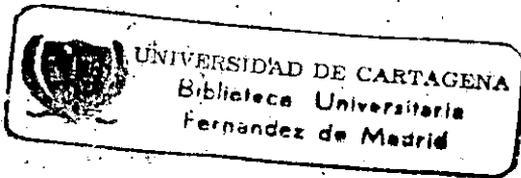


" LA INTEGRACION DE METODOS DE TRABAJO SOCIAL EN LA
SALUD COMUNITARIA "

T361.3
E76
Ej.1

2



" LA INTEGRACION DE METODOS DE TRABAJO SOCIAL EN LA
SALUD COMUNITARIA "

S C I B

S C I B
00019619

PRESENTADO POR :

VILMA ESPINOSA DE MATTIEU

AMPARO MORON DE MARRUGO

BRIANDA HERRERA FRANCO

DEPARTAMENTO DE
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

MONOGRAFIA PRESENTADA A LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA COMO UNO DE LOS REQUI
SITOS PARA OBTENER EL TITULO DE "LICENCIADAS EN TRA-
BAJO SOCIAL."

10001
~~31063~~

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

CARTAGENA, AGOSTO DE 1.975

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

DR. ALBERTO CARMONA ARANGO

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

LIC. LUZ AMALIA DE BERRIO

SECRETARIA ACADEMICA

LIC. CAROLA DE JULIO

PRESIDENTE DE TESIS :

LIC. ALICIA DE CAMACHO

ASESORES :

LIC. ESTHER PEREZ DE ALVEAR

LIC. OLGA HERRERA

CARTAGENA, AGOSTO DE 1.975

PRESIDENTE DE TESIS:

LIC. ALICIA DE CAMACHO

JURADOS:

1. LIC. BLANCA FLOR DE ROVIRA
2. LIC. CARMEN LUDYAN DE LOPEZ
3. LIC. ISABEL PEREZ DE BULA

CARTAGENA, AGOSTO DE 1.975

DEDICATORIA:

A mi HIJO, con gran amor y ternura, ya que es uno de los seres que siempre ha estado presente en mi memoria, motivandome a cada momento a alcanzar mis objetivos propuestos.

A mis PADRES y ESPOSO, cuyos propósitos y esfuerzos hicieron mérito en el alcance de mis aspiraciones.

VILMA

DEDICATORIA :

A mi HIJO, JAVIER MAURICIO

A mis PADRES, y ESPOSO

AMPARO

DEDICATORIA :

A mis PADRES

A mis HERMANOS

BRIANDA

AGRADECIMIENTOS:

Expresamos nuestros sinceros agradecimientos a todas las personas que en una u otra forma, hicieron posible la realización de este trabajo.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
A. <u>IMPORTANCIA DEL ESTUDIO</u>	2
B. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	3
C. <u>DELIMITACION</u>	3
D. <u>OBJETIVOS</u>	4
E. <u>HIPOTESIS</u>	4
F. <u>DEFINICION DE TERMINOS</u>	5
G. <u>METODOLOGIA</u>	7
 CAPITULOS	
I. <u>RESEÑA HISTORICA DE LOS METODOS DE TRABAJO SOCIAL Y DE</u> <u>LAS INSTITUCIONES MEDICAS:</u>	8
A. <u>RESEÑA HISTORICA DE LOS METODOS</u>	8
I. Método de Investigación de Casos	8

2.	Método de Trabajo Social de Grupo	14
3.	Método de Desarrollo y Organización de la Comu- dad	17
B.	<u>BREVE HISTORIA DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS Y SERVI- CIOS DE SANIDAD</u>	21
C.	<u>CONCEPTO ACTUAL SOBRE:</u>	
1.	Salud	23
2.	Comunidad	25
3.	Hospital	26
II.	<u>FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA HOSPITALARIA</u>	29
A.	<u>CON EL HOSPITAL:</u>	29
1.	Función Ejecutiva	30
2.	Función Integradora	31
3.	Función Educativa	32
4.	Función Coordinadora	34
B.	<u>CON EL PACIENTE:</u>	35
C.	<u>CON LA COMUNIDAD:</u>	42
1.	Servicio Directo	43
2.	Asesoramiento	45
3.	Colaboración en actividades para el desarrollo de la comunidad	47
4.	Investigación Social	48

III. INVESTIGACION DE LOS ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS DE LA CO
MUNIDAD DE ZARAGOCILLA Y ACTITUD DE ELLA FRENTE A LOS -
SERVICIOS DEL NUEVO HOSPITAL UNIVERSITARIO 51

A. NIVEL SOCIO-ECONOMICO: 52

 1. Educación 54

 2. Trabajo 58

 3. Ingreso 60

 4. Vivienda 62

 5. Servicios Públicos 65

 6. Enfermedades más frecuentes que padece la comuni-
 dad 70

B. ACTITUD DE LA COMUNIDAD DE ZARAGOCILLA FRENTE A LOS
SERVICIOS DEL NUEVO HOSPITAL UNIVERSITARIO 75

IV. INTEGRACION DE LOS METODOS DE TRABAJO SOCIAL EN LA SA-
LUD COMUNITARIA 80

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 100

BIBLIOGRAFIA 102

" INTRODUCCION. "

Nuestro propósito en la realización de ésta tesis, es demostrar la importancia de la Integración de Métodos de trabajo Social en la Institución Hospitalaria. Es buscar la implantación de una nueva imagen del Trabajador Social, que no siga creyendo que éste profesional no solamente encierra dentro de sí condiciones como Administrador, sino que se le reconozca como portador de determinado cuerpo teórico y metodológico específico que integrados y relacionados con los de la Medicina darán grandes resultados preventivos y curativos.

Para los fines de este trabajo consideramos la Salud como "El equilibrio adaptativo del organismo con el ambiente". El Trabajo Social Médico como método especializado de Trabajo Social,-

constituye una preocupación fundamental en estos métodos entre los profesionales de dicha ciencia.

rendremos presente en nuestro estudio el nuevo Hospital Universitario de Cartagena, por ser éste el Centro Hospitalario piloto, cuyos objetivos y programas están encaminados a la salud. Es nuestro deseo que este trabajo sea de gran valía para nosotros Trabajadores Sociales y para todas aquellas personas a quien les interese este tema.

A. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

Este tema lo hemos considerado de gran importancia porque la metodología integrada, es una manera de intervención del Trabajador Social, para manejar y resolver problemas sociales, considerando éste como un todo antes de formular la manera de tratarlo. En el enfoque de métodos separados ha propiciado el que fraccionemos un problema antes de considerarlo globalmente; también ha contribuido a que predeterminemos la estrategia de acuerdo con lo que el Trabajador Social fué contratado o sea para entrevistarse con los clientes, reunirlos en grupos, trabajar con determinada comunidad, dirigir el desarrollo de políticas o planear programas.

La labor del Trabajador Social en el campo Hospitalario,

será mucho más satisfactoria y beneficiosa, si se tiene en cuenta la Integración de métodos, de esa manera el Trabajador Social desarrollará una acción dinámica pero teniendo como base las necesidades o problemas presentados.

B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los problemas en torno a la Salud son tantos que las instituciones dedicadas a ésta área, muchas veces no pueden atender satisfactoriamente a los pacientes, de ahí tenemos que mucho menos pueden asumir la responsabilidad que implica una investigación y una planeación integral de la salud.

El Trabajador Social es el profesional indicado para detectar en la Comunidad, sus expectativas y necesidades, esto lo hace por medio de una investigación, ya que ésta es la base para la formulación de políticas que conllevarán un plan de tratamiento y por último determina el método específico a utilizar de acuerdo a las necesidades para promover un cambio y lograr el Bienestar Social de los individuos.

C. DELIMITACION:

ESPACIO: Escogeremos para la realización de nuestro estudio el nuevo Hospital Universitario de Cartagena y la Comunidad-

de Zaragocilla.

TIEMPO: Analizaremos el problema tal como se presenta en la actualidad.

D. OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES:

1. Buscar la implantación de una nueva imagen del Trabajador Social, demostrando que el es un profesional que posee un cuerpo teórico y metodológico específico que integrados y relacionados con los de la Medicina darán resultados preventivos y curativos.
2. Conocer las técnicas aplicadas por Trabajo Social en el área de la Salud Comunitaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Buscar el reconocimiento de la labor del Trabajador Social en el campo de la Salud.

E. HIPOTESIS:

El Trabajador Social por medio de la Integración de Métodos podrá ejercer una labor efectiva en el campo de la Salud.

tanto en el área funcional como en el área geográfica.

E. DEFINICION DE TERMINOS:

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

1. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO: Es uno de los campos de aplicación del Trabajador Social y se caracteriza por el deseo de ayudar al paciente a resolver aquellos de sus problemas sociales y emocionales que afectan su salud o tienen influencia en su enfermedad y en su curación.
2. HOSPITAL: Es una Institución cuyos objetivos y programas van encaminados a mejorar el bienestar físico del individuo.
3. COMUNIDAD: Es cualquier grupo de personas que tengan intereses comunes y que estén interrelacionados por razón de su localidad, función y acción, no es necesario que estén ubicados en la misma área geográfica. Lo importante es que tengan objetivos, problemas e intereses comunes.
4. METODOLOGIA INTEGRADA: Es una acción consciente del

Trabajador Social, donde se considera el problema como un todo, para luego aplicar o escoger un medio muy específico del tratamiento.

5. SALUD: Es el equilibrio adaptativo del organismo con el ambiente.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

1. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO: Es un servicio técnico y profesional que al encuadrarse dentro del ámbito Hospitalario, colabora en la recuperación de los pacientes con dificultades personales y ambientales relacionadas con la preservación de la salud, la enfermedad, la convalescencia y la readaptación.

2. HOSPITAL: No es un organismo pasivo, encerrado en sus muros en espera de pacientes, se ha convertido en una fuerza dinámica que se integra a la comunidad, a la que proyecta sus programas con el objetivo de satisfacer sus necesidades.

3. COMUNIDAD: Se puede definir como grupos de población organizados en un territorio definido, que tienen conductas y experiencias similares, sentido de pertenencia histórica, política y económica, capacidad de actuar -

en común y finalmente la existencia de Instituciones Sociales desarrolladas.

4. METODOLOGIA INTEGRADA: Se considera como la aplicación de los valores y propósitos profesionales, de los conocimientos y conceptos y de los patrones de conducta ante un problema social determinado, con el fin de conseguir un bienestar social óptimo de los individuos y de la sociedad y alcanzar la mejor disminución de los problemas sociales.

5. SALUD: Es un derecho inalienable de todo ser humano y por lo tanto es parte del bienestar y medio de desarrollo, es un factor que aumenta la productividad de la fuerza de trabajo.

G. METODOLOGIA:

Método: Descriptivo.

Técnicas: Se llevarán a cabo entrevistas dirigidas, estructuradas, con las Trabajadoras Sociales que están laborando en el Hospital Universitario de C/gena. Se harán visitas domiciliarias a las familias escogidas en el muestreo, en un número aproximado de 101. Se utilizará un cuestionario con preguntas abiertas, cerradas, dicotómicas y de selección múltiple.

CAPITULO I

" RESEÑA HISTORICA DE LOS METODOS DE TRABAJO SOCIAL Y DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS "

A. RESEÑA HISTORICA DE LOS METODOS:

1. METODO DE INVESTIGACION DE CASOS:

En el siglo XIX, las sociedades de Organización Caritativas reconocieron la teoría de Thomas CHarners, que decía que el auxilio que el gobierno le daba a las personas más necesitadas, no era suficiente para sostenerse ella misma y su familia y por lo tanto cada caso individual necesitaba "rehabilitación" para que la persona pudiera ayudar a su familia y sostenerse a sí mismo. Trataron de obtener ese objetivo y se trazaron un plan que consistía en hacer visitas domiciliarias a los necesitados, donde le daban consejos y ayuda económica. Para hacer todo eso se requería como requisito una rigurosa Investigación de las condi-

- 9 -

ciones sociales y económicas del solicitante y de varias charlas con éste y las personas que conviven con el solicitante.

Podemos señalar éste hecho como el comienzo o principio de la INVESTIGACION DE CASOS. Las soluciones que buscaron las Sociedades de Organización Caritativa para los problemas personales y económicos de los clientes fueron simples paliativos, en relación con el objetivo verdadero que era el de la "rehabilitación". Las visitas domiciliarias para recoger datos sobre las condiciones económicas, sociales, las relaciones familiares y las experiencias del solicitante eran realizadas por los voluntarios y los agentes de las Sociedades de Socorro, quienes se daban a sí mismos el título de representantes de la Comunidad.

Las investigaciones ya realizadas eran presentadas a un comité respaldado por las beneficiencias locales, el cual las estudiaba y luego indicaba que plan de acción era el más conveniente a seguir ante las situaciones presentadas. El "visitante amistoso" continuaba haciendole visitas domiciliarias al solicitante, le seguía dando consejos y le indicaba la forma de actuar para ser una persona independiente. El dinero que se requería para la rehabilitación de las personas era solicitado a las personas más acomodadas por individuos pagados por la Sociedad de Organización Caritativa.

Hubo cambios en la filosofía de la investigación de Casos, ya que la base del sistema de los visitantes amistosos, la cual consistía en creer que el solicitante se encontraba en írrimas condiciones económicas debido a alguna falla en su conducta cambió, ya que comenzaron a darse cuenta que la causa de la miseria de los clientes no radicaba en un defecto del carácter, sino de las condiciones sociales en que éste vivía. Debido a los descubrimientos científicos de la "Escuela del Determinismo Ambiental" se reconoció la gran influencia del medio ambiente sobre el ser humano, como consecuencia de esto las Sociedades de Organización Caritativa se preocuparon para "promover una legislación que evitara las enfermedades, la miseria y la desorganización social."¹ Hicieron muchas reformas sociales, pero se dieron cuenta que ésta no resolvía todos los problemas de cada ser humano, por ello continuaron llevando a cabo los trabajos de Investigación de Casos.

Los Trabajadores Sociales se dieron cuenta de que su interés no debía quedarse en el solicitante individual, sino que debía extenderse a toda la familia, ya que cada miembro de la misma merecía su interés y debía ser tenido en cuenta en relación con su medio ambiente. En 1.911 Porter R. Lee, Director de la Es

¹ Walter Friedlander, DINAMICA DEL TRABAJO SOCIAL, Editorial Pax-México, 1.969, pag. 173.

cuela de Trabajo Social de Nueva York, declaró que el trabajo de Investigación Social es "el método de obtener la comprensión de las necesidades, los recursos y las reacciones de los individuos." Pero quedaba todavía en esta época una actitud paternalista y dominante en las relaciones del Trabajador Social con el cliente - que llegaba a solicitar consejo y ayuda. Aunque en teoría se proclamaba que la Investigación de Casos debe realizarse CON el individuo y no PARA el individuo, en la práctica sucedía que el Trabajador Social se consideraba el mejor y único juez, quien decía al cliente la solución de su situación problemática."²

Las Organizaciones Sociales emplearon en vez de voluntarios a los Trabajadores Sociales, de esa manera asumieron la gran mayoría de las funciones de dichas organizaciones, ya que eran ellos los que hacían la entrevista inicial al solicitante y la investigación a los miembros del hogar y de su medio ambiente; el diagnóstico social de los hechos descubiertos y la realización de un plan de tratamiento para el solicitante y su familia.

El Trabajador Social en la Investigación de Casos se convirtió en el elemento decisivo en el proceso de ayuda al cliente,

² Friedlander, Obr. Cit., pag. 174

ya que los hallazgos hechos por él durante las investigaciones - no eran sometidos por las Organizaciones Sociales a un comité local, como se hacía antes.

Después de hecha la investigación se entraba al Diagnóstico Social, o sea a analizar los hechos descubiertos mediante la investigación y luego se determinaban las causas básicas de los problemas sociales y personales del solicitante. La Terapia o plan de tratamiento se trazaba basándose en la Investigación y el Diagnóstico Social.

El Trabajador Social en vez de darle mayor importancia a los problemas de tipo económico y sociológico del cliente, empezó a concedérselos a los problemas de tipo sociológico y emocional, entre los factores que influyeron en éste cambio, están los descubrimientos de Sigmundo Freud y los trabajos realizados por sus seguidores, entre los cuales están Otto Rank, Alfred Adler y otros. Antes de éste cambio, sólo unos cuantos Trabajadores Sociales habían estado desarrollando su labor en hospitales para enfermos mentales, después de éste período algunos Hospitales Generales sintieron la necesidad de tener entre sus colaboradores a los Trabajadores Sociales para ayudar al Médico en su diagnóstico y tratamiento, en estas circunstancias los Trabajadores Sociales se dieron cuenta de la importancia de aprovechar los recursos de la familia, la comunidad, las Organizaciones So-

ciales, para preservar y mantener los resultados del tratamiento médico.

Desde fines de 1.930, el Trabajador Social de Investigación de Casos ha tratado de "evitar los extremos de una actitud dominante, o de una actitud pasiva en relación con el cliente y ha tratado de lograr un equilibrio entre estas dos actitudes o puestas."³ Los Trabajadores Sociales de Investigación de Casos han aprendido que los factores económicos, sociales, psicológicos y culturales tienen repercusión en cada ser humano y que el interés del Trabajador Social de Caso no es solo el cliente sino las relaciones sociales de éste individuo con su grupo familiar, con sus parientes, vecinos y en general con la comunidad.

El procedimiento moderno de la Investigación de Casos brinda al cliente servicios bien definidos. El Trabajador Social explica en forma clara y detallada al cliente cómo puede la institución colaborar o contribuir y cuáles son las aptitudes que él posee para la solución de su situación problemática. El Trabajador Social utiliza métodos, técnicas y habilidades, todas encaminadas a despertar las capacidades que posee el cliente, para así lograr su propia ayuda y restaurar su capacidad de sostener-

³ Friedlander, Obr Cit, pag. 179

se a sí mismo, conservando de ésta manera su propio respeto y dignidad humana.

2. METODO DE TRABAJO SOCIAL DE GRUPO:

El Trabajo Social de Grupo, antes no era parte integral del Trabajo Social como lo es hoy día. Al igual que el Trabajo Social de Caso, éste se desarrolló debido a las condiciones provocadas por la Revolución Industrial en Inglaterra y Estados Unidos, surgieron entonces muchas sociedades de Beneficiencia, centros comunales, los cuales tuvieron muchos dirigentes y patrocinadores comunes.

Entre los pioneros del Servicio Social de Grupo podemos mencionar a Jane Addams, Octavia Hill y Edward T. Devino, los cuales motivaron planes de gran alcance para así resolver los problemas que se estaban presentando y que desbordaban la capacidad material de los programas ya existentes. Las Organizaciones Sociales comenzaron a restringir sus servicios debido a que los problemas se hicieron más complejos y por lo tanto requerían talentos más especializados. Más tarde se crearon muchas Organizaciones Sociales en los campos donde se tenían horas libres, con el propósito de aprovechar estas.

En 1.854 se creó el Movimiento del Centro Judio, el cual-

cubre hoy día casi todas las comunidades judías en los Estados Unidos. En 1.886 nacieron los Centros Comunitarios y en 1.911 se organizó la Federación Nacional de Centros Sociales, debido a que ya existían en las ciudades gran número de ellos y se sentía la necesidad de una estrecha relación entre estos organismos, los cuales poseían una "base común de métodos y conceptos, pero que se habían formado de acuerdo con las necesidades particulares de la comunidad que cada uno servía."⁴

En 1.851 se estableció en Boston el primer programa de YWCA, o sea 2 años después que Jorge Williams iniciara éste programa en Inglaterra. En 1.906 se creó una Organización Nacional de estos programas (YWCA) debido al desarrollo que tuvieron. En 1.874 en New York se creó la Asociación de Jóvenes Hebreos de ambos sexos. En 1.896 en Salem, Massachusetts, se formó el primer club de niños y en 1.906 se creó una Organización Nacional de este programa.

Cuando se creó en 1.910 el programa de los "Boys Scouts" y otros grupos, éste atrajo muchachos de ambos sexos, no solo a los jóvenes de clase alta y media sino también a los de clase ba

⁴ Arthur E. Fink, Wilson Anderson, Merrill B. Conover, CAMPOS DE APLICACION DEL SERVICIO SOCIAL, Editorial Humanitas, pag. 404

ja, lo cual dió un viraje diferente a la naturaleza de las organizaciones y al método de trabajo de grupos. Los Hospitales para enfermos mentales y las Clínicas de orientación infantil, introdujeron los programas de recreación como método de tratamiento - para los pacientes, ésto fué un uso diferente del procedimiento del trabajo de grupo.

En otras actividades de grupo cambió el énfasis de la simple participación en las diferentes actividades, ya que consideraban que "el aprender a compartir con otros las experiencias, - el aprender a dar y recibir, el aclarar las diferencias de opi- nión y de juicio sin hostilidad, ni frustración, el ceder de bue na gana las decisiones de la mayoría, es mucho más importante pa ra el desarrollo de la personalidad que el aprender habilidades especiales."⁵

En 1.907 en Washington se creó el programa de los Clubes de los 4H, auspiciado por el Dpto. de Agricultura de Washington y por algunos colegios agrícolas, en 1.928 el gobierno patrocinó el programa llamado "Futuros granjeros de América", para estudian tes interesados en la agricultura. En Chicago en 1.930 se creó - la Organización Juvenil Católica, la cual se propagó rápidamente

⁵ Friendlander, Obr Cit., pag. 190

en varias ciudades. Todos estos tipos de programas que hemos mencionado, vemos que tenían "variedad de conceptos, estructuras, programas y métodos, asoma un propósito común: Ayudar al máximo desarrollo de las capacidades y potencialidades sociales de sus miembros."⁶

El método de grupo cambio, ya que no le daban tanta importancia a las actividades que desarrollaban como se las dieron a las necesidades, problemas, los deseos de los miembros del grupo y en general aquellos factores que proporciona a los miembros las experiencias que esperaban desde el momento en que ingresaron a dicho grupo.

3. METODO DE DESARROLLO Y ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD:

El movimiento de organización de las sociedades de caridad en los Estados Unidos, en la última parte del siglo XIX, fué uno de los primeros intentos de Organización de la Comunidad. Las sociedades de Organización Caritativa en éste país se inició en Buffalo en 1.877, se fijaron como objetivo principal dar atención directa, como introducir orden en la confusa variedad de servicios existentes y alentar la cooperación entre las Institu

⁶ Fink y otros, Obr Cit, pag. 405:

ciones existentes para así evitar la rivalidad y competencia. Con éste fin se crearon juntas especiales en las Sociedades Caritativa de Rochester, New York, Elmira y en las ciudades de New York en 1.882. Estas juntas estaban integradas por personas que representaban cada una de las instituciones de Beneficencias.

Pronto se hizo evidente la imposibilidad de que un mismo organismo prestara atención directa y al mismo tiempo coordinara servicios similares, ante ésta realidad Francis H. Mclean fué quien dió la idea para la creación de un organismo aislado que tuviera como objetivo principal la coordinación de las Organizaciones de Beneficencia y el planeamiento de los programas que deberían llevar a cabo. Esta idea se vió hecha realidad en 1.908 en Pittsburgh cuando las organizaciones de la beneficencia crearon un consejo para la asistencia de la comunidad.

En 1.960 había 700 Consejos de asistencia a la comunidad y eran miembros de la Federación Nacional llamada "Fondos y consejos de la comunidad unidos". Sus objetivos eran "coordinar las actividades de asistencia social y establecer la cooperación entre las organizaciones públicas y privadas, así como elevar y mantener altos niveles de servicios, fomentar todas las actividades de la comunidad tendientes al bienestar, a la sanidad y la -

planificación social."⁷

El interés primordial de las sociedades de Organización - Caritativa fué el financiamiento de las obras de caridad. El dinero, con que eran sostenidas las sociedades de socorro, así como las Instituciones Caritativas eran donadas por personas acaudaladas que comenzaron a negar sus donaciones y a mostrarse hostiles debido a:

1. Tenían la impresión de que se les pedía demasiado.
2. Creían necesario un programa educativo para estimular al gran público a financiar parte de estas empresas comunitarias.
3. Deploraban la ineficiencia y el alto costo de muchas Instituciones que nacían colectas individuales separadas.
4. Pensaban que existía una duplicación creciente de servicios, pero no sabían como reconocer los más necesarios y eficaces."⁸

Esto demostró que era necesario un organismo que se dedi-

⁷ Friedlander, Obr. Cit, pag. 207

⁸ Fink y otros, Obr. Cit, pag. 448

cara a la repartición equitativa de la recaudación de los fondos para las obras de beneficencia, se hicieron muchos intentos previos para lograr éste objetivo, pero no daban resultados, por fin en 1.913 en Cleveland se creó la primera "caja de beneficencia de la comunidad". Este organismo sustituyó los esfuerzos de 53 colectas y alcanzó a triplicar la cantidad de personas donantes que contribuyeron a las obras de caridad. En 1.960 había aproximadamente 2.000 cajas de beneficencia de la comunidad y fondos unidos que hacían campaña para recoger fondos para la financiación de los servicios de sanidad y asistencia social.

El principal objetivo de éste organismo es "procurar los fondos necesarios para el funcionamiento de las organizaciones que pertenecen a la caja."⁹ Las cajas de beneficencia debe explicar al público los programas y propósitos de distintas organizaciones sociales que ella financia, con el objeto de obtener las donaciones que requieren las organizaciones privadas y alcanzar el éxito en sus actividades.

Si bien las actividades anteriormente nombradas fueron promovidas principalmente por los no profesionales, se debieron al interés e iniciativa de los Asistentes Sociales, los progra-

⁹ Fink y otros, Obr Cit, pag.

mas de coordinación y establecimientos de patronos que hoy día conocemos con el nombre de Agencias Sociales, Consejos de planificación comunal, Instituciones de Bienestar y otros semejantes, también fueron creados por iniciativa de los Asistentes Sociales.

B. BREVE HISTORIA DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS Y SERVICIOS DE SANIDAD:

Las Instituciones Médicas y los servicios de sanidad también tienen su historia, así vemos que desde la época colonial los médicos privados han estado prestando sus servicios a el paciente individual. Cuando el paciente no tenía dinero para pagar un médico, las colonias ordenaban a las poblaciones que se le diera ayuda médica en forma gratuita y si el paciente estaba grave se le internaba en la enfermería de un asilo o de un correccional. Estos sitios figuran como los predecesores de las Instituciones hospitalarias, lo mismo el "lazareto" donde se internaban a las personas con enfermedades contagiosas, para así evitar la contaminación de los demás individuos de la población.

Estos pacientes eran atendidos por médicos contratados por estos organismos o eran solicitados por los familiares del enfermo en forma privada. Se sintió la necesidad de hospitales bien equipados y especializados en las diferentes enfermedades, a medida que la ciencia médica y las técnicas terapéuticas progre-

saban. Los Hospitales pequeños y mal equipados que existían fueron reemplazados por Instituciones Hospitalarias más grandes, con mejores equipos y con servicios médicos especializados. En la Asociación Norte Americana de Hospitales en 1.956 había registrado 6.966 hospitales con 1.607.692 camas.

En 1.946 se aprobó en Estados Unidos la "Ley de Construcción e Inspección de Hospitales" (Ley Hill-Burton), la cual consiste en que el gobierno suministra dinero anualmente a los estados para la construcción de hospitales en las zonas rurales, ya que estas siguen padeciendo de la escasez de hospitales y de médicos.

Los Hospitales se clasifican según su tipo de Administración y según los servicios que prestan. De acuerdo al tipo de Administración tenemos:

- ± Hospitales Gubernamentales
 - Hospitales sin fines lucrativos (Como son los auspiciados por organismos sociales y de beneficencia)
 - Hospitales de propiedad privada.

De acuerdo con el tipo de servicio tenemos:

- Hospitales Generales
- Hospitales Especiales (Por ej. los hospitales especializados en los órganos de los sentidos, hospitales de sa-

- ternidad, etc.)
- Sanatorios para tuberculosos
 - Hospitales para enfermos mentales
 - Hospitales de tipo Custodio (Como los ancianos, casas de reposo, etc.).

Otra Institución que también prestó servicios médicos a los individuos, fueron las clínicas, la gran mayoría de estas eran centros de diagnósticos y tratamientos para los pacientes que no requerían ser hospitalizados. Los dispensarios fueron predecesores de las clínicas. El primer dispensario se estableció en New York en 1.971, estaban adscritos a los centros hospitalarios y prestaban servicios a las personas indigentes.

C. CONCEPTO ACTUAL SOBRE:

I. SALUD:

En 1.946 se funda la Organización Mundial de la Salud, conocida como O.M.S., el cual es el organismo especializado de los Estados Unidos, en el esfuerzo que realiza todos los países del mundo para solucionar los problemas relacionados con la salud.

La O.M.S. definió la Salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de

enfermedades y afecciones."¹⁰

Vamos a analizar las 3 áreas en las que la O.M.S. ha colocado el fenómeno de la salud:

AREA FISICA: El estado de salud normal en el área física del hombre, consiste en su lucha, en su accionar dinámico para resolver los conflictos que se le presentan en su vida diaria, mantener ese intercambio constante y ser un individuo activo que conquista dicho estado de salud y nunca la perspectiva de la adaptabilidad, dado que esto significa con frecuencia la probabilidad de aceptar sin combatir.

AREA MENTAL: La salud en el área mental se manifiesta justamente cuando el rendimiento potencial óptimo del hombre en relación consigo mismo y con su grupo social, se manifiesta en forma correcta y de manera creadora, luego de la lucha constante para resolver los conflictos permanentes que ésta interacción tanto interna como externa ofrece.

AREA SOCIAL: El área social tiene clara expresión en el medio ambiente donde vive el hombre. La posibilidad de compren-

¹⁰ Floreal A. Ferrara, Eduardo Acebal, José M. Paganine, MEDICINA DE LA COMUNIDAD, Editorial Inter-Médica, Buenos Aires, -

der y resolver los conflictos que ésta interacción impone entre el hombre y su medio ambiente gradúan el concepto de salud en el área social. En resumen podemos decir que el concepto de salud se expresa de manera correcta cuando se dice que el hombre vive en su medio ambiente, comprendiendo y luchando contra los estados conflictivos que son productos de su interacción permanente con el mundo físico, mental y social y cuando mediante la lucha logra resolver los problemas, los conflictos, aunque para ello tenga que respetar la situación en que se encuentra, modificando la o transformandola totalmente, en ese instante el ser humano está en plena salud.

Entonces, podemos decir que la salud "corresponde así al estado óptimo de vitalidad física, mental y social, que surge del accionar del hombre frente a los conflictos y a su solución."¹¹

2. COMUNIDAD:

Se puede definir como cualquier grupo de personas que tengan intereses comunes y que estén interrelacionados por razón de su localidad, función y acción, no es necesario que estén ubicadas en la misma área geográfica. Lo importante es que tenga obje

¹¹ Ferrara y otros, Obr Cit, pag. 7

tivos, problemas e intereses comunes.

Se consideran dos clases de comunidad: La comunidad geográfica y la comunidad funcional. La comunidad geográfica es importante desde el punto de vista sociológico, ya que se estudia la comunidad a través de formación, evolución, tradiciones, costumbres, ambiente y cultura y puede dividirse en urbana o rural. La comunidad funcional o de intereses, compuestas (dentro de un área geográfica) por grupos de individuos con intereses comunes o al menos afines y tendientes al bien común.

3. HOSPITAL:

El Hospital no es un organismo pasivo, encerrado en sus muros en espera de pacientes, se ha convertido en una fuerza dinámica que se integra a la comunidad por medio de programas y nuevos servicios encaminados a satisfacer las necesidades humanas existentes. Un Hospital puede tener diferentes definiciones teniendo en cuenta la especialización, dependencia y otras características. En nuestro medio ésta Institución es pública, gratuita, casi siempre bajo la administración del gobierno Nacional, Departamental o Municipal.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define el Hospital moderno como "un elemento de una organización de carác-

ter médico y social, cuya función consiste en asegurar a la población una asistencia médica completa, curativa, preventiva y de rehabilitación, cuyos servicios irradian hasta la cédula familiar considerada en su propio contexto; es también un centro de enseñanza médica y de investigaciones bio-sociales.¹² Esta definición no se vé reflejada en las actuales Instituciones.

Las funciones de un Hospital son:

1. Recuperación de la Salud.
2. Prevención de la enfermedad.
3. Rehabilitación.
4. Funciones educativas y de entrenamiento de personal.
5. Investigaciones.

Como lo podemos apreciar las funciones actuales del hospital moderno, no solo se relacionan con los individuos que ocupan sus camas, sino también el resto de la población. Esto no pone en segundo plano las funciones específicas del hospital, lo que se persigue es la ampliación de las relaciones del hospital con la comunidad, o sea, que esa Institución se ocupe de la población enferma que no se hospitalizan y de la población aparentemente sana.

¹² Ferrara y otros, Obr Cit, pag. 286.

Para concluir podemos decir que las funciones del hospital "deberán responder localmente a una necesidad social claramente determinada por el equipo de salud y expresada en diferentes formas por la misma comunidad."¹³

¹³ Ferrara y otros, Obr Cit, pag. 286

CAPITULO II

" FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA HOSPITALARIA "

A. CON EL HOSPITAL:

El Trabajador Social en el hospital representa la disciplina profesional, cuyo objetivo va encaminado a mejorar el funcionamiento tanto del hospital como del enfermo, se basa en la idea de que una mala organización y funcionamiento en un hospital impide una buena prestación de servicios y desarrollo de programas efectivos.

La función del Trabajador Social es promover una unidad administrativa dentro de la organización hospitalaria, que permita a los demás profesionales cumplir con sus deberes de cooperación profesional.

De la ubicación que tenga el Trabajador Social en el hospital, depende el hacer posible la planeación, coordinación y supervisión y estos aspectos se llevan a cabo desempeñando las siguientes funciones:

L. FUNCION EJECUTIVA:

En esta función el Trabajador Social emprende su radio de acción a la aplicación del método de caso individual, trabajo social de grupo y organización de la comunidad de una forma integrada. En estos métodos desarrolla actividades como:

- a. Trabajo directo con los enfermos internos
- b. Organización, utilización y supervisión del trabajo voluntario.
- c. Formación, orientación y mantenimiento de cooperadoras
- d. Organización y funcionamiento de talleres.

Para que las actividades se ejecuten de una manera efectiva, el Trabajador Social hace adecuadas asignaciones de trabajo, ya sea a los demás profesionales, cuerpo de voluntarios o grupo que dirija, señalando a cada uno sus responsabilidades, atento a los puntos de presión y a las necesidades del servicio cuando estas surjan. Asume la responsabilidad que le confiere su cargo y el liderazgo de la acción, haciéndoles ver que pueden acudir cada vez que tengan problemas de aplicación e interpretación de -

las tareas a él.

Con la metodología que aplica el Trabajador Social de asignar a cada persona la total responsabilidad de un servicio o de varios servicios, ejecuta una variedad de actividades que requieren o no todas sus destrezas y de esta forma aumenta la efectividad de sus servicios y hace posible que se satisfagan las necesidades y problemas de los pacientes.

2. FUNCION INTEGRADORA:

La característica más notoria en un hospital, es la dificultad que tienen las personas para comunicarse. Cantidad de Médicos, enfermeras, empleados administrativos y personal técnico se mueven y accionan sin advertir siquiera el uno la presencia del otro. Pocas veces se detienen a consultar un momento aspectos relacionados con su enfermo.

Ante esta situación, el Trabajador Social mediante la información científica que posee y la formación especial que ha recibido trata de establecer positivas relaciones humanas entre ellos, haciendo uso de sus conocimientos y poniendo en juego su habilidad establece contactos, convirtiendose en una verdadera fuerza integradora de todas las tentativas dispersas, procurando un adecuado enlace entre las mismas.

Hace posible la urgente necesidad de trabajar en equipo, haciendo tomar conciencia a cada uno de los técnicos, del impacto mutuo entre los diferentes aspectos que configuran el problema que estudian.

El verdadero sentimiento de integración de un determinado grupo de trabajo, que constituye la base del equipo sólo se logra mediante las condiciones siguientes:

- a. Comunicación directa, frecuente y sistemática.
- b. Conocimiento y valoración de todos los factores que influyen en el enfermo como: ambiente familiar, factor económico y actitudes de las demás personas.
- c. Participación en cadena de todos los integrantes del equipo.
- d. Participación activa e interdisciplinaria.
- e. Valoración equilibrada de los diferentes aportes científicos y técnicos relacionados con el caso en tratamiento.

3. FUNCION EDUCATIVA:

La labor del Trabajador Social en el campo hospitalario se caracteriza por su función educativa, proyectada en dos direcciones, una dirigida hacia el enfermo y la otra proyectada al ámbito general de su campo de acción.

Con relación a su asistido aplicará los métodos y técnicas adaptables a los diferentes casos y situaciones que deba enfrentar. Dá a conocer el componente social de la enfermedad, su significado y tratamiento y para ella es necesario estructurar conferencias o seminarios para médicos internos, enfermeras, dietistas y otros empleados del hospital que estén relacionados con el caso del enfermo.

Suministra información y recomendaciones a las autoridades administrativas del hospital sobre políticas y procedimientos que afectan el bienestar del paciente y sus familiares, ya que al formar parte del hospital está consciente de las necesidades que pueden ser satisfechas por ajustes que se efectúen en las políticas y procedimientos.

En el enfoque direccional de su función educativa hacia el ámbito total de la institución, dá a conocer a todo el personal con el que comparte responsabilidades la verdadera naturaleza y objetivos de las tareas a realizar. Esclarece e interpreta ante los demás técnicos qué es un Trabajador Social y sus funciones y lo hace a través de una tarea demostrativa y de reuniones de grupo con planteos teóricos, guardando paciencia y diplomacia pues es sabido que de un momento a otro no va a ver cambio de actitudes.

En síntesis, la función educativa debe proyectarse lentamente pero firmemente, basándose tanto en el esclarecimiento proveniente de los hechos demostrativos, como en el aprovechamiento de situaciones de relación interprofesional que ofrezcan oportunidades de diálogo o de cambio de ideas.

4. FUNCION COORDINADORA:

La coordinación quizá, es una de las funciones más difíciles de llevar a la práctica, ya que no solamente se necesita tener un amplio conocimiento de técnicas de coordinación y de sus formas de aplicación en los distintos niveles, sino que también impone de una toma de conciencia en cuanto a su significado. Podríamos decir que coordinar es un "mecanismo armónico, integral, bien combinado, mediante el cual se logra ensamblar en un engranaje eficiente las distintas partes de un todo, en acción conjunta para obtener una finalidad común y deseable para cada una de esas partes y a la vez para el todo."¹⁴

Para que la coordinación sea ágil, funcional y positiva no es suficiente que sólo una mínima parte de los funcionarios a coordinar estén compenetrados de su significado y de los valio-

¹⁴ Ana B. de Branderburg, SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO, Editorial Humanitas, pag. 41

... sos y efectivos resultados que puedan obtenerse. Todas las personas deben estarlo por igual y sentir la coordinación como una necesidad y como objetivo para alcanzar un mayor rendimiento con menos esfuerzos, evitando así la pérdida de tiempo, la duplicidad de actividades y personal innecesario, que podrían dedicarse a actividades que exigen atención inmediata.

Durante la programación, ejecución, evaluación y control, coordinará los servicios generales, intermedios y finales, con servicios específicos y comunes y participa en las reuniones de unidad técnica y del comité de coordinación del área de la salud para lograr un trabajo integrado.

Mantiene la información de las dependencias del área de la salud para el establecimiento de pautas y para la coordinación positiva de las actividades. El Trabajador Social para coordinar utiliza un conjunto de técnicas básicamente orientadas para unir a funcionarios, instituciones y servicios de tal forma, que combinen su acción para poner en marcha la obra elegida proporcionando con ello, el uso adecuado de los recursos y la obtención de los fines de superación en el desarrollo individual y colectivo y contribuir así a la curación física y espiritual de los pacientes y al buen funcionamiento del hospital.

B. CON EL PACIENTE:

Los pacientes en un hospital son referidos al Trabajador Social por los Médicos o Enfermeras, cuando observan que hay rechazo del diagnóstico y tratamiento médico por parte del mismo paciente o de los familiares y este fenómeno puede surgir por:

1. Temor a la hospitalización.
2. Desconocimiento y miedo al tratamiento y a las molestias físicas ocasionadas por éste.
3. Descontento con el tratamiento.
4. Indiferencia hacia el tratamiento y como resultado, interrupción del mismo o ausencias frecuentes sin causa justificada.
5. Temor a la intervención quirúrgica por miedo al dolor físico, o al resultado de la operación.

En muchos pacientes se observan problemas emocionales que dificultan el tratamiento y pueden provenir de:

1. Problemas familiares por separación de los padres, abandono de uno de los dos, divorcio, alcoholismo, trato cruel o rechazo del paciente.
2. Falta de comunicación adecuada con los familiares o amigos.
3. Temor a la muerte.
4. Aislamiento del paciente del grupo familiar por largos períodos de hospitalización o convalecencia.
5. Incomprensión de su enfermedad, resentimiento y dudas.

6. Problemas de conducta durante el período de tratamiento.

7. Pacientes dados de alta que no se adaptan a su hogar o comunidad.

Otras veces son remitidos al trabajador social por observar en el paciente preocupaciones que tienen su origen en problemas económicos de la vida, tales como falta de recursos ya sea para proporcionarle a un familiar la oportunidad de que lo visite o acompañe al hospital y por la necesidad de adquirir alguna medicina para el tratamiento.

En todas y cada una de estas situaciones, el trabajador Social Médico investiga, estudia, diagnóstica y planea su trabajo, muchas veces en colaboración con el personal superior del hospital, procediendo posteriormente al desarrollo del tratamiento del paciente.

Al desempeñar su función con el enfermo no puede considerar la enfermedad como un hecho aislado, ya que ésta afecta tanto a la persona que la sufre como a su familia y puede causar de sajustes en algunos aspectos de su funcionamiento. Las enfermedades por sí solas bastan para provocar las mayores transformaciones en la vida de los pacientes. No solamente alteran su nivel económico sino también sus intereses, hábitos, costumbres, rela-

ciones familiares y sexuales; ocupaciones, carrera profesional, vicios y dietas. Por estos y otros motivos ocasionan notables cambios en las esferas físicas, psíquicas y social de la persona.

Una enfermedad puede darle a muchas personas pero el desequilibrio causado por ésta y la hospitalización, varían de acuerdo al individuo en forma independiente de la gravedad, del diagnóstico o severidad de la enfermedad o la posición socio-económica del paciente. Por tal razón el aspecto social de la enfermedad está tomando mayor atención: en los últimos años, los médicos y enfermeras se están interesando en el cuidado total del enfermo, en el conocimiento de su personalidad lo que aumenta la comprensión de sus necesidades y reacciones.

El Trabajador Social enfoca mediante un tratamiento individual directo al mismo paciente o a su familia o también lo enfoca integrando al paciente a un grupo cuando sea necesario. El método de ayuda individualizada lo aplica en función de la situación prolongada o transitoria de la enfermedad, ya que éste problema ejerce las más fuertes presiones en el enfermo, que se une a las molestias y malestares propios de cada afección, el temor a la invalidez, a la muerte o a la prolongación de su situación, a la debilidad y fatiga ocasionada por el desgaste físico que ese mal le produce, se agrega la fatiga que le produce la monotonía de los días siempre iguales y sin alternativas de salir.

- 39 -

Entonces, el Trabajador Social consciente y responsable - de sus funciones tiene como punto básico de partida, el conoci_miento total del paciente (origen de la enfermedad, situación económica, ambiente familiar y social) para poder interpretar - las reacciones y proyectar su tratamiento social en la forma más positiva posible. Debe interpretar ante el Médico las caracterís_ticas diferenciales del paciente.

Al motivarlo para encaminarlo, a la observación de las in_dicaciones prescritas por el Médico y a la constancia y respeto_nacia dichas indicaciones, adapta su metodología a las caracte_rísticas personales del paciente, pendiente a cada uno de los - cambios de conducta que observa en él.

La labor del Trabajador Social se hace más compleja y di_námica al ver la necesidad de vincular a la familia para relacio_nar el fenómeno enfermedad y la repercusión económica, emocional, laboral, estructural en cuanto la familia como grupo. El Trabaja_dor Social ejerce una función integradora, en el trabajo de caso individual proporcionando al Médico datos personales y sociales - que pueden estar afectando al paciente, esto ayudará al Médico - a individualizar a cada uno como un ser diferente de los demás y a interpretar las reacciones y acciones personalísimas de cada - uno. De este mismo modo, el Trabajador Social debe estar compene_trado de la evolución de la enfermedad y de los aspectos médicos

en la vida del paciente.

El Trabajo Social de grupo es un método de trabajo canalizado a través de un proceso socio-educativo que el Trabajador Social utiliza como un instrumento de cambio para lograr la socialización, seguridad y adaptación del paciente. Este método como los demás vela por las propias potencialidades de los individuos, ya sea en situación individual o grupal para que sean ellos mismos los que mediante un esfuerzo superen sus estados de ansiedad, necesidad y alcancen niveles socialmente deseables.

Con éste criterio el Trabajador Social orienta la tarea, de tal modo que los pacientes miembros aprendan a descubrir, discutir y buscar la solución a sus propios problemas de salud. Entonces actúan en acción cooperativa y los resultados de las labores tienen mayores probabilidades de éxito que si cada uno de ellos lo intentara en forma individual.

Pero el objetivo del Trabajador Social vá encaminado mucho más lejos en su intento para lograr la recuperación del paciente. No se conforma con que tan solo el grupo cumpla con sus objetivos explícitos pues es importante para él que esté al alcance las metas propuestas.

Aunque las condiciones de vida son diferentes entre los -

- 41 -

pacientes que forman el grupo en el hospital, las inquietudes emocionales son análogas y todas requieren de la ayuda del Trabajador Social y para ello ejercen una función orientadora en lo que respecta a:

- a. Lograr que acepten del mejor modo posible su enfermedad.
- b. Tratar que disminuyan al mínimo la tensión emocional que dá lugar a conflictos y ansiedades.
- c. Procurar que interpreten su verdadero problema y si es necesario que cambien su actitud mental y forma de pensar.
- d. Crear en ellos una opinión favorable respecto al Médico y al tratamiento.
- e. Lograr la adaptación, readaptación o rehabilitación personal.
- f. Lograr que sientan la necesidad de continuar sus tratamientos.
- g. Prever y evitar recaídas o la aparición de síntomas nuevos negativos, para lo cual se les suministra la oportuna y adecuada información u orientación.
- h. Procurar que sus actividades y empleo del tiempo libre les resulten satisfactorias y tengan un efecto constructivo.
- i. Prepararlos para cualquier situación de cambio, opera-

ción y hospitalización."¹⁵

C. CON LA COMUNIDAD:

El Trabajador Social en el área hospitalaria no sólo se le exige tener un amplio conocimiento acerca del aspecto social de la enfermedad para ayudar al paciente, sino que debe saber las diferentes enfermedades que se presentan en la comunidad y el área de influencia que el hospital tiene.

Para ésto, debe desarrollar relaciones con la comunidad o con algunas áreas de ellas para poder vincular al paciente con los recursos extra-hospitalarios, conocer sus necesidades y saber como pueden ser solicitados sus servicios. Poseer capacidad suficiente para interpretar la imagen que la comunidad tiene acerca del hospital y el hospital debe a su vez interpretar los cambios de la comunidad. El Dr. Ignacio G. Gonzales en su trabajo "El hospital y la comunidad" manifiesta: "Cada día el hospital adquiere más importancia dentro de la comunidad, cada día la comunidad vá teniendo más interés en el hospital y cada día el hospital vá ampliando el horizonte de sus servicios a la comunidad."¹⁶

¹⁵ Maria C. Castellanos, MANUAL DE TRABAJO SOCIAL, Ed. La Prensa Médica Mexicana, pag. 85

¹⁶ Lidia H. de Vittorioso, TRABAJO MEDICO SOCIAL, Editorial Humanitas, pag. 46

Con sus nuevas actividades, el Trabajador Social está respondiendo a ese interés, a las exigencias de la comunidad y del hospital, o sea, está aprendiendo a identificar a los individuos vulnerables antes que se desajusten.

El Trabajador Social conoce estos hechos en la práctica diaria y debe asumir la responsabilidad de hacerlos conocer al equipo con quien trabaje interdisciplinariamente, porque su contribución principal debe ser estimular y desarrollar conciencia y comprensión de los problemas psico-sociales en relación a la salud de la comunidad. Todo esto lo realiza por medio de las siguientes funciones:

L. SERVICIO DIRECTO:

Las técnicas que utiliza el Trabajador Social tanto en la práctica clínica como en salud comunitaria, están cimentadas en su experiencia de Trabajo Social de Caso o ayuda individual. En este trabajo previene, es decir, trabaja con personas que no han solicitado servicios, pero en las cuales por medio de sus destrezas de observación y diagnóstico social descubre problemas incipientes, a menudo en estado precoz que el paciente aun no ha descubierto, y en los que otros miembros de la comunidad todavía no reconocen su necesidad.

Elizabeth P. Rice al referirse a métodos preventivos en Trabajo Social de Caso expresa: "En un grupo de madres que fueron estudiadas cuidadosamente durante los períodos pre-natales y post parto, pocas madres se encontraron que no tuvieran necesidad de Trabajo Social de caso, aunque las madres mismas no reconociesen sus necesidades. Se comprobó que ciertos problemas ocurrían en un tiempo determinado del embarazo en la mayoría de las madres. Si el Trabajador Social conoce en qué etapa del embarazo surgen estos problemas con más frecuencia, el tiempo de mayor severidad y su duración, estará en mejores condiciones para evaluar si el problema particular es común o especial o en un tiempo determinado del embarazo."¹⁷

El método de estudiar a un grupo de personas que reúnan condiciones similares para analizar los aspectos comunes, nos da a conocer los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia en una comunidad.

Este enfoque epidemiológico de salud comunitaria, implica un valioso método para proporcionar la perspectiva necesaria y determinar cuáles son los problemas de un grupo de personas y cuáles sus variantes individuales. En relación con estos proble-

¹⁷ Vittorioso, Obr. Cit, pag. 48

mas el Trabajador Social reconoce precozmente aquellas situaciones que puedan crear un problema mayor en un futuro y tratarlo - mediante técnicas de sostén y clarificación, también mediante técnicas educacionales como orientación y guía.

Este es un sistema que se utiliza para trabajar con individuos sanos mostrándoles lo que se espera suceda más tarde. Cuando esto ocurre la persona puede darse cuenta que es un caso normal y de ello que esté menos angustiado cuando se presenta el problema. Ej: El Trabajador Social en una comunidad está desarrollando un programa de Psicología evolutiva, donde da a conocer - el crecimiento y desarrollo del niño, aquí el método de orientación precoz ha sido utilizado desde hace mucho tiempo, cuando el Médico o la Enfermera comparten con la madre las expectativas - respecto al desarrollo de la conducta del niño, tal como salida de los dientes, reacción ante la ingestión de alimentos sólidos, etc.. Este método de guía anticipada al trabajar con las personas puede ser analizado como un instrumento, afirmando que somos capaces de saber que las reacciones normales de las personas están bajo ciertas condiciones.

2. ASESORAMIENTO:

El Trabajador Social al enfocar su radio de acción en el área hospitalaria, también tiene funciones de Consultor y ofrece

asesoramiento técnico dentro y fuera del hospital, proyectando - sus conocimientos a grupos de individuos en la comunidad para - clarificarles factores tales como:

- a. Interpretación de aspectos médicos, sociales y emocionales de las enfermedades, la convalecencia, la rehabilitación y la prevención y conservación de la salud.
- b. Definición y aclaración de la función del Trabajador Social Médico.
- c. Orientación sobre los recursos médicos y sociales tanto del hospital como de la comunidad.
- d. Identificación de problemas en la comunidad que obstaculizan la efectividad de los servicios y programas de salud.
- e. Formulación de problemas adecuados para la investigación social científica.

Para asesorar a una comunidad, el Trabajador Social Médico debe tener una sólida experiencia en su especialidad. Debe darles mayores perspectivas y amplios conocimientos acerca de los problemas y las soluciones. Contribuir a que la comunidad conozca y comprenda las enfermedades y su repercusión sobre el individuo y la comunidad misma, así como los programas de salud y la manera de utilizarlos y proyectarlos a otras comunidades.

3. COLABORACION EN ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD:

En el campo de la salud existe una relación muy estrecha entre los factores sociales y los médicos. Por tal razón es importante el conocimiento de los aspectos socio-económicos y culturales de las personas en la comunidad a quienes se dirigen los servicios. De esto se sugiere que las actividades que se desarrollen deben de estar de acuerdo con las necesidades de esa comunidad.

El éxito de los programas desarrollados en una comunidad depende de la relación directa que se establece entre necesidad sentida y servicio prestado. Para establecer programas a nivel de centros de salud existen políticas generales, pero cada zona de la ciudad tiene características propias que la diferencian de otras y por esto requieren programación específica.

El Trabajador social asume la responsabilidad de determinar la magnitud de las necesidades y del problema y aprecia la capacidad de los miembros de la comunidad para afrontarlo, estimula todas las fuerzas interiores que de ella disponga para encontrarle solución por sí misma y utiliza los recursos disponibles del medio y de la comunidad que sirva para resolverlos.

El Trabajador Social fija su atención en males sociales -

específicos y así señala la necesidad de remedios apropiados y servicios preventivos con el objetivo de aumentar los recursos en la comunidad para promover el bienestar social. Se convierte en un clínico social para la comunidad, identifica las clases de problemas que requieren solución ordenada por parte de la comunidad y las clases de personas que pueden ser convertidas a un funcionamiento económico y social normal mediante la creación de recursos en la comunidad. En éste momento el Trabajador Social desempeña una función técnica y cooperadora que tiende a hacer más racionales y efectivos los esfuerzos de la comunidad, en fomentar el bienestar social, los esfuerzos de los individuos, familias y grupos, en vencer los obstáculos para una vida más productiva y satisfactoria.

El Trabajador Social participa y hace que otros profesionales del hospital y de otras instituciones colaboren en actividades encaminadas al desarrollo de la comunidad. Estas son:

- a. La movilización y la creación de nuevos recursos en la comunidad.
- b. La utilización de grupos voluntarios.
- c. Las actividades educativas en diversos grupos de la comunidad en los cuales se enfocan las implicaciones psico-sociales de la enfermedad.

4. INVESTIGACION SOCIAL:

En salud comunitaria el Trabajador Social encamina al cuerpo médico del hospital los aspectos médico-sociales sobre los cuales podría llevarse a cabo una investigación social. Participa en la planificación y ejecución de proyectos de investigación médico-social financiados por el hospital y proyectados a la comunidad.

Los Trabajadores Sociales Médicos tienen más oportunidad para participar en la planificación de programas de salud comunitaria y en la formulación de normas, que los Trabajadores Sociales Clínicos que desempeñan su labor dentro del hospital. No obstante es interesante la necesidad de planificar en cualquiera de los lugares donde actúe el Trabajador Social. La salud comunitaria no está solamente interesada en lo que le sucede a un individuo, si no que le preocupa lo que le ocurre en cuanto refleja los problemas de otros individuos y la necesidad de una mejor planificación de la comunidad referente a esos problemas.

El Trabajador Social en un programa de salud busca la causa del problema para prevenirlo y luego busca la forma de interesar a la comunidad en desarrollar y hacer efectivo un programa preventivo. El Trabajador Social asume ésta responsabilidad conociendo los objetivos de los programas preventivos y educativos y encontrando los recursos del tratamiento. A pesar de que el Trabajador Social tiene una posición estratégica para obser-

var los efectos negativos de los recursos, asume la responsabilidad de colaborar en la investigación de los hechos y demuestra la necesidad de los servicios y asegura una participación activa de la comunidad.

El Trabajador Social para participar de manera inteligente en la planificación de programas de la comunidad se informa de los desarrollos técnicos en todo el campo del mejoramiento humano. De todo esto se afirma que es importante que el Trabajador Social, el Médico y la Enfermera se familiaricen con las principales tendencias en la atención médica para las enfermedades invalidizantes, también con la incidencia y las repercusiones sociales de estas enfermedades y lisiaciones reveladas en la magnitud del problema, costo y grupo de edades afectadas.

El Trabajador Social en el estudio y evaluación de la comunidad aplica efectivamente sus conocimientos y destrezas para tener un nuevo concepto de desarrollo de la comunidad y lograr su bienestar.

CAPITULO III

" INVESTIGACION DE LOS ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS DE LA COMUNIDAD DE ZARAGOCILLA Y ACTITUD DE ELLA FRENTE A LOS SERVICIOS DEL NUEVO HOSPITAL UNIVERSITARIO "

En la primera parte de éste capítulo damos a conocer los aspectos socio-económicos de la comunidad de Zaragocilla y la relación que tienen con el problema de la salud. Presentamos además, la actitud que tiene la población investigada frente al nuevo hospital Universitario.

Este capítulo lo consideramos de gran importancia porque por medio de él, daremos a conocer aspectos de dicha comunidad, que son indispensables para la planeación de programas de salud con el objeto de lograr la mejor organización comunitaria.

A. NIVEL SOCIO-ECONOMICO:

El nivel socio-económico de una comunidad guarda estrecha relación con la problemática de salud que tiene ésta.

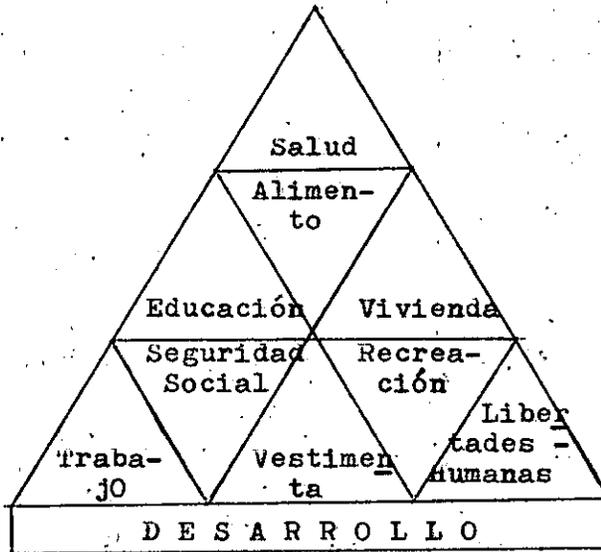
Al señalar la interrelación existente entre salud, educación y productividad económica, debe hacerse énfasis en la mayor importancia de la última como generadora de las dos primeras, ya que es mucho más fácil que un hombre rico e inculto preserve su salud, que si fuera sabio y se hallara hambriento, desnudo y hacinado en un tugurio pese a los grandes conocimientos que tenga sobre sanidad.

"Los expertos de las Naciones Unidas han sintetizado en forma didáctica el estudio del nivel de vida o nivel socio-económico y han pensado que debajo de la idea de nivel de vida, se puede delimitar claramente la participación de nueve elementos que intervienen en forma distinta, conjugandose para dar la síntesis que aquel que expresa. Estos componentes son: Salud, educación, recreación, vestuario, alimentación, vivienda, libertades-humanas, trabajo y seguridad social."¹⁸

¹⁸ Ferrara, Obr Cit, pag. 69

Estos componentes han sido esquematizados como un triángulo equilátero, que posee otros nueve triángulos iguales y en su interior lleva todas las causales que denotan desarrollo.

FIG. # 1.



COMPONENTES DEL NIVEL DE VIDA

Se sobreentiende que cada vez que se habla de nivel de vida y del estudio de sus componentes, nos vemos obligados a pensar en el cambio y en la transformación que debe realizarse. La estructura socio-económica que determina el nivel de vida y que está íntimamente relacionada con la salud, se puede cambiar cuando cada uno de los componentes de la comunidad tome conciencia y entre todos generen un movimiento que se convierta en una reacción en cadena que logre transformar esa estructura socio-económica que genera una carga de injusticia social.

Nosotras estamos muy de acuerdo con la opinión de los ex
 pertos de las Naciones Unidas, con respecto al hecho de que la-
 salud está íntimamente relacionada con una serie de variables -
 de tipo económico y social, que a pesar de presentarse por sepa
 rado, el cambio en una de esas variables genera inmediatamente-
 una transformación en la estructura socio-económica de la comu-
 nidad. En nuestro estudio y a través de las encuestas realiza_
 das, analizamos las variables de mayor importancia que inciden-
 en la problemática de la salud, como son: Trabajo, educación, -
 enfermedades más frecuentes, características de las viviendas -
 y servicios públicos.

1. EDUCACION:

Se puede entender como el proceso por medio del cual el-
 individuo capta, asimila y se apropia de los aspectos materia_
 les e inmateriales de la cultura que le va a permitir subsistir
 y tener un comportamiento adecuado dentro de su ambiente social.
 Nosotras en nuestro estudio vamos a considerar la educación co-
 mo la variable de mayor importancia, ya que por medio de ella -
 el hombre puede lograr cambios que a su vez van a mejorar su ni
 vel de vida. Esto es un hecho que no se puede negar, ya que si-
 los miembros de la comunidad tienen un grado de instrucción de-
 terminado, que les permita analizar los problemas que los afec-
 tan a todos por igual, ellos no se opondrán a las posibilidades

de solución que se le puedan ofrecer, sacando a relucir tabues, fetichismos, ni nada que sea índice de personas carentes de educación.

Pero para que se produzca lo anterior, es decir, el cambio comunitario es necesario que ocurra primero el cambio individual y ésto se logrará a través de una educación, donde se le haga tomar conciencia al individuo de los problemas que él está viviendo en el medio social en que se desenvuelve y hacerle ver que su aporte como miembro de la comunidad es muy importante.

Si en una comunidad sus miembros tienen cierto grado de instrucción, ésto favorece a las condiciones higiénicas de ésta, ya que ellos tendrán conocimiento de las consecuencias de tener hábitos higiénicos negativos y el ingerir alimentos inadecuados.

A continuación presentamos el cuadro # 1 donde están representados los porcentajes de la población investigada según la relación grado de instrucción- grupo de edades. En éste capítulo hacemos mención de la situación que vive la comunidad en cuanto al grado de instrucción y analfabetismo que poseen sus miembros, por considerar que es muy importante conocer el grado de educación en que se encuentra actualmente la comunidad de Zaragoza, pues para lograr que la comunidad se vincule a un

trabajo de participación en todas aquellas tareas que tengan - que ver con los planes de salud y programas de salud, es necesario hacer primero una labor educativa si la comunidad así lo requiere.

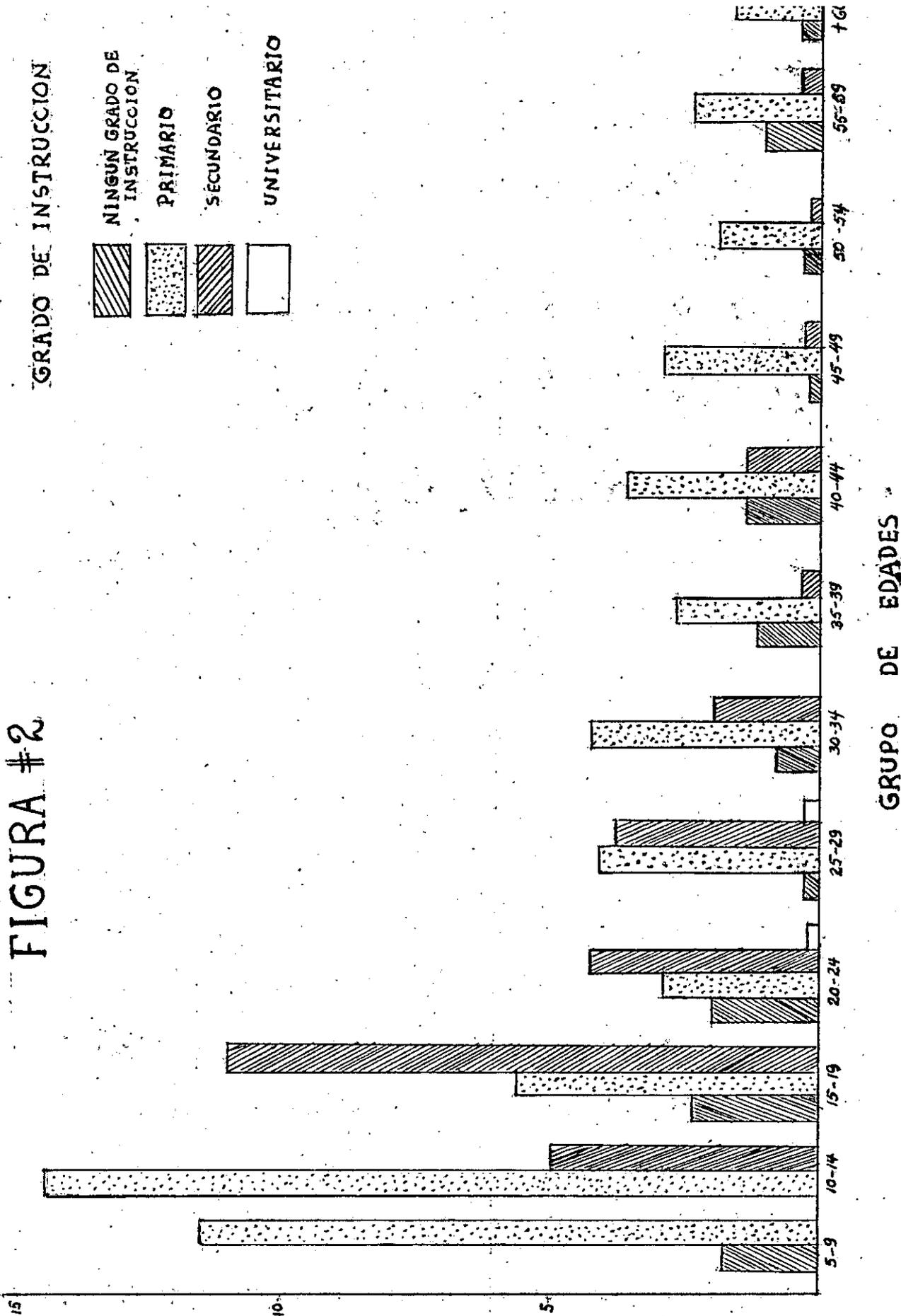
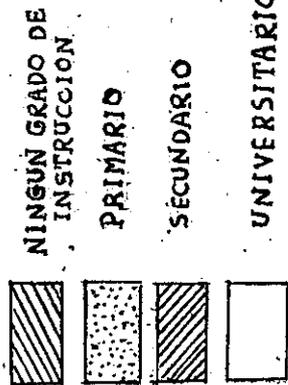
CUADRO # 1.

RELACION GRADO DE INSTRUCCION - GRUPO DE EDADES

GRUPO DE EDADES	GRADO DE INSTRUCCION									
	Ningún Grado		Primario		Secundario		Universitario		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
5 - 9	10	1.75	65	11.38	-	-	-	-	75	13.13
10 - 14	-	-	81	14.18	28	4.90	-	-	109	19.08
15 - 19	13	2.27	32	5.60	62	10.85	-	-	107	18.73
20 - 24	5	0.87	17	2.97	24	4.2	4	0.70	50	8.75
25 - 29	1	0.17	23	4.02	22	3.85	1	0.17	47	8.23
30 - 34	3	0.52	24	4.2	11	1.92	-	-	38	6.65
35 - 39	6	1.05	15	2.62	5	0.87	-	-	26	4.55
40 - 44	7	1.22	20	3.50	7	1.22	-	-	34	6.11
45 - 49	3	0.52	16	2.8	1	0.17	-	-	20	3.50
50 - 54	1	0.17	10	1.75	2	0.35	-	-	13	2.27
55 - 59	5	0.87	13	2.27	4	0.70	-	-	22	3.93
60 y +	11	1.92	18	3.15	1	0.17	-	-	30	5.25
TOTALES	65	11.38	334	58.49	167	29.24	5	0.87	571	100

FIGURA #2

GRADO DE INSTRUCCION



A través de nuestras encuestas pudimos apreciar que el 38% de la población investigada es analfabeta, el 58.49% está comprendido entre aquellas personas que recibieron instrucción primaria y aquellas que actualmente la están recibiendo. El 29.42% resultó de las personas que realizaron estudios secundarios y de aquellas que actualmente la están recibiendo, el 0.87% de la población resultó ser personas que en la actualidad están recibiendo instrucción universitaria (Ver cuadro #1 y figura #2).

Es muy necesario llevar a cabo esa labor educativa para disminuir la tasa de analfabetismo que existe en dicha comunidad, incluyendo ahí a aquellas personas que cursaron un tercero o segundo grado de primaria y por no ejercitarse se han olvidado de lo aprendido, aún hasta de leer, a estas personas se les llama analfabetas funcionales. Como todos sabemos las consecuencias del analfabetismo impiden lograr un cambio en el campo de la salud.

2. TRABAJO:

La ocupación de los miembros de una comunidad guarda mucha relación con su desarrollo, pues como sabemos el trabajo es el medio a través del cual se consigue un ingreso que a su vez sirve para satisfacer las necesidades primarias o elementales como son la alimentación, vivienda, vestido, educación, etc.

INGRESO		POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA																						
		DEPENDIENTES						INDEPENDIENTES																
		OBROS y JORNALER	TRABAJ y OFICINAS	OTROS	CHOFES RES	COMER- CIANTES	VENDE- DORES	SERVICIO DOMESTI- CO	AGRICUL- TORES	ALBANI- LES	MECANI- COS	OTROS	TOTAL											
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%									
-500	-	1	0.56	1	0.56	4	2.26	1	0.56	-	-	-	-	7	3.92	15	8.41							
501-1.000	3	1.70	4.48	5	2.80	3	1.70	3	1.70	-	-	5	2.80	2	1.12	12	6.72	45	25.2					
1.001-1.500	-	14	7.84	4	2.26	6	3.36	-	-	3	1.70	4	2.24	2	1.12	5	2.80	41	22.9					
1.501-2.000	1	0.56	4.48	2	1.12	-	-	-	-	2	1.12	2	1.12	1	0.56	3	1.70	23	12.88					
2.001-2.500	-	4	2.26	3	1.70	1	0.56	-	-	2	1.12	1	0.56	-	-	1	0.56	5	2.80	17	9.52			
2.501-3.000	-	1	0.56	2	1.12	-	-	-	-	3	1.70	2	1.12	-	-	1	0.56	2	1.12	11	6.16			
3.001-3.500	-	2	1.12	1	0.56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2.24			
3.501-4.000	-	4	2.26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2.24		
4.001-4.500	-	1	0.56	-	-	-	-	-	-	1	0.56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.12	
4.501-5.000	-	1	0.56	1	0.56	2	1.12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2.24	
5.001-5.500	-	-	-	-	-	2	1.12	-	-	1	0.56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1.70	
5.501-6.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.56	
6.001-7.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.001-8.000	-	-	-	-	-	1	0.56	1	0.56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.12
8.001-9.000	-	-	-	-	-	1	0.56	2	1.12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.56	4	2.24
9.001-10.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.001 y +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALS	4	2.26	4.4	16.84	19	10.68	7	3.92	18	10.14	22	12.34	4	2.26	3	1.70	10	5.60	9	5.06	36	19.60	176	100

RELACION ENTRE INGRESO Y

OCCUPACION (P.E.A)

CUADRO # 2

Al señalar las interrelaciones existentes entre salud, educación y productividad económica, debe hacerse hincapié en la mayor importancia de la última como generadora de las dos primeras. En el cuadro # 2, podemos apreciar el porcentaje de la población económicamente activa (dependiente e independiente). La división independiente la consideramos como sub-empleada. El sub-empleo es un fenómeno que se dá mucho en los países sub-desarrollados y su causa principal es tal vez el bajo índice de escolaridad, hecho que trae como consecuencia salarios bajos y empleos inestables. El mayor porcentaje de la población económicamente activa se encuentra en el grupo de ocupaciones independientes con un 62.16%.

3. INGRESO:

"La importancia del factor económico para la salud no resida solo en la capacidad de retribuir los servicios sanitarios recibidos. Los ingresos familiares influyen en la clase y cantidad de alimentos consumidos, en la calidad de la vivienda, en el tipo y duración de la enseñanza y en realidad en toda una serie de factores económicos y sociales que afectan el desarrollo del ser humano."¹⁹

¹⁹ Organización Mundial de la Salud, INFORME TECNICO No 485, Ginebra, pag. 23

- 61. -

Por eso sigue siendo necesario la satisfacción de las necesidades primarias para lograr el normal desarrollo de los individuos, por eso entenderemos porqué un hombre hambriento pospondrá a la satisfacción de su apetito el logro de otros fines, y llegará posiblemente a ingerir alimentos dañados a sabiendas de que ello puede causarle la muerte. Es por eso UTOPICO hacer planes de salud o educacionales y esperar que den resultados, si antes no se han satisfecho las necesidades elementales adecuadamente.

CUADRO # 3

INGRESO FAMILIAR Y NUMERO DE PERSONASEN LA FAMILIA

INGRESO	NUMERO DE PERSONAS											
	1 - 3		4 - 6		7 - 9		10 - 12		13 - 15		TOTAL	
	#	%	#	#	#	#	#	%	#	%	#	%
501-1.000	1	0.99	6	5.94	-	-	-	-	-	-	7	6.93
1.001-1.500	3	2.97	6	5.94	5	4.95	1	0.99	2	1.98	17	16.83
1.501-2.000	1	0.99	3	2.97	2	1.98	2	1.98	-	-	8	7.92
2.001-2.500	2	1.98	3	2.97	6	5.94	2	1.98	-	-	13	12.87
2.501-3.000	1	0.99	6	5.94	5	4.95	1	0.99	-	-	13	12.87
3.001-3.500	-	-	2	1.98	3	2.97	-	-	1	0.99	6	5.94
3.501-4.000	1	0.99	4	3.96	2	1.98	2	1.98	-	-	9	8.91
4.001-4.500	-	-	1	0.99	2	1.98	2	1.98	-	-	5	4.95

Ingreso	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
4.501-5.000	1	0.99	-	-	1	0.99	-	-	-	-	2	1.98
5.001-5.500	-	-	-	-	1	0.99	-	-	-	-	1	0.99
5.501-6.000	-	-	1	0.99	-	-	-	-	-	-	1	0.99
6.001-7.000	-	-	2	1.98	4	3.96	3	2.97	-	-	9	8.91
7.001-8.000	1	0.99	-	-	2	1.98	-	-	-	-	3	2.97
8.001-9.000	-	-	1	0.99	1	0.99	-	-	-	-	2	1.98
9.001-10.000	2	1.98	-	-	1	0.99	-	-	-	-	3	2.97
10.001 y +	-	-	1	0.99	-	-	1	0.99	-	-	2	1.98
TOTAL	13	12.87	36	35.64	35	34.65	14	13.86	3	2.97	101	100

Como podemos apreciar en el cuadro # 3 el número de personas por familia en ésta comunidad es muy numerosa lo que hace que la situación sea más crítica, ya que son muchas las personas que dependen de el ingreso familiar, que por lo general es bajo. Lo que hace que estas familias sean tan numerosas es el hecho de que en nuestro medio y en especial en estas comunidades de bajos ingresos, los hijos al casarse no se independizan, sino que se quedan viviendo con sus padres, encontrándonos en un hogar con 3 y 4 familias. Otro factor podría ser el desconocimiento de los métodos para la planificación familiar.

4. VIVIENDA:

Es el lugar donde el hombre se refugia para satisfacer sus necesidades físicas, psíquica y morales. Las condiciones físicas que rodean a una familia, son de importancia vital porque debemos recordar que el medio y los seres vivientes forman una unidad indisoluble, un rico tejido de interrelaciones y de ahí podemos enfocar el problema de la enfermedad como producto de ambientes nocivos. En el cuadro # 4 veremos la relación que tiene el ingreso con la tenencia de la vivienda.

CUADRO # 4

RELACION INGRESO -- TENENCIA DE LA VIVIENDA

In- gresos.	TENENCIA DE LA VIVIENDA					
	PROPIEDAD		ARRIENDOS		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%
501-1.000	4	3.96	3	2.97	7	6.93
1.001-1.500	14	13.86	3	2.97	17	16.83
1.501-2.000	7	6.93	1	0.99	8	7.92
2.001-2.500	9	8.91	4	3.96	13	12.87
2.501-3000	9	8.91	4	3.96	13	12.87
3.001-3.500	3	2.97	3	2.97	6	5.94
3.501-4.000	6	5.94	3	2.97	9	8.91
4.001-4.500	3	2.97	2	1.98	5	4.95
4.501-5.000	2	1.98	-	-	2	1.98
5.001-5.500	1	0.99	-	-	1	0.99
5.501-6.000	1	0.99	-	-	1	0.99

- 64 -

Ingresos:	#	%	#	%	#	%
6.001-7.000	7	6.93	2	1.98	9	8.91
7.001-8.000	3	2.97	--	-	3	2.97
8.001-9.000	2	1.98	-	-	2	1.98
9.001-10.000	3	2.97	-	-	3	2.97
10.001 y +	2	1.98	--	-	2	1.98
TOTALES	26	75.24	25	24.75	101	100

En ésta comunidad la tenencia de la vivienda si guarda relación con el ingreso, ya que vemos en el cuadro # 4 que el 72.24 % tiene casa propia y estas son las familias que tienen ingresos más altos. Un problema que afecta a la comunidad con respecto a la vivienda y el número de personas por familia, es el hacinamiento, ésto lo veremos inmediatamente en el cuadro # 5.

CUADRO # 5

VIVIENDA SEGUN NUMERO DE PERSONAS Y NUMERO DE CUARTOS

NUMERO DE PERSONAS	NUMERO DE CUARTOS													
	1		2		3		4		5		6		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1 - 3	1	0.99	6	5.94	5	4.95	1	0.99	-	-	-	-	13	12.87
4 - 6	2	1.98	12	11.88	15	14.85	6	5.94	1	0.99	-	-	36	35.64
7 - 9	1	0.99	5	4.95	17	16.83	8	7.92	2	1.98	2	1.98	35	34.65
10 - 12	-	-	1	0.99	3	2.97	4	3.97	4	3.97	2	1.98	14	13.86

# de Perso- nas	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
13 - 15	-	-	-	-	-	-	2	1.98	1	0.99	-	-	3	2.97
TOTAL	4	3.96	2	3.76	4	3.60	2	2.79	8	7.92	4	3.96	10	100

Cómo podemos ver en el cuadro número 5, el hacinamiento en ésta comunidad es de gran magnitud, trayendo esto muchas consecuencias negativas, entre las cuales podemos mencionar el contagio más rápido de las enfermedades y problemas de orden social y psicológico. Para analizar éste fenómeno relacionamos el número de personas por familia, con el número de cuartos que posee la vivienda, excluyendo la sala, cocina y baño. Los servicios públicos con que cuenta la vivienda es otra variable que analizaremos, ya que guarda mucha relación con la higiene de la vivienda.

5. SERVICIOS PUBLICOS:

Para prevenir las enfermedades hay que tener en cuenta medidas importantes como son el abastecimiento de agua potable, la construcción de letrinas, etc. El abastecimiento de agua potable suficiente para toda la familia es el medio principal para mejorar la higiene doméstica y reduce la contaminación de innumerables gérmenes patógenos que pululan en el ambiente. Es bien sabido que el agua es uno de los servicios públicos más importantes y necesario.

- 66 -

La situación que viven los individuos investigados en la comunidad de Zaragocilla con respecto a la tenencia de éste servicio lo veremos en el cuadro # 6.

CUADRO # 6.

RELACION SERVICIO DE AGUA CON NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN

NUMERO DE PERSONAS	TENENCIA DE AGUA					
	S I		N O		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%
1 - 3	12	11.88	1	0.99	13	12.87
4 - 6	27	26.73	9	8.91	36	35.64
7 - 9	26	24.74	9	8.91	35	34.30
10 - 12	12	11.88	2	1.98	14	13.86
13 - 15	2	1.98	1	0.99	3	2.97
TOTALES	79	78.21	22	21.78	101	100

El 78.21% de la población investigada posee el servicio de agua, mientras que el 21.78% no posee éste servicio, teniendo que comprar por tanques a sus vecinos, ésto es un grave problema que se le presenta a la comunidad en los planes de erradicación de enfermedades parásitarias e infecto-contagiosas.

CUADRO # 7

RELACION TENENCIA DE AGUA - INGRESO

- 67 -

TENENCIA DE AGUA						
IN GRESO	S I		N O		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%
501-1.000	4	3.96	3	2.97	7	6.93
1.001-1.500	10	8.91	7	7.92	17	16.83
1.501-2.000	7	6.93	1	0.99	8	7.92
2.001-2.500	10	9.90	3	2.97	13	12.87
2.501-3.000	11	10.89	2	1.98	13	12.87
3.001-3500	3	2.97	3	2.97	6	5.94
3.501-4.000	8	7.92	1	0.99	9	8.91
4.001-4.500	5	4.95	-	-	5	4.95
4.501-5.000	2	1.98	-	-	2	1.98
5.001-5.500	1	0.99	-	-	1	0.99
5.501-6.000	1	0.99	-	--	1	0.99
6.001-7.000	7	6.93	2	1.98	9	8.91
7.001-8.000	3	2.97	-	-	3	2.97
8.001-9.000	2	1.98	-	-	2	1.98
9.001-10.000	3	2.97	-	-	3	2.97
10.001 y ↓	2	1.98	-	-	2	1.98
TOTALES	79	78.21	22	21.70	101	100

El ingreso como lo podemos ver en el cuadro # 7, es un factor determinante de la tenencia de agua, en ésta comunidad el 78.21% de la población investigada posee éste servicio y el 21.76% no lo tiene. Como lo apreciamos en dicho cuadro las personas que-

carecen de este servicio son aquellas que poseen ingresos bajos.-
En el cuadro siguiente veremos la relación que tiene el ingreso--
con la tenencia del servicio de luz.

CUADRO # 8

RELACION SERVICIO DE LUZ - INGRESOS FAMILIARES

IN- GRESO	TENENCIA DE LUZ					
	S I		N. O		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%
501-1.000	6	5.94	1	0.99	7	6.93
1.001-1.500	15	14.85	2	1.98	17	16.83
1.501-2.000	8	7.92	-	-	8	7.92
2.001-2.500	13	12.87	-	-	13	12.87
2.501-3.000	12	11.88	1	0.99	13	12.87
3.001-3.500	6	5.94	-	-	6	5.94
3.501-4.000	8	7.92	1	0.99	9	8.91
4.001-4.500	5	4.95	-	-	5	4.95
4.501-5.000	2	1.98	-	-	2	1.98
5.001-5.500	1	0.99	-	-	1	0.99
5.501-6.000	1	0.99	-	-	1	0.99
6.001-7.000	8	7.92	-	-	8	7.92
7.001-8.000	3	2.97	-	-	3	2.97
8.001-9.000	2	1.98	1	0.99	3	2.97
9.001-10.000	3	2.97	-	-	3	2.97
10.001 y +	2	1.98	-	-	2	1.98
TOTALES	95	94.05	6	5.94	101	100

A través de éste cuadro podemos apreciar que el ingreso no ejerce gran influencia en la tenencia del servicio de luz, ya que hay un mayor porcentaje de la población investigada que tiene este servicio; esto nos lo demuestra la siguiente cifra, el 94.05% goza de dicho servicio, mientras solo el 5.94% no lo posee..

Creemos que hay dos causas principales que contribuyen a que se presente este fenómeno, las cuales son:

1. Carencia de educación sanitaria por parte de los miembros de la comunidad, ya que consideran más importante poseer el servicio de luz que el servicio de agua..
2. La otra causa podría ser el obstáculo que presenta las E.E.P.P.M.M. para la instalación de dicho servicio, lo cual es debido a la legislación que existe, en donde se estipula que después de instalado el servicio de agua, no se puede suspender, lo cual no sucede con el servicio de energía eléctrica.

Otro servicio público de gran importancia para la higiene de la comunidad es la recolección de basuras, la cual se efectúa pero no en forma diaria como debe ser, esto depende más bien de la ubicación de la vivienda, como veremos en el cuadro # 9 el mayor porcentaje corresponde al servicio de recolección de basura que se efectúa esporádicamente, (o sea cada 15 o 20 días). Este hecho tiene como consecuencia el que estas familias boten la basu

ra en los solares existentes, lo cual causa muchos daños, ya que-
ésto hace que se propagen las enfermedades infecto-contagiosas en
la comunidad.

CUADRO # 9

RECOLECCION DE BASURAS Y NUMERO DE PERSONAS EN LA
FAMILIA

# de perso- nas.	RECOLECCION DE BASURAS									
	S I						N O		TOTALES	
	Diario		Semanal		Esporád.		#	%	#	%
	#	%	#	%	#	%				
1 - 3	2	1.98	4	3.96	6	5.94	1	0.99	13	12.87
4 - 6	1	0.99	9	8.91	24	23.76	2	1.98	36	35.64
7 - 9	1	0.99	5	4.95	28	27.72	1	0.99	35	34.65
10 - 12	-	-	3	2.97	11	10.89	-	-	14	13.86
13 - 15	-	-	1	0.99	1	0.99	1	0.99	3	2.97
TOTALES	4	3.96	22	21.78	70	69.30	5	4.95	101	100

6. ENFERMEDADES MAS FRECUENTES QUE PADECE LA COMUNIDAD:-

CUADRO # 10

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES

GRIPA		FIEBRE		DIARREA		GASTROENTE RITIS		JAQUECA		OTROS	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
95	38.77	58	23.67	14	5.71	10	4.08	27	11.02	41	16.73

Como éste trabajo está orientado a la identificación de la situación problemática que en el área de la salud vive la comunidad de Zaragocilla, no podía faltar el tema de las enfermedades más frecuentes que padecen las familias investigadas. Como lo podemos apreciar en el cuadro #10, la comunidad se encuentra afectada por enfermedades infecto-contagiosas, como son:

GRUPE: Fué acusada por el 38.77% de la población investigada, como sabemos ésta es una enfermedad contagiosa producida por un virus filtrable. Se transmite por contacto directo, también hay infección a través de gotitas de saliva expulsadas al hablar, estornudar o toser, o sea, que se transmite a través del aire. En general la gripe posee limitación propia, es decir, sigue un curso definido dentro de un tiempo específico y de corta duración.

Habitualmente aparece en forma epidémica y se propaga con asombrosa rapidez. Aunque raramente es grave por si misma, "las complicaciones se tratan de modo similar a las que surgen en la neumonía, sinusitis y otras enfermedades de las vías respiratorias. Cuando hay señales de infección bacteriana, es importante tratarla pronto con antibióticos."²⁰

La Organización Mundial de la Salud, propone como medida-

²⁰ Morris Fishbein, MEDICINA DE LA SALUD H.S., Stuttman Co. Inc. Editores New York, #16, New York, Volumen 1, pag. 361

preventiva para esta enfermedad: "La inmunización activa y la instrucción al público de lo peligroso que resulta el escupir, estornudar y toser junto a otras personas, utensilios de mesa y artículos de tocador; fomentar la utilización de pañuelos y servilletas."²¹

DIARREA: Esta enfermedad fué reportada por el 5.71% de la población investigada. Se puede definir como la evacuación demasiado frecuente de los residuos de la digestión, tiene mucha relación con la infestación parásitaria, ya que estos son la mayoría de las veces los causales de ese mal. Entre otras infecciones susceptibles de producir diarrea tenemos la fiebre tifoidea, la cólera, la disentería bacteriana, también la infección intestinal, la cual es muy frecuente en nuestro medio y una de las enfermedades que más produce un alto índice de mortalidad infantil.

FIEBRE: La fiebre es la elevación anormal de la temperatura en el cuerpo humano. La temperatura normal es de 37°C. Diversas fiebres específicas agudas producen síntomas que son peculiares en cada caso, pero hay síntomas comunes a todas. La fiebre puede ser producida por diversas causas, pero la más corriente es la invasión del cuerpo por gérmenes, estado que se conoce como

²¹ Organización Mundial de la Salud, Obr. Cit., pag. 39

fiebre infecciosa. El tratamiento de la fiebre varía con su tipo, su gravedad y el grado de control que el Médico quiera ejercer sobre ella. Fué reportada por el 23.67% de la población investigada.

JAQUECA: Esta enfermedad fué acusada por el 11.02%, se conoce como el dolor de cabeza más o menos intenso que ataca al paciente a intervalos. Es más frecuente en las mujeres y con frecuencia afecta a varios miembros de una misma familia. Se le describe como "dolor pulsátil limitado a la frente, sienes o parte superior de la cabeza."²²

Hay algunos casos en que el paciente experimenta dolores en el abdomen, el pecho, los brazos o sufre vómitos, diarreas o fiebre pasajera. La jaqueca suele ir acompañada también de perturbaciones visuales. Actualmente el tratamiento de la jaqueca tiene principalmente a la prevención del ataque, desempeña en esto un papel muy importante el factor psicológico. La psicoterapia de efectos a largo plazo en estos casos ha dado buenos resultados y augura aún mayores posibilidades de curación en el futuro.

GASTROENTERITIS: "Denominación general de diversos trastornos gastrointestinales, en que se experimentan náuseas, vómitos y

²² Fishbein, Volumen 2, Obr Cit, pag. 431

diarreas, acompañadas generalmente de calambres."²³ Esta enfermedad fué reportada por el 4.08%, el tratamiento para ésta, puede variar desde un cambio temporal de alimentación en casos leves, hasta en la intervención quirúrgica en los más graves.

OTRAS ENFERMEDADES: La comunidad reportó en el grupo de otras enfermedades a las siguientes: Tosferina, sarampión, viruela, amibiasis y anemia. Estas enfermedades pueden ser catalogadas en el grupo de las enfermedades sociales por las siguientes causas:

1. La frecuencia de aparición en la población.
2. La etiología incluye factores biológicos y sociales, pudiendo estos últimos ser causales, predisponentes o influir en su transmisión o evolución.
3. La frecuencia y el pronóstico de la enfermedad están influidos por la atención dirigida a los componentes sociales, por cuanto se relacionan con el individuo y el grupo.
4. Las enfermedades por sí mismas pueden afectar las condiciones sociales del individuo o del grupo, en función de la recuperación, la predisposición a otros procesos patológicos, la invalidez crónica, la degeneración o la muerte."²⁴

²³ Fishbein, Obr Cit, pag. 334.

²⁴ Ferrara y otros, Obr Cit, pag. 19

Se le denominan enfermedades sociales porque están condicionadas preferentemente por los factores sociales y que tienen una gran significación para la comunidad. Como podemos observar hay una clara predominancia de los factores sociales en forma directa o indirecta para la producción de dichas enfermedades como son el tipo de alimentación, bajo ingreso, falta de servicios públicos a adecuados, vivienda inadecuada, falta de educación sanitaria, etc. pero así mismo se destaca la influencia que la enfermedad una vez producida ejerce sobre la situación total del individuo, la familia y la comunidad.

B. ACTITUD DE LA COMUNIDAD DE ZARAGOCILLA FRENTE A LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA:

En ésta segunda parte del capítulo, analizaremos la actitud de dicha comunidad frente a los servicios que brinda el Hospital Universitario de Cartagena, la cual se manifestará en aceptación o rechazo de dichos servicios.

La actitud que tengan los miembros de la comunidad, dependerá de la opinión que posean las personas que lo hayan utilizado, de la calidad de los servicios y de los valores culturales y la situación social de los miembros.

El 91.08% de la población investigada reportó el no haber-

utilizado todavía los servicios que ofrece el nuevo Hospital, sin embargo el 62.37% de estos opinaron que dichos servicios eran buenos y la justificación de su opinión fué la siguiente: "Cómo un hospital tan moderno tanto en su edificación, como en equipos e instrumentos, vá a prestar servicios malos?"

El 18.81 opinaron que eran regulares y el 18.81% de la población investigada emitió su concepto de malos. Solo nueve (9) personas de la población investigada, ha recibido alguno de los servicios de éste centro de salud, lo cual corresponde al 8.91%. De éste número de personas, dos (2) dieron su opinión positiva, igual cantidad conceptuaron que eran regulares y el resto, o sea, cinco (5) personas, dijeron que eran malos por las siguientes razones:

1. El precio de las consultas es muy alto.
2. Cuando se necesitaba atención médica inmediata (no de urgencia), no se las atendía, sino que se les daba citas para días posteriores.
3. Exigen primero el pago de la consulta, de lo contrario no eran atendidos.

A continuación veremos los cuadros # 11 y 12, donde apreciaremos mejor lo expuesto anteriormente.

CUADRO # 11

RELACION NUMERO DE PERSONAS - UTILIZACION SERVICIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA

UTILIZACION SERVICIOS H.U. DE C/GENA.						
Número de personas	S I		N O		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
1 - 3	-	-	13	12.87	13	12.87
4 - 6	4	3.96	32	31.68	36	35.64
7 - 9	4	3.96	31	30.69	35	34.65
10 - 12	1	0.99	13	12.87	14	13.86
13 - 15	-	-	3	2.97	3	2.97
TOTAL	9	8.91	92	91.08	101	100

CUADRO # 12

RELACION NUMERO DE PERSONAS - OPINION SERVICIOS HOSPI-

TAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA

OPINION SOBRE LOS SERVICIOS H.U. DE C.								
Número de personas	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
1 - 3	7	6.93	5	4.95	1	0.99	13	12.87
4 - 6	21	20.79	8	7.92	7	6.93	36	35.64
7 - 9	23	23.76	3	2.97	9	8.91	35	34.65
10 - 12	9	7.92	3	2.97	2	1.98	14	13.86
13 - 15	3	2.97	-	-	-	-	3	2.97
TOTAL	63	62.37	19	18.81	19	18.81	101	100

En la comunidad de Zaragocilla no existe un centro de salud, ante ésta situación se ven precisados a solicitar atención médica al Centro de salud de Escallón Villa y los que devengan mayores ingresos van donde médicos particulares, en caso de que algún miembro de la familia se enferme, pero estos son pocos como no los demuestra el siguiente porcentaje, el 72.28% visita el Centro, mientras no lo hacen solo el 27.72%, ésto lo mostramos en el cuadro # 13.

CUADRO # 13

RELACION NUMERO DE PERSONAS - UTILIZACION CENTRO DE SALUD ESCALLON VILLA

Número de personas	UTILIZACION SERVICIOS					
	S I		N O		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
1 - 3	9	8.91	4	3.96	13	12.87
4 - 6	27	26.73	9	8.91	36	35.64
7 - 9	24	23.76	11	10.89	35	34.65
10 - 12	10	9.90	4	3.96	14	13.86
13 - 15	3	2.97	-	-	3	2.97
TOTAL	73	72.27	28	27.72	101	100

La opinión que tiene la población investigada sobre los servicios que presta éste Centro de salud, la podemos ver claramente en el siguiente cuadro..

CUADRO # 14

RELACION NUMERO DE PERSONAS - OPINION SERVICIOS CENTRO DE SALUD ESCALLON VILLA

OPINION SERVICIOS											
Número de personas:	BUENO		REGULAR		MALO		NO OPINA RON		TOTAL		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
1 - 3	7	6.93	2	1.98	-	-	4	3.96	13	12.87	
4 - 6	21	20.79	6	5.94	-	-	9	8.91	36	35.64	
7 - 9	22	21.78	2	1.98	-	-	11	10.89	35	34.65	
10 - 12	6	5.94	4	3.96	-	-	4	3.96	14	13.86	
13 - 15	1	0.99	1	0.99	1	0.99	-	-	3	2.97	
TOTAL	57	56.43	15	14.85	1	0.99	28	27.72	101	100	

CAPITULO IV

" INTEGRACION DE LOS METODOS DE TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD COMUNITARIA "

La profesión de Trabajo Social tiende a promover el cambio para lograr un bienestar social, para ello utiliza los métodos profesionales de acuerdo a las necesidades. Se entiende como método "el conjunto de procedimientos estructurados en forma ordenada y sistemática para ejercer funciones de Trabajo Social"²⁵

Comunmente los métodos se han enseñado y ejercido en forma separada, si nos detenemos a analizar sus etapas nos damos cuenta que básicamente son las mismas porque todos tienen presen-

²⁵ Ricardo Hill, METODOLOGIA BASICA EN SERVICIO SOCIAL, Editorial Humanitas, pag. 83

te un determinado objeto (individuo, grupo y comunidad) y frente a estos, se formularon objetivos y se elaboró toda una metodología que incluyó las etapas de investigación, interpretación, diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

El enfoque de métodos separados ha propiciado el que fraccionemos un problema antes de considerarlo globalmente, también ha contribuido a que predeterminemos la estrategia de intervención de acuerdo con lo que el Trabajador Social fué empleado o contratado en la Institución para hacer, es decir, realizar investigación de casos, hacer Trabajo Social de grupo, trabajar con una comunidad o dirigir el desarrollo de políticas o planear programas. Es importante para los Trabajadores Sociales considerar el problema como un todo, es decir, tener en cuenta tanto los procesos que inciden en los valores sociales y los males que ocasiona en la persona humana. Por ello se ha considerado muy importante en estos tiempos la integración de los métodos de Trabajo Social, tanto en la enseñanza como en la práctica.

La Metodología integrada en la práctica del Trabajador Social se considera como la aplicación de los valores y propósitos profesionales, de los conceptos y conocimientos y de los patrones de conducta ante un problema social determinado con el fin de conseguir un bienestar social óptimo de los individuos y de la sociedad y alcanzar la mejor disminución de los problemas so-

ciales. La práctica de la metodología integrada es más realista debido a la necesidad de considerar primero un problema social como un todo antes de manejarlo o determinar las maneras de tratarlo.

La práctica del Trabajador Social se caracteriza por una serie de actos conscientes, complejos e interdependientes, orientados por un conjunto de valores comunes y por principios que tienen relación con diversos problemas y metas del bienestar social, que el Trabajador Social lleva a cabo en su labor profesional y no por lo que realiza cuando se enfrenta con un sistema cliente.

Una de las características esenciales de la metodología integrada es que el Trabajador Social practique con individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades, ya que estas son las formas de vida que son complementarias de los seres humanos. El enfoque de Método integrado exige que el profesional de Trabajo Social esté bien preparado con aprendizajes conceptuales y ejercicio suficiente en la instrucción de campo, para que de esta manera esté listo a participar como profesional competente tanto en actividades clínicas como en la política y planeación social.

En la práctica de la metodología integrada debemos tener-

muy en cuenta que la profesión de Trabajo Social está cimentada en:

- a. Valores..
- b. Conocimiento del hombre y su ambiente
- c. Competencia en la práctica o ejercicio profesional.

Con los valores, los conocimientos y la competencia tratamos de ver los obstáculos que se oponen al desarrollo del hombre. La tarea concreta de los Trabajadores Sociales es demostrar la correlación existente entre conducta humana y el ambiente social, esto se consigue investigando donde están las fallas o conflictos en la conducta humana y el ambiente social.

El conocimiento que el Trabajador Social vá a tener de la persona y de su situación problemática está basado en los valores. Hay dos valores básicos:

1. El hombre debe tener oportunidades de desarrollo en su medio social, o sea, que el ambiente mismo debe proporcionar al hombre oportunidades para desarrollarse integralmente, entendiéndose por esto el desarrollo físico y social del individuo.
2. El hombre es capaz de crecer, de cambiar y de desarrollarse.

La esencia o base de la práctica de la metodología inte_

grada está en la aplicación de valores y propósitos profesionales, aplicación de conceptos y conocimientos y en la aplicación de los patrones de conducta. Todo esto se aplica ante un problema social determinado para conseguir un bienestar óptimo de los individuos y la sociedad.

Para que la aplicación de los valores, los conocimientos y la competencia profesional sea efectiva ante un problema social determinado, debemos tener en cuenta la investigación, la política social (formulación y planeamiento) y la metodología específica que se va a crear. La investigación es el proceso de obtención de datos de una situación determinada, los cuales serán ordenados, analizados e interpretados con el fin de formular recomendaciones sobre la situación. La investigación está dirigida a aumentar el conocimiento de la conducta humana y darnos a conocer la situación real del problema.

El enfoque de la metodología integrada dice que debemos hacer que los objetivos de la investigación sean aplicables, para ello es necesario conocer las características del campo donde se va a realizar, seleccionar el problema que se va a investigar, tener muy en cuenta la participación de la gente a la cual se le va a aplicar los resultados. Como dijimos anteriormente la investigación nos presenta la situación real y concreta del problema en el momento en que se realiza, pero no nos da soluciones, por-

lo tanto se considera como una etapa en la solución de un problema práctico. Podemos considerar 3 tipos de investigación:

- a.. Relación entre NECESIDADES Y RECURSOS: Este tipo de investigación sostiene que la primera forma de resolver las necesidades es que haya un mayor número de recursos. Esta clase de investigación se realiza para obtener datos para un programa específico, no se presentan nuevas alternativas de solución, se hace en áreas muy limitadas..
- b.. REDISTRIBUTIVA: Este tipo de investigación está orientada no tanto a proveer más recursos, sino que los que haya se distribuyan mejor en un programa específico y está dirigida a promover cambios en una estructura..
- c.. SELECTIVA: Está dirigida a conocer la naturaleza y características del problema y según esto orienta, formula, recomienda ciertas alternativas para posteriormente seleccionarla, No hace referencia a ningún programa particular..

Estos tres tipos de investigación nos dá base para la formulación de las siguientes políticas::

- a. La investigación NECESIDADES-RECURSOS nos conduce a una política que requiere más recursos..
- b. La investigación REDISTRIBUTIVA nos conduce a una política que está centrada alrededor de demandas, cambios-

y reformas en la estructura de los servicios.

c. La investigación SELECTIVA nos conduce a una política de escogencia de alternativas.

La investigación puede influir en la determinación de una política social, pero el investigador debe estar preparado para el hecho de que otros factores no científicos afectan o pueden afectar éste proceso de decisiones. Una investigación se traduce en formulación de políticas cuando ésta vá dirigida a las necesidades reales del sistema-cliente, descubriendo así el verdadero problema para actuar sobre él. Cuando el sistema-cliente acepte, entienda y respalde la investigación ésta tendrá resultados satisfactorios, porque se obtendrá una información más exacta, la cual se utilizará en forma más efectiva.

Podemos definir la Política Social como las pautas establecidas por una agencia social o institución, para llevar a cabo programas de acuerdo a los objetivos específicos fijados por ella para lograr el bienestar mediante la satisfacción de necesidades, servicios adecuados, eliminación de desigualdades y reformas sociales. Además la política social actúa sobre las estructuras para adaptarlas a las necesidades del hombre, por oposición al de la acción social que debe adaptar el hombre a las estructuras, de ello se deduce que la política social supera a la acción social. También podemos decir que el papel de la política social

debe ser el de encontrar las formulas nuevas que disminuyan los factores de inseguridad.

Es muy importante escoger una investigación apropiada, ya que se adelanta mucho en la formulación de políticas sociales - adecuadas ante la situación problemática que se desea solucionar. Para que una política social sea efectiva requiere de recursos re organizados colocados entre diferentes sectores asignados. La ta rea o papel central de la política social es examinar los objeti vos sociales de la política de bienestar, así como también los - propósitos sociales de las políticas económicas, ésta ta rea o pa pel no es exclusiva.

El Trabajador Social selecciona el sistema de intervención profesional o el método profesional específico que vá a utilizar para prevenir o tratar el conflicto después de haber realizado 2 etapas muy importantes. La primera etapa es la Investigativa, o sea, la que nos vá a presentar la situación real del problema so cial, esto nos dá base para la formulación de políticas sociales (segunda etapa) encaminadas a solucionar la situación problemáti ca a través de diferentes medios, ya teniendo el estudio de las características de la situación concreta, el Trabajador Social - selecciona entre sus métodos profesionales el más adecuado.

Los métodos profesionales pueden ser considerados como al

ternativas de acción o estrategias de intervención, del cual se vale el Trabajador Social para intervenir en una situación determinada buscando, previniendo o tratando el conflicto para promover un óptimo desarrollo del sistema-cliente. La Metodología específica implica trabajo con individuos (T. Soc. de caso), trabajo con grupos (T. Soc. de grupo), trabajo con organizaciones (Administración de políticas de bienestar social) y trabajo con comunidades (T. Soc. de comunidad).

En el proceso de solución de problemas del sistema-cliente, el Trabajador Social primero debe conocer la realidad, luego hace un análisis e interpretación de ésta, más tarde formula planes de acción, seguido ejecuta, controla y coordina y por último hace la evaluación de todo el proceso realizado.

La práctica de Trabajo Social tiene algunas características similares en su trabajo con individuos, grupos, comunidades y organizaciones. Entre estas tenemos:

- a. La práctica de Trabajo Social tiene objetivos y propósitos que son determinados por las necesidades del sistema-cliente. Estos propósitos se definen en el curso de un proceso en el cual ambos (T. Soc.- Sistema-cliente) toman parte activa.
- b. El Trabajador Social desarrolla una relación profesional como un medio de intervención en la solución de

problemas del sistema-cliente.

- c.. El Trabajador Social individualiza su trabajo con el sistema-cliente.
- d.. El Trabajador Social participa con el sistema-cliente en el proceso de tomar decisiones que capaciten al cliente a usar las condiciones de su ambiente en mejorar sus propias potencialidades.
- e.. El Trabajador Social facilita la participación completa del sistema-cliente en todos los aspectos del servicio o proceso.
- f.. El Trabajador Social trabaja con individuos, grupos, comunidades y organizaciones en ambas direcciones, basándose en las necesidades del cliente y disponibilidad del proceso.

En nuestro estudio escogimos la Integración de métodos en el área de la salud comunitaria, porque la metodología integrada es una nueva manera de intervención de la profesión de Trabajo Social, para mejorar y resolver los problemas sociales considerando éste como un todo, antes de formular la manera de tratarlo o escoger el sistema de intervención más adecuado. El enfoque de métodos separados ha propiciado el que fraccionemos el problema antes de tratarlo.

Consideramos la salud como problema social, porque ésta en

la actualidad es un bien inalcanzable para la mayoría de las personas, ya que carecen de los recursos necesarios para mantenerla o para recuperarla en caso de enfermedad, a pesar de considerarse un derecho inalienable de todo ser humano y por lo tanto como parte del bienestar y como un medio para el desarrollo.

La complejidad del problema de la salud se deriva del hecho de que es "un fenómeno estructural, es decir, su naturaleza no depende exclusivamente de su calidad inherente en cuanto a salud propiamente, sino de las relaciones e integración con el contexto global de funcionamiento de la sociedad: la economía, la cultura, la política, etc."²⁶ De ésta manera la salud es igualmente causa y efecto del desarrollo integral del individuo.

La labor del Trabajador Social en el área de la salud será más satisfactoria y beneficiosa, si se tiene en cuenta la integración de métodos, de esa manera el Trabajador Social desarrollará una acción dinámica, progresiva y sistemática dándole importancia a las necesidades o problemas presentados, para luego escoger el sistema de intervención profesional más adecuado de acuerdo al sistema-cliente* que contrata el servicio.

* Se refiere a la institución que representa el Trabajador Soc.

²⁶ Boletín de Trabajo Social, N° 9, Bogotá, Junio 1.974, pag. 9

El Trabajador Social en el área de la salud desarrolla funciones con una unidad hospitalaria, con el enfermo y con la comunidad misma.

El Trabajador Social para integrarse efectivamente a las necesidades experimentadas en el área de la salud debe robustecer su intervención no tanto en la institución hospitalaria sino en el área de la comunidad. El papel del Trabajador Social en dicha área sería el de una labor educativa de la comunidad en el sentido de lograr la mejor y más racional organización comunitaria, con la intención de vincularla a un ejercicio sistemático de participación en todas aquellas tareas que tengan que ver con los planes y programas de salud como desarrollo de actividades, utilización de recursos internos y externos de la comunidad, movilización y creación de nuevos recursos, conocimiento, comprensión y prevención de las enfermedades y su repercusión en el individuo y la comunidad misma.

"CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES "

Al comenzar nuestro estudio teórico- práctico nos trazamos objetivos generales y específicos e hipótesis que nos sirvieron - en todo momento, para encaminarnos y orientarnos hacia lo que nos propusimos en todo momento.

Los objetivos generales fueron demostrados en el capítulo II y parte del IV, ya que ahí resaltamos las técnicas y funciones que ejerce el Trabajador Social en el área de la salud comunitaria.

El objetivo específico, el cual fué buscar el reconocimiento de la labor del Trabajador Social en el campo de la salud, fué demostrado a través de todo el trabajo.

La hipótesis que nos formulamos fué comprobada a lo largo del capítulo IV, ya que dimos a conocer los aspectos que el Trabajador Social debe tener en cuenta para desarrollar programas y planes de salud, teniendo presente la integración de métodos, de ésta forma aseguramos que la labor del Trabajador Social será más satisfactoria y efectiva, debido a que desarrollará una acción dinámica pero teniendo como base las necesidades o problemas presentados y considerando ésto como un todo, antes de formular la manera de tratarlo.

Como pudimos apreciar en el Capítulo III, la comunidad de Zaragocilla en su gran mayoría desconoce los servicios que presta el nuevo Hospital Universitario de C/gena, por ésta razón no los utilizan; ante éste hecho sugerimos que ésta institución realice una campaña de promoción de sus servicios en toda la comunidad de C/gena, dando a conocer que su principal objetivo es atender aquellos casos que requieran MAYOR ATENCION Y ESPECIALIDAD, ésto debe realizarse en coordinación con los Centros de Salud de la ciudad con el fin de que estos se conviertan en consulta externa del Hospital Universitario de C/gena, para ello recomendamos que estos centros se doten de todos los servicios y personal técnico necesario para ello.

Esta campaña de promoción debe ser realizada por Trabajadores Sociales.

" BIBLIOGRAFIA "

1. Brandeburg, Ana B.	<u>SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO</u> , Editorial Hvmantas, Buenos Aires
2. Friedlander, Walter A.	<u>DINAMICA DE TRABAJO SOCIAL</u> , Editorial Pax-México, 1era. Edición
3. Fink, Arthur E. Anderson, Wilson C. Conover, Merril E.	<u>CAMPOS DE APLICACION DEL SERVICIO SOCIAL</u> , Editorial Hvmantas, Buenos Aires.
4. Ferrara, Floreala Acebal, Eduardo Paganini, José M.	<u>MEDICINA DE LA COMUNIDAD</u> , Editorial Inter-Médica, Buenos Aires, Argentina.
5. Fishbein, Morris	<u>MEDICINA DE LA SALUD H.S.</u> , Stuttman Co, Inc. Editores New York, - 16, N. Y. Volúmenes 1 y 2

- 6. Hill, Ricardo METODOLOGIA BASICA EN SERVICIO SOCIAL, Editorial Hvmánitas, Buenos Aires.
- 7. Hernandez de Vittárioso, Lidia C. TRABAJO MEDICO SOCIAL, Editorial Hvmánitas, Buenos Aires.
- 8. Kisnerman, Natalio SERVICIO SOCIAL DE GRUPO, Editorial Hvmánitas, Buenos Aires.
- 9. Macias, Edgar y Lacayo de Macias, Ruth HACIA UN TRABAJO SOCIAL LIBERADOR, Editorial Hvmánitas, Buenos Aires.
- 10. Sonis, Abraham SALUD, MEDICINA Y DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL, Editorial Universidad de Buenos Aires.

Otras fuentes:

- 1. Comité de publicaciones. BOLETIN DE TRABAJO SOCIAL, No 9, - Trabajadores Sociales de Bogotá, Junio de 1.974.
- 2. Informe técnico No 485 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, - Ginebra.
- 3. Truchón, Ma. del Socorro CURSO DE METODOLOGIA INTEGRADA, - Conferencias Mimioografiadas, Universidad de C/gena, Escuela de Trabajo Social, 1.974.