familias sus necesidades no son atendidas; de aquí se pueden desprender problemas de relación entre la pareja; ausencia del padre y malos tratos repercutiendo sobre el niño y sobre cada miembro del hogar, y es de vital importancia conocer todos estos aspectos para hacer un buen seguimiento del niño; aquí el Trabajador Social tomará la iniciativa y guiará a las familias para que trabajen por un cambio en su realidad.

Además se considera al Trabajador Social como el mediador entre la Institución y el hogar frente a la solución de problemas y aceptación de alternativas de cambio por parte de las familias. El valor del Trabajador Social es reconocido, como también la validez de su intervención en los diferentes aspectos del tratamiento y rehabilitación del niño, se reconoce el valor del profesional en circunstancias de frustración por la pérdida o muerte del niño, ansiedad por las familias, el Trabajador Social puede conducir estas situaciones en colaboración con el psicólogo ayudando a las familias a aceptar y comprender sus responsabilidades, mostrándose atento a sus problemas pero sin tomar decisiones particulares o señalar soluciones a estos, ya que estaría facilitando el trabajo de las familias y estos no pondrían de su parte ya que el Trabajador Social como orientador interviene en los problemas en ciertos momentos, porque asumir responsabilidades por actos y decisiones les corresponde a los padres de familia.

El Trabajador Social a nivel del equipo propende por la integración y coordinación de los servicios de la Institución en beneficio del niño y su familia, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar problemas que sobre rehabilitación se presenta.

20 Ninguna profesión del campo paramédico y social posee los conocimientos y destrezas necesarias para solucionar problemas que requieren técnicas pertenecientes a diferentes disciplinas. Cada uno de estos profesionales trabajando aislado o individualmente con un mismo paciente no podrían de ninguna manera lograr una rehabilitación aunque aplican al máximo sus conocimientos; es por ello que una de las características de tratamiento moderno es el trabajo en equipo, fundamentalmente el tratamiento debe ser integral y no médico, social, vocacional o de cualquier aspecto parcial. 21

La acción del Trabajador Social en las Instituciones de Salud debe estar orientada a la continua reformulación del concepto operativo de atención e intervención profesional en dichas Instituciones. Estructurando el nivel de atención podrá responder con eficacia y eficiencia a las necesidades de dichas Instituciones y población atendida en las mismas. De tal manera que el Trabajador Social debe partir del verdadero conocimiento de la realidad objeto de intervención y es por ello que se hace necesario el análisis científico del accionar profesional del Trabajador Social. Solo así podremos ubicar o valorar las verdaderas funciones realizadas por este profesional.

### 3.2 ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFANTILES

21 VICTORIOSO, Lidia de. Trabajo Médico Social. Buenos Aires, Humanitas, 1978. p. 27.

Después de hacer un estudio analítico respecto a los factores sociales que influyen en la presencia de la gastroenteritis en la ciudad de Barranquilla, hemos considerado conveniente plantear las siguientes alternativas o sugerencias para enfrentar la problemática.

- Debe existir una planeación del programa de rehidratación oral ante la proliferación de la gastroenteritis en la ciudad de Barranquilla, donde no solo se trate el aspecto médico sino también el social.

Las Instituciones de salud donde se desarrolla el programa de rehidratación oral en la ciudad de Barranquilla, necesita ser dotada en cantidades suficientes de los sobres de sales rehidratantes para el tratamiento, los cuales son distribuidos por los Servicios Seccionales de Salud mediante el cual se pretende disminuir la deshidratación en el organismo del niño y por ende evitar que la enfermedad se prolongue.

- Consideramos imprescindible que en la ciudad de Barranquilla se intensifiquen charlas, ciclos de conferencias, seminarios, mediante los cuales se oriente y eduque a los padres de familia respecto a la prevención y cuidados de la gastroenteritis.
- Brindar una educación social contrarrestando la gastro en los aspectos referentes a: recolección de basuras, adecuada disposición de excretas, contaminación ambiental y consumo de agua potable, es-

to se hará en forma individual y grupos apoyándose en el equipo humano que cuenta el hospital, además en las comunidades canalizando los organismos de base de cada una de ellas permitiéndonos la divulgación a los moradores de estas comunidades.

- Los diversos estamentos de la ciudad, necesitan buscar mecanismos de descontaminación ambiental en sus diversas expresiones ya que esta se constituye en la única forma fundamental de poder prevenir por largos años la presencia de la gastroenteritis.

Las anteriores alternativas se pueden conseguir en la medida en que se le de libertad al Trabajador Social para que se proyecte de acuerdo a los principios de su profesión, así como laborando un equipo multidisciplinario.

Por último, podemos decir que a Trabajo Social le toca impartir una concientización, por ser ésta la etapa preliminar en donde la comunidad va a captar los beneficios que va a recibir de la educación tanto en lo económico, social y cultural y por ende en la salud, logrando que esta la interprete como un elemento básico de su desarrollo integral haciendo que participe como sujeto activo de acciones orientadas al fomento, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. De esta manera estamos impartiendo en ellos una educación por que uno de los problemas que agobia al pueblo es la falta de ella y por esta se están cometiendo errores muchas veces irreversibles que afectan más que todo al infante.

#### 4. CONCLUSIONES

Después de haber realizado esta investigación sobre la incidencia de los factores socio-económicos en la población infantil atendida en el Hospital Pediátrico de Barranquilla podemos concluir que la salud en el país vive momentos críticos ya que las condiciones administrativas de ellos han fracasado en todo su esfuerzo, por no responder a una investigación real de necesidades, ni a un diagnóstico social sacado de un verdadero proceso investigativo de necesidades y recursos convirtiéndose la salud en una resultante de las condiciones imperantes de un sistema.

Además los sistemas de salud se han establecido de acuerdo a los modelos europeos y norteamericanos en vez de desarrollarse a partir de las necesidades de nuestra realidad nacional y así poder obtener recursos propios de las áreas específicas.

También podemos concluir que el perfil patológico de salud en el país es el resultado de las precarias condiciones sociales, inadecuada distribución de recursos humanos en salud, práctica médica altamente comercializada, bajas coberturas de servicio de salud, falta de coordinación entre los sectores de desarrollo social, profundo desnivel edu-

cativo entre el personal de salud, desarticulación entre los servicios primarios, secundarios y terciarios, y finalmente la ausencia de participación comunitaria en la gestión de salud, hacen que las acciones en atención primaria no logren los efectos esperados.

Buena parte de la población colombiana está afectada por graves factores que retardan su desarrollo físico y mental, disminuyen su productividad e imponen cuantiosas erogaciones en medicina curativa y hospitalización en los casos que a estos hay acceso. Porque otra grave y dolorosa característica de la situación actual es la de que un elevado porcentaje de colombianos no reciben cuidados médicos ni hospitalarios. Los habitantes de las zonas rurales sufren por enfermedades, una incapacidad dos veces mayor que la de las zonas urbanas y similares diferencias pueden hallarse cuando se comparan los grupos socio-económicos bajos con los costos. No sorprende esa comprobación que obedece a muchas causas: reducidos ingresos, a menudo mala dieta alimenticia, mayor facilidad para contraer enfermedades parasitarias y gastrointestinales.

Dentro de la estructura gubernamental de Barranquilla existe a nivel seccional los Servicios de Salud encontrándose adscrito a ella el Hospital Pediátrico, organismo encargado de brindar los servicios a la comunidad a nivel de promoción, prevención, curación y de rehabilitación al menor siendo este el objeto de estudio. Además dirige su acción a las zonas más necesitadas y carentes de los elementos básicos para un adecuado nivel de vida. Por lo tanto nos permite afirmar que

las familias estudiadas viven en condiciones sanitarias inadecuadas, no tienen acceso a servicios médicos y hospitalarios o solo lo tienen de manera muy precaria, sumado a todo esto la compra y venta de los servicios médicos que se está dando en la ciudad (el alto costo de las consultas y productos farmacéuticos) impiden que el pobre pueda asistir a una consulta médica para mantener el equilibrio de su salud, este hecho obliga a que los sectores marginados recurran a la tradicional medicina de hogar heredada de los indígenas la cual se basa en hierbas, menjurjes, según su previo diagnóstico, ocasionando muchas veces mayores peligros para la salud del ser humano, siendo esta un derecho natural para lograr un mejor bienestar dentro de la población.

El nivel socioeconómico de estas familias beneficiarias es bajo pues sus ingresos económicos no alcanzan a cubrir todas las necesidades básicas de la familia, han adquirido una educación que va desde la educación primaria completa hasta la educación primaria incompleta encontrándose también un 20.6% de personas analfabetas lo cual hace que se desempeñen en actividades poco remuneradas e inestable impidiéndoles que tengan un nivel habitacional adecuado para brindar a su familia un mejor bienestar social.

La población que en tales condiciones se encuentra no puede considerarse incorporada verdaderamente a la sociedad colombiana, vive al margen de ella. De ahí ha nacido el concepto de clases marginales, la afirmación hoy es tan generalizada de que la primera y capital finalidad de una buena política es la de incorporar esas clases marginales

al cuerpo social.

Al hacer énfasis en nuestra investigación acerca de las enfermedades diarreicas y de la desnutrición concluimos diciendo que la enfermedad diarreica juega un papel fundamental en la etiología de la desnutrición, a través de mecanismos relacionados con el consumo y el aprovechamiento de los alimentos. Estos mecanismos tienden a disminuir el consumo alimentario y aumentar los requerimientos nutricionales hasta hacer deficiente la dieta que en ausencia de enfermedad sería adecuada o solo marginalmente deficiente. Cuando se agregan deficiencias absolutas en el consumo, el estado nutricional se afecta severamente.

Se hace necesario diseñar estrategias de prevención y control de las diarreas con el fin de lograr un verdadero impacto preventivo de la desnutrición. La solución no es fácil, quizás esto haya contribuido a que no se haya aplicado suficientemente el conocimiento científico a la solución de este y otros problemas sociales, prefiriéndose las soluciones simplistas de menos complicada operatividad así en efectividad no esté claramente demostrada.

Las posibilidades de desarrollo de vacunas de espectro suficientemente amplio para cubrir los principales agentes etiológicos de la enfermedad diarreica son todavía muy remotas. Entre tanto su prevención y control exige acciones agresivas de modificación del medio ambiente comunitario, familiar e individual, tendientes a mejorar substancialmente las condiciones sanitarias del habitat por lo menos en los si-

güentes aspectos:

- Suministro de agua potable como necesidad vital y elemento básico de saneamiento del ambiente con demostradas repercusiones en la prevención de las infecciones y diarreas, esto incluye métodos seguros y económicos de tratamiento de los sistemas colectivos y familiares de suministro de agua.
- Eliminación sanitaria de las excretas, ya sea mediante sistemas comunitarios o instalaciones familiares.
- Eliminación de las basuras las cuales se convierten en criaderos y vectores de infecciones y diarreas.
- Cambio en los patrones de comportamiento de la población en relación con la utilización de los servicios de saneamiento del ambiente y, especialmente con las prácticas de higiene personal, familiar y colectivas, estos cambios podrían lograrse mediante educación formal y no formal, con la participación activa de la comunidad.

Los profesionales de Trabajo Social en el área de la salud deben optar una posición crítica ante la situación de la salud para buscar su verdadero accionar dentro de esta problemática. Deben luchar en equipo para poder entrar en la administración y responder en las políticas de bienestar social.

La intervención del Trabajador Social en el Hospital Pediátrico en el campo de la salud no puede entenderse en una forma aislada de un equipo interdisciplinario donde cada uno aporta sus conocimientos y experiencias hacia el logro de un objetivo común, claro y definido, es por ello que se integra al equipo, haciendo frente a la problemática social que inciden en las condiciones de salud de la población infantil, utilizando para ello el estudio, diagnóstico y tratamiento social de las necesidades, problemas y características de personas, grupos y comunidades, sujetas de la atención en salud.

El Trabajador Social no puede dentro de un contexto político ni profesional desconocer esta situación ya que su intervención en las Instituciones de salud del Estado vendría a ser una vinculación que se establece sobre nexos puramente burocráticos y contribuiría a que la participación profesional del Trabajador Social fuera una simple reproducción del sistema de explotación vigente de las relaciones de producción existentes y por lo tanto, contribuiría a un perjuicio para los sectores de clases a los cuales en su mayor parte está vinculado este profesional.

A pesar de los limitantes en cuanto al área geográfica de funcionalidad del Departamento de Trabajo Social no ha impedido el ejercicio profesional que se le ha podido brindar a la comunidad, no descartando que esta situación ha permitido crear mecanismos viables para lograr el acercamiento profesional-paciente, teniendo que movilizarnos a un sitio adecuado para la canalización de la problemática de los familiares que

acuden a la prestación de los servicios.

Como profesionales en Trabajo Social consideramos que el problema tratado en nuestro estudio no solo aqueja a la población investigada sino también a la gran mayoría de la población nacional, lo que hace necesario que la labor del Trabajador Social no solo sea de implementador o ejecutor de las políticas estatales, sino que debe participar en el proceso de planeación de los mismos, pues con su intervención las políticas estatales tenderán a dar verdaderas respuestas a los problemas sociales, porque este posee los mecanismos e instrumentos eficaces para determinar las políticas que ataquen la raíz de los problemas y las causas inmediatas que los originan.

## 5. RECOMENDACIONES

- El Hospital debe colaborar en forma activa e interesada en futuras investigaciones científicas que estudiantes de distintas profesiones inicien no solo como trabajo científico sino como un gran aporte para la Institución en la ampliación y la modificación de los programas ya establecidos para un mejor servicio.
- Debido al bajo nivel educativo económico, detectado en casi todas las familias que acuden a esta Institución se debe ampliar sus proyectos de capacitación psicológica y social, como también en las áreas de nutrición, salud y saneamiento ambiental por considerarlo como producto de la acción integradora entre el hogar infantil y la familia.
- Desarrollar programas de promoción, recuperación en la población infantil con la colaboración de un equipo interdisciplinario.
- Le sugerimos al Hospital proyectarse constantemente a la comunidad en coordinación con el Servicio de Salud con el fin de educar a ésta acerca de las prevenciones y cuidados que deben tener en la presencia de las diferentes enfermedades infantiles.

- Despertar a nivel Nacional, departamental, municipal, que las instituciones que actualmente funcionan para brindar los servicios de salud son insuficientes en cobertura por la escasez de los servicios que cada uno de ellos brinda a la comunidad, esto de hecho tiene relación con el bajo presupuesto que destinan los organismos encargados de esto, por lo que si aumentare los dineros a estas instituciones y se planificara una buena calidad y ampliación de los servicios así aumentaría la cobertura institucional.

Una de las recomendaciones fundamentales para el ejercicio profesional de Trabajo Social en la institución Hospital Pediátrico es la constitución de un consultorio o área geográfica donde pueda funcionar el Departamento de Trabajo Social, permitiendo así tener privacidad y mejor encause a las situaciones que plantean las personas que solicitan sus servicios, pues se le facilitan entrar en contacto directo con el profesional sin ninguna interrupción como sucede actualmente.

Las recomendaciones formuladas hacen referencia a la intervención del Trabajador Social en materia de bienestar social para la población infantil que sufre de enfermedades infecciosas, desnutrición y secuelas y otros aspectos sociales, económicos y culturales convertidos en un flagelo para miles de familias que habitan en las zonas marginadas de la ciudad.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDER EGG, Ezequiel. Metodología de Trabajo Social. 4ed., Barcelona, El Ateneo, 1982.
- ANGULO, Alejandro. AREVALO, Eduardo y Otros. Salud Pública ¿Para Quien? Controversia. Centro de Investigaciones y Educación Popular, 1978.
- ANGULO NOVOA, Alejandro. Situación Social en Colombia. Cinep. Centro de Investigación y Educación Popular.
- CURE, Blanca. El Trabajador Social Frente al Problema de la Gastroenteritis en el Hospital Infantil San Francisco de Paula. Universidad Simón Bolívar. Facultad de Trabajo Social. Diciembre, 1981.
- ESCOBAR, Patricia. ¿Cuál es el Futuro del Niño Colombiano. Barranquilla, El Heraldó. Junio 1, 1985.
- Los Niños Barranquilleros No Tienen Donde Jugar. Barranquilla, El Heraldó, Julio 17, 1985.
- FERNANDEZ, María. Situación de la Salud en Colombia.
- Intervención del Trabajador Social en el Sistema Nacional de Salud. IV Congreso de Trabajo Social. Memorias. Medellín, 1981.
- FISHBEIN, MORRIS. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud. Nueva York, Stuttman, 1967.
- GRANADOS, José. Quince Mil Niños y Ochenta y Ocho Mil Mujeres Serán Protegidas. Barranquilla, El Heraldó, Agosto 28, 1985.
- Alarma por Incidencia de Infecciones Respiratorias. Barranquilla, El Heraldó, Julio 10, 1985.
- En un 5% Aumenta la Mortalidad por Gastro. Barranquilla, El Heraldó, Marzo 8, 1985.
- Investigación Sobre Desnutrición y Desarrollo Mental.

- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Folleto 1.
- INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR (ICFES).  
Asociación de Facultades de Medicina (Ascofame). El Fenómeno de  
la Salud. Base para el Trabajo Académico y la Labor Administrati-  
va.
- JAMES P., Grant. Estado Mundial de la Infancia. 1984.
- KISNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires, Hu-  
manitas.
- La Enfermedad Diarreica en la Etiología de la Desnutrición Infantil  
en Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Revista  
9.
- MENDIETA, Humberto. ACEVEDO, Ulilo. Aumenta la Epidemia de Gastroen-  
teritis. Barranquilla, El Heraldó, Mayo 22, 1985.
- MONDE, Raymond y Otros. Pediatría Social. Barcelona, Labor, 1978.
- MORLEY, David. Prioridades en la Salud Infantil. México, Pax.
- MOLINA, Gustavo. Introducción a la Salud Pública. Universidad de An-  
tioquia. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín, 1977.
- OROZCO CANTILLO, Martín. El Desequilibrio Ecológico. Barranquilla, El  
Heraldó, Junio 5, 1985.
- PEREZ, Clemencia y LOMBANA, Emma. Trabajo Social en el Campo de la Sa-  
lud. Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. División Médica  
Departamento de Medicina Preventiva. Bogotá, Agosto, 1975.
- PETER BERGER, L. Introducción a la Psicología. Barcelona, 1974.
- Quinto Congreso Nacional de Trabajo Social. Memorias. Cartagena, Hele-  
na de Guerrero y Otros, 1983.
- READ, Margaret. Cultura, Salud y Enfermedad.  
Revista Nueva Frontera. No. 504 y 476.
- RUEDA, Jaime. Agua Infestada, Desaseo y Politiquería, los Tres Culpa-  
bles de Insalubridad. Barranquilla, El Heraldó. Julio 7, 1985.
- SANTAMARIA ESPINOZA, Alberto. Trabajo Social en Salud. Modelo de In-  
tervención. Bogotá, Latina, 1978.
- SCHWARTS, Marco. Un Niño Nace Muerto cada 19 Horas. Barranquilla, El  
Heraldó. Marzo 3, 1985.

SHIRES, David Hennen, BRIANK. Medicina Familiar. Guía Práctica. México, Abril, 1983.

TERRIS, Milton. Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México, Siglo Veintiuno, 1980.

TURBAY AYALA, Julio Cesar. Plan de Integración Nacional (PIN) 1978-1982.

VILLAR GAVIRIA, Alvaro. El Niño Otro Oprimido. 4ed., Bogotá, Peñaloza, 1977.