

meses de primeras lluvias cuando las filtraciones son mayores, llegando a contarse hasta 400,000 por c c. Este suceso nos enseñó dos cosas: la falta de conocimientos técnicos en algunas personas en altos cargos, y la insuficiencia de una cantidad menor a 0.1 mg por litro para depurar las aguas de la capital.

En la República, excepción hecha de San Salvador y Santa Ana, se consume agua de malas condiciones sanitarias.

La falta de preparación y previsión de ciertas personas que han ocupado altos cargos, ha sido la causa de que se invirtieran cantidades de dinero considerables en abastecer de agua a pueblos aisladamente, cuando mejor habría sido, ya que están muy cercanos unos de otros, hacer captaciones comunes a varios municipios, para que las plantas fueran modernas y llenaran todas las condiciones higiénicas debidas, con un costo inferior al que actualmente tienen algunas de ellas.

ESFERA DE ACCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN MEDICINA *

Por la Srta. M. ANTOINETTE CANNON

De la Escuela de Servicio Social de Nueva York

Esfera de acción y organización términos son que se entrelazan, en particular si, como doy por sentado, la primera comprende función. Podemos decir que una guarda la misma relación con la otra en una obra social, que la estructura anatómica guarda con la función fisiológica. La estructura es la forma visible, dependiendo a su vez de ella el ejercicio de la función.

Práctica y concretamente, ¿cuáles son la función y esfera de acción de la asistencia social en medicina? Un estudio de los puestos existentes no contesta la pregunta. La respuesta debe basarse en un análisis de las necesidades que deben atenderse, es decir, en la contestación a la pregunta ¿cuál es el componente social de la medicina?

En la historia de la medicina, de cuando en cuando ha surgido algún gran facultativo a recordarnos que, además de la enfermedad, hay el enfermo; sin embargo, la idea de que la enfermedad es meramente algo que alguien tiene, quizás se halle tan difundida como siempre. En los días antiguos tenían la demonología, y hoy tenemos la clasificación. De todas las ramas de la medicina la cirugía traumática quizás sea la más libre de personificación, pues a nadie se le ocurre pensar en que los huesos rotos recorran la tierra como hacen las pestilencias. Pero el diagnóstico es casi siempre una clasificación y no una descripción de lo que ha acontecido a una persona, y es diagnóstico lo que el profano pide al doctor, de modo que apenas hoy día comienza a comprenderse esa teoría que considera a la enfer-

* Discurso pronunciado en el Congreso del Colegio Americano de Cirujanos celebrado en la Ciudad de Nueva York en octubre de 1931; *Hosp. Soc. Serv.* 102, agto., 1932.

medad como reacción en que interviene un elemento personal y por lo tanto social, aun por aquéllos de nosotros más dispuestos a aceptarla. No conocemos con la menor exactitud qué es el componente social, aunque parece claro que la salud no procede exclusivamente del cuerpo.

Cuando el Comité de Funciones de la Asociación Americana de Agentes Sociales de los Hospitales estableció las bases para su estudio de 1927, dividió el tema en dos grupos principales, a saber, el estudio social como contribución a la comprensión de los problemas sanitarios, y el tratamiento social como contribución a la curación o a la compensación. He tomado prestada esa gráfica, preparada recientemente por el presidente de dicho Comité.

Servicio Social para el Cuidado de los Enfermos

Estudio del enfermo en lo tocante a— 1. Situación económica y social 2. Personalidad Para descubrir los componentes sociales del problema higiénico.	Actuación sobre el enfermo en lo tocante a— 1. Situación económica y social 2. Personalidad Para ajuste de los componentes sociales del problema higiénico.
---	--

En un problema sanitario el componente social no designa forzosamente la causa social de una dolencia dada. El asunto de la causa ha resultado demasiado difícil, y la etiología de la enfermedad demasiado compleja para poder sacar conclusiones bien definidas, salvo quizás en la rama de la psiquiatría, y en la esfera de la sanidad. Más en claro ha quedado que las situaciones sociales y las dotes personales reaccionan al tratamiento, y de ahí que el estudio social haya resultado útil para recetar y en el pronóstico. Al cumplir las instrucciones del médico, la organización de la situación social y la relación de la asistente social con el enfermo como persona, tal vez desempeñen algún papel en la obtención de resultados. Y entre el estudio y el plan de acción necesitase la elaboración conjunta de una explicación médico-social de la situación total.

A mi parecer, a menudo una enfermedad constituye un círculo vicioso formado por segmentos físicos, emotivos y ambientales. El diagnóstico médico-social debe ser en términos recíprocos. Enfermedad y pobreza, enfermedad y niñería, enfermedad e ignorancia, he ahí expresadas en forma general algunas de esas relaciones circulares, pero la información más útil para el estudiante del caso, ya médico o social, es la que versa sobre el caso mismo.

Tomemos, por ejemplo, un caso de la Clínica Mayo, comunicado a la Asociación Americana de Asistentes Sociales de los Hospitales hace algunos años. Una joven polaca se presentó en el hospital con anquilosis de los brazos y piernas, debida a artritis infecciosa. En su domicilio en un distrito rural remoto no había medios de asistencia médica y muy pocos para ejercicio mental. Con la pérdida de casi toda su facultad motora, también perdió casi toda su personalidad, de modo que al parecer no deseaba hacer nada ni interesarse en la vida. Cuando

la cirugía restableció la movilidad de algunas articulaciones, precisaba el impulso propio para ejercerlas y recobrar el uso, pero necesitóse bastante estímulo personal antes de que deseara realizar ese esfuerzo la muchacha. Gradualmente, por virtud del tratamiento tanto médico como social, atacando tanto la inmovilidad como la apatía, se invirtió el círculo, a más interés más facultad, a más facultad más interés, hasta que la muchacha pudo utilizar los brazos, pudo caminar, y reaccionó a la vida con la viveza de la juventud normal. Al comenzar el tratamiento hubiera podido expresarse así el problema médico-social: la apatía, dimanante de la incapacidad física y falta de aliciente mental, actúa ahora para impedir una reacción constructora al tratamiento quirúrgico. En ese caso se descubrió y ajustó el componente social.

Como ya hemos dicho, el componente social tiene a menudo que ser considerado en el pronóstico y planeamiento. Por ejemplo, un obrero después de recibir en un garaje un golpe en la cabeza, se repone de los efectos inmediatos, pero continúa experimentando cefalalgia intensa y vértigos. Una intervención quirúrgica, el neumocéfalo, lo alivia, y el cirujano, emitiendo un pronóstico favorable, advierte al individuo que puede realizar cualquier trabajo fuerte que no exija demasiado uso de la vista. El sujeto prueba, pero al cabo de cierto tiempo los síntomas reaparecen. Se realiza otra operación con el mismo resultado y el mismo pronóstico favorable, pero ligeramente templado por la cautela. El individuo prueba de nuevo y los síntomas recurren otra vez. Un estudio de la situación revela que la familia es numerosa y vive muy apiñada. Parte de la enfermedad del obrero consiste en hiperirritabilidad e hipersensibilidad, que a su vez perturban a la familia, y la perturbada familia acrecienta la irritación anormal del padre. La inyección intracraneal de aire pudo haber curado el mal, pero en realidad no bastó, como revela la evolución. El pronóstico se volvió más reservado a medida que se conocía mejor el caso, y se indicó al individuo un trabajo más liviano en un sitio tranquilo, en cuyas condiciones descubrió que podía seguir trabajando. Un elemento social impedía mantener esas condiciones, pues el sujeto sufría mucho alejado de la esposa y familia, y mientras estaba con ellos padecía en otra forma. ¿Es éste un problema médico, social, o médico-social? ¿Basta para el pronóstico el conocimiento de la anatomía y la fisiología?

Si el centro de la función médico-social corresponde a las relaciones recíprocas del cuerpo, la mente, y el medio ambiente, ¿cuál es su esfera de acción? He ahí un punto de partida del cual podríamos hasta tratar de alcanzar las fronteras de la vida humana, tarea esa demasiado enorme para un individuo dado.

Esa cuestión de la esfera de acción posee muchas fases. Supongamos, por ejemplo, que hay factores sociales generales reconocidamente adversos a la salud, tales como distribución inadecuada de la riqueza, crisis económicas, creencia en la magia y deseo de explotarla. ¿Conciernen esos puntos a la asistente social? En parte sí, pero conviene recordar lo que a veces olvidamos en nuestro afán de salud: que no todo en la vida debe ser apreciado en valores de salud. Hay otras cruzadas aparte de la nuestra, en algunas de las cuales podemos participar mientras que otras se beneficiarán de nuestro trabajo. La compilación de datos exactos ayudará, y el organismo sanitario debe ser justamente considerado como depósito de municiones.

¿Hasta dónde debe ir la asistente social al atender los resultados, causas y complicaciones sociales de la enfermedad? Hay organismos sociales aparte de los médicos. ¿Los pasará por alto la asistente social

y se pondrá por su cuenta a resolver todas las dificultades de todas las familias en aras del bienestar de los enfermos?; o ¿se mantendrá dentro de los muros del establecimiento sin salir de ellos jamás, encomendando todos esos problemas a los organismos del vecindario? Si no quiere hacer ni una ni otra cosa, ¿cómo escogerá y en dónde trazará la línea divisoria?

Algunos principios me han resultado útiles: 1. Las asistentes médico-sociales deben hallarse capacitadas para realizar un detenido estudio social y proseguir el tratamiento social hasta su conclusión, y en un grupo de casos debe hacerlo así en pro, no sólo de la asistencia eficaz de los enfermos, sino del estudio de la zona médico-social; 2. En general, es mejor que el organismo que aconseja atienda a poner en práctica el consejo, lo cual comprende alivio médico-social y tratamiento médico-social de los casos; 3. Enviense al organismo *ad hoc* cada problema dado de diagnóstico y tratamiento necesario, pero no el cumplimiento de las ordenes dictadas; 4. Cuando dos o más organismos trabajan conjuntamente en un caso, todas las decisiones y planes deben hacerse conjuntamente, comprendiendo claramente cada organismo la parte que le corresponde. Las obras de ambos ayudarán a cumplir los propósitos comunes. A mi entender, algunas reglas generales de este género nos ayudarán a visualizar mejor nuestro campo de operaciones sin restringir nuestra esfera de acción o clarividencia.

Cabe también considerar que la esfera de acción comprende nuestros patrones cuantitativos y cualitativos, entre los cuales existe un verdadero conflicto, puesto que somos seres imperfectos. ¿Trataremos de hacer algo en pro de cada enfermo, o de hacer algo de veras bueno para los pocos que se nos presentan por su cuenta? La medicina es típicamente individualista, conformándose a las reglas de la práctica privada, pero la asistencia social no tiene práctica privada y debe precisamente su existencia al concepto de la responsabilidad comunal. Me parece, pues, que debe mantener en alto lo cuantitativo así como lo cualitativo, y realizar encuestas sistemáticas a fin de escoger los casos más apropiados para estudio y tratamiento social. Esas encuestas pueden filtrar los casos y encarrilar el servicio hacia los que más lo necesitan.

Caben diferencias de opinión en cuanto a si esa primera encuesta social debe ser realizada por una asistente social o figurar en el interrogatorio médico. No hay duda de que la asistente social avezada está mejor capacitada por su experiencia para el reconocimiento de los problemas sociológicos, que el médico. En cambio, el último poseerá una idea mejor de todo el problema higiénico si considera de cerca el componente social; verdad es que si va a hacerse cargo de obtener los antecedentes sociológicos, debe estar mejor preparado que lo suelen estarlo hoy día los médicos en conjunto.

Eso nos conduce a la segunda parte de nuestro tema: organización. Claro está que ésta debe ser tal que capacite para estudiar y atender el componente social de la enfermedad, así como para asignar los problemas sociales correlativos a los organismos apropiados. Para ello precisa un personal dotado de ciertos conocimientos y destreza, los cuales ninguno de nosotros posee todavía en forma suficiente para hacer el verdadero trabajo, como espero y confío que se haga en el futuro. Ni siquiera tenemos suficiente personal que haya recibido la mera educación de hoy día para atender a nuestros hospitales y clínicas. Sin embargo, lo menos que puede pedirse es que cada departamento tenga a su frente un director idóneo. Para obtener más personal preparado necesitamos fondos e interés; el último es lo primordial. Ya contamos con 11 escuelas bien situadas. Necesitamos estudiantes inteligentes y bien preparados que reciban en ellas el curso completo. Mucho depende de que el doctor contribuya a convertir el trabajo en real, imprimiéndole finalidad y técnica.

La organización de un establecimiento tal como un hospital o clínica debe guiarse por dos principios: unidad administrativa y dirección profesional. En cada departamento y cada servicio la responsabilidad administrativa debe estar encomendada directamente a un superintendente, responsable ante los síndicos o regentes. De cuando en cuando se han creado departamentos de servicio social que han sido administrados desde afuera, pero ese sistema va desapareciendo, pues la sección dedicada a servicio médico-social del informe del Comité de la Conferencia de la Casa Blanca afirma que 89 por ciento de los departamentos actuales forman parte íntegra de sus hospitales. El servicio médico es el principal servicio profesional del hospital, pero los servicios enfermeril y social también poseen su propia técnica que exige vigilancia y dirección de acuerdo con pautas apropiadas. Por responsabilidad administrativa no se sobreentiende dirección de los trabajos técnicos, aunque puede limitarlos y enfocarlos y hasta justipreciar el resultado.

En la organización de un hospital figuran tres clases de relaciones: administrativa, profesional o servicial, e interservicial. El servicio médico, siendo fundamental, debe determinar la organización de los servicios que lo apoyan y sus relaciones mutuas. La dificultad práctica que entrañan las relaciones del servicio social con el médico consiste en que el personal del primero suele ser relativamente pequeño, de modo que la asistente se halla a menudo obligada a servir a dos o más jefes. Esto no es tan duro como parece, con tal que la organización médica sea buena y las inter-relaciones estén bien definidas. Muchos hospitales pequeños cuentan con una sola asistente para todos los servicios médicos, obteniendo así una especie de unidad que no resulta factible en los hospitales o centros médicos mayores o más complicados. Sin embargo, también he visto fracasos del servicio social, debido, aparentemente, a que dos clínicas lo compartían, pero

no estoy muy segura de si esto se debió a tratar de abarcar demasiado o puramente a mala coordinación, yendo a menudo ambas cosas juntas. En conjunto, la mejor forma de organización parece ser aquélla que cuenta con asistentes sociales en número suficiente para atender las necesidades del establecimiento, asignándolas conforme a la rama del servicio médico. Esto impone la implantación de un sistema encargado de reunir al enfermo que puede hallarse dividido entre los especialistas, lo cual no representa una peculiaridad de la asistencia social, sino una necesidad de la medicina, y se resuelve con varios métodos de unificación de protocolos, conferencias, consultas, clínicas directrices, referencias y transferencias.

Cuál debe ser la más sencilla organización posible para atender a todas las necesidades del enfermo? Aparte de los funcionarios económicos, caseros y otros debe haber una unidad de servicio compuesta por lo menos de médico y enfermera. A medida que el doctor se convierte en grupo médico y este grupo se disocia en especialistas, cada especialista a su vez transfórmase en centro de una unidad o liga de servicio. En algunos casos los fines de la institución exigen una especie de constelación de especialistas, por ejemplo, la clínica de higiene mental con psiquiatra, internista, psicólogo, y asistente social. Podríamos muy bien decir que, siempre que la obtención de un propósito exija estudio y tratamiento del componente social, es buena organización agregar una asistente social a la unidad de servicio.

El tratamiento adecuado del caso es la primera razón por que debe figurar una asistente médico-social en la organización, pero hay otra que la sigue muy de cerca. Me refiero a la necesidad de investigar la zona médico-social, que según dije al principio, es todavía poco comprendida. Probablemente puede hacerse mucho para resolver las necesidades sociales de los enfermos hospitalizados mediante una íntima relación entre el grupo médico y los organismos comunales, aun sin haber un departamento de servicio social en el hospital, tal vez mediante un empleado de enlace a quien le corresponda la misión de hacer los traspases, pero no veo la menor posibilidad de llevar a cabo estudios del componente social en la medicina si no se aplican los conocimientos y métodos sociológicos en el mismo punto en que se realizan los estudios médicos. Los organismos sociológicos tienen sus problemas de la enfermedad como causa y consecuencia de la insuficiencia y la fricción, pero a mi entender el punto estratégico donde debe romperse el círculo vicioso es en el hospital, donde deben utilizarse los elementos médicos y sociológicos para beneficio del enfermo, y donde pueden también combinarse en un estudio de la inter-relación de los factores médicos y sociales, a fin de fomentar a la larga la buena salud, el buen comportamiento social, y el mejor orden social.