

UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales  
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL  
SANTIAGO

Servicio Social de colaboración Médica  
en el Servicio Ambulatorio del Hospital  
San Francisco de Borja

Memoria de Prueba para optar  
al título de Asistente Social

Social

ANA LANFORDEN GALLARDO

1981

Trab. Social  
L237  
1951  
c.1

**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales**  
**ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL**  
**SANTIAGO**



Servicio Social de colaboración Médica  
en el Servicio Ambulatorio del Hospital  
San Francisco de Borja



**Memoria de Prueba para optar  
al título de Asistente Social**

REGISTRO N°

REGISTRO N°

**ANA LAMPEREIN GALLARDO**

**1 9 5 1**

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



*Maria Elona Neira*

Maria Elona Neira  
Bibliotecaria

Santiago, 12 de Diciembre de 1951.

(Hay una firma), Graciela Torres Herrera, Supervisora del Departamento de Enseñanza Práctica informa, a la Srta. Anna Mac-Auliffe Directora de las Escuelas de Servicio Social de la Universidad de Chile, sobre la Memoria de Prueba para optar al título de Asistente Social de la Srta. Ana Lamperein Gallardo intitulada "SERVICIO SOCIAL DE COLABORACION MEDICA EN EL SERVICIO AMBULATORIO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE BORJA".

La Srta. Lamperein inicia su trabajo dando a conocer, en general, que es una Policlínica, como está organizada, como funciona y quienes trabajan en ella. Luego se refiere en forma particular al Servicio Ambulatorio del Hospital San Borja, por qué fué creado, como está organizado y como funciona, cuales son sus ventajas para el enfermo, la institución y la colectividad para lo cual presenta un cuadro comparativo de la atención y organización del Servicio Ambulatorio durante los años 1939 y 1949, que permite apreciar como se ha logrado atender a un mayor número de enfermos con un menor gasto para la institución y como la oportuna atención evita un gran porcentaje de enfermos crónicos.

En el capítulo de Servicio Social expone los antecedentes que impulsaron la creación del Servicio Social Hospitalario destacando las observaciones del Dr. Richard Cabot, quien reconoce que la labor del médico es incompleta sin la colaboración de una persona especializada y preparada para atender espiritual y materialmente a los enfermos, que sea el lazo de unión entre el médico, el paciente y su familia, especialmente con los enfermos que deben continuar tratamiento en el hogar. En seguida da a conocer la pauta que debe seguirse en toda investigación médico-se-

cial según estudios hechos por la Asociación Americana de Visitadoras Médico Sociales. A continuación expone cual es la labor específica del S.S. Hospitalario y finalmente como trabaja la A.S en el Ambulatorio del Hospital San Borja presentando tres casos típicos del Servicio. Termina su trabajo la Srta. Lamperein, enunciando conclusiones muy interesantes y que si se llevaran a la práctica serían de gran utilidad.

En general podemos decir que la Memoria presentada por la Srta. Lamperein será de mucha utilidad a toda persona que se interese por conocer lo que es el S.S. de colaboración médica ya que el tema ha sido tratado con seriedad y en forma sencilla, clara y precisa.

Por lo anteriormente expuesto estimo que este trabajo merece la nota 7.

(Hay una firma), Perla Ducaud Poutays, Supervisora-Ayudante del Departamento de Enseñanza Práctica, saluda atentamente a la señorita Anna Mac-Auliffe, directora de la Escuela de Servicio Social, dependiente de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile, en Santiago y tiene el agrado de informar la memoria de prueba para optar al título de Asistente Social de la señorita ANA LAMPEREIN GALLARDO, titulada "Servicio Social de Colaboración Médica en el Servicio Ambulatorio del Hospital San Francisco de Borja".

Considero que el trabajo realizado por la señorita Ana Lamperein no reúne las condiciones para constituir una tesis propiamente. Es más bien un relato: descriptivo de una Estada Práctica y expositivo de una institución determinada como es el Servicio Ambulatorio del Hospital San Francisco de Borja. No demostró poseer espíritu de crítica, ni conceptos propios al respecto. Está bien informada en lo médico, ante lo cual presenta conclusiones interesantes. Está expuesto en forma sencilla, con buena redacción, ordenadamente.

Aprueba la presente memoria con la nota mínima (cuatro), considerando que la alumna no tuvo ocasión de tener una información formal de lo que constituye una tesis y de las técnicas de la investigación social.

Santiago, Diciembre de 1951.

Santiago, 24 de Diciembre de 1951.

He leído la Memoria de la Srta. Ana Lamperein G. intitulada "Servicio Social de Colaboración Médica en el Servicio Ambulatorio del Hospital San Francisco de Borja".

La lectura de esta tesis revela comprensión del tema, exposición clara y ordenada, trabajo bien planeado y realizado. Concuerdo además, ampliamente con las conclusiones que presenta la Srta. Lamperein.

Le asigno la Nota 7 (siete).

Saluda atte. a Ud.

(Hay una firma)

Dr. Roque Kraljević  
Prof. de Higiene.

A MI MADRE.



Mis agradecimientos al Dr. Alejandro Forero y a la Jefe del Departamento de Enseñanza Práctica de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Chile - Santiago, Srta. Josefina Donoso G., bajo cuya dirección se realizó la presente tesis.

## S U M A R I O

### SERVICIO SOCIAL DE COLABORACION MEDICA EN EL "SERVICIO AMBULATORIO" DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE BORJA.

#### INTRODUCCION.

#### CAPITULO I.- QUE SE ENTIENDE POR UNA POLICLINICA.

- a) Concepto antiguo.
- b) Concepto moderno.
- c) Importancia de la Policlínica.

#### CAPITULO II.- LA POLICLINICA AMBULATORIA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE BORJA.

- a) Origen.
- b) Organización.

#### CAPITULO III.- LABOR QUE DESARROLLA EL "SERVICIO AMBULATORIO"

- a) Atención médica.
- b) Al enfermo indigente.
- c) Al no indigente.
- d) Al enfermo asegurado.
- e) Cuadro comparativo de la organización y atención del Servicio desde 1939 a 1949.

#### CAPITULO IV.- SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO.

Servicio Social de colaboración médica en el "Servicio Ambulatorio".

- 1.- Labor social realizada dentro del Servicio Ambulatorio.
  - a) Con el enfermo ingresado.
  - b) Con el hospitalizado.
  - c) Traslados de los pacientes a otras instituciones médicas.
  - d) Trabajos de Oficina.
- 2.- Labor social desarrollada fuera del Servicio Ambulatorio.
- 3)- Casos Sociales atendidos en el Servicio.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INDICE.

SERVICIO SOCIAL DE COLABORACION MEDICA EN EL "SERVICIO

AMBULATORIO" DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE BORJA.

INTRODUCCION

El concepto de atención hospitalaria está siempre de acuerdo con la época. Así tenemos que, los primeros hospitales fueron asilos, símbolos de la caridad cristiana, y sus clientes habituales eran los enfermos y desamparados, a los que se les proporcionaba no sólo auxilio material, sino preferentemente el espiritual.

En la Edad Media, se sigue observando esta tendencia religiosa; pero, a partir de la Revolución Francesa, con las nuevas ideas de "Igualdad, Libertad y Fraternidad", el hospital pierde parte de este carácter y es más liberal en su organización.

En el siglo XIX, con la influencia de los descubrimientos científicos, el dominio de la clínica y la investigación, permiten llevar a cabo el diagnóstico preciso, surge el desarrollo extraordinario de los laboratorios, del instrumental, y el gran interés por la patología experimental, lo que hace del hospital un centro clínico para los médicos y los alumnos.

La evolución de la atención hospitalaria llegó a tal extremo de interés científico, que la preocupación principal e-

ra la precisión del diagnóstico, dejando en un segundo plano el tratamiento del enfermo, que es el objeto de la medicina curativa.

La rigidez de este sistema, se va atenuando a través del tiempo con la introducción del concepto de Asistencia Social. El enfermo no se considera solamente como un caso clínico, desde el punto de vista de la enfermedad, sino una persona humana, con vínculos, necesidades y reacciones psicológicas que son necesarias conocer y atender, para lograr su restablecimiento (1).

En los tiempos actuales, el hospital en su evolución científica se orienta más al concepto de Medicina Preventiva, - pasando a ser en su esencia un Centro de Salud, de orientación de reglas higiénicas, para la mantención de la salud. Todo esto lo realizará conjuntamente con la Medicina Curativa.

El concepto de Medicina Preventiva, destaca la importancia de la Policlínica, porque es ahí donde se atiende la enfermedad incipiente. Es por eso, que las Policlínicas maternas, venéreas, de tuberculosis, etc., etc., son verdaderos centros de Medicina Preventiva.

La Policlínica es, entonces, el centro alrededor de la cual gira la mayor parte de la labor del hospital moderno.

---

(1) El Hospital Moderno. Sr. Enrique Laval (1940).

Además de efectuar exámenes médicos, tenemos la evidente economía que significa el tratamiento ambulatorio y la investigación clínica prolija, que prepara el ingreso del enfermo al hospital, para una atención inmediata y oportuna.

La Policlínica y su equipo de médicos, servicio de laboratorio, rayos, enfermeras y Asistente Social, etc., logran hacer con el asistido una labor integral.

La presente investigación realizada en el "Servicio Ambulatorio" del Hospital San Francisco de Borja, da a conocer la importancia de este servicio, como también la labor de cooperación que efectúa la Asistente Social.

o  
o   o  
o

## CAPITULO I

### QUE SE ENTIENDE POR UNA POLICLINICA

#### CONCEPTO ANTIGUO.-

Los centros asistenciales, denominados dispensarios, eran en la antigüedad servicios muy rudimentarios. Un solo médico atendía a un número ilimitado de enfermos, lo que le impedía detenerse en verdaderos exámenes, limitándolos a preguntas y prescribiendo muchas veces recetas standard.

Se ejercía así una medicina sintomática. En algunas ocasiones, debido al aumento de enfermos, era necesario aumentar también el número de médicos, pero éstos siempre actuaban independientemente, de modo que los pacientes estaban sometidos a un criterio individual. Además, el médico de dispensario, agobiado por el exceso de trabajo, generalmente no formaba parte del equipo de ningún servicio clínico.

A partir del siglo XIX, el concepto moderno se hace sentir con la influencia del desenvolvimiento científico del laboratorio, el dominio de la clínica y la investigación despertaron gran interés por la precisión del diagnóstico, transformándose los dispensarios en modernas policlínicas, que son "clínicas en las que se estudian y tratan enfermedades médicas y quirúrgicas de diferente naturaleza". (1)

---

(1) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Dr. León Cardenal (1920).

En el siglo actual, en Estados Unidos, en 1925, el Comité de la Asociación Americana de Hospitales puntualizó las nuevas características de la policlínica.

1.- La Policlínica debe formar parte o estar afiliada íntimamente a un hospital, para asegurar la continuidad de los servicios pre-hospitalarios, como también la unificación de la atención médica, tanto en sala como en la policlínica.

2.- Prestar facilidades para mantener fichas o historias; servicio de laboratorio y espacio para los departamentos de sus secciones.

3.- Tener un personal médico competente.

4.- Mantener un personal suficiente en número para asegurar la atención de los enfermos.

5.- Revisión del trabajo médico que se realiza. Reuniones clínicas periódicas con el objeto de una mejor atención de los asistidos.

Como podemos ver, la policlínica tiene una gran importancia; ofrece incontables ventajas en la atención del enfermo.

Es de enorme interés que sea el mismo médico que atiende los pacientes hospitalizados y de la policlínica; así el examen del enfermo es único, el tratamiento ininterrumpido, quedando siempre bajo la vigilancia y cuidados del mismo personal. Se establece una íntima relación entre la sala y la policlínica con lo cual se obtienen los siguientes beneficios:

a) Se evitan estadas prolongadas: muchos enfermos -



pueden continuar ambulatoriamente su tratamiento.

b) Se evitan hospitalizaciones innecesarias: se puede seleccionar los enfermos hospitalizables, desechando aquellos que pueden hacerse el tratamiento ambulatorio.

c) Se aprovecha el sistema de prosecución, es decir, los enfermos egresados del hospital pueden continuar fuera de él, siendo atendidos y observados por el mismo cuerpo médico que lo asistió en la sala.

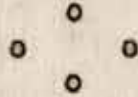
d) El personal adquiere mayor experiencia, ya que practica tanto con enfermos hospitalizados como ambulatorios y puede observar la evolución y efectos posteriores de las enfermedades atendidas en la policlínica y en la sala del hospital.

e) La atención del enfermo es integral, pues para su diagnóstico y tratamiento dispone de todos los elementos de investigación de la técnica moderna, (rayos, laboratorio, electromedicina, etc.)

f) La atención médica se hace en equipos: un diagnóstico difícil no está ya sujeto al criterio individual, sino que se somete a las consideraciones del equipo del servicio clínico.

g) En la policlínica moderna, no solamente se hace medicina curativa, sino también preventiva; así el médico, la enfermera sanitaria y la Asistente Social deben despertar en el enfermo el interés por la conservación de la salud, empleando los medios preventivos, inculcando principios de higiene y una intensa educación sanitaria.

Desde el punto de la salud pública, la policlínica - tiene una gran importancia preventiva. El médico puede descubrir las enfermedades en su comienzo y evitar un curso desfavorable, precisa el diagnóstico en el momento oportuno, lo cual significa el ataque a tiempo de afecciones que pueden hacerse incurables.



## CAPITULO II

### EL "SERVICIO AMBULATORIO" DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE BORJA

Un servicio de esta naturaleza tuvo su origen en un cúmulo de circunstancias generales y particulares que estimularon con su realidad apremiante su instauración, como lo demuestran los puntos siguientes:

a) Chile dispone de 32.000 camas que serían suficientes para la atención de enfermos agudos, pero faltan para la atención de mentales, tuberculosis, crónicos, embarazadas, etc. (1).

Los hospitales de Santiago están agobiados por una demanda de camas muy superior a su capacidad. El promedio de días de hospitalización es, en general, muy alto, lo que representa un elevado costo por paciente para la Beneficencia. Numerosos enfermos crónicos se hospitalizan repetidas veces, pudiéndose evitar muchas de estas hospitalizaciones por una continuada atención en la policlínica.

Como se observa, no existe el número de camas ni de policlínicas para las necesidades de la población actual.

---

(1) "¿Qué se entiende por una buena atención Médica? Dr. Urzúa.

b) Es un hecho conocido que los médicos tienden a agruparse en las zonas más pobladas, en las grandes ciudades, en los centros dotados de servicios hospitalarios y en las zonas más urbanizadas, dejando casi en completo abandono las pequeñas ciudades y pueblos industriales. Se estima que para una buena atención médica, se necesita por lo menos un médico por cada mil habitantes. En Chile existen 2.536 médicos, o sea, uno para 1.900 personas; pero en Santiago vive el 52% (1946), con lo cual se dispone de uno para cada 900 personas. Por esto, debiera instalarse nuevos centros hospitalarios, maternidades, policlínicas, en diversos puntos del país que están casi abandonados, y descentralizar la enorme población médica, rescatando así un gran porcentaje de mortalidad y enfermos crónicos.

c) Para la población en general la atención médica es cara y la gran mayoría no la puede pagar, o bien, la recibe en forma incompleta, debido a que le es imposible recurrir a exámenes de laboratorio o de especialistas. Por lo que en la actualidad ha habido grandes debates relacionados a aplicar una tarifa máxima a las consultas médicas evitándose con esto muchas arbitrariedades.

A base de estas estadísticas, con la intención de proporcionar atención médica eficiente sin aumentar en gran proporción los gastos para Beneficencia, como también de elevar el número de enfermos atendidos, nació el proyecto de -

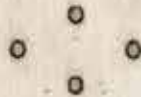
crear en el hospital San Francisco de Borja, un centro asistencial, denominado Ambulatorio, constituido por una Policlínica más un número de 93 camas del hospital, distribuidas en tres salas: San Andrés y San Rafael, con 33 y 20 camas, respectivamente, destinadas a mujeres, y Dolores, con 40 camas para hombres.

La Policlínica Ambulatoria consta de diversas especialidades: Broncopulmonar, Cardiovascular, Medicina General, Alergia, Gastroenterología, Endocrinología, Neurología y Urología; además, Servicio Social. En el aspecto administrativo cuenta con una Estadística, Secretaría y personal de enfermeras auxiliares.

La Policlínica y las tres salas están a cargo de un médico jefe y de un equipo de médicos auxiliares que dependen de la Dirección del Hospital. En un comienzo, el trabajo del Servicio Ambulatorio, se inició tomando sólo un sector de la población y parte de los asistidos que recibían atención médica en la Policlínica y que por la naturaleza de su enfermedad debían guardar cama, se les indicaba hacerlo en sus domicilios, mediante control domiciliario periódico.

Para desarrollar esta labor, se contaba con dos equipos domiciliarios, formados cada uno por un médico, una enfermera sanitaria y una hospitalaria. Desgraciadamente, este servicio fué de corta duración (3 meses) por razones de orden económico; pero esta idea constituye la solución de gran parte

de los problemas de atención médica y debería ser no sólo con-  
tinuada sino ampliada proveyendo al Servicio Ambulatorio de  
un equipo sanitario que funcionara en conexión con las autori-  
dades respectivas, y se podría efectuar una labor preventiva  
y curativa eficaz.



### CAPITULO III

#### LABOR QUE DESARROLLA EL "SERVICIO AMBULATORIO"

ATENCIÓN MÉDICA.- El concepto de atención médica es muy amplio, pues incluye no sólo la atención curativa, sino también la acción preventiva y educativa de los asistidos. Además, es un concepto relativo que depende de la consideración de varios factores; como la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento más adecuado a seguir, el standard de vida del enfermo y los medios con que cuenta la comunidad, etc. Es también dinámico y varía de acuerdo con los avances económicos, médicos y sociales. Entre los factores económico-sociales, cabe destacar la escasez de la vivienda y sus malas condiciones higiénicas, el deficiente saneamiento ambiental; la carencia de vestuario, la desnutrición, vicios, etc., que actúan como elementos negativos causando o predisponiendo a enfermedades. El médico puede contrarrestar en mínima parte estos factores negativos.

Naturalmente que la atención médica precoz puede mejorar o evitar numerosos cuadros.

Hoy considera la experiencia que no hay separación real entre medicina preventiva y curativa y que ambas deben ser consideradas como una unidad, a pesar que muchos estiman que lo preventivo aun es descuidado y no se aprecia su verdadero alcance, y por otro lado, es ahogado por los costos.

La medicina actual es cara porque exige especialización y tiende no sólo a prevenir la enfermedad y tratar al enfermo sino a reintegrar a éste a la vida normal, de acuerdo a las condiciones de su capacidad actual. Antes la medicina estaba representada por el arte de curar; ahora se orienta más y más por la vía de la prevención, a tal punto, que se ha podido decir que la esencia de un hospital moderno es la atención de la salud y no el refugio para la enfermedad, sino un centro de higiene y de asistencia social.

La labor médica se desarrolla en equipos; esta forma de trabajo es garantía de eficiencia y especialización.

El equipo lo forma los medios de investigación, con laboratorio, aparatos electro-médico, rayos, el médico y los ayudantes. Este conjunto de investigaciones y de opiniones da el diagnóstico preciso.

De esta manera, el trabajo hospitalario es la resultante del esfuerzo combinado de todos y cada uno de los integrantes del equipo, cuyos conocimientos especializados se complementan; de este modo, se perfecciona el trabajo médico en su aspecto asistencial y científico, a su vez, esta constante superación despierta el interés por las reuniones clínicas, por el trabajo de biblioteca y por la investigación de laboratorio.

En el "Servicio Ambulatorio", como en otros servicios asistenciales, es indispensable el trabajo full-time, en



el más amplio sentido, y sus características fundamentales son:

1.- La dedicación exclusiva de la actividad funcionaria del médico, durante gran parte de la jornada diaria, a una determinada modalidad de trabajo.

2.- La jornada prolongada permite y exige del médico variedad en el tipo de trabajo que realiza; obliga a dividir su actividad diaria entre la Policlínica, la sala, el servicio de urgencia, el pabellón quirúrgico, la atención de subespecialidades, la investigación científica, etc.

3.- El full-time facilita el cumplimiento de la disposición reglamentaria del trabajo en equipo; permite e impulsa a su estrecho contacto entre los médicos y a un mejor desenvolvimiento de los diversos servicios del hospital.

Varias son las consecuencias de esta modalidad "full-time".

a) La incorporación de los servicios de asistencia pública al hospital que permite la atención permanente de enfermos de urgencia, hospitalizados y ambulatorios.

b) El estudio inmediato y amplio en casi todos sus aspectos, de cada enfermo que concurre, lleva la indicación rápida del tratamiento preciso y a una considerable aceleración del ritmo de atención.

c) Se ha puesto mayor énfases en el consultorio externo, o policlínica, con lo cual se logra evitar y acortar el período de hospitalización.

En el "Servicio Ambulatorio" la atención al público es de tipo full-time, pero, desgraciadamente, por razones de orden económico, los médicos no pueden tener esta modalidad de trabajo que haría de dicho servicio una organización ideal.

En este servicio se atiende tanto al enfermo ambulatorio, como el que necesita atención de urgencia, estableciendo solamente una diferencia de velocidad o de destino.

El Servicio Ambulatorio dispone de local y material adecuado. Trabajan en él 23 médicos diariamente en turnos rotativos.

La Policlínica es la puerta de entrada de toda hospitalización. El enfermo al ingresar es atendido primeramente en Estadística, donde se le hace una ficha de identificación y donde debe pagar el derecho de atención. Si no puede cancelar este costo, pasa al Servicio Social, quien, a través de una entrevista, fija lo que debe pagar por su consulta.

Al ingresar el enfermo por primera vez a la Policlínica se le hace un examen en Medicina General y luego es enviado a efectuarse los diversos exámenes de laboratorio requeridos. Si el paciente tiene una enfermedad aguda permanece hospitalizado mientras se efectúan estos exámenes. En caso contrario, debe volver a los dos días para conocer los resultados. Una vez precisado el diagnóstico, el enfermo continúa su tratamiento ambulatorio o en el hospital, en la especialidad correspondiente, premunido de la observación clínica, documento com-

pletísimo en el cual se procura consignar, directamente por quien los pesquisa, hasta el más ínfimo detalle de interés médico.

Los enfermos enviados por la Caja de Seguro Obligatorio llegan al Servicio sin ningún antecedente, a pesar de que la mayoría han sido atendidos anteriormente por los servicios médicos de la Caja. Como estos antecedentes se desconocen, el médico del hospital procede, en seguida, a repetir todos los exámenes necesarios, lo que significa gastos, pérdida de tiempo para el médico y para el paciente. Lo mismo ocurre cuando el enfermo es dado de alta en la Policlínica y regresa nuevamente a los servicios médicos de la Caja de Seguro Obligatorio. Por lo tanto, se estima conveniente que junto al enfermo se enviase una copia de la Historia Clínica y los resultados de los exámenes realizados, con lo que se efectuaría la cooperación constante, como también la coordinación y correlación entre los servicios del Seguro con el Hospital, lo que es una aspiración ya muy general en el cuerpo médico.

CUADRO COMPARATIVO DE LA ATENCION Y ORGANIZACION DEL "SERVICIO

AMBULATORIO DURANTE LOS AÑOS 1939 y 1949.

	1939	1949
Servicio Ambulatorio { Policlínica (Especialid.)	8	8
{ Salas .....	4	3
{ Camas con que cuenta ....	120	93
Médicos de Policlínica .....	2	8
Médicos de Salas .....	5	15
Horas de atención médica .....	3	8
Hospitalizaciones .....	1200	2000
Exámenes médicos verificados por primera vez ..	1500	5000
Exámenes periódicos .....	2100	27000
Promedio de hospitalización .....	35 ds.	15 ds.

Se aprecia claramente las ventajas del sistema ambulatorio y para corroborar el cuadro, se establecerán las siguientes conclusiones:

1) Las atenciones anuales en la Policlínica, con dos médicos, en 1939, eran de 4.800 atenciones, o sea, 2.400 por médico al año.

En 1949, el número de médicos aumentó a 8, siendo las atenciones en la Policlínica de 34.000, o sea, que cada médico efectuó en el año 4.250 atenciones, lo que significa que un ma-

por número de enfermos fueron atendidos oportunamente, disminuyendo su morbilidad.

2) En 1939, con 120 camas, se hospitalizaron 1.200 enfermos, lo que corresponde a un promedio de 10 hospitalizaciones por cama al año, o sea, una estadía de 35 días por enfermo.

En 1949, el promedio de estadía disminuye a 15 días y el número de camas a 93, con lo que ha aumentado las hospitalizaciones a 21 pacientes por cama, es decir, que con la colaboración de los servicios de laboratorio, rayos, exámenes clínicos, etc., ha sido posible precisar rápidamente el diagnóstico, como también ha contribuido la farmacopea actual con los antibióticos, que permiten que en un lapso de 15 días más o menos, el enfermo pueda continuar su tratamiento ambulatorio.

3) A la atención de los siete médicos en 1939, corresponden 1.200 hospitalizaciones, o sea, 171 hospitalización por médico al año.

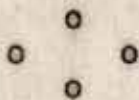
En 1949, con la atención de 23 médicos, hubo 2.000 hospitalizaciones, o sea, 86 hospitalizaciones por médico al año, lo que demuestra el hecho de una mejor y oportuna atención, una investigación clínica de un mayor y más rápido monto de beneficios, lo que permite dejar tiempo disponible para el perfeccionamiento científico, por medio de reuniones clínicas, anatoclínicas, bibliográficas, etc.

En las relaciones expuestas se puede precisar:

1.- Que el Sistema Ambulatorio ha contribuido a mejorar el standard de salud de los asistidos, correspondiendo, además, a un mayor número de enfermos atendidos, un menor gasto para la institución, ya que con la atención oportuna evita un gran porcentaje de enfermos crónicos.

2.- Esta atención tiene la ventaja de ser muy completa y de reducido costo para el paciente.

3.- Para el médico es muy favorable también por cuanto la labor que realiza lo hace con más agrado y dispone de más tiempo para los exámenes de los enfermos recién ingresados y continúa con ellos hasta su completa recuperación, lo que le permite un trabajo más variado e interesante. Adquiere así una disciplina que lo lleva a un progreso científico y práctico, con más provecho personal y para la colectividad.



## CAPITULO IV

### SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO.

Podemos indicar que son varios los antecedentes que contribuyeron a la instauración del Servicio Social en un medio hospitalario; así tenemos que:

1°.- En 1880, en Inglaterra, se crea la "Sociedad Cuidadora de Pobres Egresados del Manicomio", cuya finalidad era ayudar a los individuos que salía de esa institución y tratar de conseguir su adaptación social en estrecha colaboración con el médico del asilo.

2°.- Otro hecho importante, fué en 1895, la reorganización de la "Sociedad Lady Almoners", por Sir Charles Lock. Esta sociedad tenía por finalidad investigar la situación económica de los enfermos que se presentaban en el hospital, para seleccionar a los que recibirían atención gratuita.

Las damas que componían la Sociedad, hacían estudios especiales en diversos organismos de Beneficencia y eran consideradas expertas en conocimientos médicos y sociales.

3°.- La "Sociedad Laennec", organizada en 1900, por Sir William Osler, fué fundada con el objeto de estudiar la tuberculosis. Dos doctoras tomaron la iniciativa de visitar los hogares de los enfermos para tratar de impedir en los familiares el contagio y prevenir el desarrollo de la enfermedad.

4°.- En el año 1904, el Hospital Presbiteriano de Nueva York, estableció un curso de dos meses para las enfermeras que debían atender a los enfermos en sus hogares, porque observaron que junto al problema médico, había otros en íntima relación. Su preparación consistía en nociones de enfermería, condiciones de higiene y la forma de tratar a los enfermos.

5°.- La contribución más significativa al establecimiento del Servicio Social Hospitalario, fué la enseñanza dada a los estudiantes de la Universidad de John Hopkins, sobre la importancia de conocer las condiciones de vida familiar de los enfermos, para tener éxito en los tratamientos médicos.

Se organizó el primer comité estudiantil de la "Charity Organization Society of Baltimore", que llegó a la conclusión de la íntima relación que existe entre la enfermedad y el ambiente.

Todas estas experiencias determinaron el establecimiento del primer departamento de Servicio Social Hospitalario, obra que correspondió al Dr. Richard Cabot, en el Hospital General de Massachusset, en 1905. El Dr. Cabot, observó que la labor del médico era incompleta, sin la ayuda de una persona especializada y preparada para atender espiritual y materialmente a los enfermos; porque con la especialización médica se perdía la visión de conjunto del paciente y no se consideraba de importancia para la enfermedad, la influencia afectiva y -



psíquica. Manifiesta el Dr. Cabot que esta funcionaria puede hacer volver al enfermo la tranquilidad de espíritu, porque ella es la persona capacitada que puede explicarle con cordialidad y simpatía el estado de su enfermedad, el tratamiento y su importancia, como también la posibilidad de curación, dejando en su mente un futuro halagador, no adoptando para ello actitudes mecánicas y demostrando calor humano para su situación y la de su familia.

Proporcionará los antecedentes patológicos al médico, efectuando una investigación previa de la vida del paciente para establecer el origen de la enfermedad.

También explica el Dr. Cabot, que deberá ser el lazo de unión entre el médico, el paciente y su familia, especialmente con los enfermos hospitalizados que después deben continuar su tratamiento en el hogar, proporcionando nociones de higiene, educación y solicitando la cooperación de la familia, etc. etc.

Una vez organizado el Servicio Social Hospitalario, se crea en 1912, la Asociación Americana de Visitadoras-Médico-Sociales, que se dedicó a investigar las actividades y funciones que dichas profesionales debían tener.

En 1920 la Asociación nombró un Comité para que confeccionara una pauta a seguir en toda investigación médico-social; después de ocho años de estudios llegó a las siguientes conclusiones:

- a) Procurar la información sobre la situación del en

fermo, que permita una comprensión adecuada del problema médico del paciente.

b) Interpretación del problema médico del paciente.

La palabra interpretación en Servicio Social, corresponde al intento de cambiar la actitud del cliente y su grupo familiar, interesándolos para que proporcionen detalles personales, como también los antecedentes patológicos, que servirán para que el médico tenga una visión amplia del cuadro clínico.

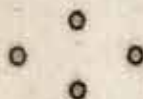
c) Hacer uso de los recursos de la comunidad en ayuda de paciente y su grupo familiar.

Además, dividió los factores sociales en la práctica hospitalaria en tres categorías especiales:

1ª.- Condiciones Sociales: que tienen influencia directa en la salud del paciente, ya sea produciendo susceptibilidad a la enfermedad o ayudando o impidiendo el tratamiento médico. Ej.: condiciones del trabajo.

2ª.- Conflictos sociales creados a otras personas - por la enfermedad del paciente. Ej.: disminución o carencia de entradas económicas.

3ª.- Problemas sociales sin relación directa con la enfermedad, pero que co-existen con ella. Ej.: cesantía del paciente.



SERVICIO SOCIAL DE COLABORACION MEDICA EN EL "SERVICIO

AMBULATORIO" DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE BORJA

La labor de una Asistente Social de un servicio hospitalario, consiste en conocer la situación del enfermo, sus reacciones, los problemas que le afectan, su actitud ante la enfermedad y la de su grupo familiar, factores sociales y emocionales que influyen en él, etc. etc.

Otro aspecto del trabajo de la Asistente Social, es proporcionar al médico los antecedentes patológicos y socio-económicos del enfermo. Controlar el tratamiento prescrito, estudiando, al mismo tiempo, las proyecciones de orden social que pueda tener la enfermedad, tanto para el paciente como para la colectividad. Esto corresponde al concepto "psico-somático", que significa que se toma al individuo en su totalidad, no haciendo diferencias entre psiquis (espíritu) y el soma (cuerpo).

Hace ya mucho tiempo que los médicos han comprobado la influencia que la parte psíquica de nuestro ser, ejerce sobre la parte física, y a medida que los años han pasado, innumerables observaciones han afirmado este concepto, de tal modo que hoy está establecido definitivamente que los estados mentales determinan trastornos en el funcionamiento normal del organismo y, más aún, están en íntima relación con la produc -



ción de procesos orgánicos actuando, ya sea propiamente como factor etiológico de ellos en un terreno especial, o bien, simplemente contribuyendo con el debilitamiento del organismo, a la instalación de un proceso infeccioso.

Es por eso que la Asistente Social debe procurar, en lo posible, estar pendiente de las reacciones emocionales del enfermo; estas observaciones se realizan a base de entrevistas dirigidas, de manera que el mismo paciente, sean quien resuelva sus problemas de acuerdo a su capacidad.

Procura, además, que el enfermo obtenga el mayor provecho de la atención dispensada por el médico, cambiando su actitud cuando es negativa y explicándole su enfermedad y su importancia.

La Asistente Social Hospitalaria debe informar al paciente que egresa del hospital, de los Servicios post-hospitalarios donde debe recurrir para continuar su tratamiento o para obtener ciertos beneficios de previsión social a que tiene derecho.

Después de esta breve explicación del trabajo específico en general de la Asistente Social Hospitalaria, se dará a conocer la labor social efectuada en el "Servicio Ambulatorio".

El "Servicio Ambulatorio", como hemos dicho anteriormente, consta de una Policlínica más un número de 93 camas del hospital, distribuidas en tres salas: San Andrés y San Rafael, con 33 y 20 camas, respectivamente, destinadas a mujeres, y Do

lores, con 40 camas, para hombres.

La Policlínica consta de diversas especialidades: Bronco-pulmonar, Cardiovascular, Medicina General, Alergia, Gastroenterología, Endocrinología, Neurología, Urología y Servicio Social, a cargo de una Asistente Social, cuya labor específica tiene dos aspectos: uno dentro del Servicio Ambulatorio y otro fuera de él.

1.- DENTRO DEL SERVICIO AMBULATORIO.-

a) Atención de los enfermos enviados por la Estadística de la Policlínica, que no pueden cancelar la totalidad del valor del número, que da derecho a la atención médica, a los exámenes de rayos, laboratorio, etc., complemento necesario para precisar el diagnóstico.

Se realiza esta atención por medio de una entrevista, cuyo formulario contiene los siguientes rubros:

Número de la Carpeta Clínica.

Número de la ficha de Servicio Social.

Nombre ..... Edad .....

Servicio ..... Sala ..... N° .....

Domicilios.

Enviado de ..... por .....

Información médica.

Grupo familiar. Que contiene los datos del Nombre, Relación,

Edad, Estado Civil, Trabajo, Previsión, Salario, Instrucción, Salud Aparente.

---

Una vez realizada esta entrevista, se fija la rebaja respectiva, de acuerdo a la situación económica del paciente; sólo en casos muy especiales se concede gratuidad absoluta.

Este primer contacto con el enfermo que acude a la Policlínica, da la oportunidad de pesquisar los casos sociales y tratarlos en forma oportuna.

b) Se reciben las consultas de personas que solicitan atención médica, pero que por la naturaleza de su enfermedad no corresponde a las especialidades del "Servicio Ambulatorio".

Estas personas son orientadas a las diversas instituciones médicas, como por ejemplo, al Instituto del Radium, Manimonio Nacional, Hospicio, etc.

c) Durante el período que los enfermos son hospitalizados para efectuarles los diversos exámenes de laboratorio, rayos, etc., la Asistente Social los entrevista para pesquisar los diferentes problemas que pudiese tener y atenderlos.

Debe proporcionar al médico que lo solicite los antecedentes patológicos y ambientales de los enfermos.

d) La Asistente Social hace los traslados de los pacientes cuyo diagnóstico ha sido precisado y que por la natura

leza de su enfermedad, ya sea tuberculosis, cáncer, venéreas, etc., deben continuar su tratamiento en un servicio médico especializado. Este trabajo se realiza por no contar con el personal que debiera hacer esta labor. Se envía junto con la ficha clínica del enfermo trasladado, una copia de la Encuesta Social a la Asistente Social de dicho servicio.

e) Trabajo de oficina.- Consiste en poner al día el libro de trabajo diario en el cual la Asistente Social anota sus actividades. Redacta también los informes y encuestas que le han solicitado y consigna en cada caso el tratamiento realizado.

## 2.- LABOR DE LA ASISTENTE SOCIAL FUERA DEL "SERVICIO AMBULATORIO".-

---

Esta labor consiste principalmente en visitas domiciliarias de investigación, para obtener datos sobre los antecedentes hereditarios y socio-económicos del paciente y su grupo familiar.

Cualquiera que sea el motivo de la visita domiciliaria, se aprovechará para hacer labor educativa familiar y sanitaria, dándoles a conocer la enfermedad, el tratamiento y las indicaciones para la convalecencia, aconsejando al grupo familiar se haga exámenes médicos para evitar que el enfermo, en el período delicado de la convalecencia contraiga otras enfermedades, que algunos de los familiares pudiese tener.

Apellido paterno.....

Apellido materno.....

Nombre .....

Nº de encuesta.....

0. 11010 (5.000)-T.C.N.



Se les hará comprender la importancia que el enfermo continúe su tratamiento o control de salud en la Policlínica.

Si el enfermo fuese el jefe de hogar y las entradas económicas se hubiesen resentido, se hará una labor de convencimiento para que la esposa u otro miembro de la familia trabaje; en caso de no hacerlo, hasta que el paciente se puede reincorporar a sus actividades.

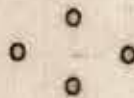
La Asistente Social, además, hace los trámites para que el enfermo que lo necesite sea acogido a la Ley de Medicina Preventiva.

Toda la labor social que realiza queda expuesta en la Encuesta Social del Servicio, (se acompaña original).

Estas encuestas son revisadas cada quince días por la Asistente Social Jefe del Servicio, las que son discutidas en reuniones clínicas periódicas.

Es obligación de la Asistente Social, confeccionar una Estadística mensual con toda la labor social realizada.

Existe un Fichero en el que se colocan las Encuestas Sociales de todas las personas atendidas por el Servicio Social. Para facilitar la consulta del Fichero, se ha confeccionado unas tarjetas individuales de cada caso social.



EFICIENCIA

TAL

Sr.

Edad

N.º

de la carpeta clínica

Servicio

Sala

N.º

N.º

de la ficha de S. Social

Domicilio

Enviado de

por

Información médica

SOCIAL

Nombre

Relación

Edad

E. Civil

Trabajo

Previsión

Salario

Instruc.

Salud aparente

SERVICIO DE BENEFICENCIA  
Y ASISTENCIA SOCIAL

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

SERVICIO SOCIAL

Movimiento habido desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

FORMULARIO N.º 43

Orden 62851 - 26-VII-1946 (860 blocks) 8850

FECHA						TOTALS
<b>ENCUESTA:</b>						
Dentro del Servicio.....						
Con visitas domiciliarias rurales.....						
Con visitas domiciliarias urbanas.....						
<b>VISITAS:</b>						
A Instituciones de Beneficencia.....						
A Oficinas Públicas.....						
A Instituciones Particulares.....						
Al Hogar.....						
De cooperación médica, citaciones, etc.....						
<b>LEGALIZACIONES:</b>						
Matrimonios civiles.....						
Hijos legitimados.....						
Inscrip. en el Registro Civil.....						
<b>TRAMITACIONES JUDICIALES:</b>						
Inscripciones en el Registro Civil con orden judicial.....						
Rectificación de partidas.....						
Trámites en el Juzgado de Menores.....						
Otros trámites judiciales.....						
<b>TRAMITES RELIGIOSOS:</b>						
Matrimonios.....						
Bautismos.....						
<b>LABOR DE ORDEN ECONOMICO:</b>						
Empleos obtenidos.....						
Beneficios obtenidos.....						
Giros postales, enviados o recibidos.....						
<b>COOPERACION MEDICA :</b>						
Hospitalizaciones.....						
Traslados.....						
Ingresos a establecimientos especializados.....						
Tratamientos en Dispensarios (vigilancia).....						
Inscripción en Gotas y Policlinicos.....						
Envío fuera de Santiago, por clima.....						
Peticiones atendidas.....						
<b>OTROS CASOS SOCIALES:</b>						
Colocación madres y niños en inst. cerradas.....						
Colocación familiar de niños.....						
Adopciones.....						
<b>LEY 4054 y 4055:</b>						
Cobro de Subsidios.....						
Reclamos por incumplimiento de la Ley.....						
Beneficios obtenidos.....						
Correspondencia (en general).....						
<b>RESUMEN DE ENCUESTAS:</b>						
Por iniciativa médica.....						
Por iniciativa de la Visitadora Social.....						

Firma de la Visitadora

Fecha:

CASOS SOCIALES ATENDIDOS EN EL "SERVICIO AMBULATORIO"

Encuesta N°: 324.

Nombre: M.F.F.

Servicio: Bronco-Pulmonar.

Reseña del caso: M. F. F. de 30 años de edad, ha acudido al Servicio Ambulatorio, a la especialidad Bronco-Pulmonar, donde se le ha diagnosticado una tuberculosis pulmonar mixta.

El médico ha indicado hospitalización, ya que por lo avanzado de su enfermedad no puede ser atendida en el Servicio Ambulatorio.

La enferma es casada y tiene dos hijos, de 1 y 4 años de edad. Su esposo es obrero y gana \$ 80.- diarios.

M. F. no acepta ser hospitalizada.

Labor social: Desde las primeras entrevistas, la enferma confirmó que no deseaba hospitalizarse, porque pensaba que esto aceleraría su fin y no podía, además, alejarse de su hogar, por sus obligaciones de madre y esposa.

Se hizo labor de convencimiento, para desterrar el prejuicio que tenía contra la hospitalización, explicándole que en un establecimiento de la especialidad tendría más seguridad de mejorarse que en su hogar; debido a que estaría exclusivamente dedicada al restablecimiento de su salud; en cambio, en su casa debía responder a los quehaceres domésti-

cos, no guardando el reposo exigido, con el grave delito de contagiar a sus familiares.

La otra causa de negativa de la enferma se solucionó fácilmente con la ayuda de la abuela paterna, que aceptó tomar a su cargo a sus nietos hasta el completo restablecimiento de la enferma.

La abuela materna vivía en una chacra en los alrededores de Santiago y desconocía la gravedad de la enfermedad de su hija.

Los hijos de M. F. fueron examinados en el Hospital Roberto del Río con los resultados de mantoux y rayos negativos. En estas condiciones fueron llevados a la casa de la abuela.

La enferma, al ver esta situación solucionada y convencida que el único medio de obtener su mejoría era hospitalizándose, esperó ansiosamente la vacante solicitada en el Hospital San José, la que se logró rápidamente.

Se le visitó en varias ocasiones, encontrándose siempre de buen ánimo y optimismo.

Con el marido se hizo labor educativa en el sentido de hacerle comprender que debía visitar a su esposa con frecuencia, como también a sus hijos. Se comprobó que respondía a estas indicaciones.

Se logró también que se sometiera a un examen médico en el Servicio Ambulatorio; felizmente se encontraba en -

perfectas condiciones de salud.

o o

Encuesta N° 360.

Nombre: A. M. G.

Servicio: Hospitalización.

Reseña del caso: A. M. G., de 29 años de edad, soltera, hospitalizada por una insuficiencia cardíaca.

La enferma vive con su madre viuda y con un hermano de 30 años de edad, obrero, que gana \$ 80.- diarios. Ella es modista de un taller con un salario de \$ 90.- diarios. Es asegurada en la Ley 4054.

El médico solicitó al Servicio Social, hiciese los trámites necesarios para acoger a la enferma a la Ley de Medicina Preventiva.

Labor Social: La enferma está hospitalizada, pero desea regresar a su hogar; se le da ánimo y se le aconseja tener paciencia, ya que el período de hospitalización, según lo ha dicho el médico, será breve. Se logra convencerla y se le comunica que se le hará los trámites necesarios para acogerla a la Medicina Preventiva hasta lograr su restablecimiento. Se le explica en qué consiste este beneficio. La enferma se muestra

agradecida.

Después de algunos días se obtiene un mes de reposo preventivo. Desgraciadamente A. M. ese mismo día falleció repentinamente.

o o o

Encuesta N° 724.

Nombre: M. R. H.

Sección: Cardiología.

Reseña del caso: M. R. H., de 40 años de edad, ha acudido a la especialidad de Cardiología del Servicio Ambulatorio, donde se le ha diagnosticado una insuficiencia cardíaca.

M. R. da a conocer a la Asistente Social que vive en convivencia con A. D. M., de 41 años de edad, soltero, que trabaja como obrero en una fábrica ganando \$ 100.- diarios y que desean casarse, pero no tienen los documentos necesarios para realizarlo.

No tienen hijos, pero han tomado a su cargo a una niña de 5 años de edad, huérfana, que a la edad de un año quedó sorda-muda, a consecuencia de una meningitis infecciosa; está atendida en el Hospital Arriarán.

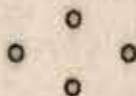
Labor Social: Al conversar con el convivente se confirma lo

que M. R. había dicho, que deseaba casarse, pero no tenían los documentos para hacerlo.

Se les orienta y se les da a conocer los trámites que deben efectuar para lograr obtener los documentos necesarios. A los pocos días se presentan con los certificados. Se les explica, en seguida, donde deben ir para verificar su matrimonio civil y religioso.

En esta entrevista se aconseja a la enferma continúe su tratamiento ambulatorio, el que promete cumplir periódicamente.

En otra entrevista en que la enferma fué a control a la Policlínica, muestra orgullosa la argolla de compromiso y su Libreta de Matrimonio. En cuanto a la menor, fué matriculada en la Escuela de Sordos-Mudos para su educación, a la que asistirá el próximo año.





## CONCLUSIONES

1.- El número de Servicios Ambulatorios debiera aumentarse tanto en Santiago como en el resto del país, para contribuir a un oportuno examen médico, mejorando el standard de salud y morbilidad de los habitantes.-

2.- Dentro del Reglamento de la Escuela de Medicina debiera existir una cláusula que obligara a los nuevos profesionales a trabajar durante un período de tiempo los diferentes Centros Hospitalarios de las provincias y departamentos, por un período de tiempo determinado para ser relevados periódicamente por los nuevos egresados. Esto evitaría la centralización de médicos que hasta ahora tenemos en Santiago y se proporcionaría una mejor atención médica en las provincias.

3.- La Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social debiera organizar Servicios Médicos Domiciliarios, formados por equipos de médicos, enfermeras y Asistentes Sociales.

La creación de este Servicio tendría las siguientes ventajas:

a) Se lograría una oportuna atención de los enfermos y sus tratamientos serían vigilados en el mismo domicilio, evitándoles viajes inútiles o perjudiciales.

b) Descargaría considerablemente el trabajo de la Policlínica, lo que permitiría una mayor atención de enfermos nuevos.

c) Por otra parte, solucionaría el grave problema actual de faltas de camas y reportaría, al mismo tiempo, una economía a la institución, pues mediante el Servicio Médico Domiciliario, las hospitalizaciones se limitarían a las personas que no - fuese posible atenderlas en el hogar. Además, los períodos de hospitalización se reducirían a un mínimo, porque muchos de los pacientes podrían ser dados de alta más rápidamente y el equipo médico domiciliario los continuaría controlando.

d) Por último, este Servicio podría desarrollar en el hogar una gran labor de educación sanitaria y social.

4.- Los servicios hospitalarios debieran fomentar la cooperación, la coordinación y correlación con los Servicios Médicos de las Cajas de Previsión, para no efectuar la repetición de exámenes de laboratorio, rayos, etc., evitando la pérdida de tiempo en la atención del paciente y como una economía para el servicio.

Para solucionar y facilitar esta situación, debiera - existir formularios especiales de traspaso de enfermos, en el que se anotaran los exámenes efectuados y toda la investigación relacionada con la enfermedad del paciente.

5.- La Dirección de los hospitales debiera responsabilizar al Servicio de Estadística, el traspaso de los enfermos a otros servicios, para evitar que la Asistente Social se vea obligada a efectuarlo por necesidad absoluta.

BIBLIOGRAFIA

- Elma Frakia. "La Enfermería y los Servicios de Asistencia Social en Chile". Imprenta "Leblanc", Santiago, 1942. Publicación Chilena de Asistencia Social. Folleto N° 128.
- Dr. Hernán Urzúa. "Qué se entiende por buena atención médica". Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública. 1950.
- Dr. Arturo Lois. "Relaciones entre los Hospitales y la Caja de Seguro Obligatorio". Imprenta "Leblanc", Santiago, 1940. Publicación Chilena de Asistencia Social. Folleto N° 111.
- Dr. Arturo Baeza Goffi. "El Hospital Centro de Salud". Santiago, 1935.
- Dr. Waldemar Coutts. "El Hospital Moderno". Imprenta "Leblanc", Santiago, 1940. Publicación Chilena de Asistencia Social. Folleto N° 110.
- Dr. Gustavo Flicke. "Fundamentos Sociológicos del Hospital Moderno "Centro de Salud". Imprenta "Leblanc", Santiago, 1938. Publicación Chilena de Asistencia Social. Folleto N° 80.
- Dr. Enrique Laval. "El Hospital Moderno". Imprenta "Leblanc", Santiago, 1940. Publicación Chilena de Asistencia Social. Folleto N° 109.

- Dr. Pedro Poblete Gajardo. "Monografía del Hospital San - Francisco de Borja". Imprenta Talleres Casa Nacional del Niño, Santiago, 1943.
- Dr. Julio Santa María. "El Hospital Centro de Salud". Imprenta Universitaria, Santiago, 1936. Publicación Chilena de Asistencia Social. Folleto N° 57.
- Rebeca Izquierdo. "El Médico y la Visitadora Social". Imprenta Walter Gnadt, Santiago, 1940.
- Dr. Julio Schwarzenberg. "El Servicio Social de nuestros Hospitales". Publicación de la Asociación Chilena de Asistencia Social, Santiago, 1933.
- Harriet M. Bartlett. "Problemas y Rumbos del Caso Social Individual en Servicio Social Médico". Revista de Servicio Social N° 4. Oct.-Diciembre.
- Sara Pino Valdés "Servicio Social de Cooperación Médica". Tesis para optar al título de - Asistente Social de Beneficencia - cia. Santiago, 1950.
- Marta Guzmán Silva. "La Visitadora Social y su Labor en el Hospital". Tesis para optar al título de A sistente Social de Beneficencia. Santiago, 1940.

INDICE

CAPITULO.		Pág.
	INTRODUCCION .....	1
I.	QUE SE ENTIENDE POR UNA POLICLINICA ..	4
II.	EL SERVICIO AMBULATORIO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE BORJA .....	8
III.	LABOR QUE DESARROLLA EL "SERVICIO AMBU LATORIO" .....	12
	Cuadro Comparativo de la Atención y Organización del "Servicio Ambulato rio" .....	17
IV.	SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO .....	20
	Servicio Social de Colaboración Mé- dica en el "Servicio Ambulatorio del Hospital San Francisco de Borja	24
	Casos Sociales Atendidos en el "Ser- vicio Ambulatorio" .....	30
	CONCLUSIONES .....	35
	BIBLIOGRAFIA .....	37

