

Anal. Social
6643
1947
c.1

100

MINISTERIO DE EDUCACION
PUBLICA
Escuela de Servicio Social
Santiago



La Técnica Social Aplicada al Individuo Hospitalizado

1947.5 = 57644



Memoria de Prueba para optar
al título de Asistente Social del
Estado

Esta Memoria fué calificada
con 14 puntos frente a
un máximo de 21 puntos.

RAQUEL GONZALEZ QUIROZ



SANTIAGO DE CHILE
1947

REGISTRO N°

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO
BIBLIOTECA CENTRAL

Anal. Social
3

A MI FAMILIA



Mis agradecimientos para
el Dr. A. Horwitz y para
la Srta. Eva Olmos.

I

S U M A R I O

INTRODUCCION.-

Capítulo 1).-

HISTORIA DEL SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO,
DESDE SU INICIACION HASTA NUESTROS DIAS.

Sus precursores. Las causas que motivaron su organización. Su origen en Chile. El Hospital y la Comunidad. Su concepción moderna. El Centro de Salud o Unidad Sanitaria de San Miguel.

Capítulo 2).- LA TECNICA SOCIAL HOSPITALARIA.

Su mejor aplicación. Condiciones de la Asistente Social de Hospitales. Cooperación médica. Fases del tratamiento social;
a) En relación con los profesionales y frente a las Instituciones de la Comunidad y
b) Labor educativa para con el enfermo hospitalizado y su familia.

Capítulo 3).- LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL GENERAL Y EL
TRABAJO SOCIAL.

Capítulo 4).- ACCION DEL SERVICIO SOCIAL EN LA SECCION
DE UROLOGIA DEL HOSPITAL SALVADOR.

Cuadros estadísticos.

Capítulo 5).- PRESENTACION DE CASOS.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

Esta tesis constituye una contribución modesta al conocimiento actual del Servicio Social Hospitalario y su desarrollo, desde sus primeros esbozos hasta su concepción moderna.

Es indiscutible hoy en día el rol fundamental del Servicio Social, en el estudio global del enfermo de Hospital. El aspecto clínico de una enfermedad, no puede ser ya, desligado del aspecto social, y naturalmente, es imposible prescindir de éste último para considerar al enfermo como un individuo aislado y limitado a su enfermedad y sin conexiones sociales.

El Servicio Social Moderno, restablece estas conexiones, dando al médico tratante una concepción total del enfermo como elemento social y contribuyendo a la vez a tratamientos clínicos sociales amplios, que lo enfocan como tal.

Todo aquello que signifique un aporte al esfuerzo por restablecer la salud del individuo y en consecuencia su rehabilitación como elemento social activo, será siempre de primordial importancia.

Este trabajo ha sido hecho con la profunda convicción del valor indiscutible del Servicio Social Hospitalario, como arma útil e inteligente en tal esfuerzo.....

CAPITULO I.-

HISTORIA DEL SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO DESDE SU INICIA*
CION HASTA NUESTROS DIAS.

Sus precursores. Causas que motivaron su organización. Su origen en Chile. El Hospital y la Comunidad. Su concepción moderna. El Centro de Salud o Unidad Sanitaria de San Miguel.-

Grandes son las influencias que afectan la salud de los individuos, de tal modo que todo interés parece poco para combatirlas. Generaciones de médicos han estado de acuerdo en esto. La actual tendencia de tratar al individuo enfermo más que su misma enfermedad, ha llamado la atención sobre los factores sociales que lo rodean, aunque los procedimientos para descubrir y controlar esos factores no están bien desarrollados....

El organismo del Servicio Social, es un departamento que se ha incorporado últimamente en los hospitales y ha sido consecuencia evolucionada de esa preocupación. Su influencia en la solución de los problemas médico-sociales del enfermo, es la resultante de una nueva doctrina en el trabajo hospitalario, que hace de estas Instituciones centros de curación, como de protección y fomento de la salud de los grupos sociales que concurren a ellas.

Una exposición sucinta de la evolución histórica del Servicio Social Hospitalario, nos permitirá detallar esta concepción.-

Precursores del S. Social Hospitalario:

Hemos tomado como pre-

cursores de él, a los que comprendieron, ya sea en una u otra forma, la necesidad de conocer al enfermo y al medio que lo rodeaba y solucionar sus dificultades.-

En Francia, en el siglo XVII, tenemos primero a Sn. Vicente de Paul, quien consideró conveniente hacer diferencias en las ayudas que se otorgaban a los enfermo y a sus familiares. Fué precursor también en el sentido de que une la ayuda espiritual con la material y por haber ideado la Visita Domiciliaria, para lograr su primer objetivo.

En Inglaterra, a partir de 1895, actuaron en los hospitales de Londres unas funcionarias llamadas Ladies Almoners. Estaban encargadas de evitar que la gente con recursos económicos aprovechara la gratuitad del servicio hospitalario, creado para los indigentes.

Nuevamente en Francia y en época más moderna, nombraremos al Dr. Calmette, quien en su Dispensario antituberculoso de Lille, se dió cuenta que un médico, debido a su corto tiempo, no puede preocuparse a fondo del enfermo. Así sucedía que el tratamiento que le daba a sus pacientes, no se cumplía o se cumplía mal. Las causas de esto, él no las podía saber y como le interesaran, dispuso que una persona fuera al domicilio del paciente, investigara todos los antecedentes patológicos familiares, controlara el tratamiento y si había algún enfermo más, lo llevara al Dispensario.

Vemos que el interés del Dr. Calmette estaba sólo en la enfermedad, pero se le ha considerado como precursor, porque estableció una relación entre el hogar del enfermo y la Ins-

titución que lo atendería, por medio de la visita domiciliaria. La importancia de establecer ese contacto ha sido comprendida por el Servicio Social hospitalario actual y constituye una de las formas de su trabajo.

Ahora nombraremos algunos organismos, que sin ser precursores, contribuyeron en forma importante a la creación del S.S. en los hospitales.

La Enfermería.

Quando la enfermera comenzó hacer su trabajo en la casa del enfermo, se dió cuenta de que había otros problemas que requerían atención. Esto era muy comentado en sus círculos y así en 1904, el Hospital Presbiteriano de Nueva York, estableció un curso de dos meses para las enfermeras que se interesaran por ese aspecto. Las estudiantes fueron preparadas para mejorar las condiciones del hogar.

La enseñanza dada a los estudiantes de medicina de la Universidad de Jhn Hopkins:

El Dr. Charles P. Emerson, de esa Universidad, vió la necesidad de conocer las condiciones sociales del paciente. En 1902, algunos estudiantes organizaron, bajo su influencia, un comité estudiantil llamado "Charity organization of Baltimore", cuyos fines eran visitar el hogar del enfermo y tratar de aliviar su situación, pues consideraban como principio que había una "relación" de causa entre la enfermedad y el ambiente.

En esta etapa de la gestación del Servicio Social Hospitalario, y a principios de este siglo, encontramos al que se

ha considerado como su fundador; el Dr. Ricardo Cabot. El fue quien especificó bien la existencia de una funcionaria, que no era precisamente una enfermera, para que se preocupara de ver las necesidades médico-sociales de los enfermos y quien tenía responsabilidades en un hospital.

Dejaremos que el Dr. Cabot nos hable directamente, a través de su obra. "Essays on the meeting ground of doctor and social worker", publicado en 1919.....

"Antes era posible para el médico seguir individualmente la vida de sus enfermos y observar a través de muchos años el desarrollo y crecimiento de las familiar, por lo tanto podía completar su diagnóstico. El progreso de la ciencia médica y los recursos del diagnóstico y tratamiento, han servido para atraer un mayor número de pacientes, pero esta ampliación de recursos, ha complicado la vida del médico y le ha hecho más difícil para él la individualización de cada enfermo".

"En 1893 y 1894", continúa, "estuve trabajando en un Dispensario, y me di cuenta de que no podía hacer el diagnóstico exacto del enfermo, necesitando informaciones sobre su hogar, trabajo, alimentación, etc; el tratamiento también me fracasaba, pues tenía que saber de antemano los recursos del paciente. No podía decirle a un hombre. "Necesita reposo, o mande a su hijo al campo". En esta forma el trabajo se hacía intolerable. Entonces, ví la necesidad de una Home Worker o Social Worker; esto es trabajadora en lo social, para poder completar mi diagnóstico con un cuidadoso estudio de la enfermedad del paciente, de su situación económica y para llevar adelante el trata-

miento mediante los recursos de la Comunidad, de la caridad individual y de diversas Instituciones que había visto trabajar tan armoniosamente. En 1905, establecí a Social Worker, pagada y de planta, en el Massachusetts General Hospital of Boston, para que cooperara conmigo y los demás médicos del Dispensario"....

Agrega también que desde esa época más de 200 hospitales tuvieron Asistentes Sociales y algunos empleaban 40 o 50, todas remuneradas y para un sólo hospital.

Después de haber sido creadas las bases del S.S. Hospitalario por el Dr. Cabot, como es de suponer, tomó gran auge en los Estados Unidos y fué este país el que dió las normas para su fundación en los otros. En 1912, se formó una Asociación Americana de Asistentes Sociales, que nombró un comité para estudiar lo específico en el S. Social en los hospitales. Este Comité llegó a conclusiones que fueron resumidas en 3 puntos; a saber:

- 1ero).- Procurar información sobre la situación social del enfermo, de manera que permita una comprensión adecuada del problema médico del paciente.

- 2o).- Interpretación de la enfermedad al enfermo o a sus familiares. Esto tenía por objeto hacer cambiar las actitudes de uno o de los otros. Por ejemplo en caso de resistencia a algún tratamiento.

- 3ero).- Movilización de los recursos de la Comunidad en ayuda del enfermo y de su familia.

El S.S. Hospitalario, siguió evolucionando. Tuvo una nueva orientación gracias a la organización de nuevas cátedras co-

mo la Psicología, la Psiquiatría y la Medicina Psicosomática, las que las ha aplicado como sus disciplinas.

Actualmente el S. Social médico, como se le llama en Estados Unidos, es el más evolucionado de todos los que existen y sirve de modelo por sus técnicas. Ha llegado a constituir en los hospitales un departamento bien diferenciado que tiene funciones precisas. Su objetivo principal es atacar los problemas que nacen de la enfermedad, ya sea que se proyecten en el individuo o en el grupo familiar que integra el paciente.

Ahora veremos a qué causas se debió su organización.

Causas que motivaron su organización:

Como causas primeras de su organización, consideramos, la creación de la Beneficencia para los indigentes. Para poder calificarlos como tales, hemos visto que hubo necesidad de investigar la situación del enfermo, evitando así el abuso de la gratuidad de la atención médica en los hospitales. El móvil era ver si el individuo podía pagar o no, por lo tanto no significaba un método para descubrir situaciones que pudieran ser solucionadas, pero si, esa investigación dió lugar a la intervención de una persona con ciertas condiciones morales, ésta fué la Lady Almoner, considerada como precursora de la Asistente Hospitalaria de hoy.

El fracaso en el tratamiento médico, fué otra de las causas que evidenciaron la necesidad de conocer el ambiente del enfermo, de captar sus problemas sociales y tratarlos adecuadamente, todo ello por intermedio de una persona preparada en este terreno.

La idea de que las influencias económico-sociales son de gran valor en el tratamiento médico, no es nueva, pues ya se había descubierto que algunas de ellas juegan un papel importante en las causales de una enfermedad; así por ejemplo, en la tuberculosis, influye el hacinamiento, la desnutrición, etc. Este concepto de vigilancia de los factores sociales, se había aceptado y constituyó una de las causas más importantes para la creación del S.S. Hospitalario.

Por último, se comprendió que, a pesar de que la práctica de la Medicina y la del S. Social, son distintas, pero un mutuo entendimiento hace posible la colaboración en la atención del enfermo a quien ambas sirven.

Su origen en Chile:

En nuestro país, no podríamos considerar sino en el mismo sentido que a Calmette, como precursor del S. Social hospitalario chileno, al profesor, doctor, Alfredo Commentz, quien en el Hospital Arriarán, en 1913, tenía una auxiliar con cierta preparación para controlar el tratamiento anti-luético en los niños.

En 1925, el Dr. Alejandro del Río, fundó la Escuela de Servicio Social de la Junta Central de Beneficencia, la que después de varias reformas en su organización, pudo cumplir con el fin para el cual había sido creada; esto es, la de preparar Visitadoras Sociales, como hasta hace poco se llamaban, para que trabajaran en los hospitales.

El Dr. Lucio Córdova, que participó en la re-organización de esa Escuela, dado sus conocimientos de Asistencia Social, unidos a sus viajes al extranjero a los centros más perfeccio-

nados del Servicio Social, le entregó su experiencia a Dn. Pedro Aguirre Cerda, quien veía en el Servicio Social, un organismo capaz de prestarle cooperación en la tarea que él condensó en las siguientes palabras "Gobernar es educar y dar salud al pueblo", cuando por Decreto Supremo del 14 de Mayo de 1940, se organizaron dos Escuelas de Servicio Social del Estado y dependientes del Ministerio de Educación; una en Santiago, ubicada actualmente en la calle Huérfanos No 1698 y la otra en Concepción. Posteriormente, bajo la Vice-Presidencia de Dn. Jerónimo Mendez, se crea una tercera Escuela del Estado, en la ciudad de Temuco, quedando cimentada la Enseñanza Pública del Servicio Social. El Dr. Coñdova fué nombrado Director Gnral. de esa enseñanza.

Hemos señalado someramente el aporte del Dr. Coñdova, en el Servicio Social chileno, porque creemos que tuvo una visión más perfecta del problema, al impulsar la creación de esas Escuelas, cuya finalidad primordial, es la de preparar Asistentes Sociales para trabajar en Establecimientos Educativos, Instituciones éstas que dan margen amplio para materializar ese lema del S. Social "Servir y Educar". En los Hospitales, dada las condiciones de ambiente, la calidad de los clientes y por su estada variable, es difícil educar. La A.S. Hospitalaria se vé forzada a dedicar gran parte de su tiempo a la solución de problemas menores que aunque necesarios, son intrascendentes, en cuanto no contribuyen a hacer del enfermo un cooperador activo e informado.

La organización y fundones del Servicio Social Hospitala-

rio de nuestro país, están señaladas en el Reglamento Interno de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, pues depende de esa Institución. Una Asistente Social Jefe, supervigila el trabajo de todas las A.S. de los establecimientos hospitalarios. Tiene su oficina en la Dirección Gnral. de Beneficencia.

El Hospital y la Comunidad. Su concepción moderna;

La preocu-

pación por la salud pública es muy antigua, se confunden con ritos religiosos, pero con el tiempo ha ido diferenciándose. En la época griega, se le daba énfasis por medio de la higiene y de los Juegos Olímpicos. Durante la Edad Media, no se observa ningún adelanto en ella, pero posteriormente, con el descubrimiento de los microbios y sus relaciones con las enfermedades, cobra nuevamente interés, y se entendió por salud pública "aislar a la gente enferma en Lazaretos o Casas de infecciosos". Estos lugares más tarde, sufrieron transformaciones y se convirtieron en Hospitales, cuya finalidad, no sólo fué aislar a los enfermos, sino estudiar sus enfermedades y curárselas.

El Hospital de hoy le dá más importancia a ésto último, olvidando que lo fundamental, es proteger, y fomentar la salud individual y colectiva y prevenir las enfermedades y a pesar de que se ha comprendido, que al individuo debe considerársele como un capital, que debe ser cuidado para ayudar a conservar la base económica de una nación.

El concepto actual de salud pública o salubridad, se expre-

sa en la salud colectiva de individuos que viven en una Comunidad, con necesidades, problemas y características que deben ser tomadas en cuenta al elaborar los programas sanitarios. Esta filosofía de la salud, deja el sistema antiguo de dividir al grupo familiar en componentes o problemas, que se reparten para su control en las distintas Instituciones médicas existentes, como la Beneficencia, Seguro Obrero, etc, para tomarlo como la "unidad", en la cual se desarrollará toda acción. Su objetivo primero, es la prevención de las enfermedades y su base el saneamiento ambiental. Este se refiere a fomentar los sistemas adecuados de agua potable, de alcantarillado, control de las enfermedades infecto-contagiosas y protección de los alimentos. Para lograr sus fines se vale de la Educación Sanitaria, que se ha definido como "La explicación clara y razonable de los fenómenos biodemográficos, con enseñanza práctica y condicionada a las circunstancias geográficas, económicas y sociales de los recursos que la técnica dispone para propender a fomentar la salud, evitar o curar la enfermedad y estimular el perfeccionamiento de las condiciones de vida de los habitantes".....; hecha en grupos específicamente estudiados e interesados. Esta educación que tiene como requisitos, ser práctica y sistemática, tiende a la formación de hábitos higiénicos en la masa a fin de que no rehuya las orientaciones que se le den. A este respecto el Dr. Gustavo Molina G., Director de la Unidad Sanitaria de Antofagasta dice: "La Educación del individuo, familia y colectividad sobre los problemas de la salud, es condición esencial para toda acción de salubridad."

La concepción moderna del Hospital, es la de una Institución que asimile todos los conceptos expresados anteriormente y que se convierta ^{en} un Centro de Salud, es decir, una organización que reuna todas las actividades médico-sanitarias de un distrito y en que su interés esté fundamentalmente en los individuos sanos (conservación de la salud). Ya no va a ser un "taller de reparaciones" o "un Centro para cuidar enfermos", como dice el sociólogo Alter, sino que comprendiendo la necesidad de una renovación total de sus métodos de trabajo, "será un Centro coordinador de los esfuerzos en favor de la higiene". Refiriéndose a esto último René Sand, en L'Economie Humaine par la Medicine Sociale de Paris, manifiesta también lo siguiente: "En todas partes se luchará contra la dispersión. Actualmente el médico escolar, el médico pediatra, el del Dispensario antituberculoso y otros, trabajan aisladamente en Instituciones separadas. Se las agrupará en un Centro de Asistencia Social, organismo coordinado, para que se apoyen en una armonía que les asegure un rendimiento superior al de las Instituciones dispersas"....

Deducimos de esto, otro concepto del hospital moderno y que es, la coordinación de los esfuerzos médicos

Todas las tareas sanitarias y de higiene pública que asuma, en función de Centro de Salud, para el mejor servicio de una colectividad, son las que convertirán al viejo Hospital de Asistencia médica individual y de relaciones privadas en un Hospital moderno.

Aquí en Chile, el Dr. Alejandro del Río, fué el que primero asimiló estas tendencias y trabajó para organizar una Institución en la que se aplicaran. Fundó para ello, el Centro de

Salud No 1 de esta ciudad. Esbozó tres planes de acción para que entrara en contacto con la Comunidad y que son perfectamente aplicables al Hospital Moderno.

1).- Propaganda y acción Sanitaria, 2) Prevención de las Enfermedades y 3).- Servicio Social.

La primera está constituida por los puntos siguientes:

- a).- Vulgarización de la noción de higiene.
- b).- Protección de la madre, del lactante y del niño.
- c).- Mejoramiento de la alimentación.
- d).- Mejoramiento urbano y rural (habitación, agua potable, alcantarillado, etc).
- e).- Mejoramiento y dirección escolar e industrial.

2.- Prevención de las enfermedades. Comprende:

- a) Consultorios sanitarios para la lucha antituberculosa.
- b) Profilaxis y tratamiento del tracoma, enfermedades parasitarias y venéreas.
- c) Prevención de las enfermedades infecciosas.
- d) Consultorios para tratamiento médico general.

3.- Servicio Social:

Con el objeto de encontrar una solución a todos los problemas que presiden o influyen en la salud de los individuos se hace necesario el Servicio social.

Hemos comprendido entonces que:

- a).- El Hospital moderno debe mirar más allá de sus murallas.
- b).- Debe abolir la tendencia actual de no considerar al enfermo como la personalidad global (individuo, enfermedad, condición económico-social, ambiente físico y familiar, etc) que ingresó al Hospital.

c).- Va a aprovechar la concurrencia del individuo al hospital para educarlo en los problemas de la salud, hasta que esta educación se haga efectiva.

d).- El médico, la enfermera Sanitaria y la Asistente Social, deberán constituir la unidad básica de esta nueva organización.....

Centro de Salud o Unidad Sanitaria de Sn. Miguel:

El Centro de Salud No 1, no ha cumplido, ni desarrollado su programa inicial, pues sólo le ha dado preferencia al aspecto médico-asistencial del individuo. Una Institución que está aplicando lo expresado anteriormente, es el Centro de Salud o Unidad Sanitaria de Sn. Miguel. Explicaremos su funcionamiento para dar a entender mejor los conceptos del Hospital moderno, llevados a la práctica.

La razón de haber escogido la Comuna de Sn. Miguel, fué porque manifiesta en todos sus alcances los problemas de la salubridad. Se la estudió en relación a sus condiciones geopolíticas y biodemográficas (situación, superficie, población, etc y Sanidad ambiental; alcantarillado, agua potable, etc), con el objeto de conocer la clase de problemas ambientales o de salud individual que se presentarían. Se concentraron los esfuerzos de tres Instituciones: Sanidad, Dirección Gnal. de la Protección de la Infancia y Adolescencia, para obtener el máximo de rendimiento en el trabajo a efectuar. Estas Instituciones, aportan material de trabajo y personal, el que depende de las respectivas Instituciones. Se dejó al Hospital Ramon Barros Luco como el Centro de higiene. Su programa de trabajo está basado, esencialmente en la Educación Sanitaria, hecha por las Enfermeras Sanitarias y los Inspectores de Saneamiento, en grupos estudia-

dos en los aspectos señalados más arriba. Todo este personal ya sea auxiliar como técnico, resuelven los problemas que le están encomendados, desarrollando constantemente una enseñanza objetiva y práctica de la labor que desempeñan y adecuada a las condiciones en que actúan.

Para cumplir con el control ambiental o saneamiento ambiental, es decir todas las medidas que tienden a asegurar la limpieza exterior (vivienda, excretas, etc), la Unidad las ejecuta despertando la cooperación de la población, en los problemas de la salubridad, en forma directa o por medio de las autoridades locales o por los Comités de Vecinos.

La Educación sanitaria, se plantea en forma colectiva e individual. Un ejemplo de la primera, lo tenemos en las charlas dadas en una agrupación vecinal, sobre la construcción de un pozo negro modelo y seguida de una invitación a presenciar la ejecución de él, hecha ésta por vecinos a quienes se ha pedido su cooperación.

La Educación individual, efectuada en el domicilio, a todo el grupo familiar tiende a reforzar las explicaciones de lo que se haya visto (pozo negro, por ejemplo), a señalar los aspectos inconvenientes, desde los más pequeños hasta los mayores que se observen en la vivienda y a enseñar su corrección.

Para cumplir con la protección individual, comprendida por:

- a) Control materno-infantil (lactantes y pre-escolares)
- b) Control escolar y
- c) Control epidemiológico,

se vale de la educación sanitaria, de los Comités de Higiene Escolar, de los Centros de padres, y para el tercer punto, de la

denuncia obligatoria, del control del diagnóstico, de la hospitalización, aislamiento, etc, etc.....

Las estadísticas obtenidas por este Centro de Salud, son bastantes satisfactorias, en relación a los resultados prácticos de la protección de la salud y permiten adelantar, que una lucha llevada en la forma indicada, es la más fructífera.....

CAPITULO II.-

LA TECNICA DEL SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO.

Su mejor aplicación. Condiciones de la Asistente Social de hospitales. Cooperación médica. Fases del tratamiento social; a) En relación con los profesionales y frente a las Instituciones de la Comunidad, y b) Labor educativa para con el enfermo hospitalizado y su familia.

Su mejor aplicación:

La técnica de Servicio Social que se aplica al trabajo social hospitalario, es la misma con la cual se trabaja en las demás Instituciones; pero que en este caso se vé circunscrita a la calidad de cliente, el que fuera de ser un Caso Social, es un individuo enfermo que no puede responder socialmente a nada por su condición. Se refiere a tres aspectos:

1.- TRABAJO MEDICO-SOCIAL DEL CASO INDIVIDUAL

Enfermo

y

Familia

2.- SERVICIO SOCIAL DE GRUPOS

3.- SERVICIO SOCIAL CON EL PERSONAL DEL HOSPITAL

1.- Trabajo médico-social en el Caso individual;

El trabajo

médico-social de un caso envuelve el estudio de la situación individual del enfermo, de su ambiente familiar, de sus intereses y de sus necesidades sociales en relación con su enfermedad y un tratamiento social en colaboración médica, cuando dichas necesidades y dichos intereses afectan al estado físico y mental del paciente. Este estudio, permite principalmente a la Asistente Social Hospitalaria, observar cuáles van a ser las proyecciones de la enfermedad en los individuos y situarse en cierta posición de pronóstico respecto a la cooperación que

va a encontrar de parte del hospitalizado y de su familia.

Sabemos que en general, la enfermedad trae siempre una incapacidad. Esta puede ser temporal, cuando dura sólo el tiempo de la enfermedad y en que el paciente es dado de alta en buenas condiciones. Junto a esta pueden presentarse dos más; una que provoca disminución de la capacidad del trabajo y la otra en que la enfermedad deja trastornos de gran alcance en el organismo del individuo, de tal manera que no puede valerse a si mismo; o sea trabajar. Pero mirada desde el punto de vista social, no tiene el mismo significado para todos los hospitalizados; pues aunque todos son enfermos en un hospital, no todos son casos sociales.

Generalmente, el Caso Social que encontramos en nuestro medio hospitalario, es un enfermo que ya era caso social fuera de él y que se agrava más con un problema más; la enfermedad; pero no se siente a si mismo caso social, tiene problemas, pero no tiene conciencia de su situación como problema, tampoco sufre y comunmente es ignorante de la enfermedad que lo aqueja. Pero es caso social para la sociedad, por cuanto vive al margen de sus normas y no aprovecha de las instituciones que lo capacitarían para producir y ser miembro activo de ella. Este caso es más grave para la A.S. porque es ella la que se presenta ante él a despertarle la conciencia de situaciones que nunca le han interesado mejorar y porque tiene que encauzarlo hacia su solución mejor.

El que llega con más frecuencia hasta nosotras, es aquel Caso social que no sólo sufre físicamente, sino que se angustia por una dificultad que en muchos casos le perturba su me-

jería y quiere que alguien lo ayude a liberarse de ella. Este individuo es el que aumenta nuestros registros de casos, porque se presenta sólo, no tenemos necesidad de abordarlo, al parecer sabe cuáles son sus problemas, pues los detalla y hasta da soluciones, se muestra insistente para que lo atiendan y sus actitudes alarman a los que no lo conocen.

Nuestra actuación en los hospitales es especialmente para estos individuos, que constituyen el trabajo social en el caso individual. Para llegar a conocerlos tenemos varias vías; una la constituyen ellos mismos cuando se presentan sólo; otras veces es el médico quien considera necesaria la intervención de la A.S., otras es la familia y a veces es la A.S. quien va donde el enfermo, antes de éste la solicite, aunque no es lo común en nuestros hospitales, por diversas razones que explicamos en otros capítulos de esta memoria. Sin embargo, sabemos que hay problemas potenciales en cada enfermedad. Un enfermo que llega a un Hospital, puede que necesite de todos los Servicios de esa Institución, por lo tanto del Servicio Social también, a pesar de que no requiera su intervención. En este caso se hace necesario un proceso de exploración, con el fin de determinar con el paciente qué problemas le provoca su enfermedad; si desea que intervenga esa profesional o no, para cambiar su situación.

La enfermedad es una experiencia que precipita problemas en gran parte de los individuos. La A.S. Hospitalaria, tiene que ser lo suficientemente hábil, para saber entonces, si el paciente es capaz de manejar esos problemas sólo o si la necesita.

Para abordar nuestros casos, lo hacemos por medio de una entrevista, primero verbal y después escrita. Esta última tiene unos rubros a llenar que se refieren a sus antecedentes personales, familiares y ambientales.

El contacto que tenemos por medio de la entrevista es relativamente corto, pues como veremos más adelante, la A.S., debe tener una visión rápida y formarse un concepto del individuo que tiene ante ella y que llamamos como en las otras instituciones: cliente.

La primera entrevista tendrá poco significado para la A.S. Hospitalaria, a menos que ella aproveche esta oportunidad para darse cuenta de la clase de cliente, la interpretación que le dá a su enfermedad y la calidad de ayuda que será capaz de utilizar. En resumen, la primera entrevista es un período durante el cual el enfermo y la A.S. se conocen uno al otro, la primera explica su labor en términos sencillos y cuidadosamente y en que tanto ella como el enfermo comprenden su actuación.

De este entrevista deduciremos también qué es lo que le preocupa más, si tiene algún problema que considera urgente solución, aunque en nuestro criterio no lo sea, es conveniente aliviarlo de él, así tendremos su verdadera personalidad y actitud frente a los otros problemas que son en su mayoría más importantes.

Una vez que hayamos ganado su confianza, solucionado el problema que lo perturbaba, lo conozcamos más o menos profundamente, tenga la convicción de que nuestra intervención le será beneficiosa, comenzaremos a trabajar para adaptarlo ante su enfermedad y a los problemas que ésta le haya desencadenado. Nues-

tra finalidad debe estar encaminada a tratar de que se desempeñe sólo y en tal forma de que podamos vislumbrar un buen pronóstico de su capacitación, antes de que egrese del hospital.

b).- En la familia del individuo hospitalizado;

Para conocer el ambiente cultural-higiénico y social, en que vive el enfermo, hacemos una visita a su hogar; esta es la llamada visita domiciliaria, la que no sólo nos sirve para lo indicado, sino principalmente para actuar frente a sus familiares y para establecer la conexión entre el hospital y el hogar del paciente.

A veces sorprendemos en él, problemas más graves de los que el cliente nos insinuaba; otras, una visita a su domicilio, nos significa imparcialidad ante su situación, pues nos daremos cuenta de la veracidad de los que nos haya contado. Pero para lo que más nos interesa es para saber en qué condiciones se cumplirá su convalecencia una vez que haya sido dado de alta. A nosotras nos importa que los esfuerzos de los médicos, de las enfermeras, etc, no se pierdan por condiciones inadecuadas del hogar del enfermo o por los problemas sociales que tenga él o su familia y nuestra contribución en este sentido es ser agentes de su adaptación post-hospitalaria.

2.- Servicio Social de grupos:

Actualmente el S.S. de grupos no se practica en forma integral en nuestros hospitales, pues se le ha dado preferencia hasta ahora al trabajo social en el caso individual, olvidando que el primero representa un progreso en la técnica del S.Social, ya que reporta mayor rendimiento en la tarea de adaptar individuos a condiciones que favorecen su desarrollo en el ambiente. Pero si se practica

en Sanatorios y Preventorios. Para proyectarlo en los Hospitales habría que hacer una renovación del Servicio Social hospitalario. Pero en estos momentos puede ensayarse, instruyendo colectivamente sobre el beneficio de algunas leyes relacionadas con las enfermedades, por ejemplo la ley de Medicina Preventiva, la de Accidentes del trabajo, etc, creando bibliotecas con lecturas apropiadas a las condiciones físicas de los pacientes, por medio de la música, del cine, de la instrucción primaria (analfabetos o semi-analfabetos), enseñando pequeñas industrias manuales (laborterapia), etc, etc.

Servicio social con el personal del Hospital:

Con el objeto de conocer y resolver los problemas que se presentan en el personal del Hospital, se hace necesaria la intervención del Servicio Social.

En líneas generales la labor que se desarrolla puede resumirse como sigue:

Interviene en la selección del personal sub-alterno o de Salas (mozos) a su ingreso y en su descalificación, mediante el informe social que presenta, pues éste viene a ser un antecedente a favor o en contra.

Vela por el bienestar material y moral de los empleados. Trata de evitar el ausentismo, al solucionar los problemas que preocupan a los empleados, y que son causa de dicha inasistencia.

Fomenta la cultura hospitalaria, en el sentido de que se

cumpla bien las responsabilidades que le caben al personal para con el enfermo, médicos, etc.

Fomenta el aprovechamiento de las horas libres por medio de los deportes y entrenamientos sanos.

Su trabajo, igual que para con el enfermo, puede dividirlo en el Caso Social ^{Individual} y en Servicio Social de grupos.

Condiciones de la Asistente Social Hospitalaria:

Se entenderá

aquí por condiciones de una A.S. Hospitalaria, todas aquellas actitudes que debe reunir para poder desempeñarse con eficiencia en su trabajo y que se suman a las otras condiciones de toda A.S. Las hemos reunido en un número de seis;

1).- Poseer conocimientos generales de Medicina e Higiene:

To-

da Asistente social que desee trabajar en un hospital, deberá tener presente los conocimientos de medicina y de higiene aprendidos, se mantendrá alerta al progreso científico, ya que trabajará en una área donde estos conocimientos adquieren gran importancia y para que comprenda mejor su función dentro de un programa de salud pública.

2).- Tener experiencia en Servicio Social Hospitalario:

Las materias sobre S.S.H., estudiadas en la Escuela y la práctica hospitalaria de estudio, no son suficientes en el campo mismo de trabajo, por eso la A.S. se siente frustrada al verse incapaz de comprender todo el trabajo que es menester desarrollar en un servicio hospitalario, pudiendo hacerlo sólo parcialmente. Entender el mecanismo de un hospital, no es cosa tan fácil como puede parecer, es necesario tener cierta experiencia en esas instituciones.

3).- Responsabilidad de dar a conocer su función;

En nuestra práctica diaria de trabajo social hospitalario, nos hemos encontrado con buen número de personas que no saben nada de servicio social. Nuestras conversaciones con ellas nos han demostrado que desconocen totalmente lo que representa el S.S. en un Hospital. De estas observaciones sacamos en consecuencia que toda A.S.H., tiene el deber de dar a conocer su función en todo miembro de un hospital, especialmente en el personal médico, hacerles comprender en qué forma podemos contribuir a un buen tratamiento médico.

4.- Que su pensamiento sea uniforme y flexible;

Esta condición del pensamiento, parece ser la esencia del servicio social hospitalario. La A.S., al planear su tratamiento y en el curso de él, debe guardar su unidad en relación al enfermo y al médico.

El trabajo social en un hospital es esencialmente dinámico, el factor tiempo pasa a adquirir gran importancia. La A.S. se encuentra ante una rotativa de seres humanos. Su campo de acción está formado por individuos de distintos medios, por consiguiente de distintas maneras de reaccionar. Por lo tanto la flexibilidad de su pensamiento deberá ser mayor que en las otras actuaciones del campo social. Su mente debe definir en períodos cortos su posición en cada situación. No debe olvidar que está tratando con otras ideas.

5).- Sentido coordinador;

Esta cualidad se refiere a que ella debe comprender que no trabaja sólo en relación al enfermo, si no correrá el riesgo de perder su objetividad y por conse-

cuencia la ayuda máxima para él. La A.S. de un hospital moderno, no es una persona que trabaja aisladamente de los otros grupos de instituciones; tiene que entrar en contacto íntimo dentro y fuera del hospital con ellos.

6).- Conciencia de los problemas que enfrente y del papel que le tocará desempeñar:

La A.S.H., necesita aclarar los diversos papeles que ella juega en el tratamiento social. Se da cuenta de que son de dos clases; aquellos que se refieren al individuo enfermo y a diversos grupos como la familia, la dirección de un hospital, la Comunidad, etc.

Cooperación médica:

Si la primera función de la Asistente Social médica, como lo ha dicho una A.S. Americana, Harriett Bartlet, "Es ser o formar parte del cuerpo médico", comprendemos que las relaciones entre los médicos y las Asistentes sociales, dentro del hospital, deben ser muy estrechas. Estas al entrar a formar parte del personal de esa institución, entran a colaborar con el médico y la enfermera. Los tres convergen hacia un mismo objetivo, el individuo enfermo y su ambiente. Aunque sus métodos sean distintos, para obtener, proteger y fomentar la salud individual y colectiva, hay un sentido de coordinación entre ellos y es ese sentido coordinador, el que llamamos cooperación médica.

El Caso social, viene a ser, el estímulo que provoca la integración de esfuerzos, con metódica diferente y finalidad común que mira a la solución racional de los problemas médico-sociales, que nacen del enfermo y se proyectan a toda su atmósfera material y humana. La "cooperación médica", crea la continuidad de los individual y lo colectivo en el Servicio

Social y plantea por extensión, a nuestro juicio, la mejor política asistencial a aplicarse en nuestro medio.

Nuestro trabajo lo desarrollamos principalmente en el hospital y más precisamente en el Servicio que tomemos a nuestro cargo. Se desprende de esto que nuestro contactos con el médico serán frecuentes. Ya hemos dicho que a la A.S., le cabe la responsabilidad de ganar aceptación de su función. Con este propósito, lo primero que tiene que hacer, es demostrar en qué sentido le preocupa la salud de los enfermos, que a ella le interesa tanto como a él y cuál es la ayuda que está capacitada para ofrecer. Las Asistentes Sociales, son por sobre todo agentes de educación. Su función es orientar al cliente y lograr su cooperación activa por persuasión. En el medio hospitalario, esta función básica cobra enorme importancia por la condición particular del Caso. La información simple respecto a la enfermedad que lo aqueja, destacando las circunstancias que la han provocado y la influencia que ella ha de ejercer en sus contactos familiares y extrafamiliares, la necesidad de colaborar a la terapéutica instituída y de seguir cuidadosamente las indicaciones al abandonar el hospital, son expresiones de la mejor cooperación a la labor del médico y demás personal del Servicio.

Tanto más importante es ella, cuanto se observa que el hospital de hoy, no educa; el enfermo lo abandona sin haber adquirido ni siquiera las prácticas elementales de higiene físico-social. Toda iniciativa en este sentido debe estimularse.

Otra manera de fomentar esta cooperación, es que si se toma un caso por iniciativa médica, debe darse cuenta del tratamien-

to social hasta su término, porque es manifiesto que el médico tenía interés cuando se ha preocupado de denunciárselo. También la aumentaremos, haciéndolo participar en la satisfacción de un tratamiento social bien llevado o en las dificultades que se hayan encontrado. Este otro método logrará que los demás médicos se interesen también en orientar casos hacia el Servicio Social.

Como una buena síntesis de ella, hemos tomado los puntos que el americano Joseph C. Doane, considera, primero como adversos a la comprensión mutua de entre las A.S. y los médicos, y segundo los que la favorecen y que se adaptan de una manera notable a nuestra realidad hospitalaria. Dice:

A).- Adversos

- 1).- "Hay una falta de conocimiento de parte de las autoridades del Hospital de los fines y métodos de la moderna y bien entrenada A.Social y lo que es peor una actitud de duda del valor que pueden tener en la Medicina Social.
- 2).- Una incomprensión de la A.S. hacia la organización y métodos del trabajo diario de un hospital.
- 3).- El planteamiento inadecuado del hospital referente a la organización del Servicio Social.
- 4).- Por último de ambas partes, una falta de ciertas cualidades, como el tacto, la habilidad administrativa, etc".-

B.- Favorables

- 1.- Asignarle a la A. S. un Departamento con la comprensión del Servicio médico. Entenderá que ese departamento es suyo, que ella es la Asistente Social a quien deben consultar. En otras palabras, formará parte de él, o sea la identificación

con el servicio médico que se le dé.

2.- Al discutir un caso clínico interesante, ver si la A.S. lo conoce o no.

3.- Que no sea siempre la A.S. la que busque al médico, sino éste a ella a su vez.

4.- Que se incluya en la Historia Clínica, un informe social del enfermo. Este informe reflejaría la situación del paciente, en relación a sus condiciones de vida (material; trabajo, vivienda, etc) y moral. Es conveniente esta medida porque el médico se entera de los factores adversos o favorables al tratamiento médico, desde un comienzo.

En nuestro país, esto sería muy importante, porque así se vería ciento de veces que por condiciones inadecuadas del ambiente familiar, falta de medios e instituciones, se pierden esfuerzos y que el hospital está malgastando su presupuesto.

5.- Que el médico se interese hasta el término del tratamiento social.

Fases del tratamiento social:

a). En relación con los profesionales;

El tratamiento social

que desarrolla la A.S. H., es un conjunto de planes delineados para solucionar la situación social de un caso y que tienen que estar de acuerdo con otras ideas. Ideas que han formado sus fases, estas se refieren primero al individuo enfermo y a diversos grupos como la familia, los profesionales y la Comunidad.

Al tomar en cuenta, la opinión del enfermo que sea nuestro caso, recordaremos que su personalidad se ha alterado

un tanto con la enfermedad. Estudios psicológicos, manifiestan que la persona enferma tiende hacia el infantilismo; exige que se la cuide como a un niño, o hacia la irritabilidad, no razona, no admite cuidados, etc y durante la convalecencia, las decisiones fáciles de tomar, le parecen difíciles. Estas reacciones de tipo regresivo, deben ser consideradas con tacto por la A.S. sin permitir que influyan en la decisión conjunta que puede tomar con el enfermo en el tratamiento social.

En cuanto a la familia, las actitudes que tome para con su paciente, son razones de peso en el tratamiento social.

Con los profesionales evitará el peligro de que se inmiscuyan en su trabajo, pues correrá el riesgo al atacar el plan del tratamiento social de la evidencia de una cosa, que ella no fué clara como para posesionarse del papel que podía haber desempeñado eficazmente.

Muchas Asistentes Sociales, coinciden en que tienen que preguntarle al médico si tal o cual enfermo puede emplearse en cierta profesión una vez que se le dé de alta en el hospital. Sabemos que las enfermedades traen incapacidades, que pueden ser temporales o permanentes. Si la A.S. sabe qué determinado enfermo ha sufrido pleuresía, por ejemplo, y que antes de hospitalizarse trabajaba en un lugar húmedo y que los esfuerzos que hacía eran agotadores, someterá a opinión del médico tratante las probabilidades ocupacionales de ese paciente. En este aspecto, tiene responsabilidades en la salud individual de sus casos.

La enfermera, la dietista, son los otros profesionales que se

hacen necesarios para efectuar el tratamiento social.

Frente a las Instituciones de la Comunidad;

Para la A.S., la Comunidad está representada principalmente por las Instituciones que le servirán para solucionar los problemas de su caso o que pongan al individuo en condiciones de una adaptación mejor. Por lo tanto deberá tener un conocimiento completo de ellas.

Para el enfermo, la A.S., es como un puente tendido entre él y la Comunidad, de donde vino y adonde irá cuando mejore. Al llevar a cabo el tratamiento social, se la trae en forma de recursos, se la presenta y enseña a utilizarla. Trata de devolverle un individuo adaptado a ella y que en el futuro le signifique rendimiento.

Labor educativa para con el enfermo hospitalizado y su familia:

La A.S. norteamericana, Beatriz Z. Levey ha dicho "El trabajo social puede ser considerado como una experiencia educacional, ya que ayuda al individuo a actuar en forma más efectiva consigo mismo y con su ambiente".....

Partiendo de esto, nos basamos para hacer labor educativa con el enfermo hospitalizado y con su familia.

Nuestras conversaciones diarias con él, nos permiten descubrir sus fallas y también nos permiten una facilidad para influenciar favorablemente en ellas. El tiempo que permanezca un paciente en el hospital, debe ser aprovechado al máximo para reeducarlo. Nuestra educación no consistirá en cambiarle los hábitos desfavorables que tenga, pues esto no es posible, ya que para ello sería necesario proporcionarle un ambiente

adecuado para que los aplicara, sino que lo haremos salir consciente, en primer lugar de la enfermedad que sufrió. Bastará darle una comprensión sobria. Se le ayudará para que alcance lo más pronto posible su salud, para su propia satisfacción y felicidad, por su familia y por razones económicas.

Muy a menudo los enfermos tienen miedo a los Hospitales, a las operaciones, a los tratamientos médicos y a los resultados desfavorables de la enfermedad, ya sean incapacidades o la muerte. Estos temores no se expresan generalmente, sino que se proyectan en otros aspectos de su situación. La. A.S.H., debe entonces tener la suficiente habilidad para cambiarle sus actitudes negativas frente a los tratamientos médicos que se le indiquen.

Al practicar nuestras enseñanzas, olvidaremos nuestras experiencias. Comprendiendo las suyas, se avanzará en la explicación de su conducta y actitudes y se le orientará mejor.

Con la familia del paciente, nuestra labor educativa, se basará en inculcar responsabilidad frente a su enfermo, que no deben abandonarlo. Muchos familiares consideran al hospital, una solución para dejar ese pariente enfermo y viejo que les estorbaba o no podían mantener y cuidar. Se valen de muchas estratagemas para conseguir su hospitalización y hasta dan domicilios falsos. Mientras nuestros hospitales no cambien su actitud frente a la salud de los individuos, será tarea nuestra hacer que sus familiares tomen al hospital en su verdadero significado. Otras veces, quieren prodigarle un exceso de cuidados para que se mejore pronto. Molestan a todo a el

mundo, son exigentes con el personal del hospital, nada encuentran bueno. Les parece corto el tiempo reglamentario para visitarlos y exigen poco menos permisos especiales.

En su tarea de educadora a domicilio, puede enseñarle a las dueñas de casa, las normas elementales de higiene en el cuidado del enfermo, normas de economía, de orden y limpieza, etc, etc.

Lo más que tendremos presente, es movilizarla en bien del enfermo y de la tarea educacional en el sentido de la comprensión de la enfermedad que aqueje aquél y de prevención en sus miembros.

CAPITULO III.-

LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL GENERAL Y EL TRA*

BAJO SOCIAL

En el Servicio de Medicina General. En el Servicio de Cirugía. En el Servicio de Maternidad. En el Servicio de Ginecología. En el Instituto de Neurocirugía y Neuropatología. En el Servicio de Bronco-Pulmonares. En los Servicios de Otorinolaringología y Oftalmología y en el Servicio de Urología del Hospital Salvador.

Dentro de un hospital, el trabajo social adquiere modalidades según el Servicio médico en que se trabaje, pues los diferentes problemas médicos, generan distintos problemas sociales. En el análisis de la labor específica de la A. Social en las diversas secciones del Hospital Salvador, que hemos tomado por estar considerado como hospital general, sólo se va a destacar algunos de los problemas que le dan un sello un tanto diferente a una técnica que es común y cuyos fundamentos se acaban de exponer ^{en} el capítulo anterior.

En Medicina General:

La frecuencia de cierto tipo de problemas médicos, hace girar la labor de la Asistente Social, hacia una acción curativa y en ocasiones con finalidad preventiva. En efecto el gran número de enfermedades cardio-vasculares y pulmonares, hace que se trabaje en una adaptación médico-social de los enfermos afectados por ellas, sea solicitándoles reposo preventivo, ubicándolos en establecimientos especializados y facilitando la hospitalización de estos casos. Dada la organización de los Hospitales y su poca conexión con el

ambiente, es la Asistente Social, la encargada de acogerlos a los beneficios de las Instituciones de Previsión que tengan, facilitando con ello las prestaciones médicas que ofrecen ~~las~~ distintas Instituciones.

En Cirugía:

La Asistente Social se enfrenta en general con individuos que se angustian por el tratamiento quirúrgico que se les indica y muchas veces no quieren seguirlo, ya sea por situaciones familiares o por el temor puramente psicológico de la operación. Esto y las neurosis derivadas de la pérdida de partes del cuerpo, hacen que su labor esté encaminada a efectuar una tarea de convencimiento para que se sometan al tratamiento que se les indique y en parte a aplicar los métodos del Servicio Social psiquiátrico.

Otro problema específico en este Servicio, es la rehabilitación de los pacientes que han quedado lisiados, debido a que un buen número de ellos quedan incapacitados para ejercer sus trabajos anteriores y porque no conocen las instituciones y los medios que lo pueden orientar hacia su nueva vida. Mientras están en el hospital, hay que encauzarlos hacia la rehabilitación que les corresponda, procurándoles los elementos necesarios para ello.

Una ley en que en este Servicio adquiere gran relieve es la de accidentes del trabajo. A la Asistente Social, le preocupa el diagnóstico del enfermo en cuanto ingresa al establecimiento, para esclarecer si es accidentado del trabajo o no, pues evita con este conocimiento inicial, la pérdida de tiempo en la tramitación de dicha ley.

El alta de pacientes enyesados, es otro punto que puede precipitar problemas y requerir la intervención de la A.S.

En Maternidad:

Nuestro medio hospitalario, nos plantea en este Servicio el problema de la madre soltera, haciendo que nuestros esfuerzos se orienten hacia su solución. La labor educativa al respecto debe ser intensa. El tratamiento social se enfoca hacia esa educación y a hacia la construcción de los grupos familiares, tratando de que se cumplan las responsabilidades que le caben a uno y otro progenitor.

En Ginecología:

En este servicio se hospitalizan las enfermas con afecciones ginecológicas que generalmente necesitan intervención quirúrgica. Los problemas ^{sociales} que algunas de esas afecciones generan, son de índole grave y hacen que nuestra labor sea delicada y atinada frente a la enferma misma y especialmente con sus familiares. Pueden ordenarse como sigue; de acuerdo con su frecuencia, su importancia y en especial con la influencia que ejercen en el ambiente que rodea a quienes los crean.

1.- Aborto.

2.- Relaciones ocasionales.

3.- Desunion sexual, provocada por la estadía la más o menos larga de las enfermas y por pronósticos graves, como son los casos de pacientes enviadas al Instituto del Radium.

4.- Abandono del hogar, cuya causal es en muchos casos, idéntica a la del problema anterior.

5.- Prostitución.

6.- Madre soltera. (Se ha colocado al final por representar un porcentaje menor que en el servicio de Maternidad).

Frente a estos problemas se desenvuelve la acción de la A.S., que como hemos dicho es delicada y difícil. Por un lado nos encontramos con la falta de cooperación de las clientes y de sus familiares, con la ignorancia e inútil reeducación en otras, como son los casos de prostitución.

En el Instituto de Neurocirugía y neuropatología;

En este Servicio, que en el Hospital Salvador ha sido llamado en la forma indicada, ingresan aquellos individuos que sufren de afecciones quirúrgicas del Sistema nervioso, cerebro, médula espinal, etc. Las alteraciones que ellas provocan, son complejas y variadas, como también lo son sus efectos psico-sociales. A este respecto, la Srta. Saintard, Asistente Social de ese servicio, en su memoria anual, llega a las siguientes conclusiones;

"Un servicio altamente especializado como lo es el Instituto Central de Neurocirugía y Neuropatología, requiere la atención constante de una Asistente Social también especializada e una disciplina hasta ahora desconocida en Chile dentro de la práctica del Servicio social hospitalario.

Además de trabajar en estrecha colaboración con el médico, debé permanecer en contacto con los enfermos y familiares, única manera de solucionar los numerosos problemas que, por el sólo carácter de las afecciones que presentan los pacientes, involucran trastornos económicos, sociales, psicológicos y de todo orden. Los trastornos se agravan con la prolongada per-

manencia en el hospital y su correspondiente convalecencia, ya sea en su hogar o establecimiento adecuado.

El S. Social del Instituto de Neurocirugía, requiere una funcionaria con un minimum de 6 horas de trabajo!.....

La Asistencia social en este servicio es la más complicada de todas, por cuanto la A. S. se enfrenta con personalidades complejas distintas a las normales, que han sido alteradas por afecciones complejas. Para poderse formar una visión del cliente, tiene que investigar primero en el ambiente que lo rodeaba y en sus familiares.

1 Su trabajo lo divide en;

1.- LABOR DE COOPERACION MEDICA;

Comprendida por;

- a) Visitas diarias a los enfermos en compañía de los médicos y personal del servicio con el objeto de conocer los diagnósticos y pronósticos de la enfermedad.
- b) Control de los post-operados; citaciones escritas, visitas domiciliarias.
- c) Labor de esclarecimiento de los diagnósticos y de convicción para afrontar los riesgos operatorias.
- d) Reunion de los médicos y la A. S., cierto día a la semana.

Tiene por objeto dar a conocer los problemas de trascendencia médico-social. El cambio de ideas respecto a cada caso, permite una orientación más de acuerdo con la realidad clínica y condiciones económico-sociales de cada cliente.

2.- ATENCION SOCIAL.

- a) Directa con el enfermo, destinada a solucionar los problemas derivados de la incapacidad y el consiguiente abandono de

la familia. Debemos considerar la larga estada del enfermo en el hospital y las consecuencias inmediatas que afectan al grupo familiar como igualmente la readaptación de algunos enfermos incapacitados en forma permanente (paraplégicos, por ejemplo).

b) Atención social indirecta con la familia, para explicarles claramente el diagnóstico y pronóstico, solicitando su cooperación en la solución de los problemas que directa o indirectamente afectan al paciente. Para obtener ayuda moral y material, esta última, ya sea de parte de la familia, amigos, patronos o Instituciones Asistenciales, etc, puntos todos estos destinados al bienestar psicológico del individuo.

30.- ENTRETENCION PARA LOS ENFERMOS

Hecha a base de lectura más o menos sistematizada. En las mujeres además de la lectura, tejidos o labores manuales apropiadas.

En Bronco-pulmonares:

El promedio de hospitalización de los enfermos que ingresan a estos servicios, es el más alto de todos los demás, lo que permite hacer una labor más prolongada y efectiva con el enfermo y su familia.

Dadas las características del problema de la tuberculosis, la A. Social toma como principios que:

"Es también un agente de salud pública, por lo tanto de educación y como tal tiene que actuar".

"En estos Servicios, la Encuesta Social, es un factor de primer orden cuando se considera el tratamiento médico".

"La Visita Domiciliaria, hecha al grupo familiar del enfer

mo o a sus allegados con el fin de obtener un examen radiológico de ellos, es muy importante, dado que el mayor número de los contagiosos están alrededor de los focos descubiertos".

"Debe preocuparse más de los casos en que haya mayor cooperación médica y donde puede hacerse más labor preventiva.

"Ayudará a encontrar la cadena del contagio de la tuberculosis y con sus esfuerzos a interrumpirla".

Otra particularidad de estos Servicios, es que la acción de la A.S. fácilmente puede enfocarse en el trabajo social de grupos.

En Otorinolaringología y Oftalmología:

Estos Servicios tienen su mayor movimiento en los policlínicos, por lo que el trabajo social se hace muy movido. En ellos se atienden a los individuos con afecciones en los órganos de los sentidos. La lesión o pérdida de uno de ellos trae consecuencias sociales graves. Por ejemplo un individuo que quede ciego, viene a constituir un inválido y muchas veces un indefenso.

La labor de la Asistente Social está destinada especialmente a la rehabilitación profesional de los pacientes que han quedado invalidados para desempeñar sus antiguos oficios y a hacer una labor educativa intensa para la prevención de las enfermedades de dichos órganos.

En Urología:

El trabajo de la Asistente Social en este Servicio, lo veremos en el capítulo siguiente.

CAPITULO IV.-

ACCION DEL SERVICIO SOCIAL EN LA SECCION DE
UROLOGIA DEL HOSPITAL SALVADOR

Este Servicio cuenta con 98 camas, 64 corresponden a dos salas de hombres, más dos camas de aislados, distribuidas en un primero y segundo piso. Las 32 restantes son de mujeres y funcionan en una sola sala. En él se atiende a los enfermos y enfermas con afecciones del aparato urogenital.

Dado que esta memoria se basaría en los aspectos técnicos del Servicio Social Hospitalario, se trató de trabajar conforme a lo expresado anteriormente sobre la especialización del servicio social en los hospitales. La Asistente Social, se hizo cargo del Servicio completo y la práctica en él y en los otros Servicios que posteriormente tomó a su cargo, ha constituido su experiencia para desarrollar esta tesis.

Nuestro trabajo lo consignamos en los siguiente puntos;

- 1.- Individualización del enfermo o enferma que ingresa al Servicio, por medio de una entrevista verbal o y de una Encuesta Social, cuando el caso lo requiera.
- 2.- Observación de los problemas sociales causados por los problemas médicos del mismo y nuestra contribución en ellos.
- 3.- Cooperación médica.
- 4.- Readaptación ocupacional.
- 5.- Orientar la ayuda que daba la Sociedad Sn. Juan de Dios, a la Sala de mujeres, en un sentido puramente social.
- 6.- Observaciones.

1.- Individualización del enfermo o enferma que ingresase al Servicio por medio de una entrevista o de una encuesta social;

En un libro diario de entrevistas, llevábamos el control del ingreso y salida de los pacientes, así sabíamos de antemano cuál era el enfermo nuevo en la Sala. Consideramos necesario individualizar a todos los enfermos por medio de una entrevista verbal, porque este método nos permitió muchas observaciones.

En primer lugar nos dimos cuenta de todos aquellos enfermos que eran casos sociales, tuvieran o no conciencia de ello, casos que los registrábamos en la Encuesta social hospitalaria.

Estábamos enteradas de su situación social, desde el comienzo de su hospitalización, pudiendo estudiar más a fondo nuestra intervención; es decir enfocar las p dificultades primeras que condicionaban sus enfermedad y ver de qué medios nos valdríamos para solucionarlas.

Ahorrabamos tiempo y evitabamos el conocimiento a última hora de problemas cuya solución se hacía difícil.

Seleccionábamos el material de nuestros casos en problemas mayores y menores. Los primeros requerían una intervención directa e intensa, como por ejemplo, los de rehabilitación ocupacional; individuos cuya capacidad para el trabajo había disminuído. En los menores, nuestra labor se refería a orientarlos en la solución de sus problemas y en un control posterior, para comprobar los resultados de ella. Estos eran los de tramitaciones jurídicas, como inscripciones civiles, matrimonios, etc.

Podíamos informar inmediatamente a los médicos que se interesaran por algún caso.

Dábamos a conocer en un primer contacto con el enfermo, nuestra función, para que desde ese momento considerara posible la atención de la Asistente Social y supiese recurrir a ella y no la equivocase con otros miembros del hospital.

Hicimos estadísticas en el sentido de quienes conocían los fines del servicio social y de quienes no. Nos pusieron de manifiesto que la mayoría de los enfermos los desconocen.

Un gran porcentaje de los pacientes hospitalizados, era de provincias, cuyo significado para nosotras, era de una responsabilidad mayor frente a individuos que a veces no tenían familiares o amigos en Santiago. Literalmente representábamos la familia.

2.- Observación de los problemas médicos del Servicio y nuestra contribución en ellos:

Como problemas médicos específicos del Servicio de Urología, tenemos las tuberculosis renales y genitales. También hubo de considerarlos como tales, las intoxicaciones por envenenamientos voluntarios, dada la frecuencia de su hospitalización.

Las tuberculosis renales y genitales, invalidan al enfermo ya sea temporal o definitivamente. Observamos mayor número de casos de invalidez permanente que temporal. Ello se debe a la ignorancia de nuestra masa hospitalaria para acudir a tiempo a la consulta, a que las lesiones de ese carácter, son silenciosas en sus comienzos y a la vergüenza y temor a los exámenes médicos.

Antes de comenzar la rehabilitación de esos pacientes, comenzábamos a adaptarlos frente a su enfermedad y a la situación

social que les provocaba. Para cumplir con lo primero, no consi^{o c}ramos acertado darles una interpretación fiel de su lesión, por su desconocimiento total de ella y de sus proyecciones. Darles esa interpretación podía significar un desequilibrio en sus reacciones frente a su enfermedad. Las actitudes negativas que observaban antes de someterse a la intervención quirúrgica indicada, y los temores que se expresaban en angustias por los tratamientos médicos, eran signos evidentes de la importancia exagerada que le daban. Muchos preferían suspender su tratamiento, otros deseaban el alta por cansancio ante los múltiples exámenes de un diagnóstico difícil. Nos limitamos, entonces, a desviarles esos temores, dándoles un conocimiento sobrio de su enfermedad, enseñándoles la conveniencia de los controles periódicos y que evitaran todo lo perjudicial para su salud menoscabada.

En el aspecto social, nos encontramos con la variedad de los problemas comunes al campo hospitalario, a) padre hospitalizado: falta de entradas o entradas insuficientes; hogar mantenido sólo con los subsidios que cobra el enfermo, madre hospitalizada: desorganización en el hogar; abandono de los hijos, y b) al Caso social chileno: situación económica deficiente, escasez de vivienda, analfabetismo, etc, etc. Todos estos problemas se agravaban por un promedio de hospitalización más o menos alto (31,2 días) y porque el alta no significaba generalmente, la incorporación del individuo al trabajo, sino la continuación del tratamiento de su enfermedad, como eran los casos acogidos a Medicina Preventiva, o por una convalecencia prolongada, cuando no habían sido aceptados a ella.

Una solución a los problemas económicos de los enfermos asegurados, era acogerlos a las leyes de Medicina Preventiva y de Pensión de invalidez. Pero siempre lo que más nos interesaba, sobre todo cuando el pronóstico de la enfermedad era desfavorable, era capacitar para el trabajo a la cónyuge.

En los casos de asegurados que no tenían derechos, sea por el grado avanzado de sus lesiones, o por no tener su libreta al día, y que no presentaban una invalidez permanente, total, como lo exige el reglamento, también se recurría a la última medida indicada, o a sus familiares, o a las sindicatos de las Instituciones donde trabajaban, y a otras Sociedades que prestan auxilio económico.

A los enfermos indigentes, es decir aquellos que no pertenecían a ninguna institución de previsión que los protegiera contra los riesgos de la enfermedad, se les conseguía vacantes en establecimientos especializados, cuando debían continuar reposo preventivo, o se les ubicaba una vez egresados del hospital en una Institución donde aprendiera un oficio, cuando habían sido dados de alta en buenas condiciones y no tenían familiares a quien recurrir.

En cuanto a los problemas derivados de las intoxicaciones voluntarias, que se hospitalizaban en este servicio, eran de carácter más grave por su índole moral. Todos los casos eran enfermas, relativamente jóvenes, de instrucción mínima o analfabetas y el móvil en su totalidad había sido de orden pasional. Nuestra labor frente a esas enfermas fué puramente educativa, para restaurarles su equilibrio emocional.

Nos atrevimos a generalizar que constituye una modalidad, en estos Servicios, el hecho de que la mayoría de los enfermos era de provincia. El carácter de las lesiones del aparato urogenital, requiere una especialidad que no existe comúnmente en los hospitales del país y a ello se debe ese porcentaje de que hablábamos. Esta particularidad, nos colocaba en una situación de gran trabajo frente a ellos, pues quedaban entregados totalmente a nosotras y más aún, en el caso de no tener a nadie quien se preocupase de sus asuntos. Así, nosotras, teníamos que encargarnos desde los pequeños servicios, como, cobrarles giros, enviar cartas, cuando no sabían escribir, hasta la solución de sus problemas mayores. Estos problemas lo constituían generalmente los de orden moral, expresados en angustias por sentirse lejos de su familia o por las preocupaciones que engendraban el haber dejado semi-abandonados a los hijos o a la esposa. Estas angustias dificultaban los tratamientos médicos, pues exigían un alta rápida y no conveniente. En otras ocasiones, se trataba de enfermos cuya enfermedad evolucionaba desfavorablemente y fallecían, antes de ubicarles parientes para que se preocuparan de su entierro y la Asistente Social, tenía que ver por ello.

La falta de dinero para comprar medicamentos recetados, que no se podían conseguir en el Hospital, o para regresar a sus pueblos, eran otros de sus problemas. Había también asegurados cuyos subsidios no les alcanzaban para comprar el pasaje de regreso, pues se habían venido por su cuenta a hospitalizarse, perdiendo el derecho que les correspondía.

Hemos señalado sus problemas, porque estos casos, nos quitaban

gran parte de nuestro tiempo, porque se trataba de clientes que queríaⁿ que la Asistente Social, pasara pendiente de ellos y eran exigentes para que se encontrara pronto la solución de sus problemas.

Fuera de la labor indicada, teníamos que efectuar numerosos trámites, como ir a buscar libretas de seguro a las fábricas, o las oficinas de canje, donde sus patronos, cobrar subsidios, giros, etc, por las razones indicadas anteriormente y porque en estas diligencias nuestra intervención aceleraba el curso de ellas, traduciéndose en un goce a tiempo de sus beneficios.

2.- Cooperación médica:

Para fomentarla ampliamente, tomamos por norma establecer un contacto continuo con el médico tratante del caso que nos ocupara, informándolo de su situación social, pidiéndole su opinión sobre el diagnóstico, pronóstico y duración de la enfermedad. Estas informaciones nos eran valiosas, pues nos permitían adaptar nuestro tratamiento a la realidad de la condición del paciente.

En los casos de enfermos que debían ser acogidos a Medicina Preventiva o Pensión de Invalidez, se hacía un estudio conjunto de sus posibilidades. Al seguir el curso del tratamiento social le dábamos cuenta de los aspectos que podían interesarle.

Tuvimos la satisfacción que esta cooperación se tradujera en una agradable armonía que redundó en favor de los enfermos. Como ejemplo de ello, varias veces obtuvimos que se postergara el alta a los enfermos cuya condición social no había podido ser solucionada a causa de las numerosas dificultades encontradas,

y también que se adjuntara en algunas Historias Clínicas, un informe social del paciente.

4.- Rehabilitación ocupacional:

Nuestra intención máxima con aquellos enfermos, que por el carácter de sus lesiones habían quedado con su capacidad para el trabajo disminuída, fué su rehabilitación en cuanto a la convalecencia o invalidez, a las circunstancias en que deberían actuar. Esto se hizo a la medida de nuestras fuerzas, puesto que no existe un organismo que se preocupe de ellos. Esta tarea se veía dificultada por los numerosos trámites que a diario se presentaban en el Servicio, por la incomprensión de algunos patrones, ignorantes frente a las consecuencias de las enfermedades.

Para practicarla, primero sometíamos a la opinión de los médicos tratantes, las probabilidades ocupacionales de los enfermos, cuando eran dados de alta en condiciones para trabajar. Cuando en la misma fábrica o taller, en que trabajaba el enfermo antes de hospitalizarse, había posibilidades de cambio de trabajo, se conseguía que se le trasladara a uno más de acuerdo con sus condiciones ^{físicas} actuales. En casos, en que los pacientes, eran de provincia, la labor educativa en el sentido de que buscasen un oficio adecuado a su salud, era intensa, hasta que quedaran compenetrados de la importancia de hacerlo.

5.- Orientar la ayuda que daba la Sociedad Sn Juan de Dios, en un sentido puramente social:

La Sociedad Sn Juan de Dios, en la Sala de mujeres, estaba representada por un grupo de damas jóvenes que visitaban periódicamente dicha sala y que proporciona-

ban ayuda en ropas, dinero, medicinas, a casi todas las enfermas sin hacer diferencia alguna. Se llegó a un acuerdo de cooperación, en el cual, la Asistente Social solicitaría esa ayuda para quien lo estimara necesario mediante un informe social, solucionando económicamente muchos casos en forma conciente. Se logró que esa Sociedad extendiera sus beneficios a la Sala de hombres de esta Sección.

6.- Observaciones:

Nuestras observaciones las hemos dividido en 3 grupos: 1ero) las que se refieren a los individuos hospitalizados, 2) al Servicio médico y 3ero) a las dificultades encontradas.

Frente a los individuos hospitalizados:

Gran parte de la clientela hospitalaria, no tiene conciencia clara de su enfermedad, ni posee los hábitos elementales para su cuidado. Tiene una falta de responsabilidad muy notoria, para ir a la consulta médica, a los exámenes y a los controles.

A pesar de que la totalidad de los hospitalizados, son asegurados, muchos de ellos, sea por una gran laguna en sus imposiciones en el momento de ingreso al hospital, o por las deficiencias de la ley 4054, son considerados como indigentes. Por otra parte, no saben emplearla, ante los riesgos, para qué están asegurados. Ante el diagnóstico médico, que podía ser, por ejemplo, tuberculosis renal o genital, izquierda o derecha, son ignorantes, creen tener todos los derechos posibles por el mero hecho de ser asegurados, o bien por desidia e indiferencia. Las Asistentes Sociales, pierden bastante tiempo en convencerles de los que justamente

les corresponde.

Frente al Servicio Médico:

Notamos que todavía no hay una identificación entre el Servicio médico y el Servicio Social, se nota ^{que} este último funciona como un departamento muy independiente de aquél. No se ha logrado que se considere la Encuesta social, que destaca las condiciones físico-ambientales del paciente, como complemento de la Historia Clínica.

Hay aún médicos, que encuentran que la Asistente Social Hospitalaria, exagera la parte humana del enfermo, en su afán de no dejarlo entregado a sus propios medios cuando se le han cerrado todas las puertas. Como en el caso de un enfermo dado de alta por pronóstico grave, que no puede volver a su hogar; ya sea por contagio, falta de camas, por ser allegado, etc, etc. Razones que la Asistente Social, explica al médico y en que sucede que a veces no se comprenden. Es cierto que el médico está defendiendo al Hospital, pues no, éste no debe convertirse en albergue. Ella también sabe de esto, y que debe ayudar al egreso de esos pacientes, pero cuando hay dificultades que momentáneamente parecen no tener solución, sería preferible llegar a una fórmula de entendimiento y no de choque.

Creemos que debe incorporarse el Servicio Social al Servicio médico, en tal forma que la Encuesta Social, se emplee a lo elemental.

Que la Asistente social haga participar su opinión en las reuniones clínicas.

Que el médico considere dicha opinión y que sea pesada an-

tes de resolver su actitud terapéutica.

Con ello se logrará educar mejor en los propósitos de la enfermedad.

Dificultades encontradas,

La multiplicidad ^{de problemas} propios del Servicio Social, se vió complicada aún con problemas relacionados con el ambiente físico y las enfermedades transmisibles, con detrimento de la solución rápida de los primeros.

Nuestra actuación, se diluía a veces, en trabajos superficiales, que no constituían una labor efectiva en contra de los problemas más graves. Teníamos que hacer pequeños servicios al mayor número posible de enfermos. Esto nos colocaba en una situación difícil con nosotras mismas y frente a los que trabajaban a nuestro lado.

A pesar de todo, lo realizado se consideró bastante, dada la calidad de las ayudas y lo expresado anteriormente.

Los cuadros estadísticos, (hechos a base de 100 encuestas) que se presentan a continuación, revelan parte de dicha labor en los aspectos específicos que este Servicio imprimió al trabajo social.

C U A D R O S E E S T A D I S T I C O S

La Como puede verse en este cuadro, la edad de los hospitalizados, en las 100 Encuestas, fluctúa entre los 12 y 80 años, correspondiendo el mayor número de ellos aquellos que tenían una edad entre los 20 a los 40 años.

I CUADRO

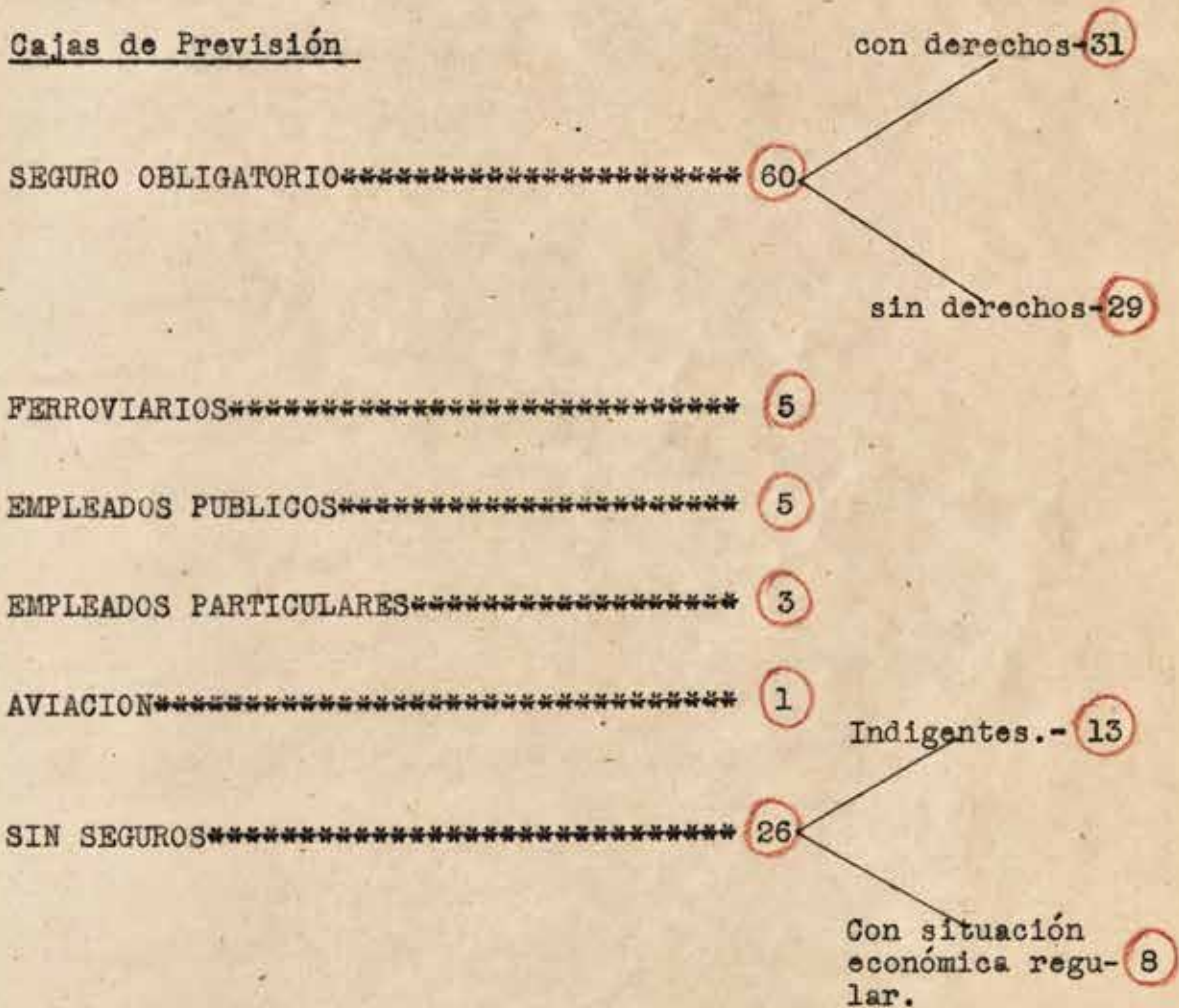
EDADES		TOTALES	
12	----- 20	----- 9	-----
20	----- 40	----- 53	-----
40	----- 80	----- 38	-----

Al observar el cuadro siguiente, se vé que la mayoría de los individuos son asegurados; notándose además que dentro de esa mayoría, gran parte no tienen derechos por causas que ya hemos explicado. El otro grupo que resalta, so es el de los no asegurados, predominando los indigentes. El resto es un número de escasa consideración.

II CUADRO

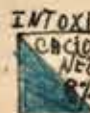
ASPECTO SOCIO - ECONOMICO

Cajas de Previsión



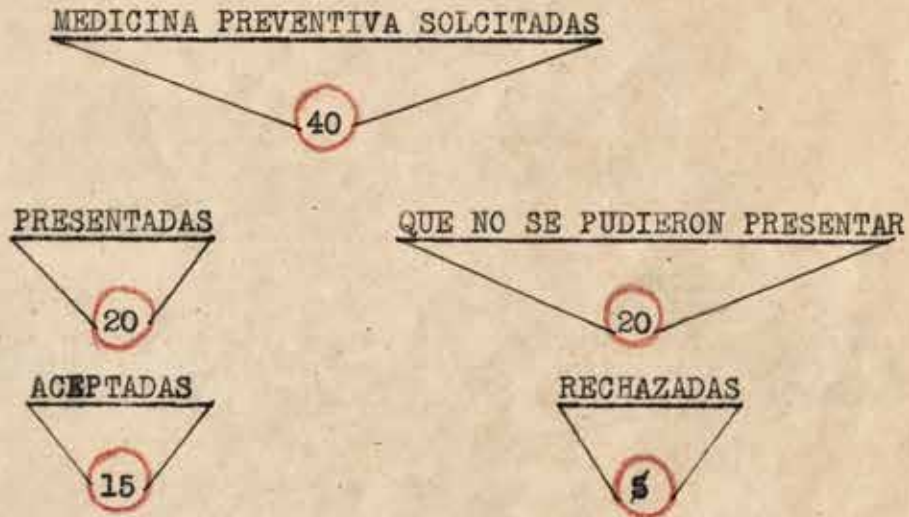
COOPERACION MEDICA

Problemas médicos más frecuentes en los 100 casos tomados:

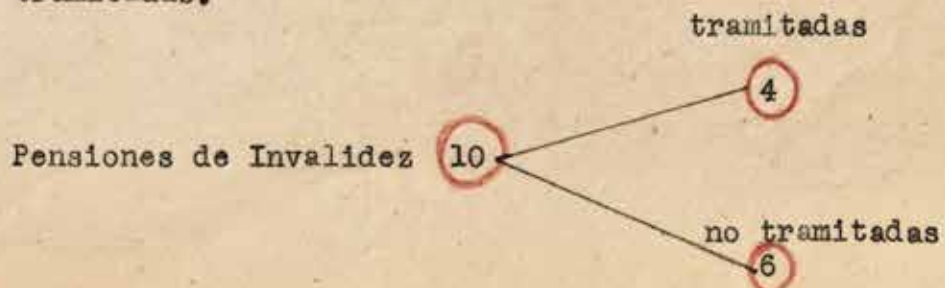


Peticiones en relación a la cooperación médica:

En el Caso de la Ley de Medicina Preventiva, tenemos que; un gran número de individuos solicitaron sus beneficios, pero muchas de ellas no pudieron ser presentadas por falta de requisitos.



En lo que respecta a las Pensiones de Invalidez, se puede decir, que tan sólo se presentaron 10, de las cuales, 4 fueron tramitadas, dado que sus solicitantes eran asegurados. Las restantes, como correspondían a individuos, imponentes a otras Cajas que no cuentan con los beneficios de la Pensión de invalidez, no pudieron ser tramitadas.



Hospitalizaciones -----	6
Traslados a otros establecimientos-----	3
Envío fuera de Santiago por clima. ✓-----	3
Tratamiento en Dispensario (Vigilancia)-----	1

PROBLEMAS SOCIALES MAS FRECUENTES DEL INDIVIDUO HOSPITALIZADO

Mala situación económica en el hogar por hospitalización de su jefe.



45

Abandono moral y material de los hijos.



33

Indigencia.



22



CAPITULO V.-

PRESENTACION DE CASOS

CASO N 1.-

Nombre: C.E.P.

Ficha N: 5

Reseña del Caso:

Hospitalizado por una lesión tuberculosa renal, obrero de la Fábrica de Papeles y Cartones de Puente Alto. Su familia está bien constituida, con 4 hijos de 15, 11, 9 y 7 años. Residen en Puente Alto. La hija mayor es oligofrénica (idiotita), la de 11 es de aspecto débil. Situación crítica en el hogar por recursos insuficientes, debido a la enfermedad del padre. La madre no trabaja.

Situación actual:

C.E.P. , es un hombre joven, muy activo, demuestra una inseguridad en si mismo, que posiblemente se deba a su enfermedad. Pronto será dado de alta con el pronóstico de incapacidad total y permanente para el trabajo, lo que le significa la pérdida de su ocupación y del derecho a casa que tiene por ser obrero de esa Institución.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Problemas de orden moral:

1).- Inseguridad de C.E.P. frente a su porvenir.

Problemas de orden médico

2).- TBC. renal derecha operada y lesión tuberculosa del riñón izquierdo.

- 3).- Apariencia débil de la hija de 11 años.
- 4).- Peligro de contagio de los hijos.
- 5).- Idiocia de la mayor.

Problemas de orden económico:

- 6).- Incapacidad absoluta y permanente para el trabajo del jefe del hogar, por su enfermedad.

LABOR SOCIAL EFECTUADA

1).- Para solucionar la inseguridad del cliente ante su porvenir, se le inició en la Caja de Seguro Obligatorio, la tramitación de su pensión de invalidez, el desahucio en la fábrica, con el fin de reunir un pequeño capital para comprar un sitio donde pudiera construir una casita y vivir en ella. Además el propició la idea de rifar su radio entre sus compañeros de trabajo para aumentar las entradas, idea en la cual la A.S. cooperó activamente. Se logró reunir un total de \$6000, suma que se destinó a la compra de un sitio de venta a plazo, en Puente Alto y donde posteriormente se construyó la casa.

2).- Las lesiones renales de C.E.P. , fueron tratadas en el Servicio de Urología del Hospital Salvador. Fué dado de alta con la indicación de controlarse periódicamente, dado el pronóstico reservado de su enfermedad.

3).- La hija de apariencia débil, fué examinada en la Casa de Socorro de Puente Alto, diagnosticándosele una tuberculosis pulmonar unilátera izquierda. Se la internó en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari, cerca de Puente Alto.

- 4).- Los demás miembros de la familia están sanos.
- 5).- En cuanto a la idiocia de la mayor, los padres no querían que se la internara en ningún establecimiento.
- 6 y 7).- Los problemas económicos quedaron solucionados en parte al hacerlo propietario de una casa y con las entradas mensuales de su pensión de invalidez, consistentes en \$2000.-

CASO N 2

Nombre ; M.M.R.
Ficha N ; 15

Reseña del Caso:

Familia legalmente constituida con 3 hijos de 5, 3 y 2 años. Estos fueron legitimados en el acto del matrimonio, pero no se ha hecho la aceptación de legitimación. El mayor no está inscrito en el Registro Civil. Mala situación económica en el hogar, pues se mantiene con los subsidios que percibe el enfermo, que son escasos. La madre sabe coser, pero no trabaja porque se siente enferma. Hay deudas y empeños. Arriendan una pieza que es muy estrecha, en casa de unos parientes. Disponen de una cama y su meñaje es insuficiente.

Situación actual:

Hospitalizado con diagnóstico de tuberculosis renal derecha, de una probable renal izquierda y de cistitis. Asegurado con todo derecho.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden médicos:

- L).- TBC. renal derecha, probable izquierda y cistitis de M.M.R.

2).- Posible enfermedad de la madre

3).- Peligro de contagio del grupo familiar.

Problemas de orden económico:

4).- Entradas insuficientes

5).- Incapacidad disminuida para el trabajo de M.M.R. por su enfermedad.

6).- Deudas

7).- Empeños.

Problemas de orden jurídico:

8).- Falta de inscripción civil y la aceptación de legitimación de los 3 hijos.

Problemas de la habitación:

9).- Aglomeración por pieza.

10).- Aglomeración por lecho.

11).- Falta de camas.

12).- Mezaje insuficiente.

Problemas de orden educacional:

13).- Readaptación ocupacional de M.M.R.

LABOR SOCIAL EFECTUADA

1).- M.M.R. fué operado en el Servicio de Urología del Hospital Salvador por su tuberculosis del riñón derecho. Posteriormente se tuvo la sospecha de una lesión también tuberculosa en el riñón izquierdo, pero la investigación dió resultado negativo. Su cistitis fué tratada en dicha sección y su evolución fué favorable. Fué dado de alta con la indicación de venir a control periódicamente.

Según opinión del médico tratante podía acogerse a Medicina Preventiva. Se la solicitó a la Caja de Seguro Obligatorio, pero fué rechazada, por considerarlo caso avanzado. Sólo quedó con Medicina Curativa con los subsidios correspondientes de enfermedad (\$45.00 semanales).

2).- El examen médico de la esposa del cliente, dió una pequeña lesión cardíaca sin importancia por el momento, pero que debía ser controlada periódicamente.

3).- Ni la esposa, ni los hijos tenían contagioso tuberculoso.

4).- Descartada la posible enfermedad en la madre, se pensó en capacitarla para que trabajara en su casa. Se recurrió a la Dirección General de Auxilio Social, para solicitar una máquina de coser. Se accedió en la petición indicada. La esposa sacó de tiendas, costuras a domicilio. El dinero que ganaba en esos trabajos representó un gran aporte en el presupuesto del hogar. Por otra parte, la mejoría del cliente y su incorporación al trabajo alivió totalmente la mala situación económica.

5).- El cliente mejoró de sus afecciones, pero su capacidad para el trabajo quedó disminuída, por lo que hubo de proporcionarle un trabajo de acuerdo con su condición actual.

6 y 7).- Estos problemas fueron solucionados a medida que se normalizaban las entradas.

8) El hijo mayor estaba inscrito en el registro civil. Había sucedido que los clientes sacaron una copia de su libreta de matrimonio, en la que figuraba como no inscrito. Se solucionó anotando su inscripción en ese documento, previa la investigación correspondiente.

También la aceptación de la legitimación había sido hecha y sólo faltaba hacer las sub-inscripciones en las partidas de na-

cimiento de los interesados.

9-10) Pendiente el problema de la vivienda, dada su escasez.

Los otros problemas se solucionaron a medida de los ingresos.

12).- Se consiguió con el patrón de M.M.R. que lo cambiase a un puesto que estuviese de acuerdo con su salud actual.

A solicitud del cliente, se le proporcionó las partidas de bautismo de él y de su esposa para que efectuaran su matrimonio religioso, ya que no lo habían hecho por extravío de esos documentos.

CASO N 3.-

Nombre: L.G.H.
Ficha N.: 16

Reseña del Caso:

Hospitalizado, soltero, sin más familiares que una prima casada donde vive de allegado. La habitación que ocupa con sus parientes, es insalubre por sus condiciones de construcción y por estar cerca de un canal de aguas servidas. Trabajaba ocasionalmente como obrero en construcciones. No tiene profesión y es semi-analfabeto. Asegurado en la ley 4054.-

Situación actual:

L.G.H., está hospitalizado en el Servicio de Urología del Hospital Salvador. Se ha operado por tuberculosis renal derecha. Padece de una tuberculosis genital izquierda y últimamente se le diagnosticó un proceso apical tuberculoso en el pulmón izquierdo. Puede ser acogido a Medicina Preventiva, pero no tiene derecho por no tener sus imposiciones al día en su li-

breta de seguro obligatorio.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden médico:

- 1).- TBC.renal derecha operada, genital y pulmonar izquierda de L.G.H.

Problemas de orden económico:

- 2).- De allegado.
- 3).- Indigente.
- 4).- Falta de recursos.
- 5).- Incapacidad disminuída para el trabajo del cliente, por su enfermedad.

Problemas de orden educacional:

- 6).- Semi-analfabetismo de L.G.H.
- 7).- Falta de orientación ocupacional.

Problemas de la Ley 4054:

- 8).- Asegurado sin derechos.

LABOR SOCIAL REALIZADA

1).- La tuberculosis genital de L.G.H. fué tratada en el Servicio de Urología del Hospital Salvador. Fué dado de alta en buenas condiciones, con la indicación de controlarse periódicamente, controles que el cliente observó. Su tuberculosis pulmonar izquierda fué tratada en el Servicio De Bronco-pulmona-

res de ese hospital, a donde se le había conseguido una cama. Fué dado de alta a los dos meses.

2-3-4-5).- Sus problemas económicos quedaron solucionados al proporcionársele una ocupación como mozo en una casa particular, ganado \$300.00 mensuales, casa y comida. Fué consultado para ello, el médico tratante y el cliente, con el objeto de buscarle un trabajo adecuado a su condición física y a sus deseos. Quedando con esto solucionado el problema de su rehabilitación ocupacional.

6).- La larga hospitalización del enfermo, se aprovechó para que aprendiera más a leer y a escribir, pues sabía muy poco. Se obtuvo éxito en ello.

8).- Su calidad de asegurado con derechos laa, adquirirá una vez que trabaje regularmente.

CASO N 4.-

Nombre ; N.E.G.

Ficha N ; 26

Reseña del Caso:

Enferma hospitalizada por una afección renal, casada con 3 hijos de 4,2 años y dos meses. La hija menor también está hospitalizada por una bronconeumonía. Las hijas mayores están en casa de una madrina. El padre pasa todo el día fuera del hogar por su trabajo.

Situación actual:

N.E.G., será operada de una ptosis renal. Debe someterse a la operación de sus amígdalas, también. Su marido no quiere que se opere, porque le han comunicado en el Hospital Calvo Mackenna, que su hija será dada de alta pronto y no ha-

brá quien la cuide.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden moral:

- 1).- Incomprensión del marido de N.E.G. para que ésta continúe el tratamiento médico que se le indica en el Hospital.
- 2).- Probable abandono en que quedará la guagua una vez que se le dé el alta.

Problemas de orden médico:

- 3).- Ptosis renal y amigdalitis de N.E.G.
- 4).- Hospitalización de la hija de dos meses, por bronconeumonía.

LABOR SOCIAL EFECTUADA

- 1).- Se hizo labor de convencimiento al padre para que no se opusiera al tratamiento médico que se le indicaba a su esposa. Se obtuvo resultado positivo.
- 2).- Se hizo primero una investigación para saber si había otros parientes que se preocuparan de la guagua, no se ubicó a ninguno. La madrina tampoco podía tenerla. El problema del alta fué solucionado, solicitando de una vecina del domicilio de la cliente, que la cuidase en el día y le preparase su alimentación. En la noche el padre se la llevaría a sus casa. Esta ubicación fué del agrado de ella y de la enferma.
- 3).- La ptosis renal de la cliente fué tratada en el Servicio de Urología del Hospital Salvador, mediante una operación. Que

dó en buenas condiciones. También fué operada de las amígdalas, en el Servicio de Otorrino-laringología, de ese establecimiento.

4).- La bronconeumonía del lactante evolucionó favorablemente y fué dado de alta en buenas condiciones. Se le visitó durante su hospitalización y posteriormente en su domicilio para tener a la madre enterada del estado de su hijo.

CASO N 5

Nombre : M.J.U.

Ficha N : 27

Reseña del Caso:

Enferma de 22 años, casada, sin hijos. Su esposo está cesante. Mala situación económica.

Situación actual:

M.J.U. se encuentra hospitalizada por una probable lesión renal. Se muestra angustiada por el accidente ocurrido en Sewell, pues su hermano trabaja como obrero de la Braden Copper y teme que haya fallecido en dicho accidente. Desea saber también el monto de la indemnización que le correspondía en caso de fallecimiento, por ser ella y un abuelo los únicos pacientes.

DIAGNOSTICO SOCIAL

1.- Con el fin de tranquilizar a la enferma, se pidió en el Ministerio del Interior la lista de los fallecidos en el accidente de Sewell. El hermano aparecía entre la lista de los fallecidos. Se escribió al jefe del personal de la Braden, quien confirmó su defunción. Posteriormente se envió una carta a la Asistente Social de esa institución, para ponerla en antecedentes del caso. Contestó nuevamente el jefe del personal, informando que

los beneficios habían sido retirados por el abuelo. Se procedió a darle la noticia a la enferma. Se manifestó conforme que su abuelo los hubiese retirado, con esto también quedó satisfecha su intranquilidad.

2).- Después del examen médico, que se le efectuó a la diente no se le encontró lesión alguna. Fue dada de alta en buenas condiciones.

3).- El accidente del tránsito que sufrió al marido de M.J. U. le ocasionó una fractura leve en la pierna izquierda. Fue hospitalizado en la Posta Central. Pronto se restableció y pudo trabajar.

4).- El accidente originó un pleito. Se intervino en él para comprobar la culpabilidad de accidente, pero no se obtuvo nada por carcer de testigos.

5 y 6).- Una vez dada de alta la enferma, se le indicaron varias direcciones para que se ocupara como empleada doméstica puertas afuera. Escogió una que le quedaba cerca de su domicilio, en un edificio de depta, donde tenía oportunidad de tomar trabajos de aseo en los otros departamentos. Se formaba una entrada \$500. más o menos. Restablecido el marido, se consiguió un empleo como vendedor de tienda, con un sueldo de \$600 mensuales más el porcentaje de las ventas.

A pedido de los clientes se efectuó su matrimonio religioso, en el hospital, pues no lo habían hecho.

CASO N 6

Nombre : T.Z.P
Ficha N : 30

Reseña del Caso:

Madre viuda con dos hijos mayores, uno soltero y la otra casada, los dos hermanos viven juntos. Empleada doméstica puertas adentro. Tiene muy buenos antecedentes. Asegurada con todo derecho.

Situación actual:

T.Z.P. está hospitalizada por una glomerulonefritis crónica, además padece de insuficiencia cardíaca. El médico tratante opina que debe acogerse a pensión de invalidez. Está convalesciente y pronto será dada de alta. La enferma no desea irse al lado de sus hijos.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden medico:

- 1).- Glomerulonefritis crónica e insuficiencia cardíaca de T.Z.P.
- 2).- Pronostico fatal de la enfermedad.

Problemas de orden moral:

- 3).- Dificultad en el carácter de la cliente.

Problemas de orden económico:

- 4).- Incapacidad total y permanente para el trabajo de T.Z.P.

LABOR SOCIAL EFECTUADA

1).- La glomerulonefritis de T.Z.P. ,fué tratada en el Servicio de Urología del Hospital Salvador. Fué dada de alta en condiciones más o menos buenas, con la indicación de controlarse cada cierto tiempo. Por ser asegurada, no tiene necesidad de

hacerse esos controles en el hospital, pues el Servicio médico de la Caja de Seguro, la citará cada cierto tiempo, dada su calidad de asegurada acogida a pensión de invalidez, trámite que se le hizo durante su hospitalización.

2).- Se hizo labor de convencimiento para que se fuera a vivir con sus hijos, no siendo ninguna carga para ellos, por tener su pensión de invalidez de \$500. mensuales.

3).- El carácter difícil de T.Z.P. , creaba dificultades para convivir con sus hijos. Era porque la casa de estos, era modesta y no ofrecía las comodidades a que estaba acostumbrada. Su falta de adaptación a su nueva vida, se debía a que había sido empleada desde joven en casas acomodadas, donde por sus buenas cualidades, la habían considerado mucho. Los ofrecimientos de sus patronas, tuvieron que ser rechazados, por no convenirle a la salud de la cliente. Tuvo que resolverse a vivir con sus hijos.

4).- Sin solución.

CASO N 7

Nombre : E.R.I.
Ficha N : 34

Reseña del Caso:

Enferma de Mal de Pott, hospitalizada. Viuda con una hija de 4 años. Vive de allegada con su hija en un até. Se mantiene alejada de sus parientes. Tiene un carácter difícil; reservada y exigente.

Ha sido atendida en el Hospital Sn. José, donde le hicieron un tratamiento a domicilio que ella no siguió. Fué hospitalizada en el

talizada en el Servicio de Urología del Hospital Salvador, por urgencia, pues este Servicio no corresponde a sus diagnóstico.

Situación actual:

La enferma se muestra preocupada por su situación y por la de su hija, quien ha quedado abandonada en el cité indicado. Los médicos del Servicio, piden que se la traslade al Hospital Sn. José por corresponderle esa Institución.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden moral:

- 1).- Abandono material y moral de la hija de E.R.I.
- 2).- Carácter difícil de la cliente.
- 3).- Rebajamiento del nivel social.
- 4).- Distanciamiento de pacientes.

Problemas de orden médico:

- 5).- Mal de Pott diagnosticado de ER.I
- 6).- Hospitalización de la cliente que no corresponde al Servicio en que está.
- 7).- Probable contagio de la hija.
- 8).- Desnutrición de la misma.

Problemas de orden económico:

- 9).- Miseria.
- 10).- Falta absoluta de entradas.
- 11).- Incapacidad de la madre para el trabajo.
- 12).- De allegadas.

Otros problemas que se presentaron durante el tratamiento del caso:

- 13).- Orfandad de la menor por fallecimiento de la madre.
- 14).- Curatela de la hija.

LABOR SOCIAL REALIZADA

- 1).- Para tranquilizar a la enferma, se trató de ubicar a su hija en alguna parte. Hubo que convencerla primero para que diera la dirección de algunos de sus parientes, pues los tenía. Se visitó a un tío de la cliente, quien vive en un hogar bien organizado y con buena situación económica y demostraron cariño e interés por la chica. En esta casa se la dejó.
- 2).- El carácter difícil de E.R.I., lo constituía el exigir que se preocuparan continuamente de ella, en sus negativas para proporcionar datos de sus parientes. Su enfermedad contribuyó a que se le acentuara. Su estado era bastante grave, pues su pronóstico era fatal. La reeducación en ella era por estos motivos inútil. Nuestra labor se encaminó a quitarle ese sentimiento de que nadie se preocupaba de ella, demostrándole interés en lo que pedía y manteniendo conversaciones diarias con ella.
- 3).- La cliente había ido descendiendo de clase, después de que quedó viuda. Pertenece a la pequeña clase media. Cuando se hospitalizó su condición era la de una persona miserable. Esta situación se solucionó para la hija con su ingreso a casa de parientes que pertenecen a la clase indicada anteriormente.
- 4).- Se logró acercamiento con los parientes más cercanos, o sea

con los que quedaron a cargo de su hija, quienes la visitaban a menudo.

5).- El Mal de Pott, fué tratado por un especialista (tisiocirujano), asesor del Servicio de Urología, durante la permanencia de la enferma en él.

6).- Se trató de trasladarla al Hospital Sn. José, pero no hubo posibilidades de conseguirle cama, por estar su enfermedad muy avanzada y por su pronóstico fatal, el que pronto se dejó sentir, falleciendo E.R.I. a los 3 meses de hospitalizada.

7-8).- La hija fué examinada en el Hospital Roberto del Rio, diagnosticándosele una desnutrición de primer grado. El resultado de su examen pulmonar fué negativo. Las atenciones dadas por sus parientes y el bacalao que le recetaron, la restablecieron completamente.

9-10-12).- Los problemas económicos fueron solucionados para la hija, con su ubicación en casa de los parientes de su madre. Una vez que ésta falleció, el tío quedó con la tuición de la menor. Para ello se presentó un informe social al Juez de Menores, solicitando se le nombrase curador. Fué aceptado.

CASO N 8

Nombre : O.M.E.

Fecha N : 68

Reseña del Caso:

Familia bien constituida con dos hijos menores de 3 y 2 años. O.M.E. , el padre se encuentra hospitalizado hace meses por una afección genito-urinaria. Es obrero de la fábrica de Papeles y Cartones de Puente Alto. Corre el peligro de que se le cancele el derecho a casa que tiene por ser

obrero de esa Institución, por no trabajar hace tiempo y por no saberse el pronóstico de su enfermedad. Mala situación económica en el hogar, por entradas insuficientes. Su mujer ha trabajado en otros tiempos.

Situación actual:

El enfermo está desmoralizado por el tiempo que lleva en el hospital y porque cree no experimentar mejoría alguna. Desearía acogerse a Medicina Preventiva. También se muestra preocupado por la situación de su familia, quien cuenta como única entrada, los subsidios que percibe por enfermedad.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden moral:

- 1).- Desmoralización de O.M.E. por su situación.

Problemas de orden médico?)-

- 2).- TBC. renal derecha operada, epididimitis bilateral y prostatitis tuberculosa de O.M.E.
- 3).- Probable contagio familiar.

Problemas de orden económico:

- 4).- Entradas insuficientes.
- 5).- Incapacidad disminuida para el trabajo, de parte del cliente.

Problemas de la habitación:

- 6).- Peligro de desalojo de la casa que habita O.M.E. y su familia en la población de la Papelería de Puente Alto.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

1).- Se consideró primordial atender a la desmoralización del enfermo frente a la situación de su hogar y a la falta de su presencia en él, en el cual se creía indispensable. Se le convenció de lo contrario, capacitando a su mujer para el trabajo y con una ayuda económica que se le consiguió en el Sindicato de la fábrica donde trabajaba. Estas medidas lo tranquilizaron completamente.

2).- Las lesiones de O.M.E., fueron tratadas en el Servicio de Urología del Hospital Salvador, en periodos diferentes, pues hacía reposo intermedios, en su casa. No fué acogido a Medicina Preventiva por estar su enfermedad en grado avanzado, ni tampoco podía acogerse a Pensión de invalidez. Sólo quedó con Medicina Curativa.

3).- Dada la enfermedad de O.M.E. , se consideró conveniente que su esposa se hiciera un examen pulmonar y otro ginecológico. EL resultado de ambos fué negativo. A los hijos se les practicó pirquet, también tuvieron resultado negativo.

4-5).- Los problemas económicos quedaron solucionados con el ingreso de la esposa a la fábrica de Papeles y Cartones de Pte. Alto. Para que los hijos no quedaran abandonados mientras iba a trabajar, se hizo venir a la suegra para que se hiciera cargo de la casa. Con esto quedó solucionado también el problema de la habitación, pues ella adquirió el derecho a casa que tenía su marido, al quedar como obrera de esa Institución.

CASO N 9

Nombre ; F.I.P.
Ficha N : 78

Reseña del Caso:

Familia bien constituida con 2 hijos de 3 y 4 meses respectivamente. El padre, la madre y el hijo menor se encuentran hospitalizados. Viven con esta familia, la abuela paterna, quien quedó a cargo del hijo mayor. Mala situación en el hogar por falta de recursos.

Situación actual:

F.I.P. y su esposa están hospitalizados en el Hospital Salvador, el primero en el Servicio de Urología por una probable litiasis renal derecha. Debe comprar una inyección de valor de \$120.- para hacerse un examen que es indispensable para comprobar lesión en el riñón indicado. Es asegurado, pero no tiene derecho a ningún beneficio por atraso de varios meses en su libreta, debido a su cesantía antes de hospitalizarse. Su mujer está en el Servicio de Cirugía con diagnóstico de apendicitis. El hijo en el Hospital Calvo Mackenna por una afección intestinal.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden económico:

- 1).- Falta de entradas.
- 2).- Cesantía del padre.
- 3).- Incapacidad temporal del mismo para el trabajo.
- 4).- Deudas.
- 5).- Empeños.

Problemas de orden médico:

- 6).- Hospitalización del padre por probable litiasis renal derecha.

7).- Hospitalización de la madre por apendicitis aguda.

8).- Hospitalización del hijo por una afección intestinal.

LABOR SOCIAL EFECTUADA.

1-2-3-4-5).- Como primera medida para solucionar los problemas económicos, se consideró conveniente, proporcionarle ayuda económica para comprar la inyección que el enfermo necesitaba. Se recurrió al Laboratorio donde la importan, pero dado su precio elevado y su escasez, no se pudo obtenerla gratuitamente, sino que con una pequeña rebaja. Se solicitó ayuda al S. Social de la Caja de Seguro Obligatorio, Consultorio N 2. Se consiguió \$60.- El resto fué proporcionado por la Sociedad Sn. Juan de Dios, además de un excedente para ayudar en forma económica al hogar.

Una vez descartada la enfermedad en el padre, se le consiguió una ocupación en la fábrica Mecánica Industrial, donde quedó como obrero ganando \$4,50, por hora para comenzar.

Las deudas y empeños fueron canceladas a medida de los ingresos.

6-7-8).- La gravedad del diagnóstico de F.I.P., no fué tal, lo dieron de alta en buenas condiciones. La madre fué operada, también se le dió un alta favorable. Durante su estadía en el Hospital, se la mantuvo al corriente del estado de su hijo y esposo. El hijo padecía de una enterocolitis, se agravó y falleció cuando sus padres estaban dados de alta.

CASO N 10

Nombre: M.R.G.

Ficha N: 101

Reseña del Caso:

Hospitalizado, casado con 5 hijos menores. Reside en Colchagua, no tiene familiares, ni amigos en ésta. Vino a Santiago, a efectuarse un examen médico y ha quedado hospitalizado. Se muestra preocupado por la situación en que estarán en su casa, pues no saben su ubicación. Desea pedir el alta.

Situación actual:

M.R.G., es asegurada, pero no tiene su libreta atradada en dos meses, a pesar de haber trabajado. No la ha traído, ni tampoco su libreta de matrimonio, que le serviría para aumentar el monto de sus subsidios. El patron del enfermo tiene oficina en Santiago.

El médico tratante opina que M.R.G. no debe pedir su alta pues por las investigaciones hechas en su diagnóstico, se cree que tenga una tuberculosis renal derecha, que puede ser operada.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden moral:

- 1).- Desorientación del enfermo ante su situación.
- 2).- Negativa de M.R.G. para seguir el tratamiento médico que se le indica.
- 3).- Falta de parientes y amigos en

4).- Residencia fuera de Santiago.

Problemas de orden médico:

5).- Probable lesión tuberculosa del riñón derecho de M.R.G.

Problemas de la ley 4054:

6).- Falta de dos meses de imposiciones en la libreta de Seguro del cliente.

7).- Asegurado hospitalizado sin libreta.

Problemas de orden educacional:

8).- Analfabetismo de M.R.G.

LABOR SOCIAL EFECTUADA

1-2-3-4).- Para tranquilizar al enfermo respecto a la angustia que sentía porque sus familiares no sabían donde había quedado hospitalizado, la Asistente Social, se puso en contacto con el patron del cliente. Se le solicitó su cooperación en el caso. Como iba continuamente a su fundo, se acordó que comunicaría la hospitalización de M.R.G., a su familia, le traería la libreta de matrimonio y la de seguro, a la que le colocaría las imposiciones que le faltaban, porque correspondían a trabajo efectuado. Todo lo indicado fué cumplido y se estableció un lazo de union entre el patron, el enfermo y su familia.

La Asistente Social y el médico tratante, hicieron intensa labor de convencimiento con el paciente para que siguiera el

tratamiento me'dico que se le indicaba. En un comienzo pareció aceptarl,pero posteriormente,se fugó del Hospital,sin que nadie se diera cuenta. Se trató de reincorporalo al establecimiento,por intermedio de su patrón,pero tampoco se logró nada positivo.

Observaciones:

Se expuso este caso,por considerar que demuestra claramente que la conexión que puede establecer la Asistente Social entre el hogar del enfermo y el Hospital,es indispensable para el tratamiento favorable de su situación.

CONCLUSIONES

- 1.- El Servicio Social Hospitalario, se ha desarrollado en el Hospital, para beneficio del enfermo, del médico, de la administración de ese establecimiento y de la Comunidad, teniendo en cuenta que el problema del primero, o sea del enfermo, puede ser agravado por factores de naturaleza social y por lo tanto necesitar un tratamiento social, el cual está relacionado con el tratamiento y cuidado médico....
- 2.- El Hospital debe cambiar su actitud actual frente a la Comunidad, en relación al problema de la salud de los individuos.
- 3.- El Servicio Médico, la Enfermería y el Servicio Social, son entidades que se coordinan en favor de la salud del enfermo hospitalizado.
- 4.- Es necesario que en todos los hospitales, haya enfermeras sanitarias, para que se limite el campo de la Asistente Social, a sus fines específicos.
- 5.- En los Hospitales, la labor educativa que puede hacer la Asistente Social con el enfermo, se vé dificultada por la calidad misma de su cliente.
- 6.- La enfermedad provoca trastornos psico-sociales, que muchas veces son causantes de que los pacientes no sigan los tratamientos médicos que se les indican.....

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

- Addie, Thomas. Rev. The Family.....333.40,1946.
- American Association of
Schools of Social Work Panfleto."Social Work as a Profession!"
American Association of Schools of So-
cial Work,Pittsburgh,Pensilvania,s/d.../a.
- Backmeyer C.Arthur "The Hospital in Modern Society." Hum-
phrey Milford,New York,1943.
- Baeza Goñi Arturo "El Hospital -Centro de Salud".Imp.Uni-
versitaria.Santiago,1935.
- Bartlett.M,Harriet. Rev. The Family....39.47,1940.
- Biddle Trowbridge,Cornelia Rev. The Family..104.111,1941.
- Cabot.C,Richard. "Social Service and the Art of Healing".
Dodd,Mead and Company,New York,1919.
- Cabot.C,Richard. "Doctor and Social Worker".Houghton
Mifflin Company,New York 1919.
- Cáceres Burgos,Waleska "Evolución del Servicio Social Hospi-
talarío en Chile y Estados Unidos".
Memoria de prueba,Santiago,1944.
- Carter.G,Fred. Rev."Hospitals"....34.37,1944.
- Catlin,Lucy Cornelia. "The Hospital as a Social Agent in
the Community". W.B.Saunders Compa-
ny,New York,1919.

- Cockerill, Eleanor. Rev. The Family...21.27,1945.
- Contrucci, Carmen. "Memoria Anual del Servicio Social del Hospital Salvador",1945.
- Espinoza Carreño, Berta. "Servicio Social en el Hospital de Viña del Mar". Memoria de prueba. Santiago,1938.
- Fierro Carrera, Luisa. Rev. ASistencia Social de la Beneficencia.....53. 1940.
- Frakia, Elma. "El Centro de Salud y la Enfermería". Imp. Leblanc. Santiago,1943.
- Hartzman, Jeannette y Wyman, Rachel. Rev. The Family...21.27,1945
- Laughrige, Kay. Rev. " " ...371.77,1946.
- Laughrige, Kay. Rev. Hospitals...34.37,1945.
- Levey, Z, Beatriz. Rev. The Family...14.20,1939.
- Lowry. "Readings in Social Case Worker". Columbia University Press. New York,1938.
- Malcoln. T. Eachern. "Hospital Organization and Management". New York Commonwealth Fund. Chicago,1940.
- Molina Guzmán, Gustavo. Rev. Higiene y Med. Preventiva...251.73,1945.
- Pereda Oviedo, Inés. "Problemas más frecuentes del indigente hospitalizado". Memoria de Prueba. Stgo,1938.

Salomon Rex, Carlos.

"Organización y funcionamiento de una Unidad Sanitaria". Memoria de Prueba. Santiago, 1946.

Torres Cereceda, Isauro.

"Dirección técnica de los Hospitales". Imp. Leblanc. Santiago, 1940.

Zúñiga, Elena.

Rev. Asistencia Social de la Beneficencia. 1.66.

*****-

