

PROYECCION DE SERVICIOS Y ANALISIS
DE LAS METAS INSTITUCIONALES EN LA
CLINICA "ROBERTO CARIDI" B/QUILLA

CAMARGO ESCOBAR AIDA ELENA

TERNERA DE LA HOZ ESTELLA

VERGARA ROMERO RAINELDA

Trabajo de Grado presenta
do para optar el título
de: TRABAJADORA SOCIAL

Asesora: ELIZABETH CARABALLO

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1987



HOJA DE PRESENTACION

RECTOR	DOCTOR	JOSE CONSUEGRA H.
VICE RECTOR	DOCTOR	LEONELO MARTHE Z.
SECRETARIO GENERAL	DOCTOR	RAFAEL BOLAÑOS
DECANO	DOCTOR	JORGE TORRES D.
VICEDECANO	DOCTOR	CARLOS OSORIO TORRES
SECRETARIA ACADEMICA	DOCTORA	MARIA TORRES A.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1987



NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Noviembre 1987

DEDICATORIA

Con todo cariño le dedico este triunfo a mis padres: José y Mercedes por todo el esfuerzo y estímulo que me brindaron en el desarrollo de mi profesión; para hoy poder brindarles con orgullo el éxito obtenido con la culminación de mi carrera; a mis queridos hermanos Julio, Edgar, Javier e Hilaria, por todo el cariño y apoyo brindado.

AIDA

DEDICATORIA

De todo corazón dedico mi trabajo de grado a mi madre Carmen de la Hoz por haber creído en mí, por todo el es fuerzo, apoyo y confianza que me brindó; doy gracias a Dios por haberme permitido lograr la culminación de mi carrera, la que hoy con orgullo y beneplácito dedico a mi Madre. A mis hermanos: Luis Carlos, Delsa Luz, Daniel Enrique, Yudi María, como ejemplo de superación: a mis abuelos y tíos.

ESTELLA



DEDICATORIA

En especial a mis padres, Antonio y Rosalía; quienes con sus esfuerzos ven hoy culminar mi meta.

A mis hermanos Nancy, Dilson, Mariela, Livia Rosa, Eduardo y a mi sobrino Juan Pablo, que siempre me acompañaron en el camino de la superación.

A mis amigos que estuvieron dándome valor para seguir adelante.

RAINELDA



AGRADECIMIENTOS

Nuestros agradecimientos al cuerpo de profesores que de una u otra forma colaboraron y contribuyeron al desarrollo de nuestra formación como profesionales.

En especial a nuestra asesora Elizabeth Caraballo y jura dos de tesis Guillermo Asthon, Yomaira Fraija.

Igualmente a los Doctores Carlos Osorio y Wilfrido Fernández, por brindarnos su orientación en el desarrollo de nuestro trabajo de grado.

De igual forma al Doctor Milciades Osorio y en general al cuerpo directivo, funcionarios y practicantes de Trabajo Social de la Clínica "Roberto Caridi"; por suministrarnos la información necesaria para la realización de nuestro trabajo de grado.

TABLA DE CONTENIDO

pág

0. INTRODUCCION.....	
1. EL MOVIMIENTO INTERNACIONALISTA "LEONISTICO" Y SU ACCION SOCIAL.....	14
1.1 FUNDAMENTOS FILOSOFICOS Y SOCIALES EN LA ACTIVIDAD DEL MOVIMIENTO.....	14
1.2 RELACION ESTRUCTURAL ENTRE LA ACCION SOCIAL FILAN TROPICA Y LA ACCION SOCIAL TOTALIZADORA.....	19
1.3 ANALISIS Y CRITICA DE LA ACCION SOCIAL FRENTE A LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES.....	25
2. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA "ROBERTO CARIDI".....	33
2.1 CLASIFICACION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS.....	33
2.2 CLASIFICACION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS SEGUN NI VEL ECONOMICO EN RELACION CON LOS GASTOS DE OPERA CION.....	41
2.3 CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES INDIGENTES ATENDI DOS.....	47
2.4 LIMITACIONES Y EFECTOS DE LA ACCION SOCIAL ANTE EL	

INDIGENTE.....	49
3. UBICACION DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCION "ROBERTO CARIDI".....	53
3.1 CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION DE TRABAJO SO CIAL.....	55
3.2 FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN LA CLINICA "ROBERTO CARIDI".....	57
3.3 POLITICA DE BIENESTAR SOCIAL APLICADA EN LA CLINICA "ROBERTO CARIDI".....	59
3.4 PROYECTOS.....	62
RECOMENDACIONES.....	68
CONCLUSIONES.....	70
BIBLIOGRAFIA.....	71
ANEXOS.....	73

INTRODUCCION

No podemos inferir que la intervención de Trabajo Social esté ligada a las condiciones infraestructurales de un proceso jerárquico donde las acciones están motivadas bajo condiciones verticalistas, antes por el contrario ésta intervención bajo las características del movimiento filantrópico parte de la relación conjugada de los elementos intrínsecos a la población usuaria especialmente al segmento indigente.

En lo fundamental la Intervención de Trabajo Social en la Clínica "Roberto Caridi" debe estar coordinado, sistematizado y planificado en una división administrativo y no como en la actualidad se viene ejerciendo a partir de elementos dispersos de una práctica Institucional desde la cátedra misma, aún cuando ésta por sí sola no se constituye en el elemento fundamental de las relaciones de Trabajo Social de tipo esporádico. Esta intervención exige unos contenidos de diseños de unas políticas sociales que frente a los principios filantrópicos y sociales del movimiento corresponda a la realidad social de los usuarios, es por ello que

en el presente trabajo de grado se articulan los lineamientos de esas políticas sociales, los proyectos y los recursos que generarían tal proyección y de manera especial frente a los segmentos de la población indigente, paralelo a ello la práctica de la intervención se conjuga con las relaciones institucionales y con la participación comunitaria en los términos en que haya una cualificación en los servicios ofrecidos como también el ejercicio de su extensión, es así pues, que los fundamentos y las funciones del Trabajo Social en lo que respecta a la Clínica "Roberto Caridi" reivindicarían las necesidades carenciales de la población y en la medida de lo posible su proyección a la comunidad.

1. EL MOVIMIENTO INTERNACIONALISTA "LEONISTICO" Y SU ACCION SOCIAL

1.1 FUNDAMENTOS FILOSOFICOS Y SOCIALES EN LA ACTIVIDAD DEL MOVIMIENTO

De acuerdo a los fundamentos filosóficos y sociales del Movimiento Leonístico Internacional, anotamos el marco histórico del Movimiento el cual se inició en los Estados Unidos de América en 1917, cuando un grupo de clubes independientes respondió a un ideal presentado por Melvin Jones, un agente de seguros de la ciudad de Chicago, en los Estados Unidos de América.

Su objetivo fue el de servir a su prójimo, como un solo grupo, sin consideración de las tendencias políticas, religión, raza o interés personal de sus socios. Este objetivo fue pregonado como un cambio a la tendencia de ese entonces, de formar clubes básicamente con motivos comerciales. El 7 de Junio de 1919, se convocó a una conferencia a unos 25 clubes independientes, de cuya reunión nació esta organización.

Quiénes son los Leones?

Ellos son socios voluntarios de clubes que se han agrupado bajo una organización internacional, en la cual disfrutan del buen compañerismo, el desarrollo de sus capacidades de liderazgo, y dedican parte de su tiempo libre a ayudar a los seres necesitados en el mundo entero, mientras se preocupan también de mejorar las condiciones de vida en sus propias comunidades.

Los objetivos del Movimiento Leonístico Internacional son los siguientes:

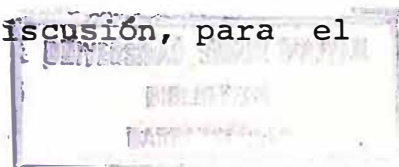
Crear y fomentar un espíritu de entendimiento entre los pueblos del mundo.

Promover la teoría y la práctica de los principios del buen gobierno y de la buena ciudadanía.

Tomar parte activa en el desarrollo cívico, cultural, social, moral y en el bienestar de la comunidad.

Unir a los socios en vínculos de amistad, buen compañerismo y mutuo entendimiento.

Proporcionar a los socios un medio de discusión, para el



amplio y libre estudio de todo asunto de interés público, con la sola excepción de asuntos de política partidaria y sectarismo religioso.

Alentar a individuos responsables y dedicados a servir en sus comunidades, con la salvedad que ningún club tratará de obtener beneficios económicos para sus socios como uno de sus objetivos, alentar la eficiencia y fomentar la uniformidad de una ética en el comercio, la industria, las profesiones, obras públicas y proyectos privados.

Los movimientos sociales bajo las distintas nominaciones y las caracterizaciones en su práctica social, son los que diferencian las formas de su quehacer independientemente del sentido de pertenencia social así por ejemplo surgen movimientos filantrópicos, movimientos cívicos populares, las asociaciones profesionales y los grupos políticos, esta amalgama de movimientos al desarrollar un tipo de acción social frente a un grupo social en particular, es lo que genera la fundamentación teórico-práctico a nivel de principio de doctrina donde el Movimiento Internacional de Leones en su proceso de gestación parte del concepto humanístico religioso "servir a los demás", en el cual en cada una de las comunidades donde el movimiento está presente desarrolla acciones en el campo educativo, en la salud y en algunas comunidades pobres a nivel de asistencia social, estas

actividades en la dimensión social para el movimiento leonístico representa un tipo de respuesta que al decir de ello, responden a las características del humanismo, en el cual algunas ideas presentes del siglo XIX cuando la Iglesia Católica reclamaba "mayores obras de caridad", para el Movimiento Leonístico no solo representa una consigna sino que se constituye en un principio doctrinal, de manera particular quienes lo constituyen provienen de los estratos altos de la sociedad donde la satisfacción al "servir a la humanidad" se refleja en las actividades antes mencionadas.

La práctica filantrópica de acuerdo a las condiciones históricas de la práctica social no responden a las coyunturas actuales, en la medida en que las actividades desarrolladas reproducen mayor grado de dependencia frente a cualquier proceso de transformación a la realidad en la medida en que las actividades son planificadas por los miembros filantrópicos que ven en los beneficiados sujetos receptores y pasivos que en ningún momento posibiliten una organización de la comunidad, elemento que es contrario a la dinámica social; es por eso que entre uno de los fundamentos filantrópicos en el Movimiento Leonístico se hable de "integrar al ser social", en lo económico, en lo educativo, en salud, pero a partir de las instituciones estatales donde el movimiento es un intermediario de dicha acción; coincidentalmente dicho fundamento se adecua a lo que el filósofo grie

go Aristóteles describía en su libro de la República:

"Los ciudadanos al regirse por sus normas y sus leyes constituyen el buen gobierno que emana de la polis"¹.

Esta integración entre la polis y las relaciones sociales, entre los hombres en lo que respecta al Movimiento Leonístico Internacional se refleja en la convivencia y fraternidad de sus derechos y que en una última instancia son las leyes quienes la regulan. Es por ésto entonces que aparecen actividades tales como: La educación y salud, atención al menor, baratillos y brigadas de salud, en la cual la participación sigue siendo del orden vertical y de una deficiente participación comunitaria.

El Movimiento Leonístico Internacional y sus actividades sociales en lo que respecta al desarrollo de su práctica es del orden individualista donde las partes se adecúan al todo, quiere decir ésto que, a una atención a grupos indigentes, durante un tiempo determinado, responde al principio de "servir a los demás" donde; las consultas, a los pacientes responden al tipo de práctica filantrópica.

¹ARISTOTELES. La República. Libro 3. Pág.17

Sin duda alguna la relación entre tales fundamentos se halla en un nivel de acción donde priman los principios y las actividades solamente son la materialidad del desarrollo de tal principio (esquema N°1) desde el quehacer profesional de Trabajo Social los fundamentos filantrópicos en la práctica desarrollada por el Movimiento Leonístico exige de un principio y una práctica que conlleve a la confrontación de acciones sociales que faciliten mayor expresión a las comunidades participantes en el Movimiento Leonístico.

1.2 RELACION ESTRUCTURAL ENTRE LA ACCION SOCIAL FILANTROPICA Y LA ACCION SOCIAL TOTALIZADORA

En lo que respecta a las condiciones actuales de los movimientos sociales actuales del orden institucional y del orden de los movimientos de base, la práctica social de éstos reflejan las particularidades de la aprehensión a la realidad, a partir de una concepción social y de una metodología aplicada.

La realidad social de hoy nos indica que sus condiciones estructurales y operacionales y de manera especial las pertinentes a las condiciones socio-económicas la práctica social ha de estar conjugada a dicho proceso y no como muchas veces se presenta, que las tareas desarrolladas se adecúan

ESQUEMA N°1:

FUNDAMENTOS FILOSOFICOS	ACTIVIDADES INSTITUCIONALES	FUNDAMENTOS SOCIALES
- Crear y fomentar un espíritu de entendimiento entre los pueblos del mundo - Promover la teoría y la práctica de los principios del buen gobierno y de la buena ciudadanía. - Tomar parte activa en el desarrollo cívico, cultural, social, moral y en el bienestar de la comunidad. - Alentar a individuos responsables y dedicados a servir en sus comunidades, con la salvedad de que ningún club tratará de obtener beneficios económicos para sus socios como uno de sus objetivos, alentar la eficiencia y fomentar la uniformidad de una ética en el comercio, la industria las profesiones, obras públicas y proyectos privados.	- Educativo: - Albergue Infantil Escuela para Sordo-Mudos. - Escuela Agropecuaria de Soledad. - El Dispensario Médico - Salud: - Clínica Roberto Caridi. - Asistencia: - Dispensario Médico.	- Servir a los demás sin provecho propio. - Es una Institución de carácter filantrópico y de servicio a la comunidad. - Satisfacción que experimentan sus miembros ante las obras que llevan a cabo.

FUENTE: Elaboración de las Autoras, en base a la información recolectada.
Barranquilla, 1987.

en lo individual del proceso social; ante esta situación se hace necesario confrontar tanto los métodos como los fundamentos filosóficos que hacen posible la puesta en práctica de unas acciones del orden reivindicativo que integra dicha totalidad social; en éste sentido las condiciones históricas de los movimientos sociales populares o institucionalizados no pueden encajarse ni esquematizarse bajo la dependencia del orden asistencialista o filantrópico en la medida en que se constituyen en un instrumento obstaculizador y creador de una dependencia y también de una práctica aislada del contexto de la realidad. Paralelamente a esta situación la relación entre la práctica social filantrópica y totalizadora se diferencian por cuanto la primera va acompañada de unos principios éticos morales casi siempre acompañados de la relación teológica fé-obras, las acciones son individualistas, es decir, resuelven situaciones en un plano inmediateista sin ninguna metodología y práctica social real, está ausente de una práctica definida que acompañen el proceso en lo histórico y social y no hay una participación de la comunidad afectada en virtud de que las respuestas a los problemas ya vienen dados. En lo que respecta a la acción totalizadora la relación existente se fundamenta en principios sociales bajo una concepción social del mundo, un proceso metodológico con unas técnicas sociales



definidas donde no hay objetos sino sujetos.

La práctica desarrollada implica las connotaciones históricas, es decir la práctica se inicia con las condiciones históricas y las tareas a desarrollar son producto del proceso de transformación de los niveles carenciales.

Estas relaciones entre una actividad a partir de lo asistencial y de lo totalizante no estriba en el hecho de que el individuo por voluntad solo puede desarrollar todo un proceso de transformación sino todo lo contrario implica una relación dialéctica que conlleve la convergencia de las fuerzas que contengan las acciones reivindicativa.

Si bien es cierto entonces que en el proceso de lo totalizante a partir de las características antes anotadas, los programas de salud que desarrollan instituciones particulares orientadas por el movimiento filantrópico que carecen de unas políticas definidas en materia de organización y participación de la comunidad por las razones de que las respuestas ya están fundamentalmente en el servicio social y en la gratificación que éste produce, quiere decir entonces que mientras las políticas y programas de salud se muevan en tal sentido no puede haber un proceso donde la comunidad sea elemento pensante y actuante sino todo lo contrario una comunidad receptora de servicio que es precisamen

te lo que genera las situaciones de dependencia.

La relación estructural entre la acción filantrópica y la acción totalizadora a partir del diseño de una participación comunitaria se diferencia en que la primera no posibilita ningún grado de participación comunitaria, la segunda la impulsa y exige donde la práctica social generará grados altamente cualitativos en el desarrollo social. De ahí entonces tengamos que los movimientos sociales filantrópicos no pueden contribuir esencialmente en la transformación de la realidad sino en el mantenimiento del estatus quo y del orden instaurado y por si fuera poco aislado del contexto histórico.

Los servicios ofrecidos por la Clínica "Roberto Caridi" desde el punto de vista de lo expuesto y entendiendo a su carácter de movimiento filantrópico no puede cobijarse bajo el principio de que su cobertura y su incidencia en el medio social en que la institución se desarrolla no puede ser óbice para no plantear una mayor ampliación de la cobertura ni preocuparse para que el servicio generado sea menos estratificado, sino todo lo contrario la comunidad reclama que tales servicios en la medida en que el Estado a través de sus instituciones en salud no ejerce este tipo de actividad, es una condición que justifica y desarrolla los principios de una acción social totalizadora que debe

revertir hacia la socialización y colectivización del bienestar social que como dijera el Doctor Jorge Torres Díaz en su libro Historia del Trabajo Social:

Corresponde al Trabajador Social contribuir a partir de su práctica socializadora, en la preparación, formación y reforzamiento de esta constitución social que surge de la socio gestión para satisfacer las necesidades fundamentales de la población.²

De acuerdo a lo enunciado por el Profesor Jorge Torres y los servicios ofrecidos por la Clínica "Roberto Caridi" dicha socialización se materializa en:

La internalización de las normas, pautas, costumbres, cultura de la sociedad. Considerando que la sociedad participe en los bienes y servicios que preste el Estado. Una forma de vida social de agrupación natural de personas que por mutua cooperación pretendan alcanzar fines comunes y satisfacer necesidades fundamentales e impedir el individualismo e impulsar su propio desarrollo, mediante la agrupación y mutua cooperación, los individuos pueden participar en la prestación de bienes que el Estado emane y todas las perso

2

TORRES DIAZ, Jorge. Historia del Trabajo Social. Grafita. Barranquilla, 1985. Pág.351.



nas pueden hacer posibles la acción socializadora de recursos, comportamientos, etc. Lograr un bienestar social mediante la administración y consecución de recursos a la comunidad.

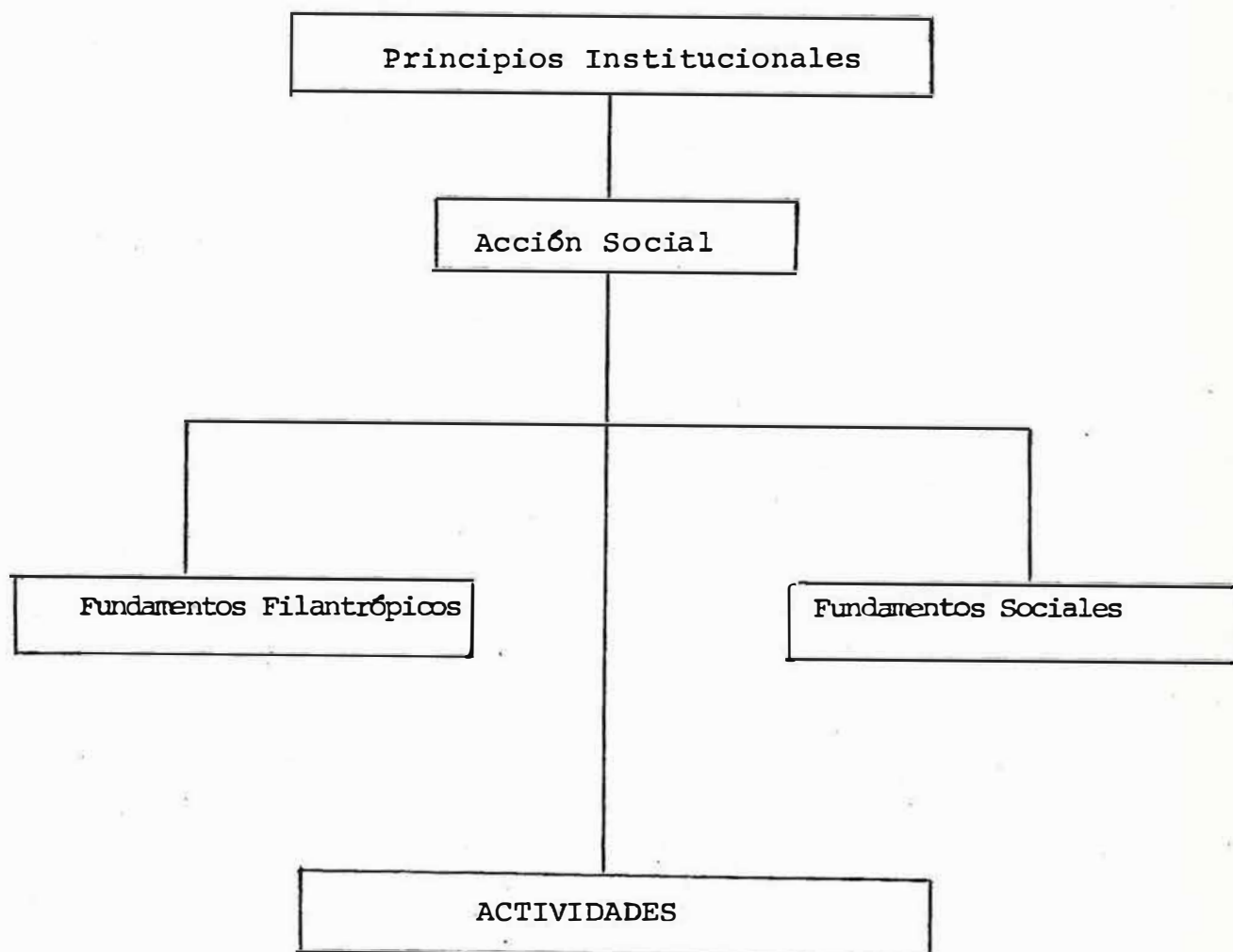
El Trabajador Social debe contribuir en la preparación, formación de la constitución social que surja de la socialización para satisfacer necesidades de la comunidad, propender por la eficiencia en la organización de los servicios, para que los objetivos den respuestas a las necesidades concretas. Realizar un proceso de toma de conciencia para que se integren a un proceso de participación, para que no se sigan viendo procesos aislados y estáticos, y la comunidad participe en la Administración de los servicios en relación a sus intereses y que no sea receptora de la calidad de los servicios que se les ofrecen.

1.3 ANALISIS Y CRITICA DE LA ACCION SOCIAL FRENTE A LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES

Hasta ahora hemos planteado que el Movimiento Leonístico Internacional a partir de su acción filantrópica y de asistencia social individual, de acuerdo a las coyunturas actuales de la realidad, no significa una transformación concreta de los elementos carenciales que el segmento de población recibe, en tanto que su participación es baja, como

ESQUEMA N°2:

RELACION ENTRE LA ACCION SOCIAL
FILANTROPICA Y LA ACCION SOCIALI
ZADORA EN EL MOVIMIENTO INTERNA
CINAL LEON



FUENTE: Realizado por las Autoras, en base a los lineamientos del Movimiento.

también el desarrollo de unos lineamientos sociales y programáticos; paralelo a ello los elementos circunscritos en la práctica social del Movimiento Leonístico contrasta con las necesidades de la población, no tanto porque la acción del Estado Colombiano y sus organismos generadores de salud no presentan una cobertura amplia que cualifique sus intereses, sino más bien, porque dicha acción es combinada por medio de los mecanismos de presión a través de los organismos de base; el cual se demuestra a través de mecanismos de coordinación entre los programas que desarrollan algunas Acciones Comunales, Comités Cívicos, Sindicatos, Casas de la Cultura y demás movimientos que intercambien ciertos intereses; para nadie es desconocido que dentro de las Acciones Comunales exista una fuerza electoral que a cambio de éste la clase política ejerce presión a las organizaciones del Estado o son aprovechados para que se dé tal acción. Esta situación frente a la cobertura ejercida por el Movimiento Leonístico, es el que determina los factores asistenciales y filantrópicos generados no solo por los Leones, sino también por movimientos provenientes de la Iglesia Católica; la Presbiteriana; los Rotary Club; el Club Kiwani; los Voluntariados de CODAFE; Damas Hebreas; Club Filantrópico Israelita y otros.

- Por qué se da este tipo de acción filantrópica, en coyunturas sociopolíticas que exigen otro tipo de acción social?

- Cuál es la razón fundamental para que persista la acción filantrópica?

En el contexto social de las multiplicidades y en la heterogeneidad de la práctica social, lo que aparece en primera instancia, es la interpretación de la sociedad y de las formas en que se inserta dicha acción, en términos en que

La praxis social enmarcada en las condiciones de estructuras subdesarrolladas, no pueden concebirse en la realidad social actual, a través del filantropismo, en tanto que ésta reviste su antítesis al desarrollo y a la búsqueda de nuevas normas de organización social.³

Este desarrollo de antítesis de la filantropía, el cual es boza Fals Borda, nos conduce a plantear que sus prácticas sociales obedecen al carácter histórico de su movimiento y la forma en que la finalidad social se está generando; de ahí entonces que el concepto arraigado de que en los movimientos elitistas, el desarrollo de la práctica ejerce un servicio a la comunidad, independientemente de que un segmento de la población recibe el servicio, esto no es suficiente para considerar que la práctica filantrópica es una

3

BORDA FALS, Orlando. Como interpretar la Praxis. Ponencia al V Congreso Nacional de Sociología, Medellín, MEMORIA. 1985. P.10

necesidad y que su tránsito es correcto, cuando la infraestructura del Estado es inoperante; desde este punto de vista programático, la acción filantrópica no contribuye a las exigencias de la realidad, y por ende exige un replanteamiento.

La coexistencia de la práctica filantrópica en presencia de otras estructuras, como las desarrolladas por los Movimientos Sindicales-Obrero-Campesino, Casas de la Cultura, Comités Cívicos, Acción Popular, nos explica que en la interioridad del desarrollo de la aprehensión fenomenológica del sujeto, se dan unos saltos cualitativos y cuantitativos que generan una gama simbiótica por la opción a la transformación de la realidad, de ahí entonces que se explique que el hecho que mientras los obreros reclaman reivindicaciones socioeconómicas, un segmento de los sindicalizados hace alianza con la clase Dirigente para mantener la estabilidad laboral; otro hecho significativo, es que mientras las Acciones Comunales reclamen del Estado mayor atención a sus problemas, la clase política se sirve de ellas para aumentar su fuerza electoral; ésto es explicado por Charles Bettelheim en su libro "Desarrollo Social, Fuerzas Contrarias",

En el capitalismo dependiente, surgen formas nuevas de expresión de clase, las alianzas entre de mocrático-sociales y el Sindicalismo Independien

te, la burguesía progresista y grupos Minifundistas, los Obreros y la dirigencia política, tales prácticas sociales son coyunturas, no integradas al resolver la escisión de clases.⁴

Si bien es cierto que el Filantropismo obedece a una práctica social elitista proveniente de los sectores burgueses, sus actividades persisten en la coexistencia de su finalidad, a un afán por presentar elementos de su activismo, pero que en determinado momento no dan respuesta a la coyuntura histórica.

Estas formas coyunturales de práctica social, nos explican de cómo los Movimientos Filantrópicos persisten con sus fuerzas y vocación social, lo interesante de esta práctica se halla en la combinación de factores dinámicos que posibilitan alguna participación de la Comunidad, la cual debe reclamar mediante actividades contempladas en una política social que refleja una mayor dinámica, y no a la espera que el Movimiento decida.

En este sentido, vemos con preocupación de cómo en la Clíni

⁴ BETTELHEIM, Charles. Desarrollo Social, Fuerzas Contrarias. Cuadernos de Pasado y Presente, No.24. México, 1980. P.35.

ca "Roberto Caridi", también se presenta este tipo de escisiones y de combinaciones en su quehacer social, como por ejemplo:

- La Asistencia Médica a un grupo reducido de población Indigente,
- Promoción de Servicios Institucionales; mediante la labor desarrollada por la Escuela de Sordo-mudos, Albergue Infantil y la Escuela agropecuaria de Soledad. Esta característica representa la opción sociopolítica de la práctica filantrópica, es un mero instrumento vocacional hacia los grupos "más necesitados", donde consideran que es un deber y sentir social de todo "buen ciudadano", desde esta perspectiva, el desarrollo social enquistado en la Clínica "Roberto Caridi" es del orden estructural ya que obedece a unos principios y fundamentos de la acción social.

No es entonces que el "ayudar a los demás, servir sin ánimo de interés", es la respuesta filantrópica del Movimiento Leonístico Internacional, a su concepción de la sociedad, que genera una convergencia multifacética y antidualéctica, en virtud, de que las escisiones de clases no son resueltas con formas verticalistas de populismo y de filantropía, tal como lo planteaba Vicente Faleiro en su libro "Trabajo Social Ideología y Método"

La ideología liberal concibe a la sociedad como sistema armónico, en equilibrio y perfecto con un orden natural donde el trabajador social actúa como ajustador a ese sistema a las personas con disfuncionalidades, actuando como elemento neutral en la problemática social y como elemento a-histórico dogmatizado y empírico. Esta Sociedad perfecta como modelo ideológico exige la disminución de los conflictos para que cada uno cumpla su papel y todo permanezca en su equilibrio actual.⁵

El Filantropismo, de alguna manera responde a la vinculación de su práctica con lo que el Estado desarrolla, es decir, ambos se necesitan, en la medida que el Estado, mantiene el "estado de cosas" y la filantropía no deja desarrollar fuerzas opositoras al Estado. En síntesis, la permanencia del equilibrio y la disfuncionalidad de la práctica deja una acción social aislada del contexto real de la problemática social, en especial de los grupos más vulnerables el cual y a partir de ello, se fundamenta el replanteamiento de un diseño de política social que cualifique sus intereses colectivos.

5

FALEIROS, Vicente de Paula. Trabajo Social. Ideología y Método. Humanitas, Buenos Aires, 1974. Pag. 33-34.

2. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINI NICA "ROBERTO CARIDI"

2.1 CLASIFICACION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS

El desarrollo socioeconómico frente a las condiciones sociales de la población y en particular los niveles de salud durante los últimos tres años en el departamento del Atlántico ha estado matizado por un conjunto de políticas y de toma de decisiones por parte de las instituciones oficiales cuyas características son de proyectos interrumpidos y de improvisaciones en el manejo de éstas. Este tipo de participación de las instituciones oficiales hace que las instituciones privadas adquieran una mayor relevancia y por consiguiente un tipo de cobertura bastante aproximado a las necesidades de la comunidad.

La Clínica "Roberto Caridi" que precisamente es una Institución atendida por un movimiento filantrópico y que su especialidad de atención es la otorrinolaringología, presenta unos niveles que merecen ser analizados en tanto que su po

blación presenta unas condiciones socioeconómicas que dependen directamente de la relación ingreso económico y costos de la operación y tratamiento; paralelo a ello existen unos factores al interior de la política que desarrolla la misma institución y que se circunscribe en una estructura de asistencialismo y de un servicio social no planificado. Analicemos entonces, el comportamiento de tales factores.

TABLA 1: PACIENTES ATENDIDOS POR OTORRINOLARINGOLOGIA

Año	Tipo de Enfermedad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
1.986	Otitis	351	9.15	235	6.12	586	15.27
	Otorrea	241	6.28	151	3.93	392	10.21
	Amigdalitis	312	8.13	441	11.50	753	19.63
	Otalgia	313	8.16	312	8.13	625	16.29
	Faringitis	212	5.52	304	7.92	516	13.44
	Tratamiento	430	11.21	533	14.42	963	25.63
Total		1.859	48.47	1.976	51.52	3.835	100.0

FUENTE: Dirección Administrativa de la Clínica "Roberto Caridi", REcopilación de las Autoras basados en los libros de consultas 1986.

De acuerdo a estos datos, durante 1986, la Clínica atendió 3.835 pacientes en Otorrinolaringología, de los cuales el

48.47% fue de sexo masculino y el 51.53% de sexo femenino, siendo éste último el de mayor participación, dado el incremento de "tratamiento" y de "Amigdalitis" representados en el 14.42% y el 11.50% respectivamente.

Si la población atendida durante 1.986 por tipo de enfermedades fue 3835 pacientes sin tener en cuenta las consultas y las operaciones del orden Clínico refleja el carácter de la atención que desarrolla la institución, como es obvio suponer, que para atender este tipo de enfermedades se hace necesario el concurso de unos costos y que independientemente a la relación del ingreso se ejerce el nivel de atención. No existe un indicador matemático elaborado por la Clínica que nos permita encontrar las variaciones en el tipo de atención, sino tan solo el conjunto de datos que aparecen registrados, a pesar de éste el número de pacientes se viene incrementando dada la calidad de atención y la especialidad que ésta desarrolló.

Si analizamos la participación de los pacientes atendidos por Oftalmología durante el mismo período (1986) encontramos los siguientes datos: (Ver Tabla N°2).

La participación de la mujer según tipo de enfermedad por Oftalmología ocupó el 48.51% y los hombres participaron con el 51.48%, pero en el conjunto total el tipo de enfer

medad (hombres y mujeres), la Refracción fue la que mayor participación obtuvo, representada en el 38.28%. No hay unos factores que posibiliten determinar a simple vista la acentuación de agentes que nos determinen la relación interdependiente entre agentes patógenos con medio social, toda vez que su vinculación es del orden clínico y no por las influencias o inconsistencias del medio social, aún cuando se presentan elementos tales como: Ausencia de una

TABLA 2: PACIENTES ATENDIDOS POR OFTALMOLOGIA

año	TIPO de Enfermedad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
1. 9 8 6	Refracción	1613	20.49	1400	17.78	3.013	38.28
	Catarata	733	9.31	822	10.44	1.555	19.75
	Conjuntivitis	365	4.63	394	5.00	795	9.64
	Estrabismo	411	5.22	422	5.36	833	10.58
	Glaucoma	561	7.12	426	5.41	987	12.54
	Cuerpo Extraño.	369	4.68	354	4.49	723	9.18
Total		4.252	51.48	3.818	48.51	7.870	100.0

FUENTE: Dirección Administrativa de la Clínica "Roberto Caridi". Recopilación de las Autoras, basados en los libros de consulta, 1986.

seguridad en algunas actividades ocupacional, ubicados especialmente en el sector informal de la economía; la exposición del trabajador en actividades que requieren mecanismos de prevención y salud ocupacional, como por ejemplo los trabajadores del sector metalmecánico y manufacturero; agentes como el de no acceso a los sistemas de seguridad social especialmente los trabajadores independientes y los trabajadores independientes y los trabajadores por cuenta propia que en su gran mayoría proviene de los estratos populares y de los estratos bajos. Situaciones que ante la no generación de programas de atención en salud con las características de atención de la Clínica "Roberto Caridi", genera unos grados de inconsistencia y de no correspondencia frente a su desarrollo social, por eso el incremento de este tipo de enfermedades que exigen por parte de la Clínica y las instituciones oficiales la correspondencia entre estructura social de la comunidad y la política de asistencia social ejercida por la Institución.

Al comparar el número de pacientes durante 1987* en el nivel de atención Oftalmológica, se habían atendido 9.813, que frente al año inmediatamente anterior, la diferencia

*Solo los datos muestran hasta el mes de Agosto, por disposición de la Directiva.

fue de 1943 pacientes, según mostramos en la tabla siguiente:

TABLA 3: RELACION ENTRE POBLACION ATENDIDA Y DIFERENCIA DE PACIENTES

Población Total	Diferencia (87-86)	Variación %
17.683	1943	10.98%

FUENTE: Tablas No.2 y No.4

Si la diferencia del número de pacientes (9.843 para 1987 menos 7.870 para 1986) es de 1943, es de una muestra de un segmento de población mínima que en el conjunto total de pacientes atendidos durante el 86-87 solo ocupa el 10.98%. VER TABLA 4.

TABLA 4: PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS EN OFTALMOLOGIA
1987.

Meses	Número de Pacientes	%
Enero Febrero	2.309	23.53
Marzo Abril	2.487	25.36
Mayo Junio	2.079	21.18
Julio Agosto	2.938	29.93
Total	9.813	100.0

FUENTE: Dirección Administrativa de la Clínica "ROBERTO
CARIDI", Recopilación de las Autoras, basados en
los libros de consultas.

TABLA 5: PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA. 1987.

MESES	NUMERO DE PACIENTES	%
Enero Febrero	823	19.31
Marzo Abril	989	23.21
Mayo Junio	1164	27.32
Julio Agosto	1284	30.14
Total	4.260	100.0

FUENTE: Dirección Administrativa de la Clínica "Roberto Caridi", Recopilación de las Autoras, basado en los libros de consultas.

Con respecto a la población atendida durante 1.987 en Otorrinolaringología nos indica que su cobertura hasta donde nos señala el dato (Julio-Agosto) se viene ejerciendo una marcada participación de la política institucional, aún cuando se nota que los niveles de atención disminuyen para 1.987 por la aplicación de mecanismos en el incremento de los costos de operación, como también las características en que las enfermedades se vienen presentando debido a la ausencia de una política de servicios especializados por parte de los organismos del Estado el cual refleja una infraestructura en deterioro, reflejada en la no socializa

ción de los recursos humanos, presupuesto deficitarios, improvisación de los programas el cual conduce al ejercicio de una política consecuente donde la comunidad además de no satisfacer sus necesidades no cuentan con la adecuada estructura.

Vemos pues, que la cobertura muy a pesar que los niveles sean de atención especializada, la Clínica proyecta su participación, que frente al nivel económico de sus pacientes y en especial los indigentes, al no tener acceso a los programas ofrecidos, éstos se ven en la imperiosa necesidad de acudir a instituciones de carácter oficial, sin la debida calidad que su enfermedad y tratamiento requiere.

En este sentido el desarrollo de los programas y cobertura en la Clínica "Roberto Caridi", exigen el de unos niveles de carácter programático que definan su proyección en la comunidad.

2.2 CLASIFICACION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS SEGUN NIVEL ECONOMICO EN RELACION CON LOS GASTOS DE OPERACION

Los niveles de atención que genera la Institución llevan implícitamente el desarrollo de los costos que dependen de la adopción de políticas por parte de la misma Institución, donde segmentos de población van a quedar marginados en di

TABLA 8: PARTICIPACION DE LAS PATOLOGIAS EN RELACION AL
NIVEL DE PACIENTES ATENDIDOS

PATOLOGIAS	No.	%
Catarata	223	67.5
Glaucoma	10	3.0
Estrabismo	12	3.6
Amigdalitis	16	4.8
Desprendimiento de Retina	10	3.0
Fractura y Rotura	14	4.2
Infección	15	4.5
Ulcera	11	3.3
Extracción	7	2.12
Quiste	6	1.8
Tumor Ojo Izquierdo	6	1.8
TOTAL	330	100.0

FUENTE: Instrumento de Recolección de Datos, en base a la
Tabla No.7.

Ahora bien según los costos encontrados no podemos establecer que una enfermedad es mucho mayor costosa que otra en los términos en que ésta depende de la relación del nivel de atención y especialización que requiere, sin embargo lo que se infiere es que la composición de éste frente a la tendencia del ingreso en el cual podemos observar que:

- El 63.3% de los pacientes atendidos tienen un ingreso de menos de dos salarios mínimos.
- Esta gran mayoría de población atendida es la que frente al costo de la operación apenas puede cancelar los servicios ofrecidos aún quedando pendiente cierta margen.
- El 19.33% tiene un ingreso de tres a cuatro salarios mínimos que frente a los costos de la operación son los que pueden cancelar dichos niveles de atención en su gran mayoría provienen de los estratos medios de la cobertura de la Clínica.
- El 17.3% cuyos ingresos oscilan en más de cinco salarios mínimos no presentan ningún tipo de problema frente a los costos de la operación por razones obvias. (Ver Tabla N°9).

TABLA 9: NIVEL DE INGRESO DEL PACIENTE ATENDIDO

NIVELES DE INGRESO DE LA POBLACION							
Menos de dos salarios mínimos		De 3 a 4 S.M.		De 5 a más.		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
95	63.3	29	29.33	26	17.3	150	100.0

FUENTE: Datos suministrados por la Tabulación Directa de la encuesta aplicada a pacientes de Consulta y Hospitalización.

Si bien es cierto que por objetivos la Institución desarrolla un tipo de acción social Filantrópica por otro lado las características de la población en más de la mitad de ellos logra adecuar los costos de la operación frente a sus niveles salariales, y aún así queda un gran segmento de población sin poder hacer tal correspondencia es lo que a nivel de práctica social institucional se conoce con el nombre de Servicio Social, en tanto que no hay una vinculación directa con la realidad social de manera planificada y en términos de socialización, de ahí que la Institución en el desarrollo de esa práctica Social no se halle una pauta cualitativa a nivel de intervención profesional del trabajador social ya que éste es sustituido por el conjunto de practicantes que dadas las incongruencias entre el desarrollo de una práctica social científica y planificación del bienestar social se adopta un tipo de función de continuo institucional, es decir, su práctica se vincula al engranaje del servicio social clásico. Lo que hace falta es la definición de unas políticas públicas y privadas de salud donde la intervención profesional de Trabajo Social ahonde las características sociales de la población usuaria con los tipos de servicios que requiere y donde se establezca una participación decisiva de la comunidad.

Si una de las funciones sociales en la institución es precisamente el de generar servicios, luego entonces tenemos

que cuestionar:

Este tipo de práctica Social desde el Movimiento Leonístico, en qué medida cualifica el nivel de atención de sus usuarios?

No podemos significar que la práctica social independiente de su contenido político e ideológico genera los grados de bienestar, aún cuando éstos frente a los programas de acción social, lleven implícita la verticalidad de la política; es por eso entonces que en la Institución "Roberto Caridi" se le exige una correspondencia entre funciones de la política social y la estructura de sus programas y que éstos satisfagan las necesidades de la población usuaria.

2.3 CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES INDIGENTES ATENDIDOS

En el punto anterior analizábamos de cómo el Movimiento Leonístico Internacional genera servicios a través de la Clínica "Roberto Caridi" pero dada la característica de sus principios sociales y filosóficos, se presentan algunos elementos que nos permiten analizar cómo un gran segmento de población atendido no encuentra dicha correspondencia y es precisamente el de la población indigente, que frente a las condiciones socioeconómicas la Clínica solamente responde

con los siguientes elementos:

1. Al mes se realizan tres operaciones máximo e incluso la cuarta.

2. La operación a nivel de costo es sufragado por el médico.

3. La Clínica proporciona los instrumentos quirúrgicos, a excepción de la droga que debe ser costeadada por el paciente. De acuerdo a estos datos suministrados por la dirección de la Clínica, se deduce que no existen unas estrategias que permitan un mayor nivel de atención a este tipo de población, a pesar que por principio del movimiento se hable de "servir a la comunidad"; paralelo a ello esta ausencia de política hacia el indigente es una consecuencia inmediata de la forma en que se maneja la administración en salud bien sean en instituciones oficiales o privadas, que de alguna forma desarrollan un tipo de práctica social que no es más que una forma filantrópica e individual que al decir de Natalio Kisnerman:

Este tipo de política facilita una acción populista que se caracteriza por mantener "funcionales" a los grupos marginales, mediante un simulacro de participación, y de cambio estructural.⁶

⁶KISNERMAN, Natalio. Teoría y Práctica Reconceptualizada del Trabajo Social. Humanitas, Buenos Aires, 1980. p.50.

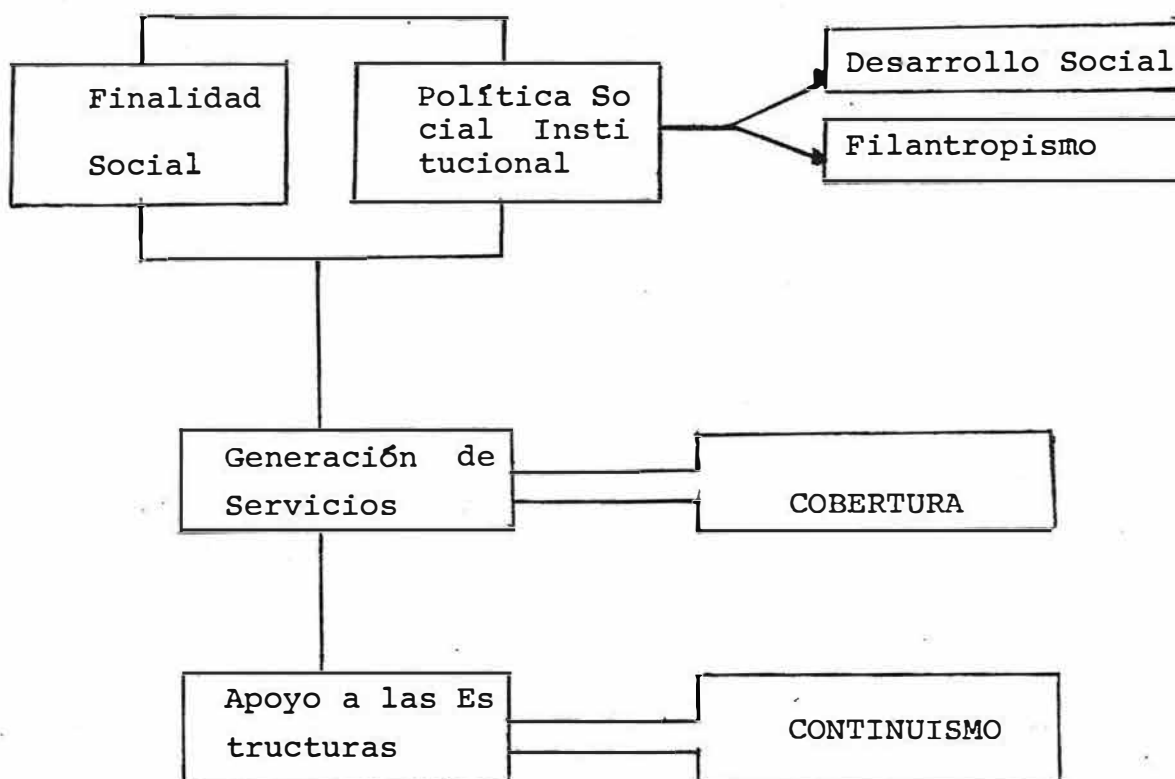
El cual nos permite ahondar que los usuarios indigentes provenientes de los estratos populares en la medida en que reciben el servicio, por parte de la Institución solo establece unos grados de cambio que frente a la práctica social que desarrollo entra en el contexto del servicio social y ende establece una acción funcionalista.

Este tipo de práctica filantrópica institucional debe retomar los elementos concretos provenientes de los grupos usuarios en tanto que debe estar en asocio a las coordenadas socio-históricas y que beneficien tal colectividad, lo que le sugiere una práctica social distinta que transforme la perspectiva "servilista y revanchista" de un asistencialismo que extingue cualquier posición científica a nivel de intervención profesional de Trabajo Social generando para éste la posibilidad y factibilidad de nuevas estrategias a la acción social.

2.4 LIMITACIONES Y EFECTOS DE LA ACCION SOCIAL ANTE EL INDIGENTE

Paralelamente a lo anterior, podemos afirmar que ante la inexistencia de la política frente al indigente, la Clínica y su administración desarrollan unos factores que podemos vislumbrar en el siguiente esquema:

ESQUEMA N° 3:



La finalidad social de la institución independiente de sus objetivos de corte asistencialista genera un tipo de política institucional que es precisamente las dos tendencias yuxtapuestas por un lado la generación del servicio y por otro lado la práctica filantrópica. Estas dos formas de generar servicios constituyen la cobertura que va paralela a los recursos y a la misma estructura en la Institución, que es lo que desarrolla en el conjunto total de la finalidad social el continuismo del servicio social que de

acuerdo a tales características se constituyen en obstáculos siendo éstos:

- La finalidad social de la Institución se halla en relación directa con los fundamentos sociales y filosóficos del Movimiento, el cual no desarrollan una participación comunitaria.
- La política de la Institución depende del carácter filantrópico del Movimiento, generando dos posiciones yuxtapuestas: La del desarrollo social y la del filantropismo como movimiento que se perpetuliza.
- La generación de servicios adquiere la dimensión de una cobertura eficiente con apoyo a las estructuras y lógicamente la respectiva continuidad de la política.

Estos obstáculos frente a la finalidad social de la Institución en lo que respecta a la acción social ejercida por ésta es que mientras no halla criterios de planificación social, estrategias, elementos presupuestales acorde a las necesidades sentidas y una participación comunitaria, no podrá generarse un trabajo social que articule objetivamente y en lo concreto replantear el orden metodológico y programático.

La acción filantrópica ejercerá sus grados, más no participará en el desarrollo y bienestar integral de la Comunidad, ó lo que es igual al decir de Torres Díaz:

Corresponde al Trabajador Social, racionalizar y tecnificar los servicios y recursos de atención primaria, mediante los estudios socioeconómicos los planes de atención a necesidades prioritarias y los proyectos de acción social para atender reivindicaciones sociales o comunales.⁷

Esto significa entonces que el movimiento Leonístico en parte responde a las características de su estructura, implicando una reformación de sus tendencias frente a la cobertura de sus programas.

⁷ TORRES DIAZ, Jorge. Historia de Trabajo Social. Grafitalia, 1985. Pag.341.

3. UBICACION DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCION "ROBERTO CARIDI"

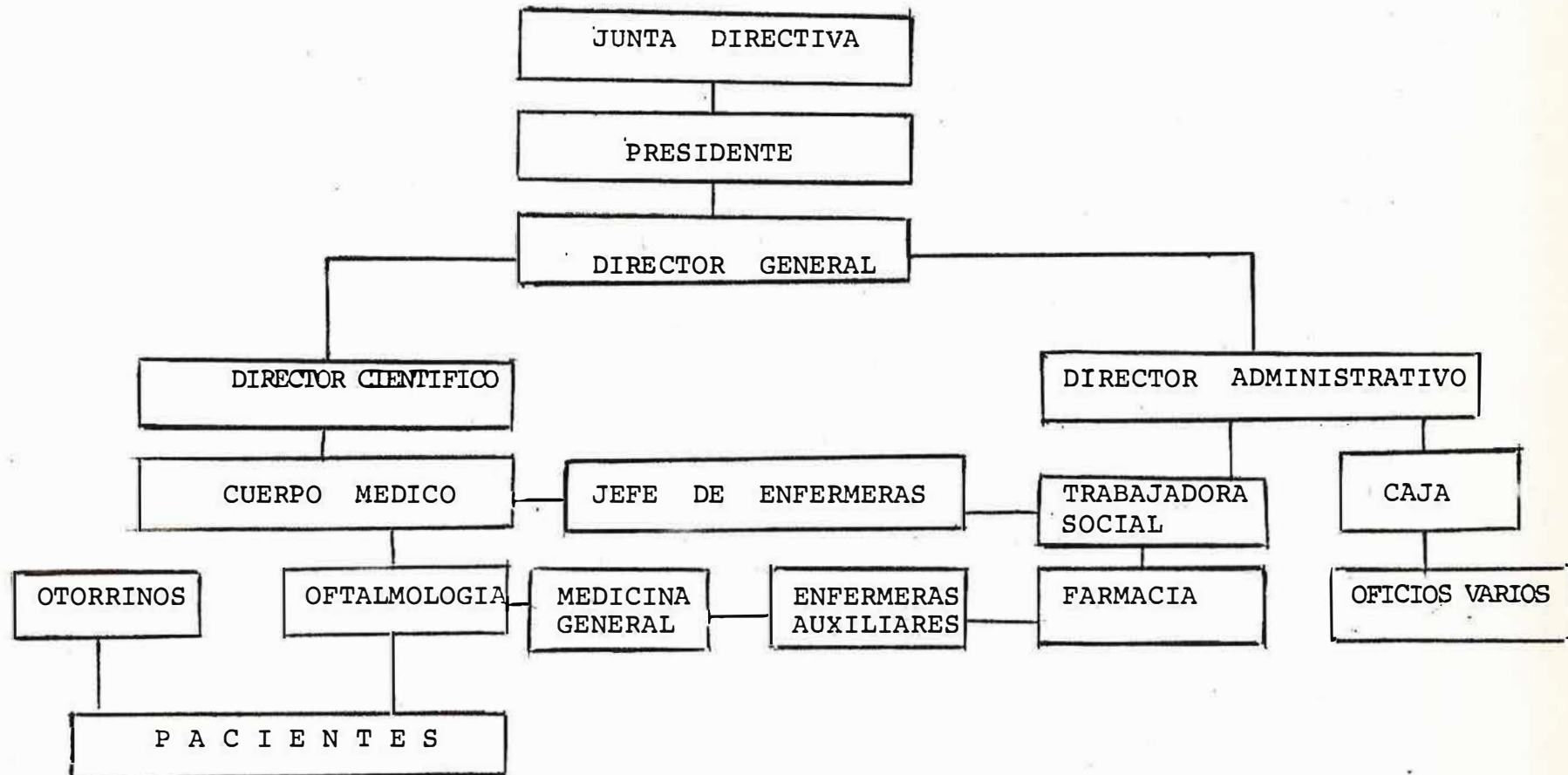
Trabajo Social en el campo de la salud no solo interviene en los aspectos regionales, locales o nacionales de acuerdo al tipo de institución, sino también en la formulación de proyectos de participación, comunitaria de la misma manera que ha sido el campo de mayor preocupación en las investigaciones llevadas a cabo, lo que ha significado para la misma disciplina la presentación de políticas, de programas que de alguna manera satisfacen sus usuarios.

La intervención de Trabajo Social en ésta Institución de carácter filantrópico administrado por el Club de Leones no solo se centraría en funciones de carácter interno sino que en lo fundamental en proyectos de participación comunitaria donde la población Indigente tenga mayor acceso a los servicios prestados.

Esta intervención de Trabajo Social exige un tipo de características que logren armonizar con la tendencia de la población usuaria como lo es también las condiciones del Bie

ORGANIGRAMA

CLINICA OFTALMOLOGICA "ROBERTO CARIDI"



nestar Social.

3.1 CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL

En la Clínica "Roberto Caridi" en lo que se refiere a la intervención del profesional tenemos que partir de los principios sociales y filosóficos que se gestan al interior del Movimiento Leonístico en la medida en que no se pueden adoptar unos proyectos de orden institucional o el desarrollo de unas actividades del orden intersectorial que armonicen con unas políticas de desarrollo sin que antes no halla una adecuación entre los objetivos de la institución con el tipo de programa que exige la cobertura; también hay que anotar que dicha intervención debe estar acorde a unos mecanismos donde los resultados de la acción a ejercer promuevan y canalicen la participación comunitaria, de ahí entonces que los grados que se establezcan fundamenten cualitativamente las tendencias de la acción social en la cobertura que de acuerdo a los objetivos de la Institución tales características son:

1. Normatizar el modelo operativo de Trabajo Social en la Clínica "Roberto Caridi".

2. Investigar las necesidades y recursos que se presentan en la cobertura atendida y que ésta corresponda a una parti

cipación democrática.

3. Establecer el mecanismo administrativo entre las instancias jerárquicas.

4. Coordinar acciones de educación, promoción organización y participación social en programas específicos tales como: medicina preventiva, salud ocupacional y bienestar social a la comunidad.

5. Diseñar los diferentes registros estadísticos y los de evaluación para las acciones programáticas de Trabajo Social.

6. Diversificar las acciones interinstitucionales de carácter oficial en relación a la cualificación de la cobertura.

Estas características que son del orden general pero que frente a los principios del movimiento leonístico éstas se armonizan entre sí, para poder ejercer sistemáticamente los proyectos de la intervención de Trabajo Social. No sin antes aclarar que la relación de acción social y filantropía social mediatizada por el Trabajo Social científico, generaría las condiciones particulares en los términos en que dicha práctica social además de ser planificada es una acción totalizadora el cual desarrollaría en forma congruente los

niveles de la realidad.

3.2 FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN LA CLINICA ROBERTO CARIDI

Según se ha establecido en las características definidas en el punto anterior, las funciones a desarrollar por parte del profesional están dadas en el orden de los niveles siguientes:

1. Nivel de investigación en la cobertura
2. Nivel de participación social de los usuarios en la definición de políticas.

En lo que respecta al primer nivel las funciones a desarrollar son las siguientes:

- Función Preventiva
 - Función Promocional
 - Función Rehabilitadora
 - Función Planificadora
-

Estas funciones establecen que el trabajador social en los programas a desarrollar en dicha Clínica atenderá las necesidades de los usuarios y el surgimiento de problemáticas que se adecúan en las distintas instituciones de carácter oficial y privado, en la medida en que no hay una relación entre los niveles de costos de operación con los ingresos salariales de los grupos más vulnerables en la población atendida.

Si bien es cierto que en base a las estrategias de la intervención le corresponde al trabajador social implementar los diversos recursos con que cuenta la Institución para cualificar la cobertura y en forma seguida especificar la planificación de los grados en que la cobertura va cualificándose o va agudizándose.

Una vez diseñado ese conjunto de estrategias, el trabajador social ejercerá función de coordinación en la racionalización de la infraestructura de la Clínica "Roberto Caridi". Quiere decir entonces que las funciones del nivel de investigación de la cobertura es la correspondencia entre los objetivos iniciales de la Institución con las perspectivas del incremento y cualificación de las políticas ejercidas.

Las funciones de Trabajo Social en el nivel de participación social de los usuarios en la definición de políticas



lo constituyen las funciones tales como diseñadoras de políticas sociales, función de evaluadora de servicios y la función socializadora, en lo que respecta a estas funciones le corresponde al trabajador social de la Clínica "Roberto Caridi" elaborar las directrices que orientan la prestación de servicios tanto a nivel institucional como comunitario. La cobertura a cualificarse está en función directa con los proyectos a desarrollar y en lo esencial ejerciendo una extensión de tales servicios especialmente en los grupos más vulnerables. No podemos perder de vista que tanto las funciones de orden de investigación en la cobertura como la efectividad de la participación social está intervenida mediante la racionalización de los recursos y de igual forma la generalización de unas actividades que respondan a las necesidades de la colectividad, por eso entonces afirmamos que los dos niveles de intervención a partir de las funciones presentan los grados de una intervención que estaría de terminada por la evaluación permanente de tales servicios.

3.3 POLITICA DE BIENESTAR SOCIAL APLICADA EN LA CLINICA "ROBERTO CARIDI"

Continuando las características de las funciones planteadas en esta Institución y para que éste proceso esté acompañado de condiciones concretas se hace necesario la concreción de unos lineamientos del ejercicio de esa política

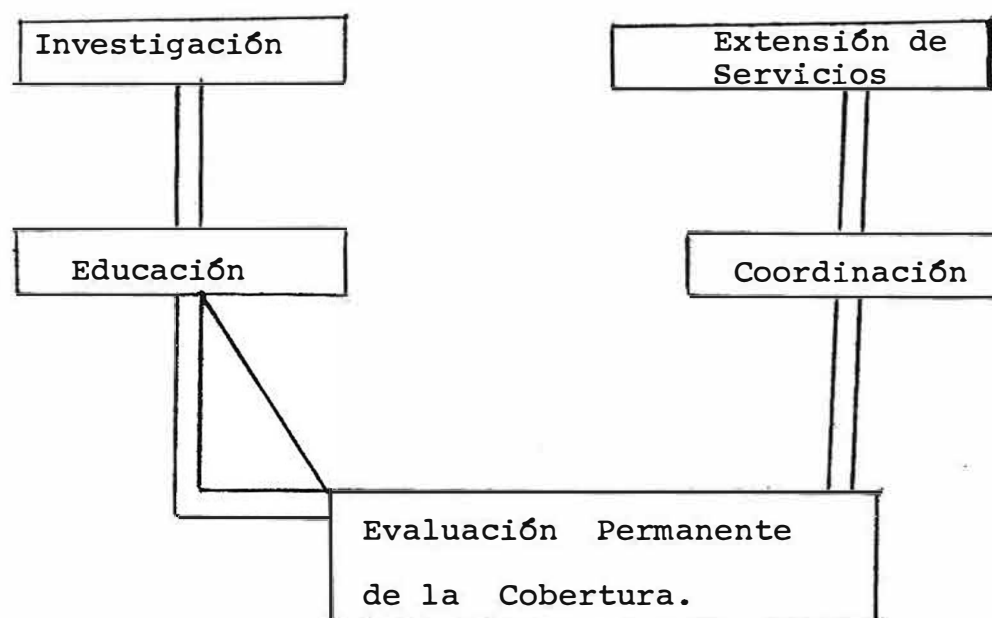
que podemos clasificar en el siguiente orden:

1. Carácter de investigación comunitaria
2. Proyectos de extensión de servicios
3. Acciones de educación y coordinación institucional
4. Evaluación permanente de la cobertura hacia la población indigente.

Estos lineamientos se hallan enmarcados bajo la obtetiviza ción de que la acción filantrópica no puede quedarse relegada ante las características históricas de la población usuaria, sobre todo en condiciones en que la población indigente al no tener acceso a los servicios especializados tanto de parte de las entidades oficiales como privadas la participación del trabajador social conduciría al replanteamiento de tal acción en el sentido de que éstos deben ser partícipes al máximo del nuevo orden social y es por eso entonces que los lineamientos de la intervención se fundamentan por ejercer la extensión de servicios tal como se presenta en el siguiente esquema:



ESQUEMA N° 4:



En este esquema la relación entre investigación y extensión de servicios están confrontados entre educación y coordinación el cual posibilita el desarrollo de una evaluación permanente de la cobertura, ésto significa que en su desarrollo los lineamientos de trabajo social bajo estas características coadyuvan a la generalización de los servicios fundamentándose en el diseño de la política social que en última instancia forman los proyectos a desarrollar, proyectos que son del orden creativo y de adaptación a los principios sociales del movimiento leonístico.

Los lineamientos de la intervención son ante todo características de las estrategias el cual ha de fundamentarse en la participación social de los usuarios especialmente los indigentes.

3.4 PROYECTOS

Estos proyectos de intervención de Trabajo Social de acuerdo a la confrontación entre los principios sociales del movimiento frente a las condiciones de la población usuaria nos explican de cómo la estructura social genera los grados cualitativos cuyos proyectos son:

- Investigación en Salud
- Extensión de servicios, y
- Participación de la comunidad en salud

En el conjunto total de las actividades de estos proyectos la intervención de Trabajo Social se reflejan en (actividades en su orden de proyectos):

- Entrevista a los miembros de la comunidad
- Investigar el nivel socioeconómico de la comunidad



- Sondeo de opinión a las personas que han recibido el servicio en la Institución.
- Conocer la frecuencia de morbilidad en la población investigada.
- Charlas preventivas en las comunidades con mayor Ingreso.
- Brigadas de Salud
- Divulgación de los servicios a través de canales de comunicación.
- Promocionar los servicios de la Clínica "Roberto Caridi"
- Charlas especializadas a los miembros de la comunidad
- Organización de grupos para conformación de Comités en Salud.

Estas actividades de acuerdo a los principios del movimiento leonístico internacional nos posibilitan el ejercicio de la puesta en práctica del proceso de sociogestión en la medida que ésta satisface las necesidades fundamentales de la Clínica "Roberto Caridi" fundamentalmente el segmento

de la población indigente para poder eliminar los estados carenciales y diferenciales de la población.

Corresponde al Trabajador Social en el conjunto total de la estructura la objetivización y concreción de proyectos diseño de políticas y cualificación de todos los servicios que implica.



NOMBRE DEL PROYECTO	JUSTIFICACION	ACTIVIDADES
INVESTIGACION EN SALUD	Realizar investigaciones en la comunidad con sus respectivas características tanto sociales como económicas, que inciden en los niveles de salud especialmente las enfermedades de los "órganos de los sentidos", para conocer si la población necesitada tiene acceso a los servicios de salud que presta la Institución. De la misma manera obtener el grado de participación de la comunidad en los diferentes programas de la Institución.	- Entrevista a los miembros de la comunidad. - Investigar el nivel socio económico de la ciudad. - Sondeo de opinión a las personas que han recibido el servicio en la Institución. - Conocer la frecuencia de morbilidad en la población investigada.

NOMBRE DEL PROYECTO	JUSTIFICACION	ACTIVIDADES
EXTENSION DE SERVICIOS - Educación en Salud - Población Indigente. - Promoción de Servicios.	Es importante que se proyecten los servicios que la Clínica "Roberto Caridi" presta para que las poblaciones más vulnerables tengan acceso a ellas, para esto se hace necesario la promoción de los servicios. Al mismo tiempo las comunidades puedan participar en los servicios que la Clínica presta, ampliando la cobertura de los servicios que brinda la Institución, para esta participación se requiere una educación social y organización de la comunidad en donde estas personas indigentes logren obtener una atención médica especializada y alcanzar un Bienestar Social en Salud.	- Charlas preventivas en las comunidades con mayor Ingreso. - Brigadas de Salud - Divulgación de los Servicios a través de canales de comunicación.

NOMBRE DEL PROYECTO	JUSTIFICACION	ACTIVIDADES
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD	Se hace necesario que Trabajo Social establezca unos mecanismos donde se dé la participación de la comunidad para que se organice y al mismo tiempo brindarles una educación social a los miembros de la comunidad de tal manera que no sean agentes pasivos en la participación de los programas de salud establecidos por la Clínica "Roberto Caridi"	- Promocionar los servicios de la Clínica "Roberto Caridi". - Charlas especializadas a los miembros de la comunidad. - Motivar la participación de los miembros de la comunidad. - Organización de grupos para conformación de Comités en Salud.

RECOMENDACIONES

Nos permitimos anotar unas series de recomendaciones que llevan implícitas una gama de sugerencias que conllevan a la superación de limitantes que se presentan a nivel de la profesión de Trabajo Social desde un punto de vista Universitario Egresado e Institucional.

El estudiante de Trabajo Social; además de las bases teóricas y de la práctica, debe implementar en una forma dinámica una participación en el desarrollo de talleres de formación profesional, foros, conferencias y paneles, que ayuden a gestar y promover la profesión, de manera particular lo relacionado a la conjugación entre una práctica de Trabajo Social asistencialista y una práctica de Trabajo Social dinámica y participante bajo unos lineamientos.

Se recomienda que en la práctica de Trabajo Social en salud se sistematice las experiencias y se proyecten brigadas de promoción de los servicios especializados, de manera especial la población indigente.

Recomendamos que a la disciplina de Trabajo Social se le implementen estrategias que viabilicen el proceso de socialización en lo que se refiere a una mayor presencia en la comunidad por parte de la Institución.

Se recomienda establecer una serie de programas y proyectos encaminados al beneficio de los grupos más vulnerables, teniendo en cuenta la creación de un esquema de atención en salud.

CONCLUSIONES

El Trabajo Social en el sector Salud se ha caracterizado por la definición de proyectos que exigen la elaboración conjunta no solo de funciones, sino del carácter asociativo de las estrategias y de los canales que viabilicen su práctica social.

Por ser los servicios ofrecidos generados a partir de una institución cuyos principios dependen de la acción filantrópica. La intervención de Trabajo Social se proyecta sobre la base de acciones planificadas que concuerden con la realidad social de la cobertura, para lo cual presentamos las siguientes conclusiones.

El desarrollo socio-económico frente a las condiciones sociales de la población y en particular los niveles de salud durante los tres últimos años en el Departamento del Atlántico ha estado matizado por un conjunto de políticas y tomas de decisiones por parte de las instituciones oficiales cuyas características de proyectos interrumpidos y de improvisaciones en el manejo de éstas incidiendo con esto a que

las instituciones privadas adquirieran una mayor relevancia y por consiguiente un tipo de coberturas bastante aproximada a las necesidades de la comunidad siendo la práctica filantrópica una acción que no corresponde a las coyuntura actuales, ya que las actividades desarrolladas producen mayor grado de dependencia frente a cualquier proceso de transformación a la realidad en la medida en que las actividades son planificadas por los miembros filantrópicos que ven en los beneficiados sujetos receptores y pasivos que en ningún momento posibilitan una organización de la comunidad, elemento que es contrario a la dinámica social.

La intervención de Trabajo Social estaría dada en el diseño de políticas y programas que de alguna manera satisfacen las necesidades de los usuarios, la participación del Trabajador Social en la institución de carácter filantrópico no se centraría en funciones internas, sino en lo fundamental en proyectos de participación comunitaria donde la población indigente tenga mayor acceso a los servicios prestados por la institución.



BIBLIOGRAFIA

ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social.

BETTELHEIM, Charles. Desarrollo Social, Fuerzas contrarias
cuadernos de pasado y presente. No.24. México, 1980.
P.35.

BORDA FALS, Orlando. Cómo interpretar la Praxis. Ponencia
al V Congreso Nacional de Sociología. Medellín, Memo
rias. 1985. P.10.

COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. División sa
lud. Diagnóstico de la Salud en Colombia. 1964-1971.

FALEIROS, Vicente de Paula. Trabajo Social. Ideología y
métodos, Buenos Aires, 1974. pags.33-34.

GILHODES, Pierre. Las luchas Agrarias en Colombia. 2a.
ed. Medellín, 1974, pág.54-55.

KISNERMAN, Natalio. TEoría y Práctica Reconceptualizada

del Trabajo Social. Humanitas, Buenos Aires, 1980.
P.50.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. Salud para todos en
el año 2.000. Estrategias documento oficial No. 173,
1980.

OSORIO, Carlos. Guía para la elaboración de informes.

SANTA MARIA, Alberto. El Trabajo Social en Salud. Modelo
de Intervención.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Sección de Traba
jo Social. Medellín, Octubre 1981.

TORRES DIAZ, Jorge. Historia del Trabajo Social. Grafita
lia, Barranquilla-Colombia. 1985.

TREJOS, Julio León. "Filosofía de la Salud Pública". Es
cuela Nacional de Salud Pública.

VAUGHAN, Daniel y TAYLOR, Asbury. Oftalmología General.
6a. ed. Editorial El Manual Moderno, S.A. año 1982.

VILLEGAS B, Fabio. Ricos y Pobres. Los límites de la Pro
piedad Privada. Ediciones Tercer Mundo.

A N E X O S

CLUB DE LEONES DE BARRANQUILLA

"MONARCA"

CLINICA "ROBERTO CARIDI"

OTALMOLOGIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA



Historia No.

Fecha

Apellidos

Nombre

Sexo

Lugar

Fecha de nacimiento

Procedencia

Dirección

Teléfono

Estado Civil

Edad

Profesión

Motivo de consulta - Enfermedad actual