

CORPORACION UNIVERSITARIA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON

BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA

" LA TUBERCULOSIS EN BARRANQUILLA. ESTUDIO SOBRE LOS
ASPECTOS SOCIALES DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LA
TUBERCULOSIS PULMONAR, ATENDIDOS POR EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO. EVALUACION DE
LA INTERVENCION INSTITUCIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL"

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TITULO DE
TRABAJADORAS SOCIALES

POR : CARMELINA BACCA ARIZA

AURORA CAMACHO CASTAÑEDA

IDA AIDA LARIOS MATTOS

BARRANQUILLA, JULIO DE 1.981

PERSONAL DIRECTIVO

RECTOR

DR. JOSE CONSUEGRA HIGGINES

SECRETARIO GENERAL

DR. RAFAEL BOLAÑOS MOVILLA

DECANO DE TRABAJO SOCIAL

DR. JORGE TORRES DIAZ

SECRETARIA ACADEMICA

DRA. MARIA TORRES

JURADOS

OLGA GUARDIOLA
NINFA ESTELLA GRECCO

ASESOR

DR. CARLOS OSORIO

TABLA DE CONTENIDO

	Página No.
INTRODUCCION	1 - 5
CAPITULO I	
ELEMENTOS TEORICOS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD, LA TUBERCULOSIS Y EL TRABAJO SOCIAL.	
1. La Salud	7
1.1 Concepto de Salud	7 - 9
1.2 La Salud un Problema Social	9 - 16
1.3 El Nivel Preventivo de la Salud	16 - 19
1.4 La Tuberculosis	20
1.4.1 La Naturaleza, Causas y Consecuencias	20 - 24
1.5 El Factor Socio - Económico y su Inci- dencia en la Tuberculosis	24 - 25
1.5.1 Ingreso	25
1.5.2 Medio Ambiente Físico de Vida	25 - 28
1.5.3 Nutrición	28 - 34
1.5.4 Educación	34
1.6 El Trabajador Social Profesional	34 - 39

1.6.1 El Trabajo Social en el Area de la Salud	39 - 41
--	---------

CAPITULO 2

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL COMO ENTIDAD BASE DEL ESTUDIO

2 Aspecto Histórico	43 - 46
2.1 Políticas y Objetivos de la Institución	46 -
2.2 Organización Administrativa	47
2.3 Cobertura	47 - 49
2.4 La Tuberculosis en Barranquilla	49
2.4.1 Estadísticas Generales	49 - 50
2.4.2 Centros Tradicionales de Atención	50 - 52
2.4.3 El Medio Ambiente Físico	52 - 53

CAPITULO 3

RESUMEN ESTADISTICO DE LA POBLACION ATENDIDA EN LAS TRES UNIDADES PROGRAMATICAS DE LA SECCIONAL ATLANTICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

3.1 Resumen del Movimiento de Pacientes en los 4 años del Estudio en las Tres Unida-	
--	--

des del Instituto de Seguridad Social

55 - 64

- 3.2 Resumen de la Investigación sobre Convivientes en los cuatro años del Estudio en las Tres Unidades del Instituto de Seguridad Social.

66 - 73

- 3.3 Resumen de las Visitas Domiciliarias a los pacientes en los cuatro años del Estudio en las Tres Unidades del Instituto de Seguridad Social.

74 - 83

CAPITULO 4

EVALUACION CRITICA DE LA ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL DEL ATLANTICO

4. El Trabajo Social en el Instituto de Seguridad Social Seccional Atlántico

85 - 88

- 4.1 Intervención del Trabajador Social en el Programa de Medicina Preventiva.

89 - 90

	Página No.
4.2 Acción Interdisciplinaria	90 - 91
4.3 Intervención del Equipo Interdisciplinario	91 - 94
4.4 Limitaciones Estructurales	94 - 96
4.5 Limitaciones Profesionales	96 - 97
4.6 Aporte del Trabajador Social en el área de la Salud y Especificaciones en el campo de la Tuberculosis Pulmonar	98 - 101

CAPITULO 5

EL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR UNA CONCEPCION PREVENTIVA DE LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES CON LA TUBERCULOSIS EN BARRANQUILLA

5.1 Naturaleza del Programa de Medicina Fa- miliar.	103 - 106
5.2 Antecedentes	106 - 107
5.3 Implantación del Programa en Colombia	107 - 108
5.4 Barranquilla Centro Piloto para el Progra- ma.	108 - 114

5.5	Implicaciones para el Trabajo Social y para la prevención y detección de enfermedades como la Tuberculosis.	114 - 116
5.6	Evaluación de su desarrollo en la ciudad hasta el momento	118 - 120
	RECOMENDACIONES	121 - 122
	CONCLUSIONES	123 - 128
	BIBLIOGRAFIA	129 - 131
	ANEXO	

INTRODUCCION

La problemática de la Tuberculosis Pulmonar y en especial la relación que existe entre el medio físico y el medio social en que habitan las personas afectadas constituye el tema de este trabajo de grado - realizado en la Seccional Atlántico del Instituto de Seguridad Social en sus tres Unidades con la población atendida en ellas en los años 1977, 78, 79 y 80, tema este que ha sido nuestra inquietud a lo largo de nuestra experiencia como estudiantes de la Facultad de Trabajo Social, al reconocer que frente a los problemas y situaciones que afecta con mayor fuerza a los miembros de nuestra sociedad, nuestro pueblo tiene un bajo nivel de formación que le impide tener conciencia de la importancia de la medicina preventiva lo cual trae como consecuencia el alto índice de enfermedades infectocontagiosas; constituyéndose ésta hoy por hoy en uno de los flegelos que más azota a nuestra sociedad. Lo anterior es una consecuencia de la forma de la intervención del Estado Colombiano en la problemática social, reflejo de una estructura social clasista palpable al constatar la escasez de centros asistenciales encargados de impartir salud al individuo solicitante.

Los objetivos de este trabajo están constituídos por la necesidad de conocer y evaluar la intervención del Trabajo Social en el tratamiento de la Tuberculosis en una Institución que como el Instituto de Seguridad Social es la única en capacidad de intervenir científicamente en esta problemática con el fin de evaluar la intervención de este profesional y extraer pautas que puedan ser aplicadas en situaciones semejantes así como el de delimitar y conocer los aspectos Psicosociales de la Tuberculosis como enfermedad que afecta al individuo y a la familia en una forma total es decir : Psicológica, social y económicamente, con el fin de establecer, las posibles relaciones existentes entre el medio social y las condiciones de vida de los pacientes y la prevalencia de esta enfermedad.

La ubicación de estos objetivos responde desde luego a la concepción de las investigadoras sobre la salud entendiendo nosotras como tal la definición de tipo estructural que le da la organización mundial de la salud que nos la presenta como el resultado de una serie de circunstancias de tipo social, económico, educacional, nutricional y afectivo que concluye en el individuo, en el grupo y en la comunidad en niveles de equilibrio que les permiten vivir en la mejor forma con los menores traumas y desarrollar convenientemente sus potencialidades por lo que nuestra hipótesis sobre los pacientes atendidos en las tres uni-

dades de la seccional del Instituto de Seguridad Social afirma que el mayor número de pacientes de Tuberculosis Pulmonar atendidos por el Instituto provienen de los sectores populares de la comunidad de Barranquilla, en las cuales los bajos ingresos, el desaseo, la falta de higiene sanitaria, los malos servicios públicos, el bajo nivel educativo, la desnutrición, el alcoholismo, la drogadicción y la prostitución constituyen el mejor caldo de cultivo para el desarrollo y el fortalecimiento de enfermedades que en sociedades más organizadas han sido erradicadas o limitadas en un alto porcentaje con el mejoramiento de los niveles de vida y la concreción del nivel preventivo de la salud y las campañas periódicas y oportunas de vacunación.

El proceso de recolección de datos se verificó entre los meses de Diciembre de 1979 y Febrero de 1981 en tres etapas que se expresan en la siguiente forma: una etapa de observación documental en lo que se recogió evaluó y sistematizó, información sobre la salud el Instituto de Seguridad Social como Institución, la Tuberculosis como enfermedad sus implicaciones sico-sociales y sus repercusiones en la vida del individuo y de la sociedad así como el Trabajo Social y su intervención en este campo. Una segunda etapa de observación directa en la cual se procedió a la recolección de datos en las tres Unidades de la Seccional Atlántico del Instituto de Seguridad Social, y específica-

mente en aquellas dependencias que en una u otra forma se relacionan con el tratamiento de esta enfermedad y una tercera etapa de sistematización en lo cual se confrontan los elementos teóricos como las experiencias verificadas y se formulan nuevos conocimientos y se consideran diferentes elementos para la intervención del Trabajador Social en esta problemática y en otros casos de naturaleza semejante. Anotamos finalmente que en todo momento tratamos de ajustarnos a la metodología científica de la investigación por considerar que esta constituye la herramienta idónea para la investigación del Trabajador Social en su aproximación al conocimiento objetivo de la realidad.

Los resultados de nuestro trabajo se presenta en cinco capítulos los cuales los dos primeros tratan de los aspectos conceptuales de la salud, la Tuberculosis y el Trabajo Social, y el Instituto de Seguridad Social como Institución base del estudio. El tercero trata de los elementos estadísticos del estudio en el cual se recopilan y analizan la información estadística sobre la población atendida por concepto de Tuberculosis Pulmonar su procedencia, lugar geográfico de residencia la movilidad de estos pacientes que la institución y el control a que son sometidos por el tratamiento social mediante la entrevista domiciliaria. El cuarto trata de la evaluación de la intervención del trabajador Social en la problemática de la Tuberculosis Pulmonar en los pacientes atendidos por el Instituto de Seguridad Social, y el quinto el

programa que constituye la alternativa para la problemática de la salud y especialmente las enfermedades infecto - contagiosas como la Tuberculosis Pulmonar, programa en los cuales encontramos su mejor nivel de participación del Trabajador Social y finalmente presentamos las recomendaciones y conclusiones , respecto a los elementos teóricos y prácticos que van a constituir nuestra contribución al conocimiento y a la intervención profesional del Trabajador Social.

ELEMENTOS TEORICOS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD. LA TUBERCULOSIS Y EL TRABAJO SOCIAL.

1. LA SALUD
 - 1.1 CONCEPTO DE SALUD
 - 1.2 LA SALUD UN PROBLEMA SOCIAL
 - 1.3 EL NIVEL PREVENTIVO DE LA SALUD
 - 1.4 LA TUBERCULOSIS
 - 1.4.1 LA NATURALEZA, CAUSAS Y CONSECUENCIAS
 - 1.4.2 ANALISIS DE LAS CONSECUENCIAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.
 - 1.5 EL FACTOR SOCIO - ECONOMICO Y SU INCIDENCIA EN LA TUBERCULOSIS.
 - 1.5.1 INGRESO
 - 1.5.2 MEDIO AMBIENTE FISICO DE VIDA
 - 1.5.3 NUTRICION
 - 1.5.4 EDUCACION
 - 1.6 EL TRABAJO SOCIAL PROFESIONAL
 - 1.6.1 EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

CAPITULO 1

1. LA SALUD

1.1 Concepto de Salud

El hecho que tanto se ha escrito y poco se ha explicado acerca de la importancia de la salud en todos los aspectos sociales, merecen pauta de valor social para que iniciemos tal cometido en base al reconocimiento que hacemos a la salud como renglón básico de los niveles de vida.

La salud y la alimentación son elementos básicos del buen vivir en el hombre al ser determinantes para el desarrollo integral del individuo, grupos o comunidad. Un pueblo sin salud no está apto para buscar una vía al desarrollo social.

La salud es un renglón principal dentro de los niveles de vida y de gran utilidad para el desarrollo integral del individuo dentro de la comunidad, para que pueda rendir satisfactoriamente en los aspectos laborales, sociales y familiares.

Internacionalizando el concepto de salud, tal como es aceptado univer-

salmente en la declaración de los derechos humanos y en la conferencia internacional de Ginebra:

" es el derecho inalienable de los hombres y por lo tanto de los pueblos a vivir en completo y real bienestar físico , mental y social, comprendiendo a cada Estado como máxima organización - jurídica, la obligación de garantizar estos derechos a todos sus integrantes sin discriminación alguna"⁽¹⁾.

Podemos decir que un país subdesarrollado como el nuestro donde la comercialización de la salud es un hecho, ya que los servicios médicos y paramédicos se obtienen mediante la compra por parte del enfermo. Observamos que el sofisma de distracción del Estado es la mal llamada seguridad social; que beneficia sólo al proletariado asalariado, que por el hecho de hacer cotizaciones mensuales se hacen acreedores de estos servicios, qué pasa entonces con el otro sector marginal el cual no cuenta con los recursos económicos necesarios para poder costearse las elevadas consultas médicas y paramédicas, haciendo poco accesibles a clínicas particulares y por qué no decir a los mal llamados hospitales del pueblo?.

Se acepta como un hecho innegable que las condiciones de salud sean una consecuencia del nivel del desarrollo socio - económico general

(1) Santamaría Espinosa Alberto. El Trabajo Social en Salud Modelo de Intervención. 1979. Pag. 17.

del país que está condicionado a su vez por la organización económica interna y por las relaciones de dependencia con otros países desarrollados.

Una población analfabeta es una población poco sana, y una población analfabeta en materia de sanidad no puede o no tiene conciencia de la necesidad de tomar las medidas que sólo ella puede adoptar para salvaguardar o promover su propio bienestar, ni utilizar efectiva y eficazmente los recursos de salud pública a su disposición para satisfacer las necesidades que no puede atender el individuo por sí solo.

1.2 La Salud, un problema social

Los niveles de salud en vez de mejorar han disminuído, Colombia es un país donde cada año disminuye el número de camas y consultas en relación con el de habitantes, en donde el 50% de la población está totalmente desprotegida en materia de salud pública. Un país donde las tres cuartas partes de la población jamás ha tenido consultas médicas.

Las necesidades ya consideradas como tal llevan al hombre al consultar o mejor, a tratar de satisfacer esas necesidades, pero no necesariamente a consultar al médico; para que esto ocurra son necesarias otras condiciones diferentes que están determinadas por el ti-

po de organización social existente y por la forma en que el individuo o grupo esté vinculado a ella.

En el caso extremo a nadie le extrañe que en una comunidad indígena cerrada y aislada requiera satisfacer sus necesidades a través de la organización misma de la comunidad concretamente en el hechicero o curandero, el encargado de resolver los problemas de salud. En igual forma sectores sociales ubicadas en áreas marginadas de la relación de dominación de la sociedad que ha desarrollado determinada tecnología médica, sometidos al proceso político y de la propiedad, tienen dificultades para buscar en esa tecnología no desarrollada para ellos, la solución a su problema y tienen por el contrario, a solucionarlos con elementos de su propia organización de sus propios niveles con quienes lo comparten todo, su miseria, su aislamiento, su enfermedad; no curará el curandero la Tuberculosis, la desnutrición? entre otras cosas por qué estas condiciones no son detectadas por él, como anormales sino por el contrario como características inherentes al medio en que se desenvuelve.

El anterior análisis nos conlleva no sólo a especificar la necesidad y la demanda, sino a la medicina misma debemos pues hablar de una medicina que corresponde al tipo de organización social dominante a la que llamaremos por ahora medicina institucional y de otras formas que

intentan resolver el problema de la salud como medicina no institucional o medicina informal o popular.

En una sociedad como la nuestra que se desarrolla en términos del Capitalismo mundial, margina y explota a amplios sectores de la población y tiene como expresión necesaria la conversión del mundo en un arsenal de mercancías ha convertido la salud en una de ellas. Esto nos obliga a analizar el problema de la salud, del ejercicio de la medicina y de la enfermedad misma en el marco de las leyes generales del Capitalismo, con sus aspectos de un sistema capitalista y muy especialmente de la tecnología allí desarrollada.

En la medida en que éste marco conceptual sea correcto mientras existen sectores de la población explotada por el proceso social, dominante y mientras en los sectores vinculados a dichos procesos, la salud o mejor la atención a la enfermedad sea una mercancía que debe ser adquirida en el mercado, con altos costos existirán un terreno abonado para la subsistencia de lo que hemos denominado medicina informal.

Así los curanderos, hierbateros y comadronas, siguen siendo no sólo un problema como lo consideran algunos sino una necesidad la población al igual que en otros medios los es la automedicación, la consul-

ta telefónica (de las cuales se cuidan muchos médicos de prestigio)
la consulta a los abuelos para tratar a los niños.

En resumen la medicina informal es la respuesta primaria a la necesidad de combatir la enfermedad y la medicina institucional es la forma de satisfacer esa necesidad para los sectores ubicados en una forma concreta de organización social.

Partamos de una afirmación que la medicina institucional en nuestra sociedad ha sido siempre una profesión de élite.

La comprensión del problema de la salud implica enfrentarlo mediante las dos orientaciones del concepto: como una manifestación del estado de salud de l hombre frente a su medio (es decir, su capacidad de lucha) y como un mercado de productos, conocimientos y servicios.

Los efectos de la ausencia de la salud se manifiesta en la dinámica y factores internos de la población considerada como objeto, como factor y como condicionante en el sistema del servicio de salud.

Cabe anotar que todo individuo sea cual fuera la sociedad a que pertenezca le corresponde el derecho de disfrutar a plenitud de buenas condiciones de salud, entendiendo por esta el estado de bienestar físico, - mental y social y no sóloamente la ausencia de enfermedad y al Estado le

toca el deber de crear y ejercutar una política de salud que responda a las demandas de servicios de la población, dirigidas sobre todo, a lograr una salud positiva, prevenir las enfermedades, las incapacidades e inseguridades sociales y económicas y la rápida y eficaz eliminación de los agentes causantes, así como de las condiciones integrales que tienden a deteriorar la salud alcanzada.

Con las disposiciones de buenos programas de salud el Estado puede incidir eficazmente en la conformación de un hombre que actúe dinámicamente en la actividad económica productiva, desempeñando un papel positivo en el proceso de desarrollo que variará de acuerdo a la estructura socio - política vigente.

Los países con estructuras socio - económicas capitalistas, principalmente situadas en los llamados países del Tercer Mundo, difícilmente puede ofrecer un servicio de salud que responda a las necesidades de la población porque está no tiene igualdad de oportunidades en el aparato de la producción y además porque se dá prioridad a otros servicios de importancia relativa.

En los últimos años, ha habido tendencia en el creciente interés respecto de la salud en los países en desarrollo.

Una tendencia reciente ha sido una clara conciencia de los problemas

de la contaminación y de los efectos ecológicos de las alteraciones que el hombre produce en el ambiente.

El hombre, los organismos que los enferman y los sectores (tales como la mosca) que contribuye a transmitir la enfermedad, por todas partes de un sistema ecológico y es la interacción del hombre y su retorno lo que determina la incidencia de la enfermedad. Los servicios terapéuticos muy rara vez afectan la incidencia de la enfermedad si bien puede aminorar sus efectos.

Es más factible que la configuración de la morbilidad en una sociedad refleja estrechamente su nivel de vida y ciertamente toda su manera de vivir.

Un factor muy importante que afecta la morbilidad es el elevado nivel de fecundidad, típico de la mayoría de países en desarrollo y típico también del síndrome de pobreza. Tiene un efecto patente en la estructura de las edades de la población. En todos los países son los viejos y los jóvenes los más sujetos a las enfermedades, los países en desarrollo tienen muy poca gente de edad proporcionalmente hablando y muchos niños de poca edad.

La morbilidad (enfermedad) y la mortalidad en una familia numerosa son mayores, y los últimos hijos de la familia están en condiciones par-

ticularmente desventajosas; además a partir del tercer hijo aumentan los riesgos para la salud en general de la madre; la elevada fecundidad también puede dar lugar a problemas de la salud a nivel de la comunidad.

La presión demográfica sobre el suelo pueden llevar al cultivo agotador del mismo y por consiguiente a una mala nutrición general.

La urbanización excesivamente rápida y el apiñamiento crean grandes riesgos sanitarios. El crecimiento de la población hace más difícil el abastecimiento de agua seguro o suficiente, la eliminación de desperdicios y el saneamiento para la comunidad y otra infraestructura social, más generalmente el crecimiento demográfico puede frenar el mejoramiento de los niveles educativos y el ingreso por capital y en un sistema de mercado, tiende a aumentar la desigualdad de la distribución de ingresos.

Todos estos factores contribuyen a un efecto fuertemente perjudicial sobre las condiciones sanitarias generales.

Cualquier acción del servicio de salud puede naufragar sino se educa a la comunidad. Existen sectores con suficiente conciencia del problema de salud, mientras otros no la tienen y no faltan quienes rechacen las soluciones propuestas. La promoción educativa ha de ser impulsada

da a través de todos los canales disponibles. Esta no se logra con la formulación de pensamientos abstractos sino por la demostración de hechos tangibles : La gente es desconfiada por naturaleza y con frecuencia rehusan participar en programar que los benefician, por desconocimientos de los resultados.

Para educar en los aspectos de la salud, no es suficiente y sí muchas veces dañina, la presentación de conceptos doctos e intangibles. Es necesario formar dentro de las mismas comunidades a líderes, promotores o educadores si se buscan resultados válidos.

1.3 El Nivel Preventivo de la Salud

En relación con las enfermedades infecto - contagiosas como la Tuberculosis Pulmonar.

Medicina preventiva son disposiciones de estructuración científica que se han puesto a la consideración casi siempre de los Estados, para que éste a través de mecanismos institucionales eviten que se produzcan las enfermedades en los seres humanos.

Evitar que el hombre se enferme es medicina preventiva y ésta debe hacerse no sólo cuando el individuo se constituye como ser humano, sino mucho antes de la propia concepción.

Se hace medicina preventiva en el instante mismo en que estamos previendo de los más acentuados cuidados a la mujer que comienza su gestación para que desde allí el nuevo ser que va a tener vida - propia nazca en toda su integridad normal tanto física como psicológica.

En cuanto al hombre debe preocuparse por parte de las instituciones especialmente, como también parte importante el conglomerado familiar, para dar aquellas sustancias o elementos químicos y biológicos capaces de crear un estado de defensa en el individuo para que éste adquiera la resistencia necesaria para adquirir la enfermedad.

Dentro de estos elementos que podemos decir inmersos defensores tenemos en primer lugar las vacunas pero juega también un papel importante el medio ambiente y educación de la comunidad; por esto es importante enseñarle al núcleo familiar los procedimientos y tratamientos adecuados de los alimentos, higiene a los niños que están en vía de crecimiento y aún en la propia adolescencia ya que mediante el conocimiento de la esfera ecológica como medio para prevenir las enfermedades pueden evitarse éstas.

Todo país que se considere en vía de desarrollo debe ser como punto de vital importancia la medicina preventiva para tener el hombre en

completo bienestar que provoquen en la sociedad un estado anímico capaz de llevar al país en plena producción.

La medicina preventiva en el Instituto de Seguridad Social persigue establecer como práctica corriente todas aquellas acciones que tienen a prevenir la enfermedad y su evolución y a fomentar la salud de los trabajadores y su familia.

Su acción en muchos casos, debe estar coordinada con las que realizan el ministerio de Salud Pública y todas las demás entidades que se ocupen de la salud en el país, para aumentar los recursos , evitar la duplicación de esfuerzos y extenderse además a aquellos programas de prevención para el Estado.

Los aspectos preventivos y curativos son importantes en toda política de salud; sin embargo , para que la población tenga acceso a ella además de disponer del poder adquisitivo necesarios los servicios de salud debe tender hacia la socialización lo que implicaría la adopción de medidas de naturaleza estructural, que los comerciantes de la medicina y la salud constituyen sectores de poder que de otra forma no cambiaría su actitud negativa en términos de salud como una perpetua popular.

La prevención de las enfermedades contemplada en la política de la

salud ha sido un elemento que poco se ha tomado en cuenta dando así mayor relevancia a lo curativo, que es de mayor importancia que el anterior desde todo punto de vista.

La medicina preventiva a nivel individual es difícil de aplicar y sus resultados son inciertos e incompletos la misma actitud psicológica del hombre aislado llena de inseguridad y propensa a la desconfianza lo induce a realizar aquellas medidas que no hacen parte a sus hábitos normales de vida.

Además el enfoque exclusivamente individual ofrece apenas una visión parcial del problema, por lo menos en lo que se refiere a las enfermedades evitables y dificultan la aplicación del método epidemiológico necesario para el conocimiento de los factores que han intervenido en su génesis para la aplicación del método de los convivientes. En cambio cuando los programas de prevención se ejecutan a nivel familiar o en otros grupos como es el caso de los trabajadores, encuentra una mayor receptividad y la acción se dirige a las causas de los problemas rompiendo la cadena de transmisión cuando se trata de enfermedades comunicables.

Para estas razones los programas de medicina preventiva encuentra un estupendo campo de aplicación en la familia y en el lugar del trabajo afiliado y los resultados pueden ser fácilmente evaluable.

1.4 LA TUBERCULOSIS

1.4.1 La Naturaleza, Causas y Consecuencias

La tuberculosis es una enfermedad infecto - contagiosa caracterizada por la producción de tubérculos, pequeños nódulos redondeados que pueden aparecer en casi todas las partes del cuerpo. Está causada por el germen comunmente llamado bacilo tuberculoso, del cual existen muchas variedades.

La aparición de los síntomas de la tuberculosis es en muchas ocasiones incidiosa. En los estudios iniciales y en ocasiones, cuando la enfermedad está ya algo avanzada, el paciente suele estar completamente asintomático y permanece así por mucho tiempo. Es preciso insistir en este punto en que cada día disminuye el número de casos asintomáticos recientes como resultado de los estudios radiológicos de rutina.

El germen causante de la tuberculosis pulmonar fue descubierto primeramente en 1.882 por el bacteriólogo ROBERTO KOCH.

Posteriormente, investigaciones determinaron que la enfermedad no sólo se presenta en los seres humanos sino también en el ganado, pájaros y animales de sangre fría. El tipo de germen que afecta el ganado puede infectar seres humanos, generalmente a través de la le-

che y es responsable en su gran mayoría por la tuberculosis de los huesos, de las articulaciones y de las glándulas linfáticas, especialmente en niños, aunque la tuberculosis pulmonar es la forma más común, las glándulas, el encubrimiento del cerebro (tuberculosis meningea) el fluido espinal, el ojo y muchos otros tejidos pueden estar afectados.

CAUSAS

El agente etiológico productor de la tuberculosis pulmonar es el Mycro - bacterium tuberculoso bacilo de Koch.

Las causas que producen la tuberculosis pulmonar los clasificaremos en dos formas: Primaria y Secundaria.

PRIMARIA

El bacilo de koch está ubicado entre las causas primarias.

SECUNDARIA

Entre las causas secundarias podemos mencionar las siguientes :

El deterioro en la salud física, mental y social de l individuo.

El medio ambiente físico.

Falta de educación sanitaria

Bajos ingresos

Vivienda (hacinamiento)

La poca orientación acerca de la buena utilización de los cinco grupos de alimentos.

El hombre se infecta por lo regular en su infancia o juventud, pero no obstante la edad media del contagio varía para cada tipo de población y según las condiciones higiénicas, culturales y económicas.

CONSECUENCIAS

A continuación explicaremos los síntomas y el deterioro físico que se opera en el individuo afectado por tuberculosis pulmonar.

La tos es el síntoma más conocido de la tuberculosis pulmonar frecuentemente acompañada por expectoración y en algunos casos suficientes destrucción de tejido pulmonar, expectoración (HEMOTISIS).

La persona sufre malestar general pierde peso, se siente débil. Elevación de la temperatura vespertina y un incremento en la velocidad del pulso y la respiración nocturna es común.

EL ASPECTO PSICOLOGICO COMPRENDE :

- A. La no aceptación de la enfermedad
- B. El aislamiento total o parcial del individuo afectado
- C. Agrasividad hacia la familia y la comunidad en general, a través de la cual él manifiesta su resentimiento con actos tales como:

Utilizar los vasos y utensilios de uso personal de las personas que no están afectadas por la enfermedad, escupir en el suelo, hablar cara a cara a pesar de que el tratamiento incluye educación preventiva para evitar nuevos casos.

- D. Rechazo de la familia y de la comunidad hacia el paciente como respuesta a la conducta agresiva anotada en el párrafo anterior.

1.4.2 Análisis de las consecuencias de la tuberculosis pulmonar

El problema de la Tuberculosis Pulmonar consideramos que es propio de la existencia o formación social de tipo capitalista, por lo tanto la tuberculosis pulmonar está en la sociedad y no en el individuo, considerando que todo propósito o tratamiento por parte nuestra (Trabajador Social) debe fijar su atención en la sociedad y no en el individuo.

El individuo afectado por la tuberculosis pulmonar se enfrenta a conflictos familiar y laboral, todo esto es producto de una estructura social clasista que margina y explota.

En el área laboral sufre traumas económicamente ya que los empresarios con una ideología capitalista e ignorancia sanitarias rechaza al trabajador, hasta el extremo de liquidarle su contrato de trabajo, violando convenciones y luchas que durante años el trabajador ha ganado.

Lo que corresponde a el área familiar no es la excepción de rechazo ya que al igual que el empresario carece de educación sanitaria. Toda estas situaciones presentadas hace que el individuo se torne agresivo con su núcleo familiar y comunidad en general.

1.5 El Factor Socio - Económico y su Incidencia en la Tuberculosis Pulmonar.

1.5.1 Ingreso

Estrechamente vinculados a las condiciones de trabajo están los salarios. En general, en los países subdesarrollados , los salarios no alcanzan para asegurar una vida decente y en muchos casos disminuyen en términos relativos y absolutos. Por lo que los Trabajadores no pueden darse las condiciones mínimas de vida que le permitan conservar su salud.

Los reajustes y aumentos que conquistan los trabajadores en general luchas no compensan las alzas que se producen en los artículos de obligado consumo.

Esto significa que los trabajadores no pueden educar debidamente a sus hijos, no gozan de diversiones y recreaciones sanas, ni ellos ni sus familiares, no pueden atender a sus necesidades más urgentes, ni mucho menos a su salud.

Los reajustes y aumentos que conquistan los trabajadores en general luchas no compensan las alzas que se producen en los artículos de obligado consumo.

Esto significa que los trabajadores no pueden educar debidamente a sus hijos, no gozan de diversiones y recreaciones sanas, ni ellos ni sus familiares, no pueden atender a sus necesidades más urgentes, ni mucho menos a su salud.

La seguridad social es muy precaria en sus alcances y no cubren todas las necesidades, las cuotas que se pagan al Instituto de Seguridad Social no altos, convirtiéndose la prevención social en una carga tremenda para los asalariados.

En los países andinos el salario que devengan los trabajadores representa en términos promediales sólo el 35% del mínimo vital que necesitaría una familia para vivir, pero en algunos casos y en algunos países los ingresos de los obreros son mucho menores.

1.5.2 Medio Ambiente físico de Vida

El grupo aparte más importante de enfermedad del mundo en desarrollo es el de aquellos cuyo ciclo de transmisión depende de la contaminación por desperdicio humano, de alimentos, bebidas, agua o suelo.

Para la mayoría de las enfermedades, por lo general, y para casi todas las enfermedades de este grupo, el hombre es la provisión de infecciones, que sin contaminación del medio por los desperdicios de seres humanos infectados, los ciclos de enfermedades se terminarían.

El abastecimiento de agua y el saneamiento aportan modificaciones importantes al sistema ecológico hombre - enfermedad.

En esencia todas las variadas técnicas para eliminar aguas negras o para la provisión del agua pura tratan de romper el cerrado ciclo de transmisión del cual depende una elevada predominancia de estas enfermedades, con un buen suministro de agua y un buen saneamiento, los casos aislados se pueden presentar todavía, o incluso darse epidemias o explosiones esporádicas de un problema de morbilidad pero la enfermedad ya es con mucha menor probabilidad fenómeno endémico, parte del " Escenario" ecológico.

El segundo grupo en importancia es el de las enfermedades transportadas por el aire, se transmiten al respirar el agente de la enfermedad y entre ellos están la tuberculosis pulmonar, la neumonía, la difteria, la bronquitis, la tosferina, la meningitis y el sarampión. Las viviendas atestadas, con mala ventilación son propicias a la propagación de estas enfermedades sobre todo cuando las ventanas se

cierran para evitar el frío.

Podemos examinar ahora el tipo de sanidad y de servicios relacionados con la salud de que dispone un país en desarrollo.

En lo que se refiere al abastecimiento de agua y el saneamiento, en los países en desarrollo más pobres la mayoría de la población rural decae en los campos y esto por cierto sigue siendo así hasta que las gentes alcanzan niveles de ingresos ya apreciables.

En las áreas urbanas, el abastecimiento de agua y los servicios sanitarios son algo mejor, pero por lo general son muy inadecuados, sobre todo en los barrios pobres y tales servicios sanitarios, tal como existen, no suelen utilizarse bien.

Esta impresionante conjunción de factores tiende a concentrar los recursos de los servicios de salud en unas cuantas áreas urbanas.

Teniendo en cuenta esto podemos examinar las tres razones principales de que el alcance de la sanidad en los países en desarrollo tienda a ser molesto. La primera razón geográfica : se sabe que el volumen principal de pacientes de un servicio de salud procede de la vecindad inmediata, pero gran parte de la población no consultan a ese centro de salud. La segunda razón es administrativa, no se dispone de trans-

porte desde regiones remotas a los hospitales urbanos y pocos países en desarrollo tienen sistema de control administrativo firme y suficientemente riguroso para impedir que desocupen las camas disponibles quienes viven en la inmediata vecindad de un hospital.

La tercera razón es cultural: sobre todo en América Latina, un campesino puede creer que un médico le mire por encima del hombro y prefiere ir al curandero o sanalotodo tradicional.

Así que incluso en las ciudades, muchas gentes no utilizan los servicios oficiales de salud. Un ejemplo de los efectos de la "distancia cultural" lo ofrece Cali, en Colombia, donde un estudio encontró que pese a ser la proporción médico - población de 1910, el 17% de los niños que mueren no tienen atención médica.

A menudo hay otro factor de mucha mayor significación: tales como el auto recetarse, el acudir a curanderos tradicionales, al consejo de los farmacéuticos o de quienes ponen inyecciones, y entre los grupos, más acomodados de las ciudades, a la práctica profesional privada.

1.5.3 Nutrición

Uno de los efectos más significativos de la existencia de grandes familias que viven en la pobreza es la desnutrición, que tiene importancia considerable como causa directa de defunciones más importan-

tes aún, la diferencia de alimentación es frecuentemente causa asociada de defunciones entre los niños de corta edad y este mismo factor principal en la difundida presencia de prematuros (bajo peso al nacer, y otras características sea cual fuere el tiempo de embarazo) lo cual a su vez es a menudo causa asociada en las defunciones del recién nacido.

En un estudio importante de la América Latina, parte comparativamente bien nutrida en el mundo en desarrollo " La deficiencia alimentaria" o " lo prematuro" fueron causas primordiales de defunciones para sólo el 6% de las ocurridas en niños de menos de 5 años, pero la una y la otra eran causas asociadas en el 57% de todas las defunciones.⁽²⁾

La mera exposición a un agente de enfermedad no necesita producir enfermedades clínicas y muy frecuentemente no ocurre así.

La desnutrición es de tal importancia esencialmente porque entorpece la resistencia del organismo. La desnutrición actúa en " Sinergia" con los agentes de enfermedades y agrava su nocividad.

(2) Agenda Hoy. Información y Programación a nivel ejecutivo. 1979 pag. 210.

Así mismo la enfermedad puede aportar desnutrición al aumentar las necesidades de alimento en un momento en que la absorción efectiva de alimentos suele estar disminuída.

Será la llamada brecha nutricional de los países bajos ingresos no ha sido incorporada a las proyecciones precedentes a pesar de modestos incrementos en los ingresos por habitantes (y por tanto en el consumo de alimentos) las estructuras de distribución de ingresos, analterados en esencia, que suponen las proyecciones de la demanda del mercado dejaron a grandes sectores de la población en la incapacidad de satisfacer sus mínimas necesidades nutricionales. El déficit en calorías (o nutricional) que se define por la diferencia entre el consumo real y el consumo mínimo recomendado en los países bajos ingresos, fué de alrededor de 25 millones de toneladas en 1975. Este déficit fué especialmente pronunciado entre los grupos de bajos ingresos en cada país con algún mejoramiento en los ingresos promedios por habitantes la porción de la población afectada puede reducirse para 1985 pero debido al crecimiento demográfico, probablemente no habrá tal reducción en los números absolutos de gentes afectadas.

Los enfoques tradicionales del problema alimentario de los países en desarrollo no pueden tener éxito en la solución del problema combinado de la escasez de alimentos y la desnutrición. Hasta ahora el enfoque

ha consistido en posibilitar a estos países para que impartan grandes cantidades de cereales, y al mismo tiempo, en exhortarlos a incrementar su propia producción de alimentos.

La nutrición mejorada reduce la tasa de mortalidad en lactantes y niños. En términos formales una mejor nutrición puede considerarse como un cambio externo en la función de producción de la familia - que resulta en un mayor número de hijos sobrevivientes .

La desnutrición constituye un serio problema de salud pública en todos los países de incipiente desarrollo económico y técnico como el nuestro.

La desnutrición es un estado patológico inespecífico potencialmente reversible que se origina como resultado de la deficiente utilización por parte de las células del organismo de cantidades adecuadas de nutrientes esenciales; y se acompaña de manifestaciones clínicas diversas, de intensidad variable, de acuerdo con factores individuales y ecológicos diversos.

En Colombia se ha encontrado en todas las regiones en donde se han llevado a cabo encuestas que los niños colombianos crecen y se desarrollan hasta los 6 u 8 meses siguiendo los patrones de crecimientos norteamericanos.

Pero a partir de estas edades y debido a la alimentación deficiente en proteínas que reciben después del destete, las curvas del crecimiento declinan notoriamente y el déficit continúa a lo largo de los años subsiguientes. Nuestra población presenta además, índices indirectos de desnutrición infantil. Hoy día se acepta en salud pública que la mortalidad de niños de los 4 años por encima de 10 por mil es un claro índice de una elevada prevalencia de desnutrición infantil.

Mientras en los países de elevado nivel técnico y económico, este coeficiente está entre 142 por mil, en Colombia es del 20.3 por mil.

La mortalidad en los niños menores de 5 años representa en Colombia 52% de la mortalidad general, lo cual significa que entre nosotros, de cada dos defunciones, una es siempre la de un niño que no alcanzó a completar sus 5 años de vida, pues no nos hemos preocupado por protegerlo contra la enfermedad, la miseria y la desnutrición.

Si analizamos las causas de muerte en menores de 1 año podemos encontrar que el 55% de la mortalidad total en esta edad corresponden a causas de infecciones y a la desnutrición un 2% de la mortalidad.⁽³⁾

La educación como producto social entre sociedad y educación existen relaciones dialécticas. La educación es a la vez el producto de la so-

(3) Agenda Hoy. Programación e Información a nivel ejecutivo 1979 pag. 212.

ciudad y en ciertas condiciones, un factor de cambio social. Considerada desde el punto de vista del desarrollo socio - económico la educación es una categoría histórica, ligada a las etapas de ese desarrollo.

La educación dependen de los sistemas socio - económico o de los modos de producción. Las diversas sociedades patriarcales, esclavistas, feudales, capitalistas, socialistas, cuentan los sistemas de educación, que se diferencian en diversos grados . En las sociedades tradicionales los mayores transmiten a los jóvenes lo necesario para poder subsistir y asegurar la continuidad de la familia, del clan, la tribu. La sociedad tradicional es una sociedad sin escuela, pero no por ello es una sociedad sin educación.

En toda sociedad, la educación a través de sus diferentes formas socializa y reproduce la cultura, la generación que se encuentra en el poder transmite a la generación ascendentes un legado de ideas y de técnicas.

El sistema de educación está fundamentalmente marcado por las huellas del pasado y por el contexto social y tiende a ejercer una función reproductora subsistema social, la educación refleja, necesariamente sus rasgos principales.

La educación contribuye a consolidar objetivamente las estructuras existentes a la formación de individuos capaces de desenvolverse en la so-

ciudad ya existente.

La educación se presenta como el producto de una sociedad, está fundamentalmente plasmada por los procesos históricos.

Como producto social, la educación puede const ituirse también en un instrumento de cambio social. Pero sólo puede serlo bajo ciertas condiciones, entre las cuales la más esencial son la autonomía relativa del sistema educativo en relación con el poder político, y la libertad de expresión que se garantice a los maestros y a los alumnos.

Si se satisfacen estas condiciones fundamentales, queda por saber si el sistema educativo es capaz de autotransformación, sin que se produzca una transformación de la sociedad misma, que la produce. En otros términos si el sistema educativo es capaz de actuar sobre el contorno social.

Existe una correlación positiva entre los niveles de formación y de información y los niveles de crecimientos. Sin embargo la cuestión fundamental, es la de saber si la educación es causa o consecuencia del desarrollo. En realidad puede ser tanto lo uno como lo otro, producto social y en ciertas condiciones, instrumento de transformación social.

1.6 El Trabajo Social Profesional

El Trabajo Social como Profesión es muy reciente, nació principalmente

del movimiento humanitarista del siglo XIX, que trató de mejorar las condiciones desesperadas de los pobres, lograr reformas sociales por medio de la legislación apropiada y de despertar la conciencia social del público. La necesidad de una educación profesional en Trabajo Social fué subrayada por primera vez en 1.893 por ANNALDA WES en el Congreso Internacional de Beneficiencia que tuvo lugar en Chicago.

Después de la Segunda Guerra Mundial fué que el Trabajo Social empezó a ser reconocida como profesión, hay una marcada diferencia en este sentido con respecto a otras profesiones, tales como el derecho, la enseñanza y el ministerio religioso.

En general el papel de trabajo social ha sido concebido según su posición en el ejercicio científico.

1. Se considera como un arte y como tal dotado de unas técnicas propias.
2. Se considera como una ciencia, con un campo de conocimientos propios e independiente objeto científico.
3. Se considera como un aparato transmisor de ideología, orientado al ajuste, como tal debe desaparecer⁽⁴⁾

(4) Kisnerman Natalio, *Ética para el Servicio Social* 1974. Pag. 79

4. Se considera como una teoría científica para la transformación de un aspecto de la realidad material. Así es una ciencia aplicada.

La pericia en el Trabajo Social profesional, exige la capacidad para establecer y conservar relaciones constructivas y de claros propósitos entre los individuos, al grupo y a la comunidad, a identificar y aclarar problemas de necesidades, y a resolverlos por su propia iniciativa en una forma socialmente deseable. El trabajador Social aprende a emplear sus recursos en relaciones profesionales basadas en la comprensión de sí mismo en el control de las necesidades personales y de los sentimientos particulares y otras aptitudes son la administración social y planificación en la acción social.

El uso del método científico en la investigación y en la práctica, la destreza para trabajar en grupos de otros profesionales.

Partiendo del origen del Trabajador Social, el cual nace de la necesidad de un sistema de explotación de la crisis de la Segunda Guerra Mundial, el Trabajador Social cuestiona las necesidades más sentidas de los individuos que afrontan problemas de tipo social ya que como partidarios de este sistema de explotación estaba comprometidos con la clase Burguesa, concibe su rol como un oficio más o menos lucrativo, convirtiéndose en alguien que clasifiquen problemas o

viven detrás de un escritorio sus horas de trabajo.

A través de todos los tiempos el Trabajador Social ha jugado un papel marginal dentro de la problemática social de nuestro país y no es la excepción en el renglón de la salud ya que en esta área tampoco ha aportado nada para proyectar campañas de educación a la clase desprotegida.

El Trabajador Social inmerso en una sociedad clasista se ha dejado neutrar ya como miembro activo de una institución en la cual se ventilan casos de salud y donde las políticas trazadas de discriminación económicas hace que éste trate de una forma somera la rehabilitación social y el desarrollo del individuo y su núcleo familiar cayendo en el paternalismo olvidándose de las teorías reconceptualizadas las cuales fueron manejadas con tanto énfasis en su época de estudiante.

Si analizamos el origen del Trabajador Social a través de la historia, concluimos que jugó un papel de coadyugador del sistema de explotación del hombre por el hombre, el cual en nuestro tiempo no ha cambiado ésta mentalidad haciendo que su quehacer profesional sea desconocido en dichas instituciones.

El profesional en Trabajo Social no tiene participación en la elaboración de los programas de bienestar social que el Estado proyecta al

pueblo colombiano, convirtiéndose en ejecutor de estos programas, los que se programan sin tener en cuenta la problemática social de este pueblo ; adoptando este una posición negativa motivada por su falta de conocimientos y dominios sobre la materia sino debido a su pasividad y falta de interés.

El Trabajador Social debe insertarse con otros profesionales en el desarrollo socio - económico, si realmente quiere justificar su razón de existir, y nutrirse de la investigación social y aplicar sus técnicas.

Así mismo el profesional en Trabajo Social, debe asumir el rol de participantes del cambio sino quiere que el cambio lo arrolle y lo relegue al mero rol de auxiliar al servicio de otras profesionales.

Tendrá a la vez que dejar su posición de trabajador aislado, para pasar a trabajar con y en equipo, lo que le exigirá una formación que le permita comprender los elementos fundamentales de las otras especialidades y traducir los problemas. Deberá ser esencialmente un planificador y activador de las relaciones interhumanas y quienes despierten a los hombres para incorporarlos en el proceso del desarrollo.

El Trabajador Social asistencialista ha pretendido tener solo un marco teórico de referencia y mantenerse en la ANODINA neutralidad como si

mente aquellos factores que gravitan sobre la enfermedad. Las implicaciones son debidas a problemas íntimos del enfermo o de su ambiente que está contribuyendo a mantener o agravar la enfermedad que le impide pasar de la enfermedad a la recuperación física y de ésta al establecimiento de la vida social.

Si quisiéramos definir el Trabajo Médico Social, diríamos que es parte del servicio individualizado que el médico dá a sus pacientes cuando intenta comprender las necesidades y las circunstancias que lo rodean y la repercusión que estos factores tienen sobre su enfermedad.

El quehacer profesional del Trabajador Social consiste principalmente en manejar situaciones de tensión, necesidades humanas y sociales, no cubiertas o insatisfechas. Cuando el Trabajador Social pregunta cuál es la atención? Dónde está la necesidad? la respuesta determina si el problema es de nuestra competencia o de otra profesión a la que debemos poner en juego. La tensión o la necesidad pueden estar provocadas por su conflicto interno o por perturbaciones externas.

Si uno de estos aspectos o los dos están afectados adversamente la función social de individuo y si la ineffectividad social es el principal problema sin duda la responsabilidad corresponde al Trabajador Social.

Una vez situada la responsabilidad, la tarea del Trabajador Social consiste en determinar su índole, de la necesidad y del problema, apreciar la capacidad de la persona para afrontarlo, estimular todas las fuerzas interiores de que ella disponga para encontrarle solución por sí misma y utilizar todos los recursos del medio y de la comunidad que sirvan para resolverlo.

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL COMO ENTIDAD BASE DEL ESTUDIO

2 Aspecto Histórico

2.1 Políticas y Objetivos de la Institución

2.2 Organización Administrativa

2.3 Cobertura

2.4 La Tuberculosis en Barranquilla

2.4.1 Estadísticas generales

2.4.2 Centros Tradicionales de Atención

2.4.3 El Medio Ambiente Físico

CAPITULO 2

ASPECTO HISTORICO

Frente a los numerosos problemas que acusan a la clase trabajadora, los obreros entran a presionar a sus patrones en busca de obtener soluciones a través de las alzas de salarios los que se demuestran inadecuados por lo que dentro del mismo proceso poco a poco se producen proporcionalmente la demanda de servicios tales como los de salud, seguridad social, etc.

En respuesta a los anteriores planteamientos hechos por los trabajadores a los patrones, adoptan la medida de implantar medicina a nivel empresarial, surgiendo las cajas de compensación familiar y los servicios clínicos particulares, pero estos servicios eran descontados de su propio salario, no teniendo participación los familiares del trabajador ocasionando ésto, económicamente un desajuste en la canasta familiar.

Ante esta situación por influencia de los países, donde se inició el seguro social como Alemania, E.E.U.U. etc.

En este intervalo los obreros siguen presionando a sus patrones por medio de estas presiones consiguieron que la cámara diera término a la dilatada discusión, por medio de la Ley 6 de 1945 en la cual se organiza la seguridad social obligatoria. Al año siguiente se implantó la ley 90 en diciembre 26 por la cual queda establecida social obligatorio en Colombia.

En esta ley el Congreso de Colombia decreta 82 artículos de los cuales algunos son derogados mediante decreto ley.

Hace 26 años el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, inició la prestación de sus afiliados contra los riesgos de enfermedad y maternidad.

Posteriormente ha ido extendiendo esa cobertura a las demás regiones del país.

En el año de 1.965 se extendió la cobertura a los riesgos de accidente de trabajo y enfermedades profesionales y en el año 1.967 asumió la protección contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

En el Departamento del Atlántico por circunstancias especiales la población trabajadora sólo venía siendo cubierta contra los riesgos de invalidez , vejez y muerte, desde el año de 1.968. Frente a las exigen-

cias de la clase trabajadora el Instituto Colombiano de Seguridad Social adopta como política que la que la Seguridad Social, no comprenda a la familia del trabajador; no es una seguridad social completa y por ende los países más avanzados socialmente han considerado que la protección integral del núcleo familiar es indispensable para el avance de toda política social; fué por lo que el Instituto después de adelantar estudios exhaustivos y llevando a cabo una minuciosa planeación, adoptó el sistema de medicina familiar, que comprenda la protección total de la familia y del trabajador asegurado, correspondiendo a la seccional Atlántico el desarrollo de esta nueva política de seguridad social convirtiéndose en centro piloto, lo cual será lo que marque la pauta para la extensión del sistema a las demás regiones del país.

Las normas para éste transcendental cambio están constituidas en el decreto número 0770 del 30 de abril de 1.975 como una conquista más del pueblo trabajador colombiano en acuerdo y resoluciones posteriores emanados del Consejo Directivo y de la dirección general del Instituto, se han establecido los procedimientos tanto administrativos como científicos para la aplicación del sistema que con la obligada contribución de los patronos y el aporte de los trabajadores podemos en un futuro muy próximo mostrarlo ante la faz de América como modelo de un régimen de seguridad social integral.

El Instituto de Seguridad Social desde el 26 de Septiembre de 1.975 en la seccional del Atlántico tiene seguros contra los riesgos de enfermedad general, maternidad, accidente de trabajo y enfermedades profesionales, para los trabajadores y enfermedades, para los trabajadores que se encuentran afiliados al seguro.

2.1 Políticas y Objetivos de la Institución

El Instituto de Seguridad Social es un elemento producto del aparato ideológico super-estructural por lo que responde y desarrolla la ideología dominante, la cual proyecta el Estado por lo que defiende igualmente los mismos intereses. Si tenemos en cuenta cómo surgió esta institución, producto del cuestionamiento de los obreros que reclamaban salud, la que gastan al vender su fuerza de trabajo, hay que destacar que lo logran obtener a través de sus constantes luchas como clase explotada.

Pero una vez que el gobierno visualiza que puede ser una nueva fuente de ingresos para él, quien lo va a garantizar en compañía de las otras instituciones el mantenimiento del sistema; es así como son Cajanal, Servicios de Salud y el Instituto de Seguridad Social.

Como Institución del Estado, sus políticas y objetivos, responden a intereses capitalistas, los cuales se manifiestan teóricamente defendiendo los intereses del pueblo, su esencia es otra.

2.2 Objetivos Generales

Contribuir a la realización de Seguridad Social, en la ciudad y el campo, para lo cual dará protección contra los riesgos en lo biológico, lo económico, derivados de la actividad laboral.

Las prestaciones en dinero tienen por objeto suplir las pérdidas de ganancia transitoria o permanente del asegurado que se liquidarán con relación a los salarios e ingresos que se ha tomado como base a la respectiva cotización, en la proporción en que señalan los reglamentos generales del Instituto, ganancias ordinarias o pensiones en la otra forma y cuantía que señalan los mismos reglamentos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

El Instituto fijará la política general, planificará, organizará, ejecutará y supervigilará la rehabilitación y pensión de sus afiliados.

2.3 Cobertura

La cobertura del Instituto de Seguridad Social tradicionalmente era de 9% de la población mientras la caja de prevención y las otras entidades el 15% de la población.

El Decreto 0770 de Abril 30 de 1.975 establece el seguro médico familiar a los familiares de los trabajadores afiliados.

Estos seguros se refieren a los riesgos de validez, vejez y muerte. Por medio de los riesgos de invalidez, vejez y muerte, enfermedad profesional, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad no profesionales, el Instituto ofrece al trabajador colombiano seguridad, en caso de inhabilitación si el trabajador llegase a invalidarse, el Instituto le pagará un porcentaje de acuerdo con su salario, así como el grado de invalidez del asegurado.

En los casos de vejez, el Instituto pagará la pensión correspondiente, dando estabilidad económica que repercute indudablemente en el estado anímico de aquella persona que es retirada del área productiva.

La esposa de aquellos trabajadores que están aportando, recibirán en caso de maternidad, atención médica brindándoles en la misma forma el recién nacido este servicio hasta los 18 años de edad. Los trabajadores que por condiciones especiales llegaran a sufrir un accidente de trabajo, o contraigan por efecto de la labor que desempeñan, las enfermedades profesionales, recibirán servicios de rehabilitación.

En caso de incapacidad permanente, parcial o total, el Instituto pagará el afiliado un porcentaje de acuerdo con el grado de clasificación de dicha enfermedad.

Al iniciarse el seguro médico familiar en la ciudad de Barranquilla, se brindan los siguientes servicios de asistencia médica y paramédica:

Consulta de medicina general, medicina especializada

Odontología general, odontología especializada

Servicios de Rehabilitación

Servicios de Cirugía

Servicios de Laboratorio

Servicios de Rayos X

Departamento de Trabajo Social

Departamento de Psicología

Servicios de Farmacia

Quienes tienen derecho a estos servicios los siguientes familiares del asegurado; esposa o compañera permanente, hijos legítimos o naturales reconocidos, hasta los 18 años de edad, de cualquier edad si son inválidos, padres que dependen económicamente del asegurado.

2.4 La Tuberculosis en Barranquilla

2.4.1 Estadísticas Generales

La Tuberculosis es una enfermedad presente en la historia de la humanidad y asociada a condiciones de pobreza, miseria, desaseo, hacinamiento, desnutrición, falta de educación sanitaria, y ausencia de elementos terapéuticos necesarios, como ya se ha ilustrado en el aparte

correspondiente a ella no escapan ni los elementos privilegiados de la sociedad cuando el flagelo en ocasiones históricas ha alcanzado la condición de epidemias y se ha visto favorecido por hábitos desordenados de vida, por el alcoholismo y la prostitución.

Todo hace presumir que en Barranquilla esta enfermedad ha estado presente históricamente desde su fundación y además afirmar que su recurrencia ha aumentado en los últimos cuatro años con el desmejoramiento de la infra - estructura de la ciudad, los malos servicios públicos, el desaseo, el empobrecimiento de la población, la desnutrición y el crecimiento desordenado y progresivo de las zonas marginales de la ciudad sin posibilidades de acceso a los servicios de salud, o a los centros médicos y mucho menos a la medicina preventiva.

Las estadísticas al respecto son realmente escasas; como en todos los niveles de la salud, el elemento estadístico ha corrido en el caso de la tuberculosis con muy poca fortuna y solo hasta el año de 1979 que encontramos una cifra aproximada de 6.400 pacientes afectados por esta enfermedad y en el año de 1980 una cifra aproximada de 6.798 afectados.

2.4.2 Centros Tradicionales de Atención

La atención de la problemática de la Tuberculosis en Barranquilla a

nivel médico ha estado a cargo de entidades particulares en su mayor parte, hasta el año en que se fundó el hospital general de Barranquilla el cual nace de una necesidad sentida en la ciudad, como es una epidemia hace 110 años de los aportes de la burguesía en Barranquilla, a cuyo cargo corrió la atención de los enfermos detectados con muy poca capacidad preventiva pues la educación de la población en materia de salud ha permanecido siempre en sus más bajos niveles y la atención se limitaba solo a la labor curativa. Más tarde se crea el servicio integrado de salud, el dispensario de vías respiratorias con el cual se da inicio a labor ambulatoria y se fuerza a la población mediante la exigencia del llamado carnet de salud con el cual la población se veía obligada a hacerse sus exámenes radiológicos cada año hasta que por la progresiva corrupción de nuestra sociedad esta medida se convirtió en fuente de comercio por deficiencias del servicio que llevaba a la población a procurar la compra del carnet y no someterse a periódicas colas, escasez de placas, mal trato moral y físico, ausencia de los funcionarios encargados de los equipos y otras fallas inherentes al sistema.

En el año de 1975 inició labores en la ciudad el Instituto de Seguridad Social con el cual se da inicio al control y tratamiento científico de las enfermedades aunque con una cobertura muy limitada ya que se-

gún estadísticas oficiales del DANE sólo cubre el 6% de la población.

Actualmente la atención de la problemática de la tuberculosis está a cargo del hospital Niño Jesús al cual fué adscrito dispensario Centro de Vías Respiratorias con su unidad radiológica ubicada en la zona del mercado central de Barranquilla encargado de la población no afiliada o protegida por el Instituto de Seguridad Social y esta Institución que se encarga del trabajador protegido empresarialmente.

2.4.3 El Medio Ambiente Físico

En los apartes anteriores de este capítulo se ha anotado la incidencia que tiene el medio ambiente físico de vida y trabajo de vida de la población en la posición de la tuberculosis en cualquier grupo humano. Barranquilla es un ejemplo de esa situación los alarmantes índices de contaminación ambiental, de desaseo y de pauperización de la población aunada a la carencia casi total de servicios públicos en grandes sectores de la población, las aguas contaminadas, alcantarillados descubiertos, basureros en sitios céntricos, sin ningún control han convertido la presencia de la tuberculosis pulmonar en una enfermedad de recurrencia epidémica. En cifras del Doctor Calixto Manotas Pertuz, Director de salud del Atlántico en Enero de 1981 el 6% de la población estaba afectada por la tuberculosis pulmonar es decir que aproximadamente 72.000 habitantes de Barranquilla está afectada por este

flagelo susceptible de ser prevenido o limitado por vacunación sin que exista hasta el momento por parte de las autoridades encargada de esta problemática la mínima capacidad y vocación de intervención científicamente en ella; punto que quedó comprobado ante la diltación del brote persistente de tuberculosis pulmonar en la población que trabaja en el mercado público de Barranquilla, ante el cual los organismos gubernamentales optaron por lavarse las manos en una danza de pilatos en la cual está en juego la salud de una población de más de un millón de habitantes y ante la cual el trabajador social no puede ser indiferente.

CAPITULO 3

RESUMEN ESTADISTICO DE LA POBLACION ATENDIDA EN LAS TRES UNIDADES PROGRAMATICAS DE LA SECCIONAL ATLANTICO DEL INS- TITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

- 3.1 Resumen del Movimiento de Pacientes en los 4 años del Estudio en las Tres Unidades del Instituto de Seguridad Social.
- 3.2 Resumen de la Investigación sobre Convivientes en los cuatro años del Estudio en las Tres Unidades del Instituto de Seguridad Social.
- 3.3 Resumen de las Visitas Domiciliarias a los pacientes en los cuatro años del Estudio en las Tres Unidades del Instituto de Seguridad Social.

3. RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES EN LOS CUATRO AÑOS DEL ESTUDIO EN LAS TRES UNIDADES DE LA SECCIONAL ATLANTICO

3.1 Resumen de los cuatro años

3.1.1 Resumen año 1.977

3.1.2 Resumen año 1.978

3.1.3 Resumen año 1.979

3.1.4 Resumen año 1980

3.1.5 Análisis de los datos sobre movimientos de pacientes.

A continuación presentamos cuatro cuadros que concierne al movimiento de pacientes atendidos por la Tuberculosis Pulmonar en las tres Unidades durante los últimos cuatro años 1977, 1978, 1979 y 1980, el primero de ellos nos muestra el resumen de ingresos, salida y del saldo de pacientes en tratamiento en esos cuatro años en las tres Unidades del Seguro Social y los restantes los describe el número preciso en cada uno de los años por lo que el análisis se va a hacer en forma general y solo para caso importante nos remitimos al cuadro particular, hacemos un glosario de los términos INGRESO, SALIDAS, PACIENTES EN TRATAMIENTO, para evitar cualquiera confusión.

DEFINICION CONCEPTUAL

INGRESOS :

Se denomina paciente nuevo a todas aquellas personas que están afectadas por el flagelo de la Tuberculosis Pulmonar, las cuales llegan por primera vez a formar parte de un tratamiento de rehabilitación.

REINGRESO :

Son aquellas personas que reingresan al programa por haberse reactivado la enfermedad al igual que aquellos individuos que han desertado

TRASLADADOS A OTROS SERVICIOS :

Son aquellos pacientes que son remitidos a otras Unidades.

3.1 RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES EN LOS CUATRO AÑOS DEL ESTUDIO

EN LAS TRES (3) UNIDADES DE LA SECCIONAL DEL ATLANTICO

Movimiento	INGRESOS				SALIDAS				PTES. EN TRATAMIENTO			
Unidad	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980
Programática No. 1	88	80	86	81	66	128	118	141	1.785	1.737	1.673	1.613
Programática No. 2	24	21	19	32	13	12	13	22	270	279	285	295
Programática No. 3	77	66	82	75	33	63	84	77	781	784	782	780
TOTALES :	189	167	187	188	112	203	215	248	2.836	2.800	2.740	2.688

La casilla de INGRESOS incluye los siguientes aspectos :

- Nuevos
- Reingresados por : Perdidos - Reactivados
- Traslados de otros servicios

La Casilla de SALIDAS incluye :

Mejoría
Trasladados a otros servicios
Perdidos
Muertos

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO

3.1.1 RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AÑO 1.977

EN LAS TRES (3) UNIDADES DEL INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL

SECCIONAL ATLANTICO

Movimiento Unidad	INGRESOS	SALIDAS	PACIENTES EN TRATAMIENTO
Programática Sur	88	66	1.785
Programática Centro	77	33	781
Programática Norte	24	13	270
TOTALES :	189	112	2.836

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO

3.1.2 RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AÑO 1.978 EN LAS

TRES UNIDADES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL

ATLANTICO

Movimiento Unidad	INGRESOS	SALIDAS	PACIENTES EN TRATAMIENTO
Programática Sur	80	128	1.737
Programática Centro	66	63	784
Programática Norte	21	12	279
TOTALES :	167	203	2.800

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL DEL ATLANTICO

3.1.3 RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AÑO 1.979 EN

LOS TRES (3) UNIDADES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECCIONAL ATLANTICO

Movimiento Unidad	EGRESOS	SALIDAS	PACIENTES EN TRATAMIENTO
Programática Sur	86	118	1.673
Programática Centro	82	84	782
Programática Norte	19	13	285
TOTALES :	187	215	2.740

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL SECCIONAL DEL ATLANTICO

3.1.4 RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AÑO 1980 EN

LAS TRES (3) UNIDADES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECCIONAL ATLANTICO

Movimiento Unidad	INGRESOS	SALIDAS	PACIENTES EN TRATAMIENTO
Programática Sur	81	141	1.613
Programática Centro	75	77	780
Programática Norte	32	22	295
TOTALES :	188	248	2.688

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL DEL ATLANTICO

3.1.5 ANALISIS DE LOS DATOS SOBRE MOVIMIENTO DE PACIENTES

Tal como está establecido en la zonificación en la Sección Atlántico del Instituto de Seguridad Social vemos que cada una de las Unidades atiende a sectores geográfico de la población que responde también a la distribución socio - económica de ella en términos menos favorecida en el sector de la clase trabajadora así: Unidad No. 1, cubre a una población que podríamos ubicar a nivel de proletariado marginal que habita en lugares en donde no se dan las condiciones mínimas de supervivencias sociales en materia de servicios públicos, e higiene tales como: Tucán, Ferrer, Los Ríos, Salamanca, y otros sectores que lo ubican como la Unidad que atiende al sector menos favorecido de la población trabajadora. La Unidad No. 2 atiende dentro de esta distribución a la población más favorecida socio - económicamente tales como: El Prado, Porvenir, Recreo, y la tercera que atiende a lo que podríamos llamar el nivel popular medio de vida de nuestro proletariado al atender a comunidades tales como : Bosque, La Victoria, Las Palmas, Los Andes, San Felipe.

El Cuadro No. 1 Nos muestra el movimiento de los pacientes en los 4 años objeto del estudio y su distribución de acuerdo a ingresos, a salidas y a los pacientes que quedan en tratamiento o que se encuentran sometidos a tratamiento en el estudio; por ejemplo en el año de 1977 encontramos un total de 189 ingresos en las tres unidades de 167 en el 78,

de 187 en el 79, y 188 en el 80, con mayores cifras en la Unidad No. 1 y No. 3, que son las que atienden a la población menos favorecida de la clase trabajadora y que habita en aquellos sectores que hemos calificado en tal forma en el aparte anterior. En esos mismos años se produjo un total de 112 salidas en 1979, de 203 en 1978, de 215 en el 79, y 248 en 1980, cuya distribución de acuerdo a mejorías, traslados, pérdidas o defunciones va a ser motivo de análisis en cuadros posteriores. En el año de 1977 habían 2.836 pacientes en tratamiento lo que de por sí es una cifra bastante alta para una sola enfermedad frente a la cobertura del Instituto de Seguridad Social en la ciudad; para 1980 muestra un guarismo de 2.688 pacientes en tratamiento afectados por la tuberculosis. Los cuadros 2, 3, 4 y 5 ilustran este movimiento de acuerdo a cada unidad en cada uno de los años del estudio lo que por ejemplo en el año 1980 muestra que hubo un total de 188 ingresos de los cuales 81 se verificaron en la unidad No. 1 también llamada Programática Sur, 75 en la Unidad No. 3 y sólo 32 en la Unidad No. 2 o Programática Norte, lo que nos indica una relación evidente entre las condiciones de vida, en que se mantienen las personas en las diferentes zonas geográficas de la ciudad y la presencia del flagelo de la tuberculosis pulmonar.

3. RESUMEN ESTADISTICO DE LA POBLACION ATENDIDA EN LAS
TRES UNIDADES PROGRAMATICAS DEL INSTITUTO DE SEGU-
RIDAD SOCIAL DE LA SECCIONAL DEL ATLANTICO

3.2 Resumen de los cuatro (4) años

3.2.1 Resumen año 1.977

3.2.2 Resumen año 1.978

3.2.3 Resumen año 1.979

3.2.4 Resumen año 1.980

3.2.5 Análisis sobre Investigación de Convivientes

3.2 RESUMEN DE INVESTIGACION DE CONVIVIENTES EN LOS CUATRO (4) AÑOS DEL ESTUDIO

EN LAS TRES UNIDADES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECCIONAL ATLANTICO

Investigación a:	INSCRITOS				EXAMINADOS				ENFERMOS				TOTAL EN LOS 4 AÑOS		
UNIDAD	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980	Inschr.	Exam.	Enfer.
Programática Sur	843	1152	1238	225	843	1152	1232	22	7	2	108	0	3458	3449	117
Programática Norte	92	86	79	129	98	73	89	92	0	0	0	0	386	352	0
Programática Centro	305	399	343	474	102	74	112	144	6	5	4	10	1.521	432	25
TOTALES :	1240	1637	1660	829	1043	1299	1433	428	15	7	112	10	5.365	4.203	144

DATOS OBTENIDOS EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECCIONAL ATLANTICO

El Cuadro No. 6 nos muestra que en el año de 1977 se inscribieron un total de 1.240 pacientes para el examen radiológico de los cuales 843 se inscribieron en la Unidad No. 1, 305 en la Unidad No. 3 y solo 92 se inscribieron en la Unidad No. 2.

Igualmente en el año de 1980 se inscribieron 225 en la Unidad No. 1 y 474 en la Unidad No. 3 lo que nos muestra un progresivo aumento de inscripciones para exámenes radiológico en esta última Unidad que se explica por ampliación de su cobertura y también nos muestra el cuadro un aumento en la Unidad No. 2, pero siempre se mantienen más alto la cifra en las Unidades Nos. 1 y 3, ahora de esos pacientes por ejemplo de los 225 inscritos en 1980 en la Unidad No. 1 se examinaron 222 por lo que encontramos una pérdida de tres pacientes es decir personas que se inscribieron pero no se presentaron por razones que debe de investigar el Trabajador Social al examen radiológico, y de 474 inscritos en el mismo año en la Unidad No. 3 solo se presentaron al examen 144 personas con una pérdida de 303 inscritos que nos señala ya uno de los aspectos en los que debe concentrarse la atención del trabajador social en su labor preventiva.

Del total de 428 personas examinadas en 1980 resultaron más de 10 personas, y 92 examinados en la Unidad No. 2 ninguno resultó positivo cosa que sucedió igualmente en la Unidad No. 1. Un dato que vie-

ne a confirmar la relación que hemos establecido entre nivel de vida y presencia de la tuberculosis en la población de acuerdo a su ubicación geográfica respecto a la zona marginales de la comunidad lo constituye el hecho que ninguno de los 352 pacientes examinados en la Unidad No. 2 en los cuatro años resultó más mientras que en la Unidad No. 1 de 3.449 examinados 117 resultaron positivos, y de 432 en la Unidad 3, 25 también estaban afectados.

Una consideración que es producto de la experiencia de los Trabajadores Sociales y médicos del Seguro, es el caso que gran parte de los pacientes que se inscriben para el examen radiofónico y luego no se presentan a él, lo hace por temor y nosotros encontramos en los datos estadísticos del cuadro que en la Unidad que mayor pérdida se produce es la No. 3 siguiéndole en número la Unidad No. 1 y en último lugar la Unidad No. 2 con solo 34 pacientes perdidos.

Los cuadros siguientes nos muestran la ocurrencia de este fenómeno describiendo individualmente en cada uno de los años del estudio.

3.2.1 INVESTIGACION DE CONVIVIENTES AÑO 1977

Investigación a: Unidad	INSCRITOS	EXAMINAD.	ENFERM.	TOTALES
Programática Sur	843	843	7	1.693
Programática Norte	92	98	-	180
Programática Centro	305	102	6	413
TOTALES :	1.240	1.043	15.	2.290

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO

3.2.2 INVESTIGACION DE CONVIVIENTES AÑO DE 1.978

Investigación a : Unidad	INSCRITOS	EXAMINADOS	ENFERMOS	TOTALES
Programática Sur	1.152	1.152	2	2.036
Programática Norte	86	73	-	159
Programática Centro	399	74	5	478
Totales :	1.637	1.299	7	2.943

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO

3.2.3 INVESTIGACION DE CONVIVIENTES AÑO DE 1.979

Investigación a: Unidad	INSCRITOS	EXAMINADOS	ENFERMOS	TOTALES
Programática Sur	1.238	1.232	108	2.578
Programática Norte	79	89	-	168
Programática Centro	343	112	4	459
TOTALES :	1.660	1.433	112	3.205

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO

3.2.4 INVESTIGACION DE CONVIVIENTES AÑO DE 1.980

Investigar a : Unidad	INSCRITOS	EXAMINADOS	ENFERMOS	TOTALES
Programática Centro	474	144	10	718
Programática Norte	129	92	0	221
Programática Sur	225	222	0	447
TOTALES :	829	428	10	1.383

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL SECCIONAL DEL ATLANTICO

3.2.5 DEFINICION CONCEPTUAL :

INSCRITOS :

Son aquellas personas que se han inscrito al programa de medicina preventiva para que se les practique una investigación epidemiológica para evitar posibles contagios, estas personas son inscritas por un afiliado afectado.

EXAMINADOS :

Son todas aquellas personas inscritas al programa que recibe un tratamiento médico preventivo.

ENFERMOS:

Son todas aquellas personas que han resultado con lesiones pulmonares leves o agudas después de haberle hecho la investigación epidemiológica.

ANALISIS DE LOS DATOS SOBRE INVESTIGACION DE CONVIVIENTES :

A continuación realizamos el análisis de los cuadros referentes a los datos estadísticos de la población atendida en las tres Unidades de acuerdo a los renglones de inscripción, examen, resultados positivos es decir aquellos que examinados resultan enfermo.

3. RESUMEN ESTADISTICO DE LA POBLACION ATENDIDA EN LAS
TRES UNIDADES PROGRAMATICAS DE LA SECCIONAL ATLANTICO
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

3.3 Resumen de los 4 años

3.3.1 Resumen año 1.977

3.3.2 Resumen año 1.978

3.3.3 Resumen año 1.979

3.3.4 Resumen año 1.980

3.3.5 Análisis de los datos de las entrevistas social domiciliarias.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

ENTREVISTAS SOCIAL DOMICILIARIAS :

Esta es la labor que realiza el Departamento de Trabajo Social en coordinación con medicina preventiva la cual es realizada por el Trabajador Social y la Auxiliar en Trabajo Social.

RENUENTES :

Se denomina renuente a aquellas personas que habiendo recibido educación sanitaria desertan del programa ya sea por causa psicológicas, sociales y económicas, tocando al Departamento de Trabajo Social la labor de concientización y motivación para que reingrese al programa.

CONTACTOS :

Es la persona que adquiere la enfermedad de tuberculosis por estar en contacto directo con un agente portador activo. El Departamento realiza esta entrevista social domiciliaria con el propósito de impartir educación sanitaria y ver el número de convivientes para que a este se le haga investigación epidemiológica y así evitar nuevos casos en la familia y por lo tanto en la comunidad.

OTROS :

Son los controles que se le practican al paciente que está inscrito al programa de medicina preventiva y tenga problemas de tipo laboral y familiar

debido a la enfermedad con el fin de dar orientación al problema que lo afecta.

3.3 RESUMEN DE VISITAS DOMICILIARIAS A LOS PACIENTES EN LOS CUATRO (4)

AÑOS DEL ESTUDIO

Visitas a :	RENUENTES				CONTACTOS				OTROS			
Unidad	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980
Programática Sur	45	64	29	37	66	49	27	12	2	24	20	5
Programática Centro	12	5	9	78	17	17	27	18	5	34	26	3
Programática Norte	13	3	6	6	14	11	12	5	0	0	0	0
TOTALES :	70	72	49	121	97	77	66	35	7	58	46	8

DATOS OBTENIDOS EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA SECCIONAL DEL ATLANTICO

3.3.1 DATOS SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS 1.977

Visitas a : Unidad	RENUENTES	CONTACTOS	OTROS
Programática Sur	45	66	2
Programática Centro	12	17	5
Programática Norte	13	14	0
TOTALES :	70	97	7

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL DEL ATLANTICO

3.3.2 DATOS SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS 1.978

Visitas a: Unidad :	RENUENTES	CONTACTOS	OTROS
Programática Sur	64	49	24
Programática Norte	3	11	0
Programática Centro	5	17	34
TOTALES :	72	77	58

DATOS OBTENIDOS EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA SECCIONAL ATLANTICO

3.3.3 DATOS SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS AÑO 1.979

Visitas a: Unidad :	RENUEVENTES	CONTACTOS	OTROS
Programática Sur	29	27	20
Programática Norte	6	12	0
Programática Centro	9	27	26
TOTALES :	49	66	46

DATOS OBTENIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA. INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL DE ATLANTICO

3.3.4 DATOS SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS AÑO DE 1980

Visitas a : Unidad	RENUENTES	CONTACTOS	OTROS
Programática Sur	37	12	5
Programática Norte	6	18	0
Programática Centro	78	5	3
TOTALES :	121	35	8

DATOS OBTENIDOS EN EL DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA. INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECCIONAL ATLANTICO

3.3.5 ANALISIS DE LOS DATOS DE LAS ENTREVISTAS SOCIALES DOMICILIARIAS :

Los cuadros 11, 12, 13, 14, 15, nos muestran la intervención del Trabajador Social en el tratamiento de la problemática de la tuberculosis pulmonar de la población atendida en el Instituto de Seguridad Social en el cual interviene el Trabajador Social, no sólo en el aspecto hospitalario y ambulatorio, en las reuniones de terapia grupal y en la educación familiar, con la realización de la entrevista social domiciliaria que se realizan con el fin de recuperar al paciente o promocionar la realización del examen radiológico periódico en las empresas cuya distribución en entrevistas a pacientes renuentes, y a pacientes que adquirieron la enfermedad por contacto con pacientes antiguos como es el caso de los familiares de los afiliados y otros o entrevista que se realizan a los presente en tratamiento con el fin de observar la situación familiar y laboral.

El cuadro nos señala que la Unidad en la que menos hubo necesidad de realizar entrevista social domiciliaria de control ubicada en la casilla " otros" fué en la Unidad No. 2 en la que no se realizó ninguna entrevista por cuanto de los pacientes examinados en ella ningún resultó enfermo mientras en las otras unidades estas visitas se realizaron por una

frecuencia proporcional a la población que resultó positiva pero con una disminución bastante fuerte en el año de 1980 lo que refleja las críticas que se le ha venido haciendo al Seguro Social y particularmente a la sección del Trabajador Social sobre la burocratización en su dependencia al reducirse así el tratamiento ambulatorio y disminuir la participación del profesional de Trabajo Social en la medicina preventiva especialmente ante una enfermedad en la que la prevención debe ser la tarea fundamental del Trabajador Social y de todo el equipo interdisciplinario.

EVALUACION CRITICA DE LA ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN
LA PROBLEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL INSTI-
TUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL DEL ATLANTICO

4. EL TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECCIONAL ATLANTICO

4.1 Intervención del Trabajo Social en el Programa de Medicina
Preventiva

4.2 Acción Interdisciplinaria

4.3 Intervención del Equipo Interdisciplinario

4.4 Limitaciones Estructurales

4.5 Limitaciones Profesionales

4.6 Aporte del Trabajador Social en el área de la Salud y Especi -
ficaciones en el campo de la Tuberculosis Pulmonar.

CAPITULO 4

4. EL TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO.

El problema de la tuberculosis pulmonar es propio de estructuras sociales en el cual el problema de la salud depende directamente de la capacidad sobre alimenticia para un desarrollo físico y biológico que permite contrarrestar dicho fenómeno. Aún más el campo de la salud se rige en relación a una medicina de tipo privado y oficial, en donde vemos que a pesar de los esfuerzos realizados por nuestros gobernantes les es imposible erradicar los problemas de salud en la población colombiana.

La acción del Trabajador Social en el campo de la salud y en particular para con los tuberculosos es muy limitada ya que el mismo; sólo pone en práctica una serie de actividades de acuerdo a como lo establece una estructura rígida y vertical de nuestras instituciones tanto a nivel privado, oficial y semi - oficial.

Cabe agregar, cuando difícil y crítico es la situación frente al desproporcionado aumento de la tuberculosis pulmonar y su incidencia en la mor-

talidad por efectos de dichos flagelos, a todos los campos de las ciencias ante el problema que hoy afecta un gran porcentaje de la población colombiana tocado por este problema de la tuberculosis pulmonar a nivel nacional y en particular a nivel regional. La acción del Trabajador Social como bien sabemos se encamina a primera instancia a cumplir funciones que permitan orientaciones sobre causas, prevenciones y consecuencias ante los pacientes a nivel de caso grupo y comunidad.

El Trabajador Social con sus métodos y teorías y basados en su práctica a la anterior, ha logrado una racionalización en el desempeño del - mejoramiento de sus acciones ante sus diferentes tópicos que se vé enfrentados para el logro de políticas coordinadas por los directivos y grupos interdisciplinarios para acciones en la salubridad de la población atendida por el Instituto de Seguridad Social podemos resumir tres aspectos fundamentales acerca de la acción del Trabajador Social ante el problema de la Tuberculosis Pulmonar en la Sección Atlántico.

1. Las políticas del Trabajador Social no son muy claras a nivel del Instituto de Seguridad Social en la medida en que no existen compenetración de campo, fenómeno que trae una serie de incidencias que repercuten en la no consecución del tratamiento trayendo consigo consecuencias a los pacientes afectados por esta enfermedad, que indirectamente propagan y hace más desesperado el estado psicológico so-

cial y de salud en los mismos y en su núcleo familiar.

2. Desde el punto de vista crítico consideramos que la acción o el papel que juega el Trabajador Social ante los afectados por la tuberculosis pulmonar solo cumplen acciones secundarias en la medida en que éste paciente es remitido directamente por el departamento de medicina preventiva en lo que podríamos llamar un curataje psicológico que consideramos es la parte fundamental de compenetración del Trabajador Social para con el afectado.
3. No existe en el Instituto de Seguridad Social métodos diferentes a los tradicionales es decir, no se les dá la oportunidad al Trabajador Social para que tenga capacidad crítica ante esos moldes estrechos que presentan la estructura del Instituto de Seguridad Social, además el estado de capacitación es poco o casi nulo, no permitiéndole al mínimo desarrollo teórico ni creativo, en la medida en que no se desarrollan planes y políticas que partan precisamente de los aportes que pueda presentar el campo del Trabajador Social para un mejoramiento y una mejor acción interdisciplinaria con los demás campos médicos y paramédicos.

El Trabajador Social en el Instituto de Seguridad Social no tiene un manual de funciones establecidas sino una serie de actividades que en la medida que se realizan en forma rutinaria se convierte en funciones y son

las siguientes :

1. Realizan trabajos intramural y extramural
2. Selección de comunidades adscritas a la unidad programática Sur, las cuales no han sido estudiadas; correspondiéndole la educación en cuanto a la medicina preventiva se refiere (*)
3. Formación de grupos intramural con los pacientes afectados por las siguientes enfermedades Hipertensión arterial, Diabetes, Tuberculosis, Materno Infantil, Siquiátricos, Venéreas , a los cuales se les dictan charlas con el concurso interdisciplinario.
4. También tiene ~~su~~ intervención en las diferentes secciones que conforman la unidad programática Sur. (*)
5. Reuniones con los líderes sindicales y gerentes de las diferentes empresas vinculadas al Instituto con el fin de que ellos expongan las fallas del Instituto de Seguridad Social, para en base de esto mejorar los servicios (*).

La intervención del Trabajador Social en el Instituto de Seguridad Social con relación a los pacientes afectados por la Tuberculosis Pulmonar es una labor terapéutica ya que el paciente es tratado ambulatoriamente no perdiéndose el contacto con los familiares.

(*) Este tipo de intervención solo se dá en la Unidad No. 1

A continuación se adjunta el Programa de Tuberculosis Pulmonar que está realizando el Departamento de Trabajo Social en el Instituto de Seguridad Social.

4.1 INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA.

Teniendo en cuenta el sistema de medicina familiar, no sólo se limita a la función curativa, sino que debe extender su acción en el campo preventivo y promocional, creemos conviene presentar el aporte de que la profesión de Trabajo Social puede y debe ofrecer al Programa General de Medicina Preventiva en el sistema de Medicina Familiar.⁽⁵⁾

OBJETIVOS GENERALES :

1. Colaborar en la planeación y ejecución de los programas de educación para la salud; con el fin de asegurar su proyección a los afiliados a la familia y a la comunidad.
2. Establecer acciones que tiendan a prevenir las enfermedades y su evolución.
3. Fomentar la salud entre los afiliados, la familia y la comunidad
4. Procurar por la organización de las acciones que tienda a la prevención y promoción en el campo de la salud.

(5) Pérez de Montoya Clemencia y Lumbana Emma, El trabajo Social en el campo de la salud. 1975. pag. 11

5. Elevar el nivel de vida en los aspectos sanitarios, coordinar los recursos internos y externos para unificar los esfuerzos de la colectividad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

1. Educar al afiliado y a su familia en los aspectos que la medicina preventiva cubre.
2. Proporcionar apoyo al paciente y a su familia cuando la enfermedad que padece lo tensiona emocional y moralmente.
3. Tratar de satisfacer las demandas y provenientes en lo que respecta a sus problemas, necesidades o intereses de tipo : social, económico y familiar.
4. Concientizar al individuo a su enfermedad para que participe en su recuperación.
5. Detectar, capacitar y promover líderes que participen en los programas de salud de la comunidad.
6. Logar al máximo la participación de la comunidad en los programas de salud que el Instituto de Seguridad Social efectúe.

4.2 Acción Interdisciplinaria

Al hablar de acción interdisciplinaria podemos denotar que el campo del Trabajo Social se ubica en el paramédico y su posición está subordinada

al campo médico. Es un problema bastante grave y consideramos que de alta transcendencia para los afiliados y su derecho ambiente del Instituto de Seguridad Social .

El paciente afectado por la tuberculosis pulmonar es tratado por primera instancia por el departamento de medicina preventiva y éste a la vez remite al Trabajador Social a fin de preservar en el paciente una serie de prevenciones en orden de importancia, como es el individuo, núcleo familiar, áreas laboral y comunidad.

Que van a dar como consecuencia limitaciones y dificultades para la consecución del tratamiento de los afectados por la Tuberculosis y otras enfermedades promovidas por el estado de insalubridad , desempleo, hambre, etc, en la población colombiana.

4.3 Intervención del Trabajador Social en el Equipo Interdisciplinario

El objetivo de Trabajo Social en equipo es atender la salud integral del paciente en los diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales y de esta forma contribuir de una manera más efectiva a mantener y recuperar su salud.

El equipo interdisciplinario debe estar constituido por el personal médico, paramédico, administrativo y por la Trabajadora Social.

Para su correcto funcionamiento se hace indispensable realizar pro-

gramaciones y evaluaciones periódicas con el propósito de que las diversas actividades correspondan a las necesidades y a las circunstancias específicas de cada lugar.

El Trabajador Social elabora planes o cursos de acción para llevar a cabo los objetivos que hacen relación a sus programas. Su aporte se basa en todo aquellos que hace referencia a la parte social del programa a través de los métodos y técnicas propias de la profesión.

El Trabajo Médico en equipo, que es la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y sus familiares, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de la recuperación y el mantenimiento de la salud.

Existen muchas maneras de ayudar al enfermo. La medicina es una de ellas, la enfermería y el trabajo social, son otras. La ayuda que el paciente requiere depende de un número de factores: la naturaleza de la enfermedad en sí la personalidad del paciente, el ambiente social de 1 que forma parte y los recursos de que dispone.

Las necesidades del paciente a menudo son complejas y requieren diversos tipos de ayuda al mismo tiempo.

Las enfermedades tienen implicaciones debidas a problemas internos del enfermo o de su ambiente, o que le impidan pasar a la recuperación física y de la recuperación física al restablecimiento de la vida social.

Puede haber también algo en la naturaleza de la enfermedad que tenga consecuencia serias para el paciente o para las normas de vida que le eran habituales.

Ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos y destrezas para solucionar problemas que requieren tecnicas pertenecientes a distintas disciplinas.

Las que deben ser aportadas por el médico, la enfermera, el Trabajador Social, el sicólogo, la dietista y otros terapeutas. Cada uno de estos profesionales trabajando aislados o individualmente con un mismo paciente, no podrían de ninguna manera lograr su recuperación aunque aplicasen al máximo sus conocimientos. Es por ello que una de las características del tratamiento moderno es el Trabajo Social en equipo.

El Trabajo Social en equipo en el campo médico está creado a la nutua comprensión generada por dos o más personas que ofrecen servicios diferentes, aunque relacionados del área particular de competencia en

en que se ha ido adiestrando el profesional para ofrecer un servicio específico y el conocimiento, comprensión y apreciación del valor que pueden tener de este servicio los otros miembros con miras a su total recuperación.

4.4 Limitaciones Estructurales

Hablando sobre el problema que nos atañe en consecuencia tocamos el plano de la salud en Colombia y los planes políticos que el gobierno pone en marcha para el desarrollo económico y social de la nación colombiana.

Hemos analizado que siendo el Instituto de Seguridad Social una institución de carácter semioficial éste pone en marcha, en parte los planes de salud propuestos por el gobierno pero a decir verdad las políticas de salud tienen sus orientaciones propias, es decir parte de su estructura de acuerdo a su conformación, capacidad y ubicación sectorial, ello es, la condición socio - económica de los afiliados poniendo en marcha planes y políticas para la preservación de la salud, riesgos y medicina familiar para un bajo porcentaje de la población colombiana, tan solo es para aquellos afiliados no teniendo en cuenta el bajo porcentaje de la población desempleada y semiempleada.

Hablando de las limitaciones estructurales el Instituto de Seguridad Social lo rige una estructura férrea o sea, que las políticas y los planes

de salud que desarrolla se ejecutan, refleja en una u otra forma la estructura de nuestra sociedad capitalista, presentando con ellos limitaciones de carácter estructurales tales : Un no acertado cumplimiento en los objetivos y propósitos que presentan dicha institución, basado en las múltiples y permanentes quejas presentadas por los afiliados debido al deficiente servicio y al manejo mal de la distribución para la ejecución de programas que presentan limitaciones en su no ejecución por la falta y carencia de coordinación inter- disciplinaria en los cuerpos médicos y paramédicos.

Por otra parte la misma composición heterogénea de los afiliados que muchas veces carente de una educación presentan renuncias para la ejecución de dichas políticas fomentadas por el Instituto de Seguridad Social toma dentro del Instituto de por sí presenta limitaciones dado, la diversidad de métodos, en torno a la función del trabajador social en sus funciones paramédico y en la medida en que sirve de válvula de escape y a la vez disfraza y encubre la verdadera realidad por la que atraviesa dicha institución, presentando con ello consecuencias críticas para el afiliado de la misma.

Por otra parte la misma estructura de nuestra sociedad garantiza la permanencia de problemas en el campo de la salud incidiendo en un grado de descomposición social que en una u otra forma van a tener sus

repercusiones dentro del Instituto de Seguridad Social como manifestaciones o efecto de la estructura de nuestra sociedad garantiza la permanencia de problemas en el campo de la salud incidiendo en un grado de descomposición social que en una u otra forma van a tener sus repercusiones dentro del Instituto de Seguridad Social como manifestaciones o efecto de la estructura social capitalista. Generando limitaciones en los planes y políticas que la institución ejecuta en materia de salud a sus afiliados.

4.5 Limitaciones Profesionales

El campo de la ciencia en los marcos estructurales de nuestro sistema capitalista, tiene de por sí ciertas limitaciones, partiendo de los mismos principios que rigen a las mismas, en la medida en que cada uno de estos promulgan su independencia sin tener en cuenta muchas veces los aportes y desarrollo que otros campos de la ciencia pueden brindar, para una complementación o incidencia en un campo en particular.

El campo de Trabajo Social, hoy por hoy, se vé envuelto en un cuestionamiento acerca de su quehacer, es indiscutible que para nosotras está claro que nuestra acción profesional se encamina al mejoramiento de las condiciones socio - económicas, en los aspectos que le atañen. Sin embargo dentro de nuestra racionalización hemos visto cuán difícil es el desempeño consciente de un Trabajador Social, en los marcos

institucionales dado el carácter rígido y vertical que estos poseen y que no son más que representaciones de nuestra estructura social capitalista.

El trabajo social en relación con los demás campos de la ciencia social a afines, representan para estos (Psicología, Medicina General, Sociología), un aspecto importante para la estructuración para las ciencias sociales en general y el Trabajo Social en particular, partimos de los mismos métodos para ubicarnos en un término más concreto, tal es la discusión si es o no el Trabajo Social una ciencia social; consciente sacamos adelante que nuestro campo a pesar de las limitaciones teóricas y metodológicas, sigue adelante a fin de concretar un cuerpo de teoría basada en algo concreto partiendo de las exigencias y necesidades en la comunidad base y fundamental en la cual miramos con seriedad dos grandes problemas y la toma consciente para los cambios y transformaciones que se requieren tomando posiciones de clase y ubicándonos con una teoría y método científico, que puedan encauzar las grandes transformaciones de nuestra sociedad, presentándoles a los mismos un accionar conjunto con todos los campos de la ciencia social, capaz de sacar adelante los moldes y pertrechos a que se ven sometidos los campos de la ciencia, reproduciendo una concesión puesta a los intereses y necesidades de la Comunidad.

4.6 Aportes del Trabajador Social en el Area de la salud y específicamente en el Campo de la Tuberculosis Pulmonar.

Para el desarrollo del presente aspecto como lo es el aporte del trabajador social en el campo de la salud y específicamente en el campo de la Tuberculosis Pulmonar en el Instituto de Seguridad Social, es de gran importancia y transcendencia dada a las múltiples y difíciles circunstancias por los que el campo del Trabajo Social suscita en lo relacionado, con la consecución por los objetivos propuestos y programados por dicha institución, en el área de la salud en general y de la tuberculosis pulmonar en particular.

Sabido es que el aporte que brinda el accionar del Trabajador Social en el área de la salud, es de valiosa importancia, ya que él, revestido de un actuar consciente y siendo parte de un equipo interdisciplinario para encontrar y buscar soluciones tendientes a mejorar y presentar salidas que logren canalizar alternativas a pacientes afectados por enfermedades infecto - contagiosas y en el área de la salud en general. Consideramos de mucha necesidad para la " solución" de la erradicación de dicha enfermedad, con el concurso de la medicina que logran en su actuar tratamiento para contrarrestar, neutralizar y erradicar la enfermedad infecto - contagiosa en los afiliados en la U.P.Z.S . con el problema de la Tuberculosis Pulmonar.

Es al Trabajador Social quien lo compete en sus funciones profesionales dentro de la Institución del Seguro Social ejecutar políticas que logren llevar salidas al paciente o pacientes que busquen en forma desesperada algún alivio que permita fortalecerlo para lograr superarse problemas de tipo emocional que muchas veces es parte que el cuerpo médico si bien llega a él no logra presentarle salidas concretas que incida en ir afianzando seguridad, proveer y preservar la reproducción del foco infecto - contagioso en el núcleo familiar, la comunidad y sitios de trabajo. Es por lo tanto a este Trabajador Social quien de manera permanente está estrechamente relacionado y estudiando en ese paciente no sólo sus condiciones materiales y objetivas (físicas, económicas, culturales y sociales) sino además la parte que consideramos piedra angular de nuestro actuar profesional en el campo de la salud como es el estado de seguridad emocional que muchas veces incide en la no curación psicológica del paciente, en sus allegados y familiares inmediatos.

El aporte del Trabajador Social en el campo de la salud, consiste en actuar programado y coordinado con la medicina preventiva y medicina familiar, capaz de lograr en forma conjunta, soluciones para la erradicación de la enfermedad que afecta al paciente en primera instancia. También promueve una acción de tipo educativo a nivel familiar y particular en el paciente, tal es : el fomentar métodos y nor-

lítica de planificación familiar, en materia de salud, a nivel de otras áreas de carácter público, para en forma conjunta ir mejorando la salud tal es el de preveer la preservación tanto de su medio y de sus allegados de los mismos. Lo anterior claro está es fruto del esfuerzo constante que el trabajador realiza para encauzarse y compenetrarse con su actuar profesional, en todos los problemas de salud que hoy afectan a la población afiliada a la de trabajadores en el Instituto de Seguridad Social.

En lo relacionado ya en forma más específica como es el problema de salud, cabe tanto a nivel individual, como de conjunto, a través de charlas directamente relacionada con aspectos que tocan el problema de la Tuberculosis en los pacientes hoy afectados por dicho problema, y también partiendo ese trabajador social de algunos elementos promovidos directamente por dichos afectados para un mejor conocimiento de su enfermedad y consecuencia de la misma.

En síntesis es mucha la importancia del campo de Trabajo Social en el área de la salud, aunque somos consciente que de aporte concretamente son pocos los que han realizado debido al poco tiempo de haberse iniciado nuestro campo y su actuar profesional a nivel institucional y más concretamente en el área de la salud.

EL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR UNA CONCEPCION PREVEN_
TIVA DE LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES CON LA TUBERCULOSIS
EN BARRANQUILLA

5.1 Naturaleza del Programa de Medicina Familiar

5.2 Antecedentes

5.3 Implantación del Programa en Colombia

5.4 Barranquilla Centro Piloto para el Programa

5.5 Implicaciones para el Trabajo Social y para la prevención y de-
tección de enfermedades como la Tuberculosis.

5.6 Evaluación de su desarrollo en la ciudad hasta el momento

CAPITULO 5

5.1 Naturaleza del Programa de Medicina Familiar sistema familiar

"Es un mecanismo a través del cual los recursos humanos y la capacidad instalada, se organizan por medio de una estructura administrativa y de una tecnología médica, para ofrecer prestaciones de salud integral, en cantidad suficiente y en calidad adecuada, con el fin de cubrir la demanda de servicios de los asegurados y la familiar a un costo compatible con sus beneficios." (6)

Objetivos:

La optimización de los niveles de salud de los grupos familiares que integran la comunidad, con el desarrollo de actividades para proteger, fomentar y recuperar la salud; actividades que deben ser planificadas y administradas por un comando único.

Políticas:

Al tiempo que se considera que los métodos y procedimientos usados en la actualidad para la prestación de los servicios médicos no son los aconsejables para proteger la familia del usuario, se reconoce también la urgencia de propiciar cambios que modifiquen la actitud y conducta de la comunidad respecto al área asistencial del instituto.

El sistema asistencial del Instituto de Seguridad Social debe reproducir, del ejercicio de la medicina privada, aquellas prácticas tendien-

(6) Folleto del Sistema de Medicina Familiar. Manual de Consulta Externa 1974. pag. 3

tes a fortalecer la relación médico - paciente.

La necesidad de organizar y coordinar el Trabajo entre médicos generales, especialistas, medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y entidades hospitalarias, para una atención médica integral, es la lógica consecuencia de la complejidad de la medicina institucional y la impostergable necesidad del trabajo en equipo.

Para racionalizar y normalizar las demandas de los servicios, es necesario dar énfasis a medidas preventivas sobre las enfermedades comunicables, e implantar controles que eviten las consultas injustificadas con una permanente labor educativa.

El médico debe tener la responsabilidad de un grupo determinado de población con el fin de crear una estrecha relación afectiva y de confianza.

Conseguir por parte de los profesionales de la salud un pleno conocimiento de los aspectos físicos, psicológicos y sociales del núcleo humano a su cuidado.

Es necesario incrementar la condición de consejero y educador del médico .

Evitar la disminución de la productividad, elevando la calidad de los

servicios médicos a base del mejor estudio del paciente sobre historiales clínicos completos y únicos.

Metas:

Al tiempo que se considera que los métodos y procedimientos usados en la actualidad para la prestación de los servicios médicos no son los más aconsejables para proteger a la familia del usuario, se reconoce también la urgencia de propiciar cambios que modifiquen la actitud y conducta de la comunidad respecto al área asistencial del instituto.

Una política de salud del Instituto de Seguridad Social, debe ambientarse con los perfiles biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales de la población.

El sistema asistencial del Instituto de Seguridad Social debe reproducir las condiciones de Trabajo Social que existe en la práctica del ejercicio de la medicina privada, tratando de fortalecer al máximo las relaciones médico - paciente.

La esencia del sistema asistencial del Instituto de Seguridad Social debe fundamentarse en la libertad de decisión del médico haciéndole responsable de sus actitudes en lo que se relaciona con la correcta aten -

ción de la población que haya sido asignada.

5.2 Antecedentes

Desde el establecimiento del Instituto de Seguridad Social en Alemania en 1870 hasta nuestros días, se ha puesto en práctica numerosas modalidades de atención médica en las instituciones de Seguridad Social.

En Europa se conocieron todos los matices posibles y es así como se trabajó con las más clásicas medicinas liberal hasta llegar a la socialización completa de los países europeos, constituirse en medio eficaz para una justa distribución de la riqueza y permitir un mayor desarrollo social y económico.

En América, la cobertura limitada únicamente al Trabajador impuso sistemas de atención médicas ampliamente conocidos sobre los cuales es innecesario volver por ser semejante al imperante en el Instituto Colombiano de Seguridad Social.

El Instituto Mexicano de los Seguros Sociales fué el que abocó la implantación de un sistema de medicina familiar en 1.954 cuando su legislación laboral dió protección a las personas dependientes al Trabajador asegurado.

Luego de estudios previos para un cambio radical de la medicina liberal a la social, fué en marzo de 1.960 cuando se lanzó o se inauguró un plan experimental con médico de tiempo completo en México Distrito Federal, la experiencia lograda dió fundamentos claros para la extensión del sistema de medicina familiar a todo el Instituto, en 1964 fecha desde la cual es el procedimiento rector en el seguro mexicano.

5.3 Implantación del Programa en Colombia

En el año de 1.965, mediante la convención colectiva de trabajo pudo lograrse en la caja nacional de previsión, la prestación del servicio médico asistencial para los familiares de sus trabajadores, en similares condiciones a las previstas por el Decreto 433 de 1971.

Este servicio se prestó por el sistema de medicina familiar y en el lapso del primer año, la evolución permitió conocer que la relación porcentual en las consultas especializadas y la general fué del 25% cifra aceptada internacionalmente como normal, en contraste con el 71% encontrado en los servicios médicos prestados a los afiliados por el sistema médico imperante tanto en la caja como en el Instituto de Seguridad Social y demás entidades de Seguridad Social.

Se comprobó también que la demanda de consulta de afiliados por día descendió el 1%, cifra ésta también aceptada como normal para los países

de América Latina en contra del 1.5% de las atenciones de los trabajadores en general.

5.4 Barranquilla Centro Piloto para el Programa

La medicina familiar en Colombia, surge a partir del año de 1975 más concretamente según decreto 0770 de abril 30 de 1 mismo en el cual se otorga por parte del Instituto de Seguridad Social a los familiares de los trabajadores un seguro médico familiar que comenzó y se otorgó en forma regular a los familiares de los trabajadores afiliados al Instituto de Seguridad Social siendo Barranquilla el primer Centro en presentar dichos servicios.

Los campos de aplicación cobijaron al seguro de enfermedad y maternidad los trabajadores que prestan servicios a nivel público y privado o sea empresas industriales y comerciales tanto del estado como establecimiento público. Además los servicios de seguro médico familiar prestado como enfermedad común, accidente de trabajo, invalidez, vejez y muerte.

Otros aspecto que cobija el seguro de vida médico familiar es el servicio en favor de los hijos por parte de los afiliados como continuación lo anotamos.

GRUPOS FAMILIARES

PRIMER GRUPO

Esposa

Hijos menores de
18 años (legítimo
naturales o adoptivos)

SEGUNDO GRUPO

Compañera

Hijos menores de
18 años (legítimos
naturales y adoptivos)

TERCER GRUPO

Madre, Padre mayor de
60 años o de cualquier
edad si es inválido, her-
manos inválidos.

CUARTO GRUPO

Esposo inválido del
asegurado.

QUINTO GRUPO

Madre natural

Madre adoptiva

Padre adoptivo ma-
yor de 60 años o
inválido.

Por la anterior gráfica podemos comprender la embargadura y alcance de seguro médico familiar en el cual se entiende por seguro médico familiar sistema mediante el cual el Instituto de Seguridad Social se extiende la prestación médico asistencial prevista por el afiliado a la familia del mismo de acuerdo con las normas según el artículo tercero del decreto ley 0433 de 1.971. Este decreto estableció el sistema de cotización en relación con los recursos necesarios para cubrir las prestaciones y servicios así como los gastos de alimentación comprendiendo dicha definición alcance y transcendencia a nivel social en lo referente a medicina familiar. (7)

Veamos pues, dicha definición de la manera siguiente " El sistema de medicina familiar es un mecanismo a través del cual los recursos humanos y la capacidad instalada por medio de estructura administrativas y de una tecnología médica, para ofrecer prestaciones de salud integral, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, con sus beneficios". Según los objetivos propuestos por la medicina familiar es la consecución de mejores niveles de salud a los grupos de familia que integran o conforman la comunidad sumando actividades en torno a su desarrollo a través de políticas administradas por personal técnico capaz de sacar adelante la medicina familiar en los Insti-

(7) Sistema de medicina familiar una alternativa 1974. Pag. 10

tutos de Seguridad Social.

La medicina de la seguridad social, debe encuadrarse en los principios y prácticas de la medicina social, dentro de los cuales el médico tiene una predominancia indiscutible, la forma armónica como el profesional médico se integre a ella simientará unas sólidas bases para el logro de sus objetivos.

El desarrollo de la técnica de la ciencia ha conducido al trabajo en equipo como el mejor recurso para optimizar los resultados a la acción y a efecto del mismo.

No podía sustraerse de esta tendencia, la actividad asistencial, que cada día y en mayor grado, sustituye la atención personal y directa del médico al paciente, para depositar esa responsabilidad en equipos humanos integrados a grandes instituciones, el médico tiene una predominancia indiscutible.

El sentido religioso y caritativo de la asistencia, se troncó en derecho al bienestar físico y mental, que se relacionan además tan íntimamente con los matices del proceso social, económico y político. Este nuevo concepto inclinó a la revisión de los fundamentos de la llamada medicina liberal, que tuvo su auge a principios del presente siglo y cuya filosofía y procedimientos se han cambiado por la

moderna concepción de la medicina social.

Es apenas previsible e inevitable que se subsitará resistencia al nuevo sistema, por parte de quienes ven desaparecer un procedimiento individual con mejores rendimientos económicos para algunos, pese a que tienen conciencia de su inadaptabilidad y desventajas del antiguo.

La lucha de la enfermedad como nivel social, impuso el equipo científico para el trabajo médico, equipo conformado por profesionales de la salud y generalmente con acceso a los historiales clínicos y enterado de buena parte de la problemática de los grupos humanos servidos. Lo anterior conduce a que desaparezca el arcaico concepto del "secreto profesional", sin que ello signifique el olvido de normas elementales de discreción y de ética.

Se recomienda la implantación del sistema de medicina familiar y para lograrla debe contemplarse fundamentalmente los siguientes aspectos:

El conocimiento permanente y actualizado de la situación y necesidades respecto a la salud y a todos los elementos que sobre ella influyen. El grupo al cual pertenece y el medio en que vive la población protegida, conocimiento que constituye la base para planificar y orientar y formar o conformar la práctica médica.

Esta tarea de diagnóstico del nivel de salud de la colectividad y de la orientación de los cuidados que a ella se otorguen, estará a cargo de centros de seguridad social y salud que actuará como organismos inmediatos de observación y regulación, responsable de centros de seguridad social y salud que actuará como organismo inmediato de observación y regulación, responsable de la medicina programada en el respectivo sector, zona o región que se asigne a sus cuidados, según las normas que adelante se enuncian.

El cuidado médico directo de la población protegida deberá ejercerse obligatoriamente, considerando como unidad la familia y como objetivo inmediato la elevación del nivel de salud, esto se logrará a través del sistema de medicina familiar.

A continuación se da a conocer la formación de los equipos en cada unidad de acuerdo con los recursos disponibles :

UNIDAD PROGRAMATICA SUR 40 Equipos

- 1 Médico por cada equipo
- 1 Promotora Social por cada 4 equipos
- 1 Una Trabajadora Social por cada 20 equipos

UNIDAD PROGRAMATICA NORTE 20 Equipos

- 1 Médico por cada equipo

- 1 Promotora Social por cada 2 equipos
- 1 Auxiliar de Enfermería por cada 4 equipos
- 1 Trabajadora Social por cada 10 equipos
- 1 Enfermera Sanitarista por cada 20 equipos

UNIDAD PROGRAMATICA CENTRO 36 Equipos

- 1 Médico por cada equipo
- 1 Promotora social por cada 3 equipos
- 1 Auxiliar de Enfermería por cada 4 equipos
- 1 Trabajadora Social por cada 12 equipos
- 1 Enfermera Sanitarista por cada 30 equipos

Este es el personal básico de cada equipo pero los profesionales o personal de la unidad o de la seccional que sea necesario, participará a las necesidades.

5.5 Implicaciones para el Trabajo Social y para la Prevención y Detección de Enfermedades como la Tuberculosis Pulmonar.

Es de especial interés para el Trabajo Social, ocuparse de la salud ya que del mejoramiento de ella depende en gran parte el bienestar social de la población, puesto que le permite participar activamente en el proceso del desarrollo socio - económico del país.

De acuerdo a los principios planteados por la medicina familiar del Instituto de Seguridad Social es importante destacar la recuperación social que supone ya que no sólo considera el derecho a los servicios para los trabajadores, sino que manifiesta claramente la necesidad de " Una prestación de servicios integrales a la familia lo que implica asistencia, prevención y desarrollo de las comunidades en materia de salud. El principal objetivo del Trabajo Social es el de preparar a través de entidades educativas a la familia, para que así puede utilizar adecuadamente los servicios de salud y contribuir en los problemas sico - sociales que los afectan.

El desarrollo del Trabajo Social en el campo de la medicina familiar debe ser una labor coordinada con el personal médico y para - médico, para llegar a un mejor conocimiento de la situación de la familia.

La labor realizada por el Trabajador Social para lograr un acertado plan de trabajo en lo cometido o sea a nivel de medicina familiar se presenta en tres niveles o campos :

a) Nivel de Planeación :

Implica esto conocer en forma concreta la intervención del Trabajador Social en lo que respecta a Medicina Familiar.

b) Nivel De Ejecución :

Esto comprende área a nivel hospitalarias

1. Coordinación de servicio administrativo
2. Atención del aspecto psico - social del paciente
3. Atención de los pacientes hospitalizados

c) Area Familiar :

Consiste en el conocimiento para la aplicabilidad de la dinamización familiar los cuales comprenderían.

1. Hábito y costumbre que incide en la salud
2. Orientación inmediata, oportuna y correcta sobre el uso y asistencia de la medicina familiar.
3. Esmerada atención por una educación acorde a la exigencia y condiciones de los afectados afiliados en el Instituto de Seguridad Social para compenetrarse a la medicina familiar.

d) Nivel Comunitario:

Amplio conocimiento en lo referente al nivel educativo y cultural y además de recursos y necesidades de cada área geográfica.

A nivel comunitario desarrollar actividades educativas a nivel de vida en lo referente al aspecto sanitario.

Ello es comprender a través de coordinación recursos internos como externo e institucionales para lograr acertado beneficio a la comunidad.

Contribuir a la ejecución del servicio médico familiar según las condiciones y particularidades del lugar para su ejecución.

En síntesis como servicio de apoyo de la medicina familiar, o sea el sistema de medicina familiar el Trabajo Social es parte activa e integral de la medicina preventiva, así vemos como estudia los sistemas socio - económicos de la familia, emprende políticas, métodos que permita sacar adelante los diferentes problemas que requieran esmerada atención y presenta alternativas a posibles soluciones para ellos así mismo constituye un medio entre las Unidades Médicas Familiar y los grupos familiares que requiera y exija sus servicios en el campo del sistema de medicina familiar.

5.6 Evaluación de su Desarrollo en la ciudad hasta el momento

Para hacer la evaluación del programa de medicina familiar vamos establecer un paralelo entre la teoría y la práctica del programa para - mostrar sobre cuatro (4) aspectos lo que realmente está sucediendo en su ejecución estos cuatro (4) aspectos son:

1. El equipo interdisciplinario
2. La asignación por familia
3. La actualización científica del Equipo
4. La dotación de los equipos en cuanto a desplazamiento

COMUNICACION Y RELACION CON LOS FAMILIARES

1. El Equipo Interdisciplinario

Teóricamente el programa de medicina familiar una de sus políticas es establecer equipos interdisciplinarios los cuales se van a formar con el objeto de mejorar las relaciones médico - paciente y a su vez para que haya un mejor trabajo científico que integre las demás disciplinas de la llamada medicina social según los propósitos de los programas a saber:

- Médico por equipo
- Promotora Social por cada equipo
- Auxiliar de Enfermería por cada equipo

- Trabajadora Social por cada equipo
- Enfermera Sanitarista por equipo

Esto en la Seccional Atlántico no se ha realizado lesionando así las mejoras novedades del programa y por lo tanto a la población afiliada a ella.

2. La Asignación por familia

Otras de la políticas del programa consiste en asignar un número determinado de ella para ser atendido en forma permanente por cada equipo interdisciplinario. En la práctica es otra las condiciones que se cumple por el médico, pues al médico se le asigna en forma irregular y desproporcionada pacientes sin racionalización de ninguna clase perdiéndose así el principal de los objetivos como es el de identificarse el médico con una pequeña comunidad afiliada.

3. La Actualización científica del Equipo

Otra de políticas del programa es la de incrementar la educación de consejero y educación del médico y evitar la disminución de la productividad, elevando la calidad de los servicios médicos a base del mejor estudio del paciente, sobre historiales clínicos completos y únicos.

En esta seccional tal política no se verifica puesto que el papel de la actualización juega un rol fundamental, ya que este tiempo de elevar

su nivel intelectual para el servicio del Instituto de Seguridad Social. Lo puede dedicar a sus consultas particulares . Este factor anotado se debe ante todo a la falta de motivación que existe respecto a la prestación de los servicios en todos los niveles e instituciones del bienestar dentro de la fase de despauperización de los sectores privilegiados por lo que atraviesa actualmente el Capitalismo.

4. Dotación de los Equipos en cuanto a Desplazamiento, comunicación y relación con los familiares.

En 4 de los aspectos está implícito en la penuria y despilfarro de los recursos asistenciales en manos de una clase dirigente que ve en ellos más que un elemento de atención un mecanismo de enriquecimiento y explotación.

RECOMENDACIONES

El Trabajador Social debe abandonar la posición mecanicista que lo ubica como simple realizador de actividades, repetidor de ellos y ubicarse dentro de la concepción de la salud como un problema social y estructural que exige de él una actitud crítica y participante, para ello en el caso concreto del Instituto de Seguridad Social debe tratar de lograr la definición de sus funciones ya que estos no existen y se estructuran empíricamente.

El Trabajador Social en el Instituto de Seguridad Social debe integrarse a los equipos interdisciplinarios para que su hacer profesional pueda ser valorado.

En este momento se hace urgente una revisión completa de los objetivos y políticas del Instituto de Seguridad Social porque el abandono le está afectando los intereses de la población afectada y pone en peligro el futuro de esos servicios.

Tratar de llevar a cabo los objetivos y políticas propuestas en el programa de medicina familiar como es la compenetración médico - paciente y equipo interdisciplinario, favoreciendo en esta forma al núcleo familiar ya que este momento no se está llevando a cabo; el médico no se traslada a la comunidad designada como tampoco lo hace

el Trabajador Social perdiéndose así la prevención de enfermedades
con perjuicios para la población de la clase trabajadora.

CONCLUSION

Podríamos concluir que la salud es una resultante de las condiciones imperantes de un sistema.

En un sistema capitalista donde la plusvalía juega un papel fundamental y la salud para sus gobernantes tiene un papel TERCARIO lo. que es la salud del pueblo a la que no se le dá mayor importancia porque entre sus tácticas está el mantener al pueblo en un estado de letargo social, económico y político puesto que en este estado el pueblo no piensa ni analiza su verdadera situación.

La atención de la salud se ha comercializado tanto que hay sectores marginados que no cuenta con los medios económicos posibles para poder costearse las elevadas consultas particulares, como tampoco tienen acceso a los mal llamados hospitales del pueblo. Y por ende deben acudir al curandero y a la autoformulación.

Se puede concluir que la Tuberculosis Pulmonar, es una enfermedad de tipo social inherente al sistema, es la resultante de una problemática social en ; la cual la falta de educación sanitaria juega un papel importante.

La Medicina Preventiva en una sociedad en vía de desarrollo debe dár-

sele vital importancia, puesto que es más económico prevenir, que curar o rehabilitar.

El medio ambiente es algunas veces causas de las enfermedades infecto-contagiosas y responsable de esta situación es el Estado, ya que teniendo los organismos a su disposición no lo utiliza, ni fomenta el hábito de higiene y muchas veces el mal estado del agua potable hace que la población marginal se enferme.

La Medicina Familiar teóricamente es la alternativa del problema de la salud, la cual en los países envía al desarrollo es el arma más eficaz para desarrollar la medicina preventiva y cumplir así con este nivel de la salud.

La Medicina Familiar en Colombia y en particular en el Atlántico, no ha cumplido con sus objetivos y políticas propuestas teóricamente, lo cual irían a favorecer a la clase trabajadora y su núcleo familiar.

El Trabajo en el Instituto de Seguridad Social Seccional Atlántico, la acción del trabajador social en el campo de la salud y en particular para con los tuberculosos es muy limitado ya que solo se pone en práctica una serie de actividades de acuerdo a como lo establece una estructura rígida de unas instituciones tanto a nivel privado, oficial y semioficial.

Cabe anotar, que crítica es la situación frente al incremento de la tuberculosis pulmonar y su incidencia en la mortalidad por efecto de dicho flagelo. En cuanto a este problema la acción del Trabajador Social se encamina en primer término en cumplir funciones que permita orientaciones sobre causas, prevenciones y consecuencias ante los pacientes a nivel de caso, grupo y comunidad.

En cuanto a la acción del Trabajador Social en el Instituto de Seguridad Social Seccional Atlántico, se puede decir que las políticas del Trabajador Social allí son muy claras en la medida en que no existen compenetraciones de campo, fenómeno que trae una serie de incidencias que repercuten en la no consecución del tratamiento, trayendo una serie de consecuencias a los pacientes afectados por esta enfermedad.

La acción del Trabajador Social ante los afectados por la tuberculosis sólo cumplen acciones secundarias en la medida en que este paciente es remitido directamente por el departamento de medicina preventiva en lo que podríamos llamar un curetaje psicológico que consideramos es la parte fundamental de compenetración del trabajador social para con el afectado.

En el Instituto de Seguridad Social no se le da la oportunidad al trabajador social para que tenga capacidad crítica, además, el estado de capacitación es poco o casi nulo, no permitiéndoles al mismo tiempo

desarrollar planes y políticas que permitan precisamente de los aportes que pueda presentar el campo del Trabajador Social, para un mejoramiento y verdadera acción interdisciplinaria con los demás campos médicos y paramédicos.

El Trabajador Social en el Instituto de Seguridad Social no tiene un manual de funciones establecidos sino una serie de actividades que en la medida que se realizan en forma rutinaria se convierte en funciones.

Con respecto a la acción interdisciplinaria se puede decir que el campo de Trabajo Social, se ubica en el paramédico y su posición está subordinada al campo médico.

LIMITACIONES ESTRUCTURALES : Hablando de las limitaciones estructurales el Instituto de Seguridad Social, lo rige una estructura firme o sea que las políticas y los planes de salud que desarrolla se ejecutan refleja en una u otra forma la estructura de nuestra sociedad capitalista, presentando con ello limitaciones de carácter estructural.

El carácter secundario el Trabajador Social toma dentro del Instituto de Seguridad Social de por sí presenta limitaciones, dada la diversidad de métodos en torno a la función social en sus funciones paramédicos en la medida que sirve de válvula de escape y a la vez disfraza y encubre

la verdadera realidad por la que atraviesa dicha institución.

La misma estructura de nuestra sociedad garantiza la permanencia de problemas en el campo de la salud, trayendo como consecuencia repercusiones dentro del Instituto de Seguridad Social como efecto de la estructura social capitalista, generando limitaciones en los planes y políticas que la institución ejecuta en materia de salud en sus afiliados.

El resumen estadístico de la población atendida en las tres Unidades programáticas de la Seccional Atlántico está conformado por el resumen movimiento de pacientes en los cuatro años del estudio (77, 78, 79, 80) del cual forma parte todas aquellas personas que están afectadas por la tuberculosis pulmonar, los cuales llegan por primera vez a formar parte de un tratamiento, al igual que los pacientes que ya sea por mejoría o por ser trasladados a otros servicios o por defunción salen del programa.

Los pacientes en tratamiento como su nombre lo indica se refieren a todas las personas que reciben tratamiento con el objeto de rehabilitarse.

En el resumen de investigación sobre convivientes encontramos a todas aquellas personas que se han inscrito al programa de medicina pre-

ventiva para que se les practique una investigación epidemiológica para así evitar posibles contagios, estas personas son escritas por su afiliado afectado.

Los enfermos son las personas que han resultado con lesiones pulmonares leves o agudas.

También se realizó un estudio sobre las visitas domiciliarias a los pacientes renuentes, contactos y otros durante los cuatro años del estudio.

Analizando en estos cuadros estadísticos se puede observar que en la unidad programática sur donde más pacientes ingresan a tomar parte de un tratamiento; todo esto debido a que es en esta Unidad donde se atiende a todas aquellas personas que por una u otras formas han sido afectados por una división de clase, motivo por el cual carecen de medios económicos, para tener una buena educación, buenos ingresos, buena alimentación y de disfrutar de un medio ambiente físico de vida, condicionándolos en gran parte a aquellas comunidades marginadas las cuales son desprotegidas en materia de sanidad trayendo esto como consecuencia el gran número de enfermedades infecto contagiosas tales como la Tuberculosis Pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

AUTORES VARIOS, Educación para la Salud. Buenos Aires, Junio , 1976.

AUTORES VARIOS, Revista Médica Quirúrgica No. 2 Barranquilla, Junio , 1974.

CARDENAL. L. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Barcelona, Editorial Salvat 9, 1966.

CIENFUEGOS A. DE CLAVERO M.G. MARTILLA V. Tratado de Higiene y Epidemiología. Barcelona. Editorial Científica Médica . 1941.

FUERTES, Antonio y SARRIA A. JAVIER. Educación para la Salud. Buenos Aires , 1972.

FOLLETO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGURO SOCIAL, El Trabajo Social en el campo de la salud. Bogotá, Agosto 1975.

JORES, Arthur, La Medicina en la Crisis de Nuestro tiempo . México. 1967.

- KAEMPEFER, Ana María, El Rol de la Medicina en los países en Desarrollo, Cuaderno Médico Social. Santiago de Chile, 1968.
- KISNERMAN, Natalie, Etica para el Servicio Social. Buenos Aires, Julio de 1974.
- KAHL COLTIMAN, Martín , Fundamento de Epidemiología. Nueva York, 1978.
- REVISTA, De la Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín. 1975.
- READ, Margaret, Cultura, Salud y Enfermedades. Buenos Aires. Editor Centro de América Latinoamericana. 1968.
- SHARP, Merk, El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica 5o. Edición. New Yersay. 1974.
- SONIS, Abraham, Salud, Medicina y Desarrollo Económico Social. Buenos Aires. 1971.
- SON TUNIL, Benjamín , Escucha Trabajador Social, Buenos Aires, Junio. 1974.
- SAN MARTIN, Hernán. Salud y Enfermedad, Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social. 2o. Edición. México la Prensa Médica Me-

xicana.1968.

SMILLI W. G. Medicina Preventiva y Sanidad Pública. Madrid. 1949.

SALVAT A. Higiene Urbana y Social. Marín. Barcelona. 1935.

ANEXO

AISLAMIENTO :

Situación en la que faltan ciertas relaciones con otros seres humanos.

El aislamiento podemos clasificarlo :

- a) El aislamiento estrictamente físico
- b) El aislamiento social como el de una sociedad sagrada.
- c) El aislamiento psíquico. Esta última clase de aislamiento puede oscilar desde las formas de pensamiento cerrado de un dogmático , a las ENSOÑACIONES AUTRISTAS de un Esquizofrenico o desde el ingenuo etnocentrismo de un pueblo analfabeto a la Arrogancia Racial de los " Arios de elevada Educación". El aislamiento físico puede, naturalmente, fomentar o alentar los otros tipos y también, de ciertas circunstancias como puede ocurrir al contrario.

CONFLICTO SOCIAL :

Especie de oposición social en la que (a) el objetivo inmediato consiste en el daño que puede causarse a uno o más de los individuos o grupos opuestos en su captura o perjuicio que puedan producirse a su propiedad o valores culturales.

DIAGNOSTICO SOCIAL :

Se trata del conjunto de procedimientos por los cuales se intenta

establecer la naturaleza, magnitud y jerarquización de las necesidades y problemas de una realidad social que es motivo de estudio e investigación. El diagnóstico comporta también la determinación de recursos disponibles y tiene por finalidad servir de base para un hacer (realización de un proyecto, programa o plan), y para fundamentar las estrategias que se han de expresar en una práctica concreta conforme a las necesidades y aspiraciones manifestadas por los mismos interesados de manera directa y a través de sus organizaciones o asociaciones.

Los diagnósticos que se hacen a nivel de Trabajadora Social suelen enunciar síntomas y describir situaciones. Ello es insuficiente sino se tiene una explicación de las causas, las cuales no pueden extraerse de un diagnóstico realizado a este nivel, sino que debe ser tenida en cuenta en el mismo diagnóstico con la precaución de no "Hacer decir" a la realidad lo que está no expresa (al menos en ese ámbito) pero que se deduce de la teoría que sirve de enfoque interpretativo de la totalidad.

DINAMICA DE GRUPO :

El grupo constituye una realidad nueva y diferente a la simple suma de individuos que la forman, tiene además una dinámica y una fuerza distinta a la suma de las fuerzas individuales, esto es lo

que se ha denominado dinámicas internas de los grupos.

La expresión dinámica de grupo suele utilizarse en tres sentidos diferentes :

- 1) Como ciencia de la psicología de los grupos
- 2) Como técnica que acrecienta la eficacia del trabajo en grupo y trabajo con grupos
- 3) Como estilo de trabajo grupal basado en respecto a cada persona y en la participación responsable de los diferentes miembros del grupo.

DESAJUSTE DE LA PERSONALIDAD:

Aquellos tipos de relación entre las partes de una personalidad, o entre la personalidad y sus ambientes natural y social, que tienden a frustrar o perjudicar los intereses superiores de la personalidad y a infringir los requerimientos de los grupos sociales de que dependen los intereses de la personalidad.

MEDICINA PREVENTIVA :

La que considera los componentes psíquicos y físicos como un todo indivisible.

EDUCACION FAMILIAR:

Proceso de formación de ordinario conducido u orientado por un

Trabajador Social, que tiene por finalidad desarrollar o mejorar las cualidades y actitudes para la vida familiar.

TRATAMIENTO SOCIAL :

En el lenguaje del Servicio Social se denomina el proceso tendiente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones, así como con el uso de recursos que el posee, su grupo y su comunidad, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social.

SITUACION SOCIAL :

Conjunto de condiciones y circunstancias concretas, que constituye o determina el estado de una actividad.

MEDIO AMBIENTE SOCIAL :

Conjunto de hechos sociales externos al individuo que afecta su comportamiento.

TERAPIA OCUPACIONAL :

Tratamiento que es parte de un proceso de rehabilitación de un individuo, consiste en el uso de procedimientos de activación y dinamización, su forma más importante son : labor terapia, ludo terapia y la Gimnoterapia.

ANALISIS SOCIAL :

Examen amplio de los hechos sociales complejos para distinguir :

- a) sus partes constitutivas
- b) La relación recíproca entre ellas
- c) La relación de cada parte con el todo, el resultado es una descripción sistemática de las inter - relaciones sociales con arreglo a una clasificación formal y material; debe distinguirse de las técnicas de investigación denominadas Análisis de Datos Sociales y Análisis Factorial.

ENTREVISTA SOCIAL :

Se llama así las que hacen las Trabajadoras Sociales con los casos sometidos a su conocimiento.

NUCLEO FAMILIAR :

Conjunto de personas relacionadas entre sí por sanguinidad o afinidad que vive bajo un techo común.

SEGURO SOCIAL :

Cuerpo consolidado de los sistemas de prevención social, que comprende los riesgos a que se encuentran sometidos ciertas personas principalmente los trabajadores, a fin de reparar o mitigar los daños o perjuicios que puedan ser víctimas.

SEGURIDAD SOCIAL :

Es la protección que proporciona el estado, para asegurar a todos los ciudadanos contra los riesgos y contingencia de los infortunios y calamidad social.