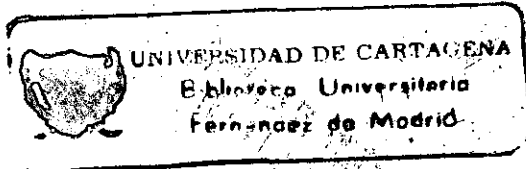


T.
362.10425
C689
Sup.



1

"LOS COLECTIVOS COMUNITARIOS PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL
DE LA SALUD"

9
5

1. INTRODUCCIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ORLANDO DURANGO RUEDA
COORDINADORA DE PROGRAMA: ISABEL PEREZ CHAIN
JEFE DEL DPTO DE PRACTICAS: CARMEN LUDIAN DE LOPEZ

3. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

BIBIANA CERVANTES MEDINA

5.1 ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

NURIS DIAZ CASTRO

5.2 DESARROLLO DEL PROGRAMA

VIVIANA SALAZAR VERHELST

5.3 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

LUZ MERY TAMAYO VELEZ

5.4 RESULTADOS Y CONCLUSIONES

JEANNETTE TORRES BALMACEDA

SCIB

00025787 - Supl.

6.1.1. Metodología de la investigación
6.1.2. Los Ambientes Sociales

6.1.3. Estrategia de intervención

6.1.4. Metodología de la investigación

6.1.5. Los Ambientes Sociales

CARTAGENA, MARZO DE 1991.

CONTENIDO

INTRODUCCION, 1

2.JUSTIFICACION, 3

3.PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA, 7

4.OBJETIVOS. 14

4.1.OBJETIVOS GENERALES, 14

4.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS, 14

5.CONDICIONES PATOLOGICAS DEL MENOR EN LA COSTA ATLANTICA, 16

5.1.EL CONTEXTO SOCIO-FISICO COMO COTIDIANIDAD DEL MENOR, 18

5.2.NATURALEZA DISFUNCIONAL DE LOS PROCESOS INTERACCIONALES EN EL ESPACIO FAMILIAR, 19

5.3.CONFORMACION PATOLOGICA DE LA POBLACION INFANTIL DE LA COSTA ATLANTICA: UNA MIRADA DE CONJUNTO, 22

6.CONTENIDO GENERAL DEL PROGRAMA "LOS COLECTIVOS COMUNITARIOS PARA LA PREVENCION INTEGRAL DE LA SALUD", 25

6.1.ESTRUCTURA DEL PROGRAMA, 26

6.1.1.Naturaleza y Filosofia del Programa, 26

6.1.2.Los Ambientes Sociales, 27

6.1.3. Proyectos, 28

6.1.3.1. Educación y Cultura, 30

6.1.3.2. Salud Integral, 30

6.1.3.3. Producción, 31

6.1.4. Areas, 32

6.1.5. Módulos de Intervención, 33

6.2. SISTEMA OPERATIVO DEL PROGRAMA, 35

6.2.1. Definición del Espacio Comunitario, 36

6.2.2. Conformación Del Grupo Piloto, 36

6.2.3. Auto-Educación de los Colectivos Comunitarios. 38

6.2.4. La Concertación Inter-institucional, 39

6.2.5. Conformación de las Unidades de Prevención Integral de la Salud, 41

6.2.6. Los Colectivos Comunitarios, 42

7. INSTRUMENTOS DE TRABAJO DEL PROYECTO, 45

8. CRONOGRAMA, 47

9. BIBLIOGRAFIA, 48

TABLA DE GRAFICAS

1. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA, 23

2. SISTEMA OPERATIVO DEL PROGRAMA, 40

3. ORGANIGRAMA, 44

INTRODUCCION

El presente anteproyecto tiene por título " LOS COLECTIVOS COMUNITARIOS PARA LA PREVENCION INTEGRAL DE LA SALUD". Constituye el anteproyecto la presentación de una estrategia de trabajo dividida en varios bloques : en un primer momento creimos pertinente elaborar un diagnóstico de carácter cualitativo que nos permitirá recavar a través de indicadores epidemiológicos, los procesos mórbidos que afectan a la población infantil de la Costa Atlántica. Lo anterior implica que el sujeto que constituye nuestra preocupación es el niño de 0 a 7 años, cuya población regional supera el millón de menores. Como ente particular, el diagnóstico será referencial a su medio ambiente físico-social y en su contexto socio-familiar; por otra parte, el contexto en el que se ubica la propuesta es un contexto regional, no sólo por la repetición epidemiológica en los siete departamentos de la Costa Atlántica, sino porque la atención de esta problemática implica la movilización macro de recursos, si es que se quiere incidir significativamente en la constitución de mejores condiciones para el menor.

El segundo blóque del anteproyecto lo constituirá el contenido de la estrategia, que ha sido esbozada en el anteproyecto para su desarrollo terminal en el trabajo final. La estrategia contempla varios aspectos básicos como son: el contenido del programa, el proceso operativo y el organigrama del proyecto como elementos centrales que definen la

totalidad de la estrategia. Para este caso se pensó, desde la perspectiva de un Colectivo Comunitario, implementar un programa de Salud Familiar en ambientes sociales multirelacionados: El Menor, La Familia y La Comunidad. Mediante el proceso operativo, se ubican las distintas acciones del conjunto de actores conformantes del Colectivo Comunitario; su presentación en el anteproyecto es solamente un esbozo que será profundizado en el trabajo final.

El tercer bloque del anteproyecto, lo conforman los Módulos de Intervención que son anunciados en este documento para su desarrollo posterior. Los Módulos de Intervención constituyen las problemáticas específicas a intervenir en el cuerpo de este programa.

Por su contenido, el anteproyecto que presentamos integra aspectos teóricos con acciones prácticas en el entendido que en su desarrollo, se cualifica la intervención de nuestra acción profesional.



JUSTIFICACION

Tomando en cuenta la importancia que revisten los factores psicosociales en la atención de la Salud Familiar, además de la importancia que cobra en la actualidad el mejoramiento de la calidad de este servicio, se ha considerado realizar una propuesta para un programa con enfoque en Salud Integral, el cual puede ser visto como una estrategia para implementar acciones profesionales desde diversas disciplinas, que vayan más allá de la asistencia en salud. Por su carácter interdisciplinario vale la pena desarrollar este esfuerzo en el que, tanto los recursos humanos que utiliza como la cobertura social que contiene, maximizan los alcances de su atención.

Este programa de Salud Integral considera que debe tratarse el problema de la Salud con la ayuda del Menor, la Familia y la Comunidad misma; que no se agote en la consulta del especialista, sino que la atención, por parte del equipo interinstitucional, procure al mismo tiempo mejorar el nivel de ingresos, educación, la salud física y social, tanto en forma preventiva como promocional.

~~La estrategia propone entonces, una reconsideración de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, creando en este caso una~~

modalidad de atención diferente, que si bien es cierto, requiere de un usuario que a la vez adquiere la posibilidad de ser un gestor de mejores condiciones sanitarias, tanto individuales como colectivas.

Analizando algunos de los principios con los cuales trabaja la Medicina Familiar en el cuidado integral, se requiere un modelo donde se dá una visión total del paciente y de los recursos que pueden ser usados en su beneficio. En el historial del paciente se tiene en cuenta el factor ambiente, que incluye aspectos físico-biológicos, socio-económicos y culturales; estos dos últimos aspectos, en especial el socio-económico, a pesar de ser tenido en cuenta, no se trabaja en la dinámica de la Medicina Familiar, a sabiendas de que hay familias con una baja o nula accesibilidad económica que le impide, en la mayoría de los casos, contar con los recursos monetarios para atender los requerimientos mínimos de alimentación y medicina, necesarios para la recuperación del paciente lo que origina que recaiga nuevamente y, en el peor de los casos, también su familia..

La bondad de la propuesta se dirige entonces, no sólo a la rehabilitación del menor, sino a la conformación de mejores condiciones que contribuyan al desarrollo de todas las capacidades del sujeto y promuevan su bienestar social.

Otro principio es la continuidad de la atención, donde el paciente y la familia adquieren un compromiso frente a la enfermedad; este compromiso

del paciente, se logra sólo -como se anotó en el anterior principio- con la accesibilidad o poder adquisitivo que tenga la familia, de no tenerse esto difícilmente puede responderse a dicho compromiso; como se puede observar, a través de lo planteado anteriormente, el dinero, en nuestra sociedad capitalista, se ha constituido en el eje central de todo.

Difícilmente puede lograrse un bienestar bio-psico-social en aquellos grupos humanos que no cuentan con los medios y recursos necesarios para desarrollar sus capacidades y/o habilidades productivas. Por ello a este problema económico hay que darle un tratamiento eficaz para que la familia pueda aumentar el nivel de ingresos y lograr el bienestar familiar acompañándolo con el comunitario.

Por otra parte la educación es el aspecto que relleva la importancia del programa. A partir de ésta, los procesos pedagógicos que el programa contiene, permiten la conformación de un Colectivo que aprende conjuntamente; en este sentido aprende a descubrir sus recursos tanto en sus niveles físicos como interaccionales; aprende igualmente a gestionar la totalidad del programa y a darle su propio sentido y originalidad; descubre instituciones y, conociendo los recursos del colectivo, se permite la consecución de los elementos que les hacen falta; aprende a escuchar, aprende a intervenir, aprende a dirigir, aprende a evaluar.

Todo este conocimiento adquirido lo despliega en la operatividad del

grupo de trabajo, pero lo amplía a otros servicios de la comunidad. La cualificación de su interacción grupal, la extiende al nivel interaccional de su familia y la conciencia que ha adquirido como colectivo la aplica en los programas de extensión a la comunidad.

La educación como propuesta del programa conforma entonces una institucionalidad interactiva, que permea todos los contenidos de la cotidianidad.

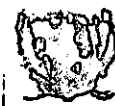
Por su carácter interdisciplinario, por el rendimiento de su cobertura, por su concepción y por la cualificación que el sujeto deriva de sus niveles interactivos, el Programa de Los Colectivos Comunitarios constituye una referencia novedosa en su concepción e implementación que demuestra la relevancia de la propuesta.

3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

Anteriormente el problema de la salud se centraba únicamente en la prolongación de la vida y en la curación de la enfermedad, obviando de este modo la atención de los aspectos psico-sociales del individuo; los últimos avances en cuestión de salud fueron demostrando que muchas de las enfermedades prevalentes en el mundo actual están asociadas a estructuras sociales determinadas y con las respuestas que asumen frente a éstas, los individuos y los grupos humanos.

Las organizaciones internacionales y nacionales como la Organización Mundial de la Salud OMS y la Organización Para la Salud OPS han hecho una variedad de estudios en los cuales se ha concluido que se presenta un alto índice de problemas psico-sociales entre los pacientes que reciben atención primaria.(1). En este nivel se ha comprobado que con frecuencia los síntomas orgánicos se encuentran relacionados con situaciones conflictivas de tipo económico, social, emocional y cultural. Las Naciones Unidas a través de estos organismos han venido insistiendo en la relación existente entre salud y desarrollo, ideas expresadas en sus documentos especiales con lo cual aparece

(1) ASCOFAME, ACFO; MinEducación y Otros. Programa de Desarrollo Educativo con Enfoque en Atención Primaria. Pág.



la necesidad—de que la Comunidad participe si se quiere avanzar significativamente en salud, es decir, que haga suyos los problemas y las soluciones en cuanto a este campo específico se refiere.

El principio conceptual que orienta las formas actuales de pensamiento al respecto, está resumido por las Naciones Unidas en el concepto de desarrollo... "desarrollo no significa solamente el crecimiento económico con finalidad restringida al aumento cualitativo de la producción; el desarrollo es un concepto mucho más amplio, que implica la redistribución de los ingresos y amplia participación de todos los sectores de la población, de las instituciones sociales y políticas, modificando así las instituciones y la participación creadora de toda la población.(2)

En Colombia el gobierno nacional ha planteado la posibilidad de llevar una reforma del sistema de salud; propone como aspecto relevante el tema de la participación de la comunidad en el desarrollo a través de su implementación en planes y programas de este sector.

Se ha tenido referencia de la participación en la región, de la Acción Comunal, se han iniciado programas de medicina integral que incluyen la participación de la comunidad, programas de Juntas Administradoras de acueducto y alcantarillado, se han desarrollado algunas Cooperativas de Salud; se han impulsado programas en cuanto a la atención materno-

(2). Ibid, pág,

infantil. En Cartagena, por ejemplo, a través de la Seccional de Salud se han llevado a cabo estos programas en coordinación con otras instituciones tales como: Universidad de Cartagena, Alcaldía, Gobernación, entre otras. En este caso se ha relevado básicamente, el aspecto interinstitucional, aunque los planteamientos sugeridos anteriormente por las Organizaciones Mundiales, no han contado con su total receptividad en su aplicación.

Por otra parte, el enfoque de Salud Familiar supone el trabajo con la primera estructura social básica que es la Familia, la cual constituye la unidad biopsicosocial necesaria para la formación del individuo desde su primera etapa de desarrollo. La Familia debe cumplir para ello con algunas funciones tales como: La psico-biología, socio-cultural, educativa y económica las que proporcionan el equilibrio familiar. Cuando se dá una descompensación o la carencia de alguna de estas funciones, se resiente la Salud de la Familia perjudicando a los miembros que la componen. No son homogéneos los niveles de impacto de este proceso, los distintos miembros de la organización familiar la resiente con distintos niveles de profundidad, siendo los niños el grupo más afectado.

Cabe señalar que en Salud Familiar se presenta un tratamiento disperso y paliativo, donde desde el punto de vista de Salud se trabaja la parte curativa más no la preventiva; la parte económica se centra en la reducción de las tarifas médicas a aquellas familias de bajos recursos

económicos; se trabaja además el saneamiento ambiental pero, todo de manera aislada. Este tratamiento disperso no ha integrado la subsistencia física de los individuos con los niveles de interacción que éstos mismos despliegan en sus diversos contextos, priorizándose los niveles de atención anatomoclínico y dejando sin la atención adecuada todo el conjunto de procesos que median la interacción de los sujetos.

Por otra parte el tratamiento no se presenta a nivel de una comunidad incluida dentro de un área geográfica determinada, sino en familias aisladas descuidando el ambiente que los rodea y que en algún momento ha de influir en el núcleo familiar; de esta manera se niega la creación de un bienestar social más amplio. La participación comunitaria se centra, por otra parte, en aquellos grupos reducidos ya organizados privando a una gran mayoría de personas, que están en capacidad de participar y aportar, situación que responde a un manejo poco adecuado del crecimiento natural que debe tener el grupo hasta lograr su inserción en los problemas generales de la comunidad.

En síntesis, la atención de la Salud Familiar viene siendo abordada a partir de una concepción que privilegia los aspectos físicos y, en algunos casos, las consideraciones socioculturales que tienen que ver con la explicación de los procesos morbidos o no se tienen en cuenta o reciben sólo una atención periférica.

En segundo término, los objetivos programáticos, se orientan

prácticamente hacia los efectos terminales de la problemática, realizándose de esta manera una práctica sanitaria cuyo énfasis es eminentemente curativo. La modalidad de las campañas que las instituciones despliegan, cuando se presentan epidemias, reflejan el carácter terminal de esta atención.

Por otra parte, hay que agregar que el contenido de estas campañas apuntan hacia el interés de prevenir la extensión del problema, sin que se sucedan procesos alternativos que tengan capacidad de prevenirlo ó de abordarlo en toda su etiología multicausal. Esto quiere decir por ejemplo, que los niños reciben raciones alimenticias, que buscan combatir los niveles de desnutrición que este sector presenta, más no se logra que, conjuntamente, esta práctica esté acompañada de la diversidad de causas que están haciendo posible la presencia de esta problemática; aspectos como los patrones de higiene, la cultura alimenticia del grupo, los niveles de ingresos de la Familia, las condiciones medio ambientales, etc., se dejan de lado sin que merezcan, en este caso, una atención oportuna.

En tercer término, pese al terreno ganado en la coordinación interinstitucional, las instituciones o el profesional siguen siendo el actor protagónico para la resolución del problema. A las comunidades se les invita a intervenir en un programa que ha sido diseñado de antemano, sin que exista la preocupación del apersonamiento primario que debe

tener el usuario frente a los contenidos generales de la propuesta.

Por todo lo anterior, el programa de Salud Familiar que se propone se concibe como "Colectivos Comunitarios Para La Prevención Integral De La Salud", en el que se busca orientar la práctica alrededor de varios ejes ya explicitos en la determinación del programa. En esta perspectiva de trabajo, la comunidad se asume como sujeto protagónico, no como individuos dispersos sino como sujeto comunitario, como constitución de una identidad grupal, que asume como suya la problemática de la salud y moviliza los recursos pertinentes para su selección.

El segundo eje que caracteriza la propuesta está definido por el carácter integral de su concepción y de su práctica. El Menor que padece de una enfermedad es asumido como un ente biofísico, pero además es considerado como una entidad sociocultural; de esta manera los aspectos biológicos, emotivos, culturales y las interacciones se muestran como contextos en los que el Menor interactúa y sobre los cuales es necesario incidir para la atención de cualquier condición mórbida de esta población.

De otra manera, también es integral por los ambientes sociales que son considerados en su atención. No simplemente existen niños como grupos étnicos, sino que el Menor despliega su cotidianidad en un ambiente sociofamiliar específico y en una macro sociedad determinada.

Por consiguiente la atención integral referida a los ambientes sociales absorbe como unidad de atención al Menor, a la Familia y a la Comunidad. De todo lo dicho anteriormente se desprende, que la integralidad del proceso se deduce de la atención que se hace tanto en los contextos como en los ambientes sociales.

De la naturaleza integral del programa se conforman las tres grandes áreas de Salud Familiar: El área de la Educación y Cultura, el de Salud Física y Social y el de Producción y Bienestar Social; áreas que interrelacionadas definen las distintas modalidades de intervención que supone el programa y merecerán su desarrollo en el punto cinco sobre los contenidos generales del programa.



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS GENERALES

- * Implementar una estrategia en Salud que propenda por el mejoramiento de las condiciones mórbidas del Menor.
- * Desarrollar un enfoque operativo de Salud Familiar a partir de ambientes sociales que involucren al Menor, la Familia y la Comunidad.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Presentar un diagnóstico de las condiciones patológicas de la problemática del Menor, la Familia y del Medio Ambiente de la Costa Atlántica.
- * Implementar una estrategia de participación comunitaria que identifique los Proyectos a realizar y los Módulos de Intervención requeridos.
- * Estructurar el Proceso Operativo del Programa que facilite la

ubicación de los diferentes actores que intervienen.

* Presentar la estructura general de los Módulos de Intervención definiendo sus contenidos.

5. CONDICIONES PATOLOGICAS DEL MENOR DE LA COSTA ATLANTICA

La metodología en cuanto a su procedimiento para ordenar y explicar una problemática, es un proceso prioritariamente teórico, cuya validez radica en la capacidad de orientar la búsqueda y la solución del universo de relaciones que conforma y dinamiza un fenómeno particular.

PIERRE BOURDIEN desarrolla el siguiente cuestionario: " Al llamar metodología, como a menudo se hace, a lo que no es sino un decálogo de preceptos tecnológicos se escamotea la cuestión metodológica propiamente dicha, la de la opción entre las técnicas (métricas o nó) referentes a la significación epistemológica del tratamiento de las técnicas escogidas hacen experimentar al objeto y a la significación teórica de los problemas que se quieren plantear al objeto al cual se les aplica"(3).

Entender el fenómeno de la salud-enfermedad de una manera "integral", como es nuestro propósito, implica recuperar los aportes del modelo medico-organicista y asumir, conjuntamente, sus limitaciones.

(3) BOURDIEN; Pierré y Otros. El Oficio del Sociólogo. Siglo XXI. Pág. 68.

Consideremos estas dos situaciones. A. JORES nos habla de la siguiente manera para ilustrar el primer aspecto:

"...La medicina ha logrado éxitos absolutamente extraordinarios siempre que se haya tratado de causas patógenas situadas en la esfera exterior de la realidad. Es así como se ha logrado eliminar, prácticamente las enfermedades parasitarias y las infecciones epidémicas. Las infecciones epidémicas, en las que el factor de la disposición desempeña un cierto papel, han disminuido grandemente y ya no mueren de ellas tanta gente como antes ni mucho menos. Esto explica el hecho del alza de la expectativa de vida media. La mayoría de aquellas enfermedades cuya patogenia se ha estudiado bastante a fondo, puede ser tratada con éxito, aunque la meta última de la medicina, a saber: eliminar la causa genuina, no se ha conseguido aquí todavía. También la cirugía ha tenido grandes éxitos con su habilidad para reparar accidentes, corregir trastornos congénitos y salvar la vida en situaciones de última gravedad." (4)

Más adelante y de manera sucinta establecerá las limitaciones o imposibilidades para captar al "hombre total" a través de "un enfoque puramente científico-natural".

"...a pesar de la enorme energía volcada en la investigación y en el perfeccionamiento técnico, tanto del diagnóstico como de la capacidad terapéutica, no se ha logrado todavía que el ser humano se vuelva sano" (5)

La fuente epidemiológica nos concreta y define, condiciones específicas de enfermedad encargada de mostrarse como producto de nuestro modo de

(4). JORES, Arthur. La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo. Siglo XXI editores. 1979. Pág 79.

Vida determinado por la centralización de oportunidades en la urbe y el abandono casi absoluto del poblador o el habitante del campo en donde adquiere nuestra problemática signos de dramatismo, que se ahoga, que desaparece, en un dato promedio de una situación particular.

5.1. EL CONTEXTO SOCIO FISICO COMO COTIDIANIDAD DEL MENOR

El contexto sociofísico constituye uno de los dos grandes frentes de abordaje del entorno que facilita o dificulta las condiciones sanitarias del Menor.

Los profundos problemas sociales y psicológicos surgidos a partir de constantes situaciones de guerra y del acelerado proceso de industrialización, exigen el desarrollo de recursos técnicos y físicos que permitan el control de la devastación del medio ambiente producto de las catástrofes ecológicas que hoy nos agobian y que se tornan para el pequeño habitante de nuestro planeta en un contexto sumamente nocivo para su normal desarrollo.

Esta situación, a escala mundial, se puede ubicar, para este caso, en dos niveles:

- a). A nivel de contexto no hemos logrado mantener un ambiente ecológico sostenible, privándonos de la posibilidad de una sobrevivencia del hombre, ya casi en el corto plazo.
- b). A nivel de capacidad de sobrevivencia como especie, nos encontramos

con un estancamiento de nuestra civilización, cuyos cuestionamientos asedian a diario nuestra constitución racional y cultural de toda la especie humana.

Se viene planteando que la salud tiene que definirse en el contexto de las relaciones, pero en este caso la problemática de la Salud del Menor implica determinar la naturaleza de las interacciones que este mantiene con su ambiente físico y social, o en su defecto las posibilidades que el Menor tiene para tener acceso a un sueldo de recursos sociales, técnicos, ecológicos, cognoscitivos, de salud, etc., que le permitan desmejorar hasta sus posibilidades de vida.

Queda perfectamente manifiesto que el contexto presenta dos aspectos analíticos, como unidades y diferenciación en cada uno de ellos: El aspecto físico que tiene que ver con el medio ambiente natural y el aspecto propiamente social que alude a indicadores primarios como alcantarillado, basuras, niveles educativos y condiciones de vivienda.

5.2. NATURALEZA DISFUNCIONAL DE LOS PROCESOS INTERACCIONALES EN EL ESPACIO FAMILIAR

La Familia como comunidad social articulada, ha sido considerada como un sistema de seres humanos de diferentes edades, interrelacionados biológica, psíquica y socioculturalmente que tienen entre todos un conjunto de recursos que utilizan para adaptarse a las situaciones

cotidianas por las que pasan, todas ellas inmersas a su vez, en un contexto socio-cultural que las influye y sobre la cual ella también ejerce su influencia.

La Familia es la encargada de satisfacer las necesidades del niño. De ella, a través de sus relaciones internas como externas, depende en gran medida el crecimiento y desarrollo de sus potencialidades, así como los factores que lo obstaculizan, ya que es la unidad de personalización y socialización, del crecimiento y la experiencia, de la realización y el fracaso, en síntesis, de la Salud y la Enfermedad.

La Familia contemporánea, no es ajena a la crisis generalizada en que nos encontramos debido al carácter individualista que prima en nuestra sociedad, el cual dificulta su constitución como unidad e impide el desempeño adecuado de los roles y funciones que le han sido asignados para el desarrollo integral del Menor.

Al referirnos a las crisis familiares nos estamos refiriendo a manifestaciones específicas que los miembros de un sistema adoptan ante situaciones de conflicto. Utilizaremos aquí el aporte del doctor ALBERTO VASQUEZ en los conceptos de Crisis Vital y Crisis de Desajuste de esta manera entendemos " la Crisis Vital como situaciones de carácter conflictivo que le permiten a la familia afianzarse o desarrollar el sentido de complementariedad en uno y/o cada uno de los miembros; y las



Crisis de Desajuste la entendemos como situaciones de carácter conflictivo que disminuye en la Familia la capacidad de rehacerse como experiencia interaccional, acercando a cada uno de sus miembros, esto puede llevarlos a aceptar su desarrollo de manera individual (Familia funcional) sin que se presente la ruptura física."(5)

Por otro lado esta Crisis de Desajuste puede tomar la forma de una disfuncionalidad no resuelta por la pareja, situación que induce a un clima de recorte en la comunicación que invade de igual manera al Menor, aquí el problema se traduce como aislamiento real y búsqueda del niño de espacios, sujetos y tiempos comunicacionales alternativos, todos ellos mediados por el trauma que recibe de sentirse excluido, de no ser parte, apareciendo como alguien molesto e inoportuno.

Esta consideración es importante para poder elaborar una lectura adecuada del 1.027.072 familias que componen nuestra población de la Costa Atlántica, que representan el 20% aproximadamente del total nacional: 5.903.053 (6). Según las memorias del año Interamericano de la Familia con el siguiente dato descrito en esta forma: " Otro de los problemas que afecta en la actualidad a la organización familiar es la

(5). DURANGO R, Orlando y PEREZ CH, Isabel. Crisis Familiar y Nuevas Formas de Intervención con Participación Comunitaria. Universidad de Cartagena, Facultad de Trabajo Social, 1987.

(6). DANE XV Censo de Población y Vivienda. 1985

divorcialidad. Parece ser que este fenómeno afecta con mayor intensidad a los sectores de más bajos recursos. En 1987 el 14.2% de las mujeres de estratos bajos eran separadas, en tanto que en los estratos altos este porcentaje era del 74%. Ahora bien, como efecto de la divorcialidad, del madresolterismo y del abandono del hogar por parte del padre, los hogares incompletos se han venido incrementando como forma de organización familiar; la Familia extensa entra a suplir los faltantes que se producen cuando uno de los miembros de la unidad parental desaparece; tíos, abuelos, cuñados, conforman una red humana que sirve de colchón a la Familia para sobrevivir económica y afectivamente, aunque ello dispare en el Menor los patrones de autoridad cuyos linderos se hacen difusos y su sentido adquiere todas las formas correspondientes de las personas que la aplican.

5.3. CONFORMACION PATOLOGICA DE LA POBLACION INFANTIL DE LA COSTA ATLANTICA: UNA MIRADA DE CONJUNTO

Al hablar de la estructura patológica de la población infantil o de cualquier grupo humano es necesario hacer una consideración multicausal de aspectos que están incidiendo en su acontecer mórbido. De allí la razón de introducir en los anteriores momentos del análisis elementos que tenían que ver con la naturaleza del medio ambiente social y natural junto con las reflexiones elaboradas sobre el medio ambiente familiar.

El problema no sólo radica en esta variedad de factores conformantes de

la enfermedad, sino, que en realidad esta diversidad de causas se entrelazan entre sí constituyendo una red de relaciones estrechamente integradas que se van a encargar, en nuestros países, de formar una dinámica cuyo comportamiento tiene carácter de ciclo que convierte a la enfermedad en el punto de llegada y el punto de partida del ciclo. Convirtiéndose la enfermedad en la instancia articuladora de este proceso que se desarrolla de los contenidos del ciclo y que a la vez imprime al mismo su naturaleza patológica. De allí el carácter extremadamente progresivo de este proceso.

Como red de relaciones la multicausalidad de la enfermedad, nos encontramos que un grupo acosado por deficientes ingresos se ve, necesariamente, sometido a motivar el trabajo de todos los miembros de la familia, inclusive los niños, cuya edad no es una excusa para afrontar tempranamente el mercado laboral. Esta condición de sobrevivencia se encarga de disminuir los lazos de convivencia del núcleo familiar, de la disgregación de sus miembros y de la disminución de la afectividad; sumándole a esto la imposibilidad de obtener una vivienda adecuada, la falta de higiene y la conciencia de limitaciones, que son siempre un presente, se constituyen en su conjunto en condiciones propicias de donde van a resultar expresiones patológicas que se materializarán en índices de desnutrición, descomposición del núcleo familiar, enfermedades diarreicas, enfermedades de la piel, descomposición moral, etc.

Estos procesos multicausales que constituyen redes patológicas se extienden en términos circulares haciendo del ambiente socio-familiar espacios que se maximizan como generadores de morbilidad y la enfermedad.

Mundialmente la población infantil no recibe la atención que su situación requiere, ya que ésta se coloca en el núcleo familiar como receptor del impacto de todas estas condiciones sociofamiliares antes dichas, manifestándose en su conducta y comportamiento social, junto con aspectos del medio ambiente de la sociedad en general.

Todo lo anterior nos llevó a pensar en una estrategia que centrada en el Menor, la Familia y la Comunidad, permita el abordaje a fondo de este ciclo patológico que nos ocupa en nuestro trabajo de Tesis.

6. CONTENIDO GENERAL DEL PROGRAMA SOBRE "LOS COLECTIVOS COMUNITARIOS PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD"

Para el anteproyecto haremos un bosquejo general de la propuesta en el entendido de que cada uno de estos puntos se desarrollará con todos sus detalles en el trabajo final. El contenido del programa, se abordará a través de las siguientes unidades:

a). Se hará un planteamiento en cuanto a las características mórbidas de la población infantil de la Costa Atlántica, buscando la epidemiología de esta población en la relación del Menor con su medio ambiente físico y su micro ambiente sociofamiliar, para definir el conjunto de alteraciones físico-psíquicas y socioculturales que caracteriza la morbimortalidad de los Menores.

b). La segunda parte del programa se refiere a los lineamientos generales que incluye la estrategia, privilegiando básicamente las áreas de atención que van a estar presentes en la propuesta. Por su carácter genérico, estas áreas de atención son descritas en su totalidad aunque la estrategia es sumamente flexible para su acomodación específica a los contextos sociales particulares en donde se desarrolle.

c). La estrategia debe ser completada con una propuesta operativa que señale las líneas de funcionamiento de los distintos actores sociales que participan, en el entendido de que estos Colectivos Comunitarios, aunque son alimentados básicamente por la participación del agente comunitario, cuenta además con el apoyo de las Instituciones y de la diversidad de profesionales que interdisciplinariamente intervienen. Este nivel operativo debe completarse con un organigrama de funcionamiento que norme los distintos niveles de jerarquía y relaciones, a través de funciones particulares que desarrolle el conjunto para su funcionamiento.

d). Finalmente la estrategia comprende el diseño y elaboración de los Módulos de Intervención que son las guías primarias para la implementación de la propuesta y que en nuestro caso contará con las áreas de Familia y de Organización y Participación Comunitaria.

6.1. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El programa de los "Colectivos Comunitarios para la Prevención Integral de la Salud" consta de las siguientes partes:

6.1.1. Naturaleza y Filosofía del Programa:

En este punto se estará desarrollando en el trabajo final los aspectos que definen la Naturaleza del Programa como son: su Carácter Colectivo,

el Proceso Comunitario que se despliega, sus propósitos de Prevención / su Naturaleza Integral. Junto a estos aspectos, el trabajo final definirá justificación y objetivos de la propuesta.

4.1.2 Los Ambientes Sociales:

Estamos considerando como ambientes sociales los ejes de interacción conformados por el Menor, la Familia y la Comunidad. La intención de este tratamiento que ejemplifica la Naturaleza Integral de la estrategia, procurará la rehabilitación del Menor en sus diferentes ambientes de interacción, en el entendido que con ello se realizarán acciones alternativas de tratamiento basado en la curación / en la especialización. La Familia y la Comunidad vienen a constituir ambientes específicos que le van a dar a la problemática del menor una orientación y una práctica muy particular.

Es cierto que a nivel general, tanto la Familia como el ambiente social están determinando condiciones nocivas que afectan el desarrollo armónico de los niños de nuestra costa, sin embargo su expresión física, psíquica o socio-cultural va a depender de cada ambiente social. A lo general de la propuesta es importante sumar la especificidad epidemiológica de cada ambiente, de allí el requerimiento de flexibilidad que debe contener la propuesta. A manera de ejemplo podemos

hacer algunas referencias con respecto a este manejo de lo general y específico de la propuesta: bien podemos decir de todos los

departamentos de la Costa Atlántica, que el medio ambiente donde se desarrolla el Menor es sumamente disfuncional para su crecimiento. Sin embargo, un Departamento como el Atlántico registra alto índice de morbi-mortalidad referidos a aspectos gastrointestinales o de desnutrición; ello también es recurrente en departamentos como Córdoba y Sucre, aunque el impacto de esta problemática no tiene la misma profundidad que en el departamento del Atlántico y bien podríamos agregar que no tiene la misma causalidad, toda vez que en estas etiologías gastrointestinales intervienen en la actualidad factores de contaminación industrial que no están interviniendo, con esa misma virulencia, en los departamentos de Córdoba y Sucre, donde el parque industrial es todavía exageradamente exiguo.

3.1.3 Proyectos:

Los proyectos constituyen los grandes contextos temáticos que deben ser incluidos en el programa, son sumamente amplios y por lo tanto permiten el acomodamiento de diversas Areas de Intervención, respetando así la especificidad de los diversos Ambientes Sociales. Son tres los proyectos que contempla esta estrategia: (ver gráfico No.1)

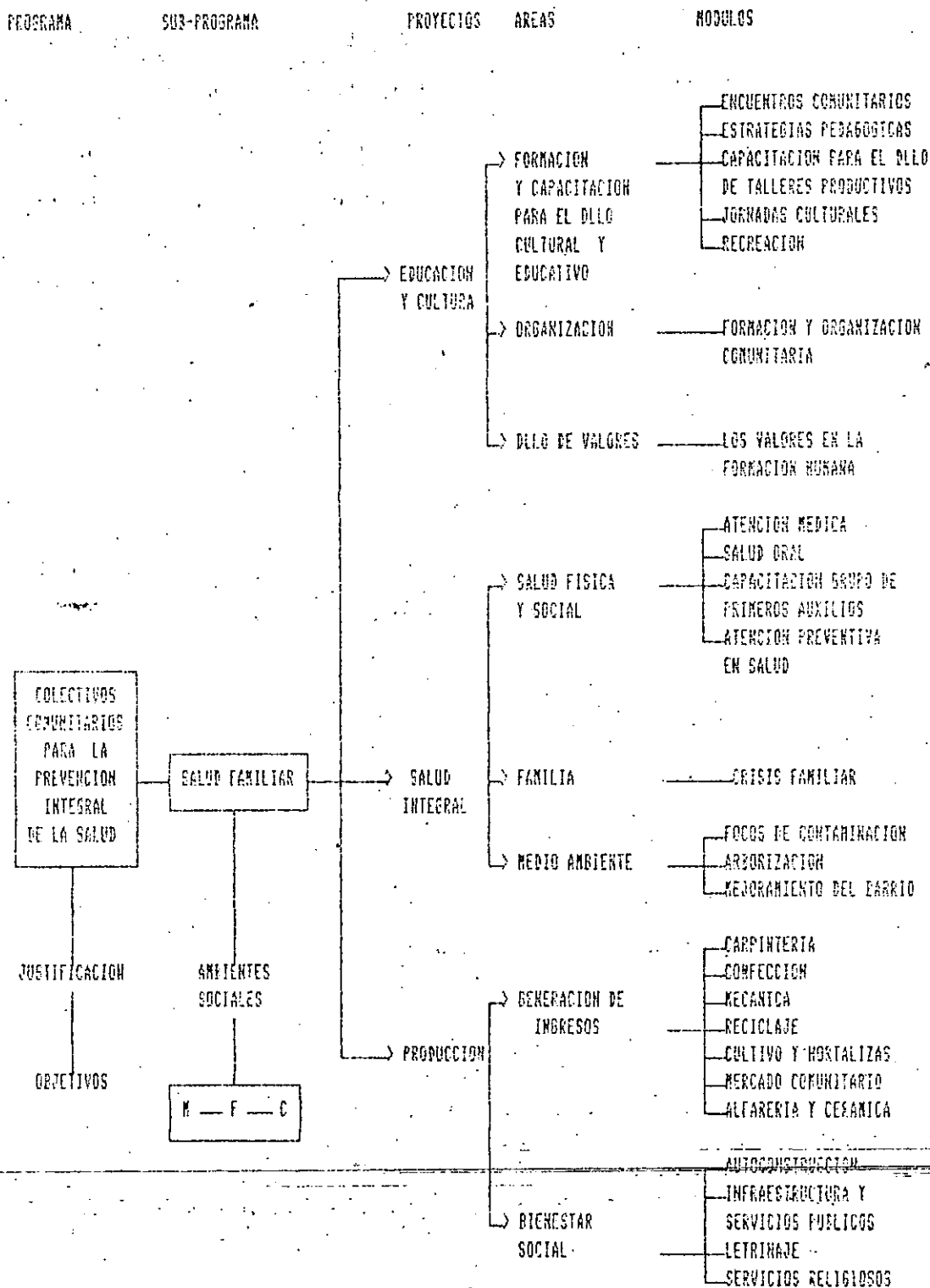
-Educación y Cultura.

-Salud Integral.

-Producción.

GRAFICO No.1

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA



6.1.3.1 Educación y Cultura:

El proyecto de Educación y Cultura debe absorber todos los procesos de Formación y Capacitación Comunitaria a fin de que el Colectivo propuesto tenga la posibilidad y la capacidad de animar y autogestionar los distintos Módulos de Intervención en los que va a participar.

Las instituciones son aquí un apoyo de primer orden, pero estamos pensando que la dirección y el contenido de estos aportes deben contar con una contribución especial del Colectivo Comunitario a fin de lograr el apersonamiento necesario para su continuidad y permanencia.

Estos procesos educativos contemplan igualmente el desarrollo del área recreacional y cultural y presenta además, un importante contenido alrededor de los diversos procesos organizativos que el Colectivo debe desplegar como instancia grupal y como entidad jurídica.

6.1.3.2 Salud Integral:

La Salud Integral es el segundo proyecto de esta estrategia y está referido básicamente a la atención de carácter preventivo, aunque por el conjunto de enfermedades que padece la población infantil se hará necesario la atención curativa alrededor de algunos índices mórbidos como los gastrointestinales, respiratorios, nutricionales, conductuales, etc., que estructuran las distintas enfermedades a las que está sometido el Menor de la Costa Atlántica.

En su contenido, el proyecto de Salud Integral contempla aspectos de atención médica, salud mental, trastornos psicológicos. Al lado de estas áreas de intervención, el proyecto de Salud Integral debe absorber también problemáticas relacionadas con la Familia y con el Medio Ambiente.

Las problemáticas que afectan a la Familia girarán alrededor de su crisis y la del medio ambiente se orientará hacia la atención de los diversos focos de contaminación y factores de riesgo que alteran o pueden alterar las condiciones sanitarias del contexto físico-familiar del Menor. (ver gráfico No. 1).

6.1.3.3 Producción:

El tercer proyecto de esta estrategia apunta hacia la necesidad que tiene el Menor de la Costa Atlántica de contar (su familia) con ingresos mínimos que satisfagan las necesidades económicas primarias de su colectividad. No debemos olvidar que los ingresos reducidos de las familias costeñas (un 65% de las familias reciben ingresos inferiores a los \$45.000 mensuales), empujan a un número importante de menores a participar del proceso laboral, con las secuelas de descomposición moral, desmembramiento familiar, drogadicción, delincuencia, que son características que presenta la población infantil de nuestro contexto.

Por lo anterior se hace necesario que una estrategia de esta naturaleza

absorba como preocupación, facilitar a la familia medios y condiciones que le reporten mayores ingresos y, a la vez, la capacidad de obtener y desarrollarse en mejores condiciones sanitarias.

6.1.4 AREA

Las áreas están constituidas por los distintos aspectos a abordar en cada uno de los proyectos anteriormente mencionados. Al proyecto de Educación y Cultura corresponden tres áreas:

- Formación y Capacitación para el Desarrollo Cultural y Educativo.
- Organización.
- Desarrollo de Valores.

El proyecto de Salud Integral está constituido también por tres áreas:

- Salud Física y Social.
- Familia.
- Medio Ambiente.

Y finalmente el proyecto de Producción absorbe dos áreas:

- Generación de Ingresos.
- Bienestar Social.

El carácter integral de la estrategia supone la necesidad de hacer intervenir las ocho áreas anteriormente descritas. La eliminación de

alguna de ellas implicaría la disminución en la eficacia del programa. La especificidad de la estrategia debe, mas bien, establecerse a partir de los Módulos de Intervención, que es la última unidad que abordaremos en el trabajo final.

6.1.5 MÓDULOS DE INTERVENCIÓN

Los Módulos de Intervención representan la parte práctica de la estrategia y están conformados por los distintos niveles de intervención en cuya ejecución participan los Colectivos Comunitarios.

Los diferentes niveles de intervención, que deben ser discutidos en su totalidad por los Colectivos Comunitarios, deben tener algunas ideas primarias y generales de las instituciones que participan y que colaboran en la administración del Programa.

Cada uno de los Módulos debe contener una justificación, unos objetivos, deben contemplar la metodología de trabajo (actividades) y los temas específicos que definen la problemática a atender en cada uno de los Módulos. Por áreas de atención corresponden los siguientes Módulos de Intervención: (ver gráfico No. 1)

AREAS	MODULOS
-Formación y Capacitación para el Desarrollo Cultural y Educativo.	-Encuentros Comunitarios. -Estrategias Pedagógicas. -Capacitación para el Desarrollo de Talleres. -Jornadas Culturales. -Recreación.
-Organización	-Formación y Organización Comunitaria.
-Desarrollo de Valores.	-Los Valores en la Formación humana.
-Salud Física y Social.	-Atención Médica. -Salud Oral. -Capacitación de Grupos en Primeros Auxilios. -Atención Preventiva de la Salud.
-Familia.	-Crisis Familiar.
-Medio Ambiente.	-Focos de Contaminación. -Arborización. -Mejoramiento del Barrio.
-Generación de Ingresos.	-Carpintería. -Confecciones. -Mecánica. -Reciclaje y Pintura. -Cultivos y Hortalizas. -Mercados Comunitarios. -Alfarería y Cerámica.

-Bienestar Social.

-Autoconstrucción.

-Infraestructura y Servicios Públicos

-Letrinaje.

-Servicios Religiosos.

6.2 SISTEMA OPERATIVO DEL PROGRAMA.

En la unidad anterior estuvimos explicitando de manera general las unidades que definen la estrategia del programa. En este momento queremos también establecer de manera general, el proceso operativo mediante el cual es posible llevar a la práctica las unidades ya señaladas.

Este sistema estaría compuesto por las siguientes sub-unidades: La definición del Espacio Comunitario, La Conformación de los Grupos Pilotos, La Auto-educación del colectivo de trabajo, La concertación inter-institucional, las Unidades de Prevención integral de la Salud y los Colectivos Comunitarios por proyectos de intervención .

Cada una de estas Sub-unidades serán abordadas con profundidad en el trabajo final de Tesis y aquí solamente nos encargaremos de hacer un esbozo del significado y el sentido operativo de cada uno.

SCIB

00028787 - Supl

por todos aquellos individuos que hemos logrado animar en primera instancia para la puesta en marcha del programa, estos grupos primarios son los sujetos centrales del proyecto, en quienes descansa la definición de los contenidos específicos del proyecto y de quienes es necesario un absoluto apersonamiento de los propósitos y de las bondades del programa.

Son, por así decirlo, el organismo de base de donde deben emanar los distintos Colectivos Comunitarios, que atenderán los proyectos a realizar. Como grupo primario, han sido las personas que han mostrado interés en un primer momento, pero es necesario que se tenga claro que estos grupos pilotos son entes abiertos a ser receptores de todo número de personas, que se agreguen en función de los mismos objetivos.

Es necesidad del Grupo Piloto, multiplicarse y articularse en el tiempo y en el espacio; por otra parte, este grupo primario además de pensar sus necesidades, requiere también del imperativo de pensarse colectivo hacia la Comunidad, de tal manera que sus respuestas, si bien es cierto tienen que ver con problemas del grupo, sus acciones deben derivar hacia la atención de las mismas necesidades en la Comunidad. Junto con los profesionales que representan a instituciones determinadas, se conforman los Colectivos Comunitarios, cuyo apersonamiento va a definir la naturaleza, intensidad y contenido del programa.

6.2.1. Definición del Espacio Comunitario:

El espacio Comunitario está entendido como el área geográfica y humana en donde se desplegará el proyecto. Aunque su intencionalidad es regional, esta área geográfica va estar determinada por la cobertura que tenga la institución a través del cual la estrategia se despliegue. Esta área geográfica será distinta, si la institución que promueve el programa es Nacional o Regional (República y el CORPES) o Departamental o Municipal. En cada uno de estos casos el programa se desarrolla con una cobertura geográfica distinta.

De esta manera el Espacio Comunitario o el Área Geográfica puede ser el País, la Región, el Departamento o el Municipio. Aunque estas opciones serán desarrolladas posteriormente es necesario que en cada una de ellas el Espacio Geográfico sea definido teniendo en cuenta un lugar en específico (Ciudad, Cabecera Municipal) o discriminando el programa en diferentes lugares (varias Ciudades, varias Cabeceras Municipales o combinar Áreas Urbanas con áreas Rurales) por ejemplo: si el programa se desarrollara en una ciudad, Cartagena, las opciones serían las siguientes :en la ciudad de Cartagena pero en una zona (Zona Sur-oriental); en la ciudad de Cartagena pero en un barrio, Olaya Herrera; en la ciudad de Cartagena en varios Barrios.

6.2.2. Conformación del Grupo Piloto:

El Grupo Piloto es la unidad primaria de trabajo que está conformada

3.2.3. Auto-educación de Los Colectivos Comunitarios:

La filosofía y la naturaleza del programa define con suficiente exactitud, la necesidad de contar con actitudes especiales de los distintos actores que participan en el ;por ejemplo a nivel de la comunidad , además de un fuerte sentimiento de solidaridad , el Sujeto Comunitario debe ser activo, gestor de ideas ,promotor de actividades continuas y dispuesto a dirigir y ser dirigido como búsqueda de un liderazgo que tiene carácter colectivo . El profesional debe orientar la actividad práctica estimulando la prevención sobre la curación, debe saber trabajar en el espacio institucional , pero igualmente debe tener la capacidad de poder desarrollar actividades prácticas en cualquier espacio de la Comunidad ; debe estar solícito a atender de manera individual problemáticas que requieren de este tipo de relaciones , pero igualmente debe contar , con la capacidad del manejo de trabajo con grupos ; atenderá efectos inmediatos de una problemática pero será sumamente sensible a abordar con el grupo , el conjunto de causas que estan haciendo posible la frecuencia de una determinada necesidad .

Por todas estas razones que serán escritas puntualmente en el trabajo de Tesis , el desarrollo operativo del programa, va a necesitar la educación grupal de ese colectivo a fin de lograr una misma disciplina Comunitaria , en el manejo de cualquier condición de intervención.

6.2.4. La Concertación Inter-institucional:

Lejos de querer demeritar el papel de las instituciones en la implementación de este programa, lo que buscamos es que estas además del apoyo a través de recursos, tengan la posibilidad de conformar verdaderos entes promocionales de trabajo Comunitario.

Idealmente las instituciones deben conformar un colectivo institucional (ver gráfico No 2) que pueda permitir el trabajo coordinado entre ellos y proyectarse, al mismo tiempo, con los Colectivos Comunitarios a través de una articulación definida por los tres proyectos que contiene el programa.

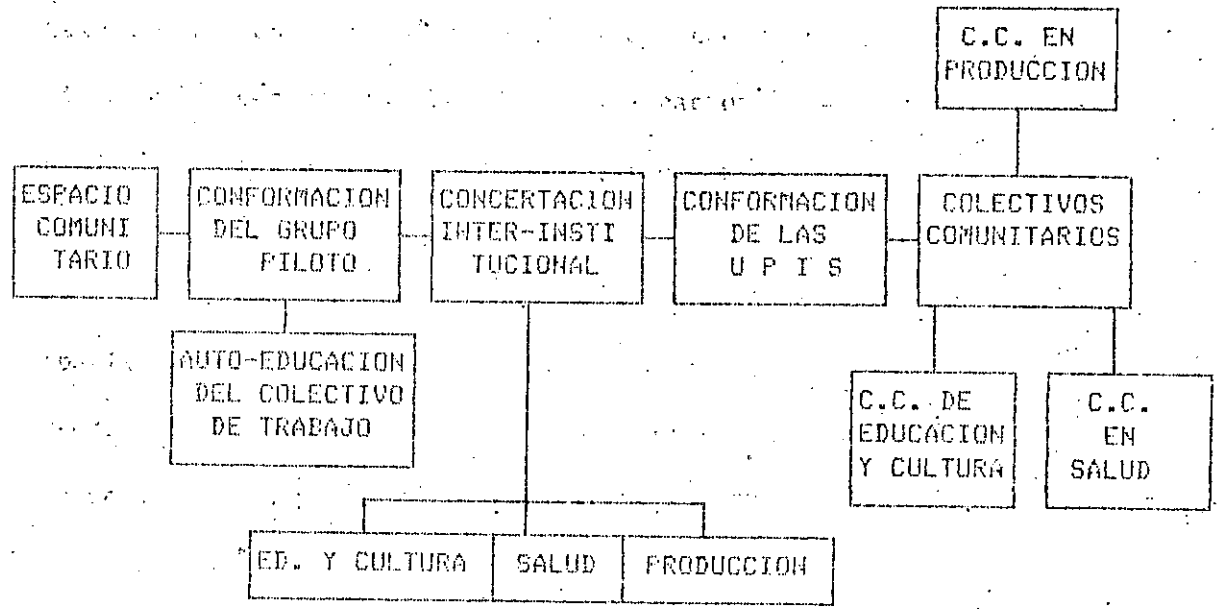
Aunque los módulos de intervención requieran de instituciones específicas, el ideal es que estas instituciones se aglutinen alrededor de los proyectos de Educación y Cultura, Salud Integral y Producción.

Tocará muchas veces a las instituciones dirigir inicialmente los Colectivos Comunitarios. Esto no es problema siempre que se atienda esta situación como un acto eventual, ya que la filosofía del programa descansa en la plena disposición del Sujeto Comunitario para administrar sus recursos; el apoyo institucional, hay necesidad de verlo como uno de ellos.

Es también responsabilidad del Colectivo Comunitario conjuntamente con

GRAFICA No.2

SISTEMA OPERATIVO DEL PROGRAMA



la coordinación del proyecto, definir las líneas generales de los Módulos de Intervención.

4.2.5. Conformación de las Unidades de Prevención Integral de la Salud:

Estas unidades son entes operativos con propósitos de formación, atención y promoción. Constituyen espacios físicos relacionales que pueden llegar a formar, dentro del proyecto, las Casas Comunitarias como unidad física interaccional, las Unidades de Prevención Integral de Salud son espacios que deben permitir las tres actividades constituyentes del programa de Educación y Cultura, la Salud y la Producción. Como organismos físicos son entidades creadas con el apoyo de la Comunidad y con la participación económica de las instituciones.

Cada una de estas áreas o proyectos atendidos por la unidad deben ser diseñados pensando que su utilidad debe ser multifuncional; de esta manera el área educativa, que en un momento puede servir para la atención escolar del Menor, también puede permitir que en ella se desarrollen actividades de recreación, jornadas culturales, a fin de lograr una utilización total de ese recurso.

Las unidades de Prevención Integral de la Salud (UPIS) deben contar con la coordinación de un director general (ver gráfico No 3) nombrado directamente por la coordinación general, coordinación en la cual participa por lo menos un miembro de la Comunidad.

Será su responsabilidad general la coordinación general del programa y por su ubicación en el organigrama es un puente entre la coordinación general y los colectivos Comunitarios.

6.2.6. Los Colectivos Comunitarios:

Dentro del programa, el Colectivo Comunitario es el organismo de base conformado por miembros de la Comunidad perteneciente al grupo piloto y los agentes institucionales Conforman igual que las instituciones, un colectivo responsable de los contenidos e imagen del programa; en este sentido tienen en primera instancia una responsabilidad global. Se aglutinan los Colectivos Comunitarios alrededor de 3 proyectos, constituyendo inicialmente, y mientras que el grupo es pequeño, el Colectivo Comunitario en Educación y Cultura, el Colectivo Comunitario en Salud y el Colectivo Comunitario en Producción. A medida que crece el grupo, estos colectivos pueden eficientar sus funciones constituyendo sub-divisiones por Módulos de Intervención, aunque se debe mantener la pertenencia al proyecto respectivo.

Los Colectivos Comunitarios son, en primera instancia, los veedores del trabajo que se realiza en el programa; deben ser los gestores de la planeación, organización y ejecución del programa y será también parte de su responsabilidad, el desarrollo permanente de la ~~evaluación~~ evaluación a través de las cuales se establecerán los correctivos

pertinentes, se definirán los contenidos y modalidades que deben permanecer en el mismo y se elaborarán las proyecciones del grupo, tanto en lo que se refiere al desarrollo del programa como lo referente a la multiplicación y articulación del colectivo.

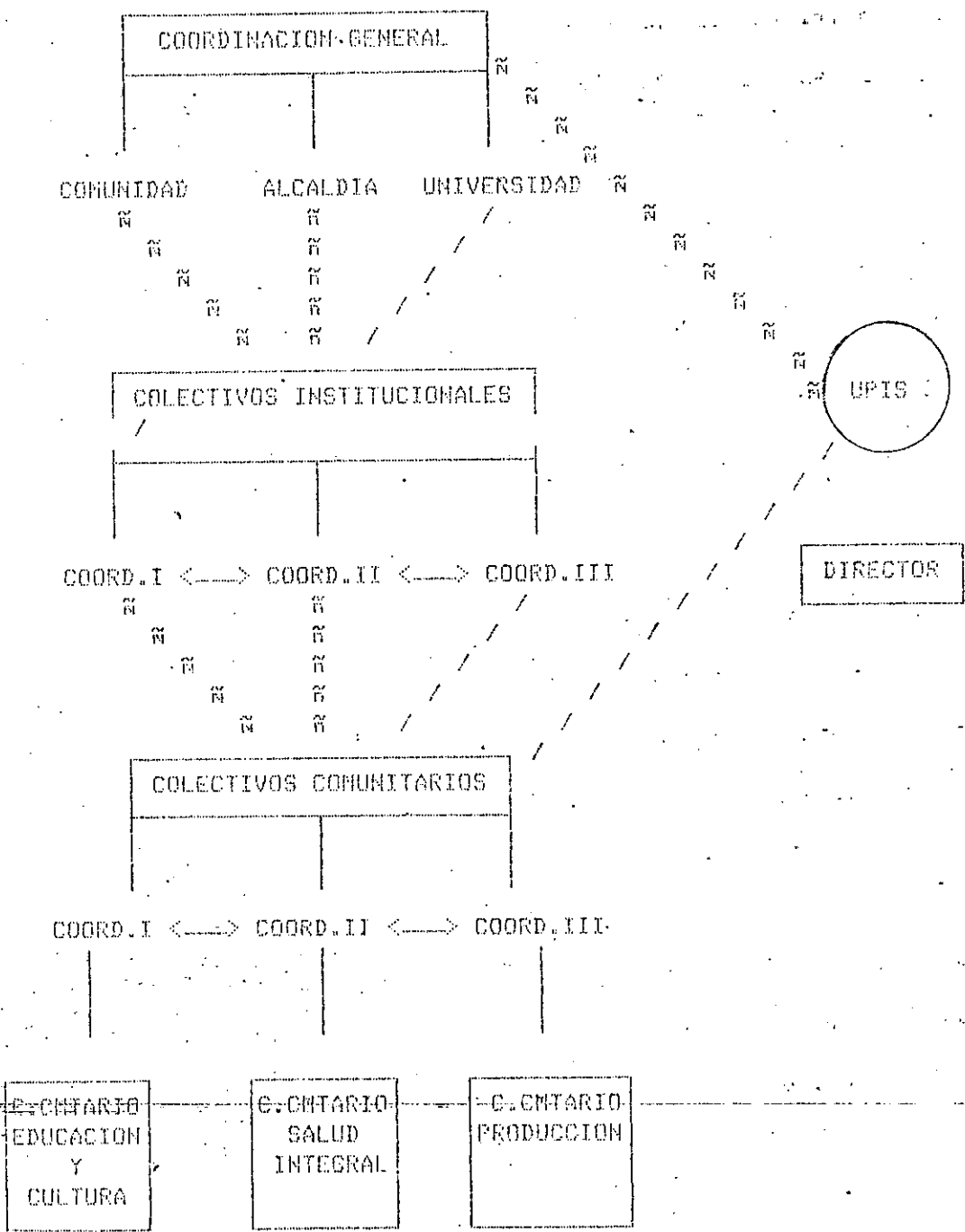
Esta Unidad Operativa deberá completarse con las diversas actividades que el programa requiere para su ejecución. Las actividades serán establecidas en dos sentidos: como actividades para la ejecución y como actividades para la formación, evolución y promoción del grupo.

Las actividades que hemos mencionado constituyen el proceso metodológico de los Módulos de Intervención aparecerán manejadas en el trabajo final derivado de este anteproyecto.

El organigrama general de este programa, cuyas funciones serán determinadas en el trabajo final de Tesis, puede responder a un esquema general como el señalado en el gráfico No 3, aunque es muy factible que durante la implementación terminal del programa se introduzcan algunos cambios que se acojan al desarrollo de la temática.

GRAFICO No. 3

ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA



7. INSTRUMENTOS DE TRABAJO DEL PROYECTO

La Naturalezaa del Proyecto implica la obtención de una información de distintas fuentes o niveles que van a determinar el ámbito de los instrumentos de trabajo a utilizar.

En primer término, el proyecto contempla la necesidad de recaudar una información de tipo estadístico a fin de poder caracterizar la problemática epidemiológica del Menor de la Costa Atlántica. Para ello estaremos utilizando fuentes secundarias, provenientes de instituciones como el DANE, el ICBF y de materiales teóricos que muestran en términos cuantitativos las condiciones de insalubridad del Menor. Los cuadros serán retomados como fuente informativa para su respectiva lectura y análisis a fin de adecuar las conclusiones que nos lleven a definir la estructura de nuestra problemática; debido a que esta información casi siempre se encuentra muy recortada, tendremos que hacer acopio de varias fuentes; siempre que ello suceda se señalará en el texto.

Por otra parte, la información que se refiere a aspectos cualitativos de la patología infantil, la psicología y las conductas disfuncionales del Menor se constituye en material de difícil consecución, por la cual,

dicha información será recaudada en términos muestrales a partir de datos que permitan obtener elementos referentes a esos aspectos para su utilización y análisis. La información muestral será recaudada a través del ICBF quien, en su atención a nivel de la Costa, cuenta con un significativo número de casos que nos sirven para mostrar, por lo menos, la presencia de situaciones nocivas en particular.

El proyecto también será alimentado de una importante cuota de información teórica referente a conceptos que son centrales en el contenido del trabajo final. Nos referimos en este caso a categorías como: Colectivo, Autogestión, Participación, etc., que serán consultadas bibliográficamente a fin de consolidar el contenido del documento final; el análisis de contenido será un instrumento vital para el desarrollo de este ejercicio.

En cuanto a la estrategia, condensa en su planteamiento experiencias personales, prácticas profesionales, trabajos realizados en comunidades, utilización de otras experiencias comunitarias a nivel regional, mediante las cuales se ha logrado la conformación de una estrategia general, presentada como intención del proyecto.

8. CRONOGRAMA

MESES	ENERO				FEBERERO				MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recopilación de Información																
Organización de la Información																
Presentación del anteproyecto																
Trabajo de campo y visitas																
Organización del Informe final																
Presentación del informe final																

9. BIBLIOGRAFIA.

AMAR AMAR, Jose. El Desarrollo del Potencial Humano en Colombia. Alternativas para una Psicología de Desarrollo.

BASTIDE, Roger. Sociología de las Enfermedades Mentales. Siglo XXI Editores. Bogotá 1983.

DURANGO RUEDA, Orlando y otros. Crisis Familiares y Nuevas Formas de Intervención con Participación Comunitaria. Universidad de Cartagena. Facultad de Trabajo Social. 1984.

DURANGO RUEDA, Orlando y PEREZ CHAIN, Isabel. La Comunidad Participante como Estrategia de Intervención. Documento Docente. Universidad de Cartagena. Facultad de Trabajo social. 1990.

-----, La Recuperación de la Salud Familiar como Instrumentalización para el Desarrollo Integral del Menor de 0-7 años de la Costa Atlántica. Universidad de Cartagena. Facultad de Trabajo Social. 1989.

DURKHEIM, Emile. La División Social del Trabajo. Akal Editores. 1982.

JORES, Arthur. El Hombre y su Enfermedad. Siglo XXI Editores. 1979.

-----, La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo. Siglo XXI Editores. 1979.

KNEKA, Frank. La Metamorfosis. Editorial Norma.

LEON, Carlos. Factores Psicosociales y Salud. Ponencia Presentada al Seminario-Taller sobre Medicina Familiar. Bogotá. 1985.

TOURILLI, Aisa Cristina. El Desgastadero...F.C.E. México. 1979.

TOPIO, Mario. Clases Sociales y Enfermedad. Nueva Imagen. México.

"LOS COLECTIVOS COMUNITARIOS PARA LA PREVENCION INTEGRAL DE LA SALUD"

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Cartagena, abril de 1991

1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO:

LOS COLECTIVOS COMUNITARIOS PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

2. CONTENIDOS DEL PROYECTO:

El Proyecto está dividido en tres grandes bloques de atención:

- Un Diagnóstico de la Población Infantil de 0 a 7 años del Departamento de Bolívar, a fin de establecer prioridades en el desarrollo del Programa. Esta parte puede desarrollarse conjuntamente con la puesta en marcha del Proyecto.
- El Contenido del Programa en el que se establecen las unidades generales del trabajo, el proceso operativo y el organigrama del Proyecto.
- Los Módulos de Intervención que constituyen las problemáticas específicas a intervenir.

2.1 ESTRUCTURA GENERAL DEL TRABAJO:

El foco de atención del Proyecto son los niños de 0 a 7 años del Departamento de Bolívar, cuya atención implicará sus condiciones morbi-das y sus ambientes microfamiliares y medio ambientales.

3. JUSTIFICACION:

Teniendo en cuenta la importancia que revisten los factores psicosociales, en la atención de la salud familiar, además de la importancia que cobra en la actualidad el mejoramiento de la calidad de este servicio, se ha considerado procedente realizar una propuesta para un programa con un

enfoque de salud integral, el cual puede ser visto como una estrategia para implementar acciones profesionales desde diversas disciplinas, que vayan más allá de la asistencia en salud. por su carácter interdisciplinario vale la pena desarrollar este esfuerzo en el que tanto los recursos humanos que utiliza y la cobertura social que contiene maximiza los alcances de su atención.

Este Programa con un enfoque de salud Integral considera que debe tratarse el problema de la salud con la ayuda del menor, la familia y la comunidad misma, que incluya no sólo la consulta a expertos, sino trabajar conjuntamente con un equipo interinstitucional tratando de mejorar el nivel de ingresos, educación, la salud física y social, tanto en forma preventiva como promocional.

La estrategia propone entonces, una reconsideración de los actores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, creando en este caso una modalidad de atención diferente, que si bien es cierto, requiere de ese usuario, éste a la vez adquiere la posibilidad, de ser un gestor de mejoras condiciones sanitarias, tanto individuales como colectivas.

La bondad de la propuesta se refiere entonces, no sólo a la rehabilitación del menor, sino a la conformación de mejores condiciones, que contribuyan al desarrollo de todas las capacidades del sujeto y promuevan un bienestar social.

Por otra parte la educación es el aspecto que relleva la importancia del programa. A partir de ésta, los procesos pedagógicos que el programa contiene, permiten la conformación de un colectivo que aprende conjuntamente, en este sentido aprende a descubrir sus recursos tanto en sus niveles físicos como interaccionales; aprende igualmente a gestionar la totalidad del programa y a darle su propio sentido y originalidad; descubrir instituciones, y conociendo los recursos del colectivo se permite

la consecución de los elementos que le hacen falta, aprende a dirigir, aprende a evaluar.

Todo este conocimiento adquirido lo despliega en la operatividad del grupo de trabajo, pero lo amplía a otros servicios de la comunidad. La cualificación de su interacción grupal, la extiende al nivel interaccional de su familia y la conciencia que ha adquirido como colectivo la aplica en los programas de extensión a la comunidad.

4. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVOS GENERALES:

Desarrollar una estrategia con bases teóricas y operativas necesarias para la implementación de un programa que propenda por el mejoramiento de las condiciones moribidas del menor.

Implementar un enfoque operativo de Salud Familiar a partir de los ambientes sociales que involucren al Menor, la Familia y la Comunidad.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Presentar un diagnóstico de las condiciones patológicas de la problemática del Menor, la Familia y del Medio Ambiente de la Costa Atlántica.

Implementar una estrategia de participación comunitaria que identifi que los Proyectos a realizar y los Módulos de Intervención requeridos

Estructurar el proceso Operativo del Programa que facilite la ubicación de los diferentes actores que intervienen.

Presentar la estructura general de los Módulos de Intervención definiendo sus contenidos.

5. DESARROLLO DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA (Anexo - Gráfica No.1)

6. EL SISTEMA OPERATIVO:

En la Unidad anterior estuvimos explicitando de manera general las Unidades que definen la estrategia del Programa. En este momento queremos también establecer de manera general, el proceso operativo mediante el cual es posible llevar a la práctica las unidades ya señaladas.

Este sistema estaría compuesto por las siguientes sub-unidades: La Definición del Espacio Comunitario, La Conformación de los Grupos Pilotos, La Auto-educación del Colectivo de Trabajo, La Concertación Interinstitucional, Las Unidades de Prevención Integral de la Salud y los Colectivos Comunitarios por Proyectos de Intervención.

Definición del Espacio Comunitario:

El Espacio Comunitario está entendido como el área geográfica y humana en donde se desplegará el Proyecto.

Aunque su intencionalidad es regional, esta área geográfica va a estar determinada por la cobertura que tenga la Institución a través del cual la estrategia se despliegue. Esta área geográfica será distinta, si la

Institución que promueve el Programa es Nacional o Regional (República y el Corpes) o Departamental o Municipal. En cada uno de estos casos el Programa se desarrolla con una cobertura geográfica distinta.

De esta manera el Espacio Comunitario o el Área Geográfica puede ser el País, la Región, el Departamento o el Municipio. Es necesario que en cada una de ellas el Espacio Geográfico sea definido teniendo en cuenta un lugar en específico (Ciudad, Cabecera Municipal) o discriminando el Programa en diferentes lugares (varias ciudades, varias Cabeceras Municipales o combinar Áreas Urbanas con Áreas Rurales) por ejemplo: Si el Programa se desarrolla en una ciudad, Cartagena, las ocupaciones serían las siguientes: En la ciudad de Cartagena pero en una Zona (Zona Sur Oriental): En la ciudad de Cartagena en varios Barrios, en la ciudad de Cartagena pero en un barrio, Olaya Herrera.

Conformación del Grupo Piloto:

El Grupo Piloto es la unidad primaria de trabajo que está conformada por todos aquellos individuos que hemos logrado animar en primera instancia para la puesta en marcha del Programa; estos grupos primarios son los sujetos centrales del Proyecto, en quienes descansa la definición de los contenidos específicos del Proyecto y de quienes es necesario un absoluto apersonamiento de los propósitos y de las bondades del Programa.

Son, por así decirlo, el organismo de base de donde deben emanar los distintos colectivos Comunitarios, que atenderán los Proyectos, a realizar. Como Grupo Primario, han sido las personas que han mostrado interés en un primer momento, pero es necesario que se tenga claro que estos grupos pilotos son entes abiertos a ser receptores de todo número de personas, que se agreguen en función de los mismos objetivos.

Es necesario del Grupo Piloto, multiplicarse y articularse en el tiempo y en el espacio; por otra parte; este grupo primario además de pensar sus necesidades, requiere también del imperativo de pensarse colectivo hacia la comunidad, si bien es cierto tienen que ver con problemas del grupo, sus acciones deben derivar hacia la atención de las mismas necesidades en la comunidad. Junto con los profesionales que representan a Instituciones determinadas, se conforman los Colectivos Comunitarios, cuyo apersonamiento va a definir la naturaleza, intensidad y contenidos del Programa.

Auto-educación de los Colectivos Comunitarios:

La Filosofía y la naturaleza del Programa define con suficiente exactitud, la necesidad de contar con actitudes especiales de los distintos actores que participan en él; por ejemplo: A nivel de la comunidad, además de un fuerte sentimiento de solidaridad, el Sujeto Comunitario debe ser activo, gestor de ideas, promotor de actividades continuas y dispuesto a dirigir y ser dirigido como búsqueda de un Liderazgo que tiene carácter colectivo. El profesional debe orientar la actividad práctica estimulando la prevención sobre la curación, debe saber trabajar en el espacio institucional, pero igualmente debe tener la capacidad de poder desarrollar actividades prácticas en cualquier espacio de la comunidad; debe estar solícito a atender de manera individual problemáticas que requieren de este tipo de relaciones, pero igualmente debe contar, con la capacidad del manejo de trabajo con grupos; atenderá efectos inmediatos de una problemática pero será sumamente sensible a abordar con el grupo, el conjunto de causas que están haciendo posible la frecuencia de una determinada necesidad.

Por todas estas razones, el desarrollo operativo del Programa, va a necesitar la educación grupal de ese colectivo a fin de tener disciplina

comunitaria, en el manejo de cualquier condición de intervención.

La Concertación Inter-institucional:

Lejos de querer demeritar el papel de las Instituciones en la implementación de este Programa, lo que buscamos es que éstas además del apoyo a través de recursos, tengan la posibilidad de conformar verdaderos entes promocionales de trabajo comunitario.

Idealmente las Instituciones deben conformar un colectivo institucional que pueda permitir el trabajo coordinado entre ellos y proyectarse, al mismo tiempo, con los Colectivos Comunitarios a través de una articulación definida por los tres proyectos que contiene el Programa.

Aunque los Módulos de Intervención requieran de Instituciones específicas, el ideal es que estas Instituciones se aglutinen alrededor de los proyectos de Educación y Cultura, Salud Integral y Producción.

Tocará muchas veces a las Instituciones dirigir inicialmente los Colectivos Comunitarios. Esto no es problema siempre que se atienda esta situación como un acto eventual, ya que la filosofía del programa descansa en la plena disposición del Sujeto Comunitario para administrar sus recursos; el apoyo institucional, hay necesidad de verlo como uno de ellos.

Es también responsabilidad del Colectivo Comunitario conjuntamente con la coordinación del proyecto, definir las líneas generales de los Módulos de Intervención.

Conformación de las Unidades de Prevención Integral de la Salud:

Estas Unidades son entes operativos con propósitos de formación, atención y promoción. Constituyen espacios físicos relacionados que pueden llegar a formar, dentro del proyecto, las Casas Comunitarias como unidad física internacional, las Unidades de Prevención Integral de Salud son espacios que deben permitir las tres actividades constituyentes del Programa de Educación y Cultura, la Salud y la Producción. Como organismos físicos son entidades creadas con el apoyo de la comunidad y con la participación económica de las Instituciones.

Cada una de estas Areas o proyectos atendidos por la Unidad deben ser diseñados pensando que su utilidad debe ser multifuncional; de ésta manera el área educativa, que en un momento puede servir para la atención escolar del Menor, también puede permitir que en ella se desarrollen actividades de recreación, jornadas culturales, a fin de lograr una utilización total de ese recurso.

Las Unidades de Prevención Integral de la Salud (UPIS) deben contar con la coordinación de un Director General nombrado directamente por la Coordinación General, coordinación en la cual participa por lo menos un miembro de la comunidad.

Será su responsabilidad general la coordinación general del Programa y por su ubicación en el organigrama es un puente entre la Coordinación General y los Colectivos Comunitarios.

Los Colectivos Comunitarios:

Dentro del Programa, el Colectivo Comunitario es el organismo de base con formado por miembros de la comunidad perteneciente al grupo piloto y los Agentes Institucionales conforman igual que las Instituciones, un colectivo responsable de los contenidos e imagen del Programa; en este sentido

tienen en primera instancia una responsabilidad global. Se aglutinan los Colectivos Comunitarios alrededor de tres Proyectos, constituyendo inicialmente, y mientras que el grupo es pequeño, el Colectivo Comunitario en Educación y Cultura, el Colectivo Comunitario en Salud y el Colectivo Comunitario en Producción. A medida que crece el grupo, estos Colectivos pueden eficientar sus funciones constituyendo sub-divisiones por Módulos de Intervención, aunque se debe mantener la pertenencia al proyecto respectivo.

Los Colectivos Comunitarios son, en primera instancia, los veedores del trabajo que se realiza en el Programa; deben ser los gestores de la planeación, organización y ejecución del programa y será también parte de su responsabilidad, el desarrollo permanente de jornadas de evaluación a través de las cuales se establecerán los correctivos pertinentes, se definirán los contenidos y modalidades que deben permanecer en el mismo y se elaborarán las proyecciones del grupo, tanto en lo que se refiere al desarrollo del programa como lo referente a la multiplicación y articulación del colectivo.

Esta Unidad Operativa deberá complementarse con las diversas actividades que el Programa requiera para su ejecución. Las actividades serán establecidas en dos sentidos: Como actividades para la ejecución y como actividades para la formación, evolución y promoción del grupo.

El organigrama general de este Programa, cuyas funciones serán determinadas en el trabajo final de tesis, puede responder a un esquema general como el señalado en el gráfico No. 3, aunque es muy factible que durante la implementación terminal del Programa se introduzcan algunos cambios que

se acojan al desarrollo de la temática.

6.1 ORGANIGRAMA (Anexo - Gráfica No. 3)

7. POBLACION ATENDIDA:

La población atendida en el Programa la constituye los niños de 0 a 7 años del Departamento de Bolívar, aunque su atención total será progresiva en función de las prioridades, los recursos y la modalidad de trabajo.

8. COBERTURA FISICA DEL PROYECTO:

El Programa puede desarrollarse en su totalidad en la ciudad de Cartagena; en un número representativo de cabeceras municipales (a determinar su número) o en áreas específicas de la ciudad de Cartagena y de otros municipios del Departamento. En todo caso ello debe definirlo la Gobernación de Bolívar.

9. DURACION DEL PROYECTO:

Un (1) año, a partir del mes de mayo de 1991.

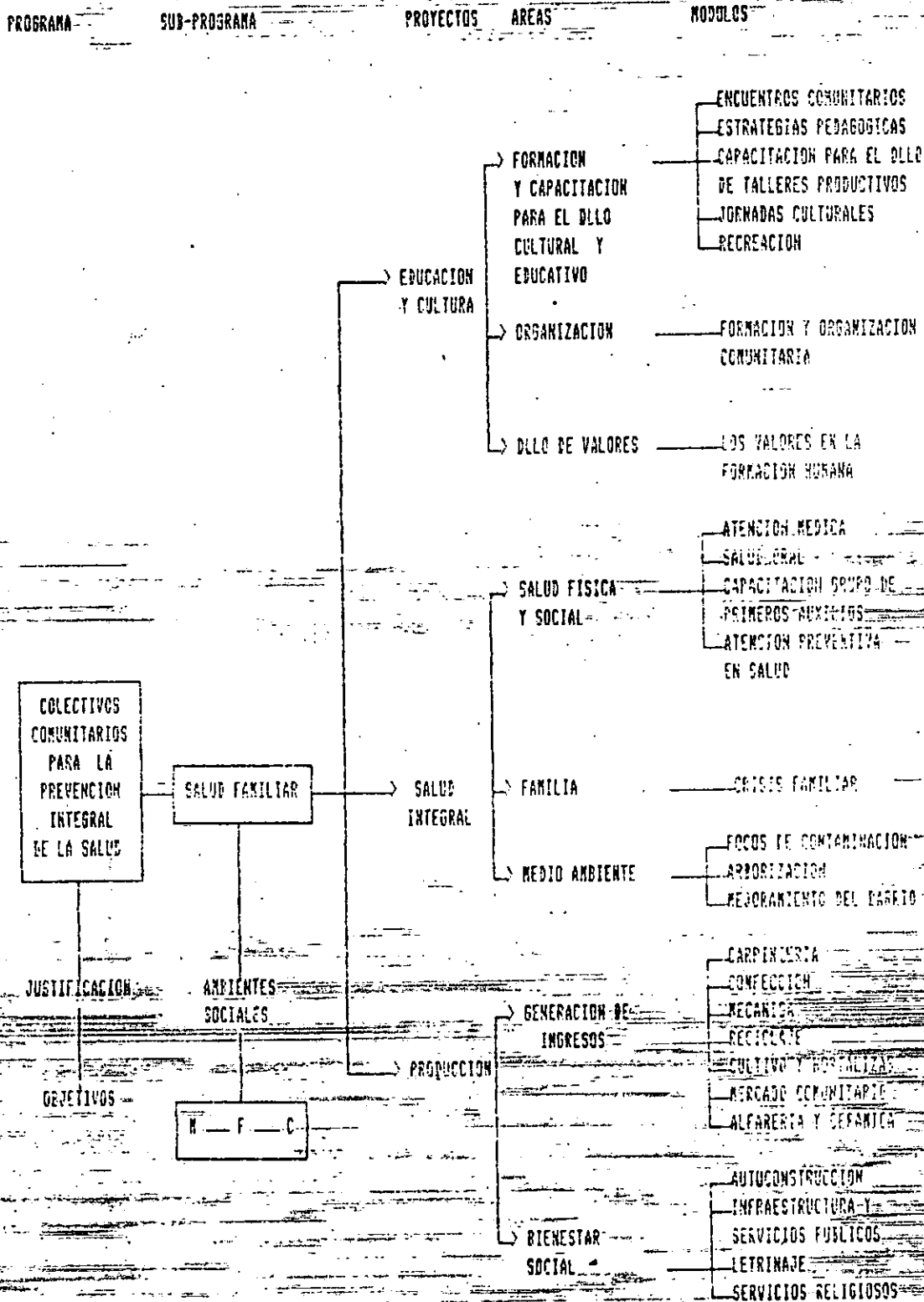
10. RECURSOS HUMANOS Y TIEMPOS DE CADA UNO EN EL PROYECTO:

<u>FUNCION</u>	<u>TIEMPO</u>	<u>INSTITUCION</u>
Un Coordinador General	Medio Tiempo	Universidad de Cartagena, Facultad de Trabajo Social
Dos Supervisores	Medio Tiempo	Universidad de Cartagena (Las Facultades que se requieran)
Un Coordinador de las UPIS	Tiempo Completo	Profesional del Municipio
Doce alumnos	Dos días por semana	Universidad de Cartagena (su división se hará de acuerdo al trabajo en específico)

Los recursos humanos están pensados para la atención de cuatro comunidades. El aporte financiero para el Proyecto estará a cargo de la Gobernación de Bolívar.

El Presupuesto General se discutirá una vez la Gobernación y la Universidad hayan definido los términos de la propuesta en su totalidad.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA



GRAFICA No.2

SISTEMA OPERATIVO DEL PROGRAMA

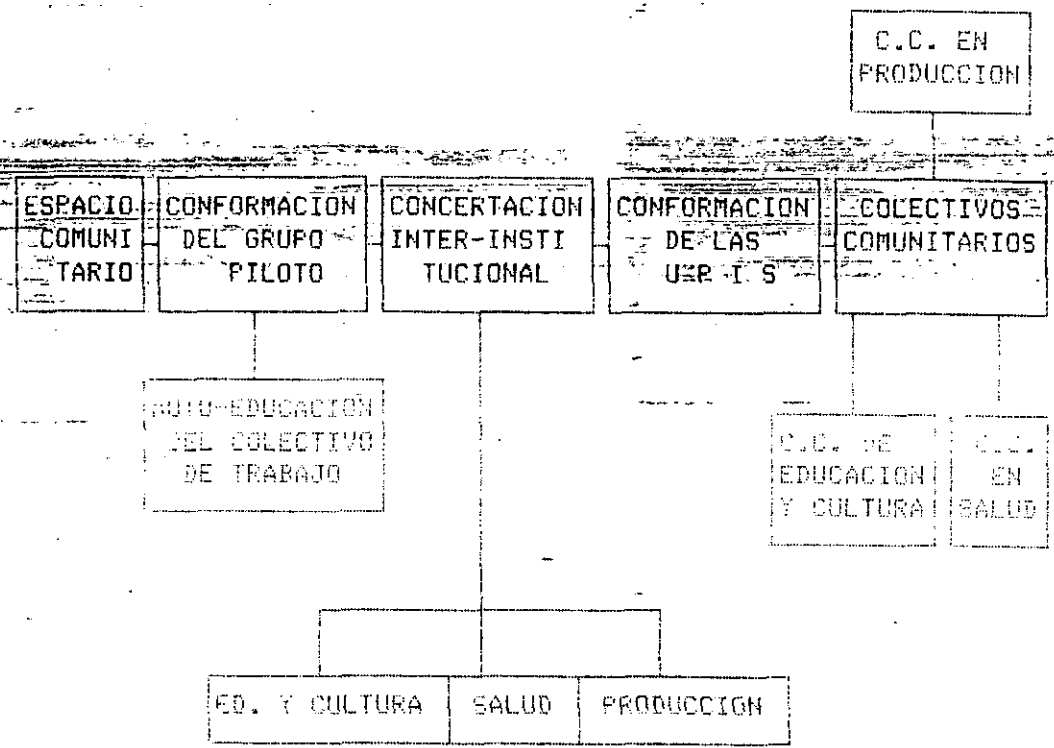


GRAFICO No. 3

ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA

