

## Actualidad

### FUNDAMENTOS Y PROYECCIONES DE LA NUEVA ORGANIZACION DEL SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL "ROBERTO DEL RIO"

Dres. CARLOS ALLIENDE G. (Director) y VICTOR DE LA MAZA S. (Jefe del Consultorio Externo)

Al efectuar nuestras labores médicas en los diversos servicios del Hospital "Roberto del Río", hemos podido apreciar algunas deficiencias en su modalidad de trabajo. Ultimamente, al asumir funciones directivas, estos vacíos se nos han hecho más precisos y notorios.

Las páginas que siguen son el fruto de reflexiones cimentadas en la observación cotidiana de nuestros métodos de atención al enfermo. Nos ha servido también el cambio de ideas con los médicos, visitadoras sociales, enfermeras y maestros, etc., que conocen la materia, complementándola con la lectura de trabajos nacionales y extranjeros.

Al analizar la forma cómo se desarrolla la labor hospitalaria de rutina, se destaca nítidamente la falta de coordinación entre los diferentes grupos que actúan con el mismo fin, y aun entre individuos de un mismo grupo, sean éstos médicos, visitadoras sociales, enfermeras, etc. Para nosotros, este estado de cosas sería el resultado de la falta de formación adecuada en la escuela profesional respectiva, del desconocimiento de las ventajas del trabajo en equipos, del exceso de individualismo y de la falta de directivas en nuestros servicios hospitalarios, donde la norma ha sido la costumbre, más que el cumplimiento de un programa.

Las relaciones entre hospitales no pasan de formalidades corteses. Salvo dos o tres excepciones, no existe ninguna relación entre el hospital y los centros periféricos, a pesar de que muchos son atendidos por médicos que también pertenecen a la planta del hospital.

Otro defecto radica en que nuestros hospitales (creemos que podemos generalizar) se han limitado casi exclusivamente a tratar mal o bien la enfermedad, sin lle-

gar a la familia ni a la colectividad, concebida en parte como fuente y causa de morbilidad. No nos referiremos a la salud mental, pues ella no ha sido considerada prácticamente.

Hasta el presente, al planificar un hospital, se ha considerado antes que nada el número de camas que debería tener y se ha prescindido del sector que debe servir su Consultorio Externo. El dinero gastado en días-camas podría ser muchas veces mejor aprovechado, invirtiéndolo en la colectividad, previo un estudio racional y jerarquizado de las causas de la enfermedad.

La docencia ha sido y es todavía en muchas partes el eje sobre el cual gira un hospital. En ningún momento pretendemos disminuir la importancia y trascendencia de la formación médica, pero estimamos que ella no es lo principal de la función hospitalaria, ya que ésta debe orientarse preferentemente hacia la reparación y fomento de la salud. Las cátedras dentro del hospital merecen toda clase de consideraciones; pero sucede con frecuencia que los profesores tienen criterio exclusivamente docente y tendencia a gastar disponibilidades y recursos en este sentido, sin considerar la función asistencial.

Afortunadamente la cátedra de Pediatría servida por el Profesor Scroggie ha constituido una de las excepciones, ya que ha sabido equiparar lo docente y lo asistencial y, si muchas veces sus esfuerzos en este sentido no han sido coronados por el éxito, ha sido debido a incomprensión y falta de cooperación en otras esferas.

Es norma que los médicos se inicien en los Consultorios Externos, precisamente donde hace más falta el aplomo y experiencia para resolver en poco tiempo problemas que atañen a la salud o vida del enfermo ambulatorio.

En el Hospital "Roberto del Río" se aprecia en los últimos años una inclinación a rectificar esta conducta. Dichos sistemas de trabajo pertenecieron y se justificaron en una etapa bien definida y afortunadamente en superación de la medicina chilena.

En el hospital moderno el enfermo deja de ser una abstracción, un número, un caso más o menos interesante o un "clavo" y llega a ser considerado como perteneciente a un ambiente social, familiar, o sanitario, de donde no es posible separarlo. Así pasamos del estatismo al dinamismo hospitalario, que alcanzará proyecciones nacionales cuando, siendo capaz de descubrir las últimas causas, pueda proponer las soluciones correctas.

El hospital no debe tampoco olvidar la función educativa a su clientela habitual.

Es sugestivo que nuestro servicio de hospitalización de lactantes, pese a la preparación de su personal, al empleo correcto de técnicas y medicamentos modernos, tenga hoy día una mortalidad cercana al 20% (mortalidad del Servicio de Lactantes en 1950: 18.6% sobre 543 enfermos; 1951: 22.2% sobre 495 enfermos y 1952: 19.8% sobre 675 niños menores). Esta elevada cifra de mortalidad nos indica que su disminución no es ya del resorte de métodos internos de orden médico, sino que son necesarias medidas higiénico-dietéticas y de medicina preventiva extrahospitalarias. en el hogar y en el seno de la comunidad.

Poco se puede hacer en la sala de un hospital pediátrico con un niño en pésimas condiciones nutritivas, con un atrófico, con un descompuesto. Sabemos que los mejores resultados terapéuticos se obtienen con niños en buen estado nutritivo y, como la distrofia se puede prevenir dentro de la familia, es lógico entonces que orientemos hacia allá nuestros esfuerzos, en forma bien definida y constante, si queremos ver disminuidos ciertos grupos de mortalidad hospitalaria.

El Estado gasta anualmente enormes sumas de dinero en la prevención y recuperación de la salud, que muchas veces no son bien aprovechadas por dispersión de esfuerzos y planes erróneos. El nuevo Servicio Nacional de Salud permitirá solucionar en gran parte este problema, al unificar los diversos organismos asistenciales.

Nuestro hospital, en este momento está

trabajando al máximo de su capacidad, con limitaciones de local y de recursos y con todo su personal ocupado en labores bien precisas. Sin embargo, creemos que sería posible complementar en buena parte la atención prestada a sus enfermos, haciendo llegar su labor hasta la colectividad, donde podría estudiar más de cerca los problemas económico-sociales, para lo cual, además del trabajo coordinado dentro del hospital y entre el hospital y centros periféricos, se necesita de un grupo de funcionarios orientados hacia esos fines.

Considerando la etapa actual de la medicina en general y de nuestra medicina, se hacen evidentes las ventajas del trabajo en equipo. La aplicación a los enfermos de una medicina integral en sus aspectos curativo y preventivo no se puede discutir.

Para obtener dentro de los hospitales la aplicación de una medicina de este tipo, es necesario, ante todo, que sus jefes conozcan y se aboquen al problema, dando las pautas directivas y facilitando los medios materiales.

A continuación analizaremos con ciertos detalles el servicio social hospitalario y dejaremos para otra oportunidad el estudio de otros aspectos de la labor del hospital.

A pesar de que cerca de las dos terceras partes de las egresadas de las Escuelas de Servicio Social trabajan en Servicios de colaboración médica, llama la atención que la Asistente Social salga mejor preparada para trabajos en servicios no médicos, como escuelas, fábricas, juzgados, etc., que para los primeros.

Considerando la escasez y necesidad nacional de personal para médico, como enfermeras sanitarias, dietistas, etc., por la índole misma de la labor hospitalaria de la visitadora social y por el deseo unánimemente manifestado por los médicos, estimamos que la Escuela de Servicio Social de la Beneficencia debe modificar sus programas en el sentido de dar a sus egresadas una preparación que se asemeje más a la enfermera sanitaria y en todo caso se vaya a la diferenciación entre visitadoras sociales orientadas hacia los servicios no médicos y otro grupo especializado para actuar en servicios de colaboración médica.

Mientras esto no suceda, las visitadoras sociales de colaboración médica y especialmente aquellas que trabajan en nuestro

hospital, deberían, por medio de cursos para graduados, renovar sus conocimientos de medicina preventiva, higiene, dietética, etc. y adaptarse, junto con el resto del personal del hospital y de los servicios médicos del sector norte de Chile, a la modalidad del trabajo en equipos, a fin de colaborar en forma más efectiva en la reparación y mantención de la salud y, por lo tanto, del bienestar de la comunidad.

Al hacer estas observaciones queremos manifestar que ellas van dirigidas sólo al Servicio Social de los hospitales. Por otra parte, nuestra intención es no continuar el ya largo debate en nuestro país, sobre la conveniencia o inconveniencia de mantener a la enfermera sanitaria y visitadora social como dos especialidades independientes.

Después de las fuerzas armadas es, tal vez, el trabajo hospitalario el que requiere más disciplina, abnegación y espíritu de sacrificio y necesita de éstos para alcanzar sus objetivos. Creemos difícil que un personal formado fuera de las duras tareas del hospital pueda resistir una comparación con los funcionarios formados en él, de aquí que proponíamos una ampliación considerable de la práctica hospitalaria de las alumnas de Servicio Social de la antigua Beneficencia, tanto para que conozcan los aspectos referentes a la convivencia humana, como el trabajo hospitalario mismo.

El Servicio Social, por causas que no podemos precisar, ha demostrado en el pasado y en el presente una marcada tendencia a aislarse, a camppear por su propia cuenta, independizándose de médicos y para médicos. Hemos conocido visitadoras sociales jefes de servicios de "colaboración médica" que pudieron llamarse con más propiedad de "obstrucción médica", de acuerdo con su manera de proceder y de la orientación que daban a sus servicios.

Dentro de la Beneficencia, el Servicio Social constituyó un grupo independiente, un estado dentro del estado, con sus propias leyes y fueros que persistieron hasta hace poco tiempo, y en este mismo momento las directivas del Servicio Social hospitalario provienen de una inspectoría ubicada lo suficientemente lejos de nuestra realidad diaria social (en la ex-Dirección General de Beneficencia), como para suponer que sólo tiene un conocimiento va-

go de nuestras necesidades sociales locales. Por otra parte, no sabemos que exista o haya existido alguna conexión entre esa inspectoría y esta dirección, tendiente a cambiar ideas sobre la orientación de nuestro Servicio Social, ni tampoco que se haya abordado efectivamente la medición del trabajo social efectuado.

El exceso de autonomía le ha acarreado al Servicio Social más inconvenientes que ventajas. Se comprende que dentro de la modalidad de trabajo hospitalario, aparecerá como un cuerpo extraño todo individuo o grupo de individuos que no participen en forma activa en la labor común.

En lo que a nuestro hospital se refiere, la visitadora social se ha incorporado a él sólo últimamente.

Es curioso y paradójico anotar cómo el trabajo aislado, sin contacto definido entre los diversos grupos de visitadoras sociales de un sector, se traduce en derroche de esfuerzos y dinero. Por ejemplo, una familia del sector norte de Santiago que necesita atención social, deberá pasar por el Servicio Social del Hospital "Roberto del Río" si consulta por un niño enfermo; al de la Maternidad San Vicente si se presenta un caso de prematuridad; al del Hospital San José por un conviviente tuberculoso; al del Hospital José Joaquín Aguirre por enfermedad del padre, o al Servicio Social de la Municipalidad o de la fábrica, etc., etc. En todos ellos se le hace encuesta social en la oficina y por último, a lo mejor, no se le da una solución proporcionada al derroche de tiempo y energías gastadas. Sin embargo, todos estos esfuerzos, al juntarse en una labor coordinada, se aprovecharían mejor racionalizando los objetivos a conseguir. Es por esto que al propugnar la coordinación interhospitalaria estamos convencidos que la racionalización del trabajo social podría llegar a solucionar problemas generales.

El Servicio Social hospitalario de colaboración médica no ha superado aún la etapa del caso social individual y al igual que los médicos de hospital, ha descuidado su labor en la comunidad, que se ha demostrado como la más efectiva, de mayor rendimiento y beneficio social.

La carencia de formularios para solicitar la intervención de la asistente social hospitalaria y la existencia de la ficha social independiente de la médica, puede ser mu-

chas veces responsable de la falta de apreciación por el médico del trabajo de ella, al considerarlo como no efectuado si no encuentra las anotaciones correspondientes. Para subsanar este inconveniente haremos que se escriba en la ficha única un resumen periódico de la labor social efectuada.

La falta de comprensión del médico frente a la función específica de la visitadora, hace que éste le encomiende en ocasiones tareas o trámites cuya resolución no le incumbe, haciéndola perder un tiempo que pudo ser mejor aprovechado por esta funcionaria técnica.

La visitadora social en general, se ha revelado como una excelente analizadora de casos individuales, pero ha sido hasta el momento una mala sintetizadora de esta enorme y valiosísima experiencia acumulada por años de esfuerzos. Se aprecia una falta absoluta de utilización del Archivo Social en realizaciones prácticas, sean ellas en orden local o general. Un ejemplo nos permite aclarar el concepto. Existen en los Archivos del Servicio Social del Trabajo, centenares de encuestas sociales referentes a niños vagos, pero nunca se ha intentado ordenarlas para extraer la experiencia impagable sobre las causas que generaron la vagancia en nuestro país, su frecuencia, porvenir de los niños vagos, etc., que serían los únicos que permitirían abordar en todas sus formas este grave problema.

Otro factor adverso al rendimiento del trabajo social lo constituye la pérdida de tiempo en trámites encaminados a obtener trabajo, documentos, legalizaciones, etc., que podrían ser efectuados por un individuo no técnico.

Es justo reconocer que la visitadora social se estrella a veces con problemas insolubles.

La labor educativa de la visitadora social dentro del hospital es más difícil que en el domicilio; por factores de aspecto psicológico, una persona embargada por una emoción fuerte, no está en condiciones de aprovechar lo que se le enseña, muchas veces se aumenta esta actitud negativa por un recuerdo desagradable, como el fallecimiento de un hijo ocurrido en el hospital, tratamiento de accidentes graves, etc.

Comprendemos que la labor educativa en el Consultorio Externo está muy limitada por la premura del tiempo, falta de local adecuado y exceso de enfermos por

funcionaria, pero no por eso puede omitirse el confeccionar programas mínimos de acción inmediata, sin perjuicio de los planeamientos a largo plazo.

La remuneración deficiente de la visitadora social y la falta de presupuesto dedicado exclusivamente al Servicio Social, son otros factores negativos. Se hace indispensable entonces una campaña frente al Servicio Nacional de Salud para mejorar estas deficiencias.

La modalidad adoptada en los hospitales hasta el presente, de un trabajo sin su sector limitado, sino extendido a toda la ciudad y aun al resto del país, hace que su labor se dificulte y se diluya por esta causa.

Del estudio de los casos sociales atendidos por nuestras visitadoras se desprende que una gran mayoría de ellos no obtienen solución, sea porque fueron mal enfocados, en lo que a su tratamiento social se refiere, o lo más frecuente, porque se trataba de casos insolubles (por falta de cooperación de los padres, o por cesantía, recursos insuficientes, etc.).

Esto nos está indicando que hay un defecto de orientación en el servicio que permite que prácticamente se pierdan para la sociedad los penosos esfuerzos de este grupo de funcionarias.

Ante esta realidad nos parece que estamos obligados a pedir un cambio de rumbos que modifique este estado de cosas. Estimamos que si en este momento nuestro Servicio Social se estrella con problemas económicos o culturales insolubles a corto plazo, su labor sería más efectiva sembrando las semillas para una cosecha posterior, o sea, su labor presente debería orientarse hacia la educación de nuestro pueblo, tanto en lo que a deberes y responsabilidades con la familia y sociedad se refiere, como a los problemas higiénico-dietéticos, totalmente descuidados. Además, su labor educativa debe alcanzar hasta las clases dirigentes, presentándoles los problemas sociales nuestros, sus causas, gravedad, etc. e insinuarle las soluciones.

El problema económico y cultural de nuestro pueblo es de tal magnitud que sólo puede ser superado por los esfuerzos aünados de todos los individuos que formamos la colectividad.

Nos parece un error grave el enfocarlos como lo estamos haciendo, sólo por un grupo pequeño de personas.

Por esto proponemos que los planes y directivas tendientes a conseguir la salud y bienestar de la colectividad ubicada dentro de nuestro sector de atención hospitalaria (y aun más allá de nuestras fronteras asistenciales), sean estudiados y propuestos por el conjunto de los trabajadores médicos y para-médicos situados dentro de esta órbita de acción.

Así como hemos considerado que el Servicio Social se desentiende de los problemas médicos y sanitarios generales, nos parece que los médicos, por su parte, ignoran o menosprecian los problemas sociales, debido a su formación profesional orientada por la escuela antigua, hacia la patología, sin llegar a asomarse al medio en que el hombre, causa de sus estudios, "vive, sufre y muere". Nos parece indispensable que el médico se capacite en medicina social y llene de este modo el vacío que existió en sus estudios profesionales.

Pese a los factores adversos señalados, estimamos que nuestra visitadora social, por su preparación técnica, extracción social, por su moral, por el amor a su profesión, o por el excelente trato y la confianza que puede despertar en nuestro pueblo, es una profesional de grandes posibilidades, las que trataremos de aprovechar mejor de acuerdo con el plan que exponemos a continuación y cuyos objetivos finales serían los de corregir los errores y defectos de nuestra modalidad de atención al niño enfermo hospitalizado y al ambulatorio, llenar los vacíos que existen entre la conexión de los centros periféricos y el hospital y viceversa, lo mismo entre el enfermo, su familia y la colectividad a que pertenece, tratando de coordinar la atención preventiva impartida por los centros de salud con la medicina curativa, altamente especializada del hospital.

Además, creemos que nuestra nueva orientación permitirá a la visitadora hospitalaria y al resto del personal, cumplir en forma más efectiva y provechosa para la sociedad, sus objetivos finales y ayudar a evitar la enfermedad, recuperar la salud del niño enfermo, el bienestar de su familia y consecuentemente los de la colectividad.

Nos parece que el papel de la visitadora hospitalaria no ha sido bien definido, ni sus objetivos bien precisados. Para nosotros, las visitadoras hospitalarias constituyen uno de los engranajes del organismo formado por

los médicos, enfermeras, personal técnico, administrativo, auxiliar y de servicio, destinado en último término a reparar y mantener la salud y bienestar de los individuos de su sector de atención.

Dentro del hospital, empleando los métodos de acuerdo a su especialización, ni el médico ni ninguno de los funcionarios de los otros grupos podrán conseguir sus fines aisladamente, si no cuentan con la cooperación del conjunto.

Consideramos que la visitadora no es una funcionaria destinada a ayudar al médico en su labor, sino que uno de los diversos grupos de empleados del hospital, empeñados en conseguir la salud del individuo por medio de un trabajo de conjunto, coordinado.

De acuerdo a nuestro plan, el Servicio Social del Hospital "Roberto del Río" se dividirá en tres grupos:

1) Servicio Social del Personal, a cargo de una visitadora, que integrará la Oficina del Personal, en la cual trabajará también la enfermera jefe, la secretaria que lleva el rol del personal, el médico residente jefe, como consultor, y eventualmente un médico internista a cargo de la atención de los funcionarios del hospital.

2) Servicio Social del enfermo hospitalizado, que contará con 4 visitadoras, una para el Servicio de Lactantes, una para el Servicio de Segunda Infancia e Infecciosos, una tercera para Cirugía y una cuarta para el Servicio de Tuberculosis y especialidades.

Este grupo seguirá efectuando el trabajo de rutina actual, agregándole una conexión estrecha con el Servicio de Coordinación.

3) Servicio Social de Coordinación tomará tanto al enfermo ambulatorio como al egresado del hospital. Contará con una visitadora jefe y el resto de las visitadoras disponibles, una secretaria y una estadística encargada del fichero central.

El Servicio empezará por capacitarse en un efectivo trabajo por equipo, tanto con el personal técnico hospitalario como con aquel que trabaja fuera de éste, ya sean otros hospitales, Unidades Sanitarias, Centros del Seguro Obrero, Protinfa, Gotas de Leche, etc., o sea, con todas aquellas instituciones que posteriormente formarán el centro de salud.

Esta organización se iniciará en el Sector Norte de Santiago, el que cuenta aproximadamente con 350.000 habitantes, y su conexión será más laxa con aquellos otros cen-

tros que envían enfermos al Hospital Roberto del Río, como las Unidades Sanitarias de Quinta Normal y Estación Central.

A cada una de las visitadoras sociales se les designará un sector bien determinado en relación con el número de habitantes, tomando en consideración la calidad y cantidad de los problemas sociales que se presenten en este grupo de la población, con lo que queremos darle al Sector un sentido flexible, ya que uno con menor población puede tener mayores necesidades y entonces ser indispensable el trabajo de dos o más visitadoras en él.

Se comprende que es imprescindible que la visitadora conozca su sector con todas sus posibilidades y limitaciones, deberá localizar y ponerse en contacto con aquellas instituciones de derecho público o privado o individuos que puedan ayudarla directa o indirectamente en su labor, orientada, no ya al caso individual, sino más bien hacia la organización de la colectividad a su cargo. Su papel debe ser el de engranar a la medicina reparativa, representada por el personal hospitalario con la preventiva, ejercida por los médicos, enfermeras sanitarias y demás trabajadores de la salud de su sector. Tomará, además, un papel activo en la educación médica, sanitaria y económico-social de su grupo. Para efectuar este importante trabajo de intermediaria y de educadora, deberá saber conocer los problemas, jerarquizándolos de acuerdo con la gravedad del daño que producen; necesita, además, una orientación y preparación técnica de acuerdo a sus funciones específicas de colaboración médica, en el sentido de ayudar a recuperar y mantener la salud. De aquí que hayamos propugnado una renovación del plan de estudio de la Escuela de Servicio Social en la forma que lo esbozamos anteriormente.

Dominadas estas etapas preliminares estará en condiciones de efectuar con éxito y mayor rendimiento sus labores cotidianas.

El Servicio Social de coordinación se encargará de:

I. Recepción y selección de casos provenientes de los centros periféricos que consulten al hospital, y de aquellos egresados de éste.

II. Problemas económico-sociales: cesantía, indigencia, abandono paterno, enfermedad de los padres, etc.

III. Otros casos bien calificados.

(Queremos abarcar con el concepto de centros periféricos a todos aquellos organismos que atiendan niños que pertenezcan a su sector y los envían al hospital; vendrían a ser así como una prolongación del Consultorio Externo de éste).

2) Estudio de los casos en la oficina de Servicio Social, fichaje de ellos, diagnóstico y tratamiento social inmediato o mediato, para enviarlos al Sector correspondiente a través del centro de salud, en casos calificados como labor de caso individual.

El estudio de los casos se hará siguiendo una pauta mínima previamente establecida, llevando un fichero central. El control de la solución parcial o total de los casos y de la labor de la visitadora social en su sector, quedará a cargo de la visitadora jefe, y del médico de coordinación en sus respectivas esferas de acción.

Se practicarán visitas domiciliarias en aquellos casos muy calificados en que falte o falle la coordinación con el centro periférico.

Se hará labor social, educativa, médico-sanitaria, directa o en colaboración con los organismos existentes dentro de su sector, aprovechando todos los recursos a su alcance para inducir a los individuos a ayudarse a sí mismos.

La distribución del trabajo y el horario se adaptará a las necesidades del Servicio.

El Servicio de coordinación se mantendrá en conexión con el Servicio Social de los niños hospitalizados, atenderá los problemas sociales de los enfermos ambulatorios, trabajará en estrecho contacto con los médicos, enfermeras de educación sanitaria, dietistas y psicólogas del policlínico, lo mismo con las Unidades Sanitarias, hospitales del sector, policlínicos periféricos etc., y con el resto de la población de su sector, no encuadrada en los anteriores.

La visitadora social jefe tendrá a su cargo la programación y orientación de la labor de su servicio, controlará el trabajo y rendimiento de su personal, se esforzará porque se mantenga al día el fichero central y velará porque se cumplan los tratamientos sociales indicados, lo mismo la inscripción y control de los niños en los diversos servicios de su sector, etc., etc.

*Fichero central y archivo.* Todo caso social que ingrese o salga del hospital se registrará en el fichero central. La Dirección, la visitadora social jefe y las visitadoras de

los sectores controlarán periódicamente, a través del fichero, que se cumpla por el personal hospitalario o extrahospitalario las indicaciones sociales prescritas.

En el fichero central se mantendrán al día: índices, lo más completos posible, sobre todos los recursos de la colectividad; además, calles, domicilios, población por edades y sexo, cambio de domicilio, condiciones sanitarias del sector, posibilidades alimenticias: leche, alimentos protectores, mercados, carnicerías, almacenes, etc., recursos asistenciales y centros de salud, asistencia pública, nómina de médicos, visitadoras, enfermeras sanitarias, enfermeras universitarias, matronas, practicantes y otras profesiones afines que ejerzan en el sector, con su domicilio y número de teléfono, locales sociales y deportivos, Cruz Roja, Defensa Civil, bomberos, rotarios, Club de Leones, sindicatos, agrupaciones religiosas, carabineros, ejército, oficinas públicas, escuelas, automóviles y camiones que pudieran aprovecharse para traslado de enfermos o de personal. Otros índices negativos: número de cantinas, prostíbulos, quintas de recreo, casas de juego, poblaciones callampas, charlatanes, etc. y demás deficiencias del sector.

Otro de los fines del fichero es mantener un archivo de los casos sociales atendidos, de tal manera que pueda reflejar el conjunto de problemas de un grupo demostrativo de la población; lo que será de gran utilidad cuando se intente abordar la solución integral de estos problemas, exponiéndolos a las autoridades respectivas.

Es nuestro deseo que el archivo de nuestro servicio social pase a convertirse en el archivo social del hospital y, aun más, de su sector de atención.

*Medición de rendimiento.* Cada tres meses se hará un análisis y síntesis del trabajo efectuado, en un estudio en conjunto con el personal médico y de bio-estadística.

Las conclusiones se comentarán en una reunión amplia, en la que participará todo el personal técnico hospitalario, presidido por su Director y los Directores de los Centros de Salud correspondientes, más el per-

sonal médico y para-médico dedicado a la atención infantil del sector y se propondrán los planes de trabajo a seguir.

### Conclusiones

1. Los funcionarios hospitalarios y los de los centros periféricos, necesitan aprender la técnica del trabajo en equipos, coordinado, de acuerdo a planes bien determinados, destinados a conservar y recuperar la salud de la comunidad.

2. La labor del hospital debe orientarse en este momento, en gran parte, hacia la colectividad, aprovechando todos los medios a su alcance, con el fin de combatir a la enfermedad en sus mismas fuentes y orígenes.

3. Los planes de estudio de la visitadora social de colaboración médica deben modificarse de acuerdo a sus fines, o sea, deben capacitarse para efectuar una efectiva labor educacional sobre los factores económicos, médicos y culturales que influyen sobre la salud y bienestar de nuestro pueblo.

4. La mayoría de los esfuerzos de nuestras visitadoras se estrellan y esterilizan ante la gravedad de los problemas que deben afrontar.

5. Estimamos que para dar solución a dichos problemas se necesita del esfuerzo combinado de toda la colectividad, orientado por medio de planes bien meditados y desarrollados por etapas sucesivas.

6. La labor de la visitadora social debe dirigirse de preferencia hacia la educación económica, sanitaria y social de nuestro pueblo.

7. En la nueva orientación, la visitadora trabajará con un pequeño sector de la población, y en su etapa inicial abordará sólo aquellos problemas que se destaquen por su gravedad o porque necesiten una más pronta solución; servirá, además, de lazo de unión entre el hospital y los centros periféricos.

8. Periódicamente se analizarán y medirán los resultados obtenidos y se estudiará la orientación del trabajo médico-social.

\*  
\*  
\*