

2013

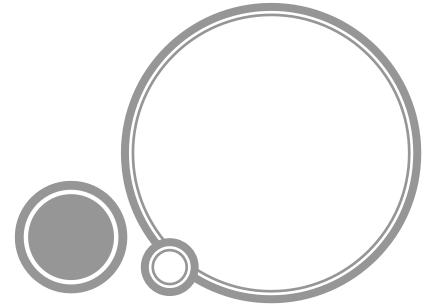
La actuación profesional en el caso de atención primaria de la salud, en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.), de la ciudad de Mar del Plata en el período junio/diciembre de 2007.

Gutiérrez, Jorgelina

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/118>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL



TESIS DE GRADO

TEMA: “TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD”

“LA ACTUACIÓN PROFESIONAL EN EL CASO DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA SALUD, EN EL INSTITUTO RÓMULO ETCHEVERRY DE
MATERNIDAD E INFANCIA (I.R.E.M.I.), DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA
EN EL PERÍODO JUNIO/DICIEMBRE DE 2007”

AUTORA: GUTIÉRREZ JORGELINA.

MATRÍCULA: 7029/02

DIRECTORA: LIC. EN SERVICIO SOCIAL, ÁLVAREZ MARÍA CRISTINA.

CO-DIRECTORA: LIC. EN SERVICIO SOCIAL, GARCÍA CAROLINA.

Mar del Plata, Mayo de 2013



INDICE

Introducción.....	1
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
PRIMERA PARTE	
Marco conceptual referencial.....	5
I. Sistematización de la práctica profesional.....	5
II. Metodología.....	8
III. Actuación profesional y pensamiento complejo.....	13
IV. Ciudadanía y políticas sociales.....	15
V. Los Derechos Humanos, el Trabajo Social y la Salud.....	17
VI. Institución.....	19
VII. Salud / Salud Pública / CAPS.....	22
VIII. Atención Primaria de la Salud. Niveles de prevención. Promoción..	27
IX. Interdisciplinariedad.....	29
X. Caja de herramientas.....	30
SEGUNDA PARTE	
Marco contextual. La experiencia.	32
I. Ubicación de la experiencia.....	32
II. Contexto.....	33
III. El proceso de aprendizaje y sus momentos.....	35
1) Inserción:.....	35
➤ Encuadre institucional - Descripción de la institución.....	36
a) Datos de base de la institución.....	36
b) Origen de la institución.....	37
c) Estructura y organización de la institución.....	39
d) La demanda en la institución.....	41
➤ Descripción del Servicio Social	43
a) Datos de base.....	43
b) Objetivos del Servicio Social y actuación profesional..	44
c) Estructura y organización del Servicio Social.....	45
d) La demanda del Servicio Social.....	46
2) Primeras deconstrucciones:	49



➤ El Plan del lactante y el preescolar:.....	50
a) Datos de base.....	50
b) Propósitos y objetivos generales del programa. Objetivos específicos del servicio social.....	51
c) Estructura y organización.....	52
d) La demanda.....	54
➤ El Plan de la embarazada:.....	54
a) Datos de base.....	54
b) Objetivos generales del programa y específicos del servicio social.....	56
c) Estructura y organización.....	58
d) La demanda.....	59
➤ El programa de salud sexual y procreación responsable..	60
a) Datos de base.....	60
b) Objetivos generales del programa y específicos del servicio social.....	61
c) Estructura y organización.....	62
d) La demanda.....	64
3) Comprensión y reconstrucción (Actuación profesional).....	65
Abordaje institucional de dos problemáticas:.....	67
➤ 1° SITUACIÓN DE ANÁLISIS: Embarazo de riesgo por sobrepeso.....	68
➤ 2° SITUACIÓN DE ANÁLISIS: Familia con indicadores de riesgo socio-sanitario.....	75
4) Evaluación del proceso de aprendizaje.....	82
CONCLUSIONES.....	86
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	89
ANEXOS.....	91



Introducción



El presente trabajo se propone realizar la sistematización de la práctica institucional realizada por una estudiante de la Lic. en Servicio Social, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el marco de la cátedra Supervisión.

La práctica se desarrolla entre los meses de junio y diciembre de 2007 en el Centro de Atención Primaria de la Salud, “Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia” (I.R.E.M.I.), ubicado en la zona céntrica la ciudad de Mar del Plata, en la calle San Martín N° 3.752.

El propósito que guía el trabajo es conocer el campo de la salud como ámbito de desarrollo del Trabajo Social, caracterizar la institución a fin de comprender el funcionamiento de la misma, y analizar la modalidad de actuación del trabajador social para comprender la especificidad de la profesión.

Durante el mencionado proceso la estudiante atraviesa a nivel personal distintas etapas, asumiendo un rol diferente en cada una de ellas; primero un rol de observadora, luego observadora participante, y por último dirigiendo entrevistas individuales con acompañamiento de un profesional.

Todo esto permite realizar una aproximación a la profesión, conocer la especificidad de la actuación del trabajador social en la atención de la demanda individual familiar en el primer nivel de atención de la salud, las características específicas de la misma y el trabajo grupal con la coordinación de talleres.

En el trabajo se caracteriza el contexto institucional en que se desarrolla la experiencia, se describen los recursos institucionales, el tipo de población atendida, los planes y programas en que actúa el Servicio Social (“Plan del Lactante y control del niño sano”, “Plan de la Embarazada” y “Programa de Salud Sexual y Reproductiva”) la forma de implementación de los mismos, sus alcances y limitaciones.

Además, se describe el equipo técnico-profesional interviniente y la forma de trabajo en la ejecución de cada uno de los programas y planes; por último se plantean diferentes conclusiones relacionadas con el Trabajo Social en Atención Primaria de la Salud a partir de los resultados o evaluaciones realizadas finalizada la experiencia.

En relación a los antecedentes del tema, luego de realizar una investigación bibliográfica, se observa que existen una serie de trabajos previos, experiencias sistematizadas, relacionadas con la actuación en lo social desde el campo de la salud, y específicamente en el ámbito de Atención Primaria de la Salud.

Se puede citar el trabajo “Entre soles y estrellas”, presentado por los trabajadores sociales Carlos Grittini y Mercedes Cristófol y la psicóloga Soledad Estebanez. El mismo tiene como objetivo exponer una experiencia interdisciplinaria llevada a cabo por dos trabajadores sociales, tres psicólogas y dos médicos, en atención primaria de la salud, basada en la prevención y promoción de salud mental. La experiencia se desarrolla a partir de un abordaje grupal con las madres de los niños concurrentes a un “merendero” del barrio de Boedo, que funciona en las instalaciones del buffet del Club Social y Deportivo “Estrella de Boedo” (Buenos Aires, Argentina).

También se puede mencionar el trabajo “La salud y el juego” que da cuenta de un proyecto de jugoteca destinado a los niños del barrio de Villa 15 y Núcleo Habitacional Transitorio de Capital Federal (Buenos Aires, Argentina). El mismo es llevado a cabo por miembros del equipo profesional del Centro de Salud y Acción Comunitaria N°5, perteneciente al Área Programática del Hospital D.F. Santojanni, del Servicio Social Zonal N°8 y del Centro de Acción Familiar N°8. Esta publicación está a cargo de las Licenciadas en Trabajo Social Débora Boyadjian y Silvia Marcecca y la Licenciada en Psicología Edith Ravicovich. En el mismo se describe y analiza el proceso de formación de la jugoteca, se indaga el espacio de juego en sí mismo, el devenir del proceso grupal, y se concluye que el juego es indispensable para la salud de los niños. La experiencia resulta una forma de trabajo innovadora en el ámbito de la salud, ya que el juego deviene en una estrategia que permite la concreción de los objetivos profesionales de Prevención, Promoción y Protección de la Salud, según sus autores.

“Una experiencia de trabajo en salud sexual y reproductiva en el Bajo Flores”, “Procesos comunitarios que reproducen salud”, constituye otro de los trabajos de sistematización de experiencias en Atención Primaria de la Salud. El mismo está elaborado por las trabajadoras sociales María de los Ángeles Delgado, María Lorena Gargiulo y María Eva Mendes, los médicos Esteban Alicio y Mariano Rubinstein y por el psicólogo Aldo Pagliari. El trabajo transmite un proyecto de salud reproductiva con abordaje comunitario en la villa del Bajo Flores desde los Centros de Salud N°19 y N°20, llevado a cabo desde agosto del año 2000, que se propone facilitar el

acceso de la población a los efectores de salud en pro de disminuir la morbimortalidad de las mujeres en edad fértil del área programática de los mencionados Centros de Salud, y fortalecer y potenciar prácticas enriquecedoras para la vida comunitaria.

Se puede mencionar también que en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.), existe un Diagnóstico Comunitario elaborado en el año 2006 por el Servicio Social, donde se describen los límites del área programática, los barrios y las instituciones relevantes incluidas en la misma, y datos de población: se caracteriza la demanda teniendo en cuenta aspectos habitacionales, económicos y sanitarios. Además, el informe establece los motivos de consulta más frecuentes de la institución durante el año 2005.

Se considera que no es tarea fácil el análisis de una experiencia porque conocer la realidad, las personas, una institución, es algo complejo y multifacético. La sistematización intenta desarrollar un método complejo de pensar la experiencia humana, en este caso la actuación del trabajador social en un centro de atención primaria de la salud.

Objetivo general

- Sistematizar la práctica pre-profesional realizada en el Centro de Atención Primaria de la Salud, Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, en el período junio-diciembre de 2007, para comprender la especificidad de la actuación profesional del Trabajo Social en el campo de la salud.

Objetivos específicos

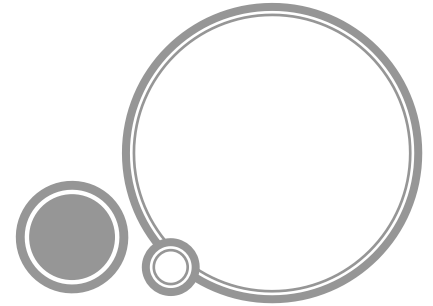
- Conocer la historia, formación y modalidad de trabajo de la institución para entender el funcionamiento actual de la misma y el espacio donde se inscribe el trabajo social.
- Analizar el rol de distintos profesionales que intervienen en la implementación de diferentes programas y planes, para determinar la modalidad de trabajo predominante que hay en la institución.

- Describir los programas y planes en los cuales interviene el trabajador social y la forma de implementación de los mismos, a fin de comprender la especificidad de la actuación social en el nivel primario de atención de la salud.
- Caracterizar la población que asiste al centro de salud para conocer el tipo de demanda.
- Conocer la actuación del trabajador social en la atención individual-familiar.

El trabajo se articula en dos partes: en la primera de ellas, el marco conceptual, se expone el marco teórico referencial que sustenta esta sistematización, y en la segunda parte se describe el marco contextual, la experiencia. Por último se presentan conclusiones finales.

PRIMERA PARTE

Marco conceptual referencial



I.

Sistematización de la práctica profesional

A partir de la exploración de bibliografía referida al tema “sistematización” se puede afirmar que la práctica de la sistematización no ha logrado aún una fundamentación teórica sólida, y que una de las dificultades más frecuentes que surgen a la hora de precisar específicamente en qué consiste, es la indefinición de fronteras y zonas comunes entre ésta, la evaluación y la investigación social.

Antonio Sandoval Ávila, expone que: “La sistematización se centra en la dinámica de los procesos. La evaluación pone más énfasis en los resultados. El propósito de la evaluación no es realizar una interpretación de la lógica del proceso vivido, sino fundamentalmente medir los resultados obtenidos por las prácticas, confrontándolas con el diagnóstico inicial y los objetivos y metas que se habían propuesto.

Al igual que la sistematización, la evaluación debe llegar a conclusiones prácticas, y ambas deben retroalimentarse mutuamente con el fin de confluir en su propósito común: mejorar los trabajos que se hacen.” (Sandoval Ávila, 2001: 113).

Sistematizar el proceso de la práctica permite evaluar pero, además, permite producir conocimientos. Si bien son complementarias, mientras una organiza la información que se va construyendo en la apropiación del objeto de trabajo, la otra valoriza y cuestiona el cómo se fue desarrollando el proceso de la práctica, desde la situación inicial a la situación alcanzada, vinculando objetivos con los procesos de transformación logrados. La evaluación como proceso permanente genera ajustes en la intervención; la sistematización los genera sobre la interpretación global; pero ambas coinciden en abrir la posibilidad de reflexionar sobre la práctica.

En cuanto a la investigación social, ésta permite una comprensión de las determinaciones más profundas y esenciales de la realidad histórica social. Enriquece la interpretación de la práctica directa que realiza la sistematización con nuevos elementos teóricos.

Según Natalio Kisnerman la sistematización es el “...procedimiento y conjunto de operaciones que ordena, describe, articula y recupera el desarrollo de una

experiencia práctica, conectando los datos empíricos y los significados que en ella se obtienen con un enfoque holístico. Es la reconstrucción de la práctica desde su registro.” (Kisnerman, 1999: 83).

Sistematizar las prácticas de los trabajadores sociales permite recuperar de manera ordenada lo que ya se sabe sobre ellas, descubrir nuevas cuestiones y develar aquellas que aún no se sabía que ya se sabían.

La sistematización es: “...una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y porque lo han hecho de ese modo.” (Sandoval Ávila, 2001: 116).

Como ya se ha dicho, la sistematización es un esfuerzo analítico. Sistematizar implica intentar mirar la práctica con cierta distancia, reflexionarla, hacerle preguntas, sin dar por obvias las actividades cotidianas. Se intenta distinguir, a nivel teórico, lo que en la práctica se da sin distinciones dentro de un todo. La sistematización busca las relaciones que hay en lo que se ha hecho.

El ordenamiento que implica una sistematización se lleva a cabo de acuerdo a determinadas categorías o criterios, dado que la práctica siempre es más amplia de lo que se sistematiza. El sistematizador, desde una actitud investigativa, debe focalizar su atención en lo que se desea realmente conocer. El objetivo puede ser tanto un tema como el proceso cumplido en una práctica. En este caso, se sistematiza la práctica pre profesional en el Centro de Atención Primaria de la Salud, Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.), para comprender la especificidad de la actuación profesional del Trabajo Social en el campo de la salud.

Oscar Jara, expone que se puede concebir a la sistematización de dos maneras: como sistematización de datos, de información y como sistematización de experiencias. Según el autor, el significado más usado comúnmente es el primero, que hace referencia al ordenamiento y clasificación de datos e informaciones, posibilitando la constitución de bases de datos organizados. La segunda opción, es más compleja y menos común ya que se trata de ir más allá, de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores.

En la sistematización de experiencias, según Jara “...partimos de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos

objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso, para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de nuestra propia práctica. El dilema está en no quedarnos sólo en la reconstrucción de lo que sucede sino pasar a realizar una **interpretación crítica.**" (Jara, 2001: 2).

De acuerdo a lo expuesto, la sistematización se constituye en un medio indispensable para producir conocimientos a través del seguimiento y la reflexión sobre lo realizado en la práctica, permitiendo así perfeccionar futuros proyectos de actuación. Posibilita comprender cómo se desarrolló la práctica, por qué se dio de esa manera y no de otra; cuáles fueron los cambios que se produjeron; la relación entre las distintas etapas del proceso; qué elementos han sido más determinantes que otros y por qué; posibilita entender la lógica de las relaciones y contradicciones entre los distintos elementos, ubicando coherencias e incoherencias. Ayuda a entender cómo se llegó al momento en que se está para comprender mejor el presente, a ubicar las contradicciones y los desafíos, a obtener conclusiones para mejorar las prácticas.

Teniendo en cuenta los aportes de Oscar Jara y Antonio Sandoval Ávila se puede enunciar que la sistematización sirve para aportar a la reflexión teórica y a la construcción de teoría conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas. La práctica, constituye una fuente para aportar elementos no tomados en cuenta por las ciencias sociales que normalmente privilegian el conocimiento de lo general.

Hay muchas propuestas para sistematizar la práctica que no son recetarios sino "propuestas", las cuales deben apropiarse con una actitud abierta, crítica y reflexiva, acerca de la oportunidad y pertinencia de su utilización; hay que transitar de ésta mirada analítica a la práctica indagadora, a su uso creativo, que permita transformarla en un esquema de acción propio.

La propuesta metodológica que hace Antonio Sandoval Ávila para sistematizar la práctica profesional del trabajo social incluye: justificación; objetivos; descripción de la práctica y elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida; interpretación crítica de la práctica reconstruida; conclusiones; prospectiva; y por último socialización.

El autor aclara, en relación a la misma, que lejos de crear normatividad, debemos tener una actitud abierta, flexible y crítica que lleve a que cada uno formule una combinatoria de elementos conformando así su propio "paquete técnico".

II.

Metodología

Según Olga Lucía Vélez Restrepo, toda acción está respaldada por una concepción y en la selección de determinadas estrategias de actuación profesional están comprometidas las nociones, imágenes y representaciones que se tienen sobre lo social y el Trabajo Social en un momento dado.

Se considera oportuno citar algunos de los aportes que realiza la autora en relación a la metodología:

“La metodología regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen...”

La metodología es una dinámica relación entre acción y reflexión, la multiplicidad de relaciones lógicas que conforman una realidad social específica sólo puede ser comprendida con el apoyo de la teoría. El binomio teoría/metodología orienta el quehacer profesional validándolo, superando el nivel de lo empírico...visualizando las múltiples vías de aproximación al mismo y estableciendo determinaciones esenciales, actividades y tareas...

Además de las precisiones teóricas e instrumentales, la metodología tiene que incorporar el conocimiento del contexto en el cual se va a actuar, los objetivos de la profesión y las funciones que -como profesional- se pretenden desempeñar.” (Vélez Restrepo, 2003: 58).

La autora expone que la metodología es un proceso de conocimiento, acción y reflexión que se desarrolla conforme a una lógica particular, reguladora de un accionar específico que demanda el cumplimiento de ciertos objetivos que se revierten en resultados. Agrega que los métodos son consustanciales al proceso metodológico, y que los objetivos representan las políticas globales que determinado enfoque metodológico alberga.

Asimismo, sostiene que cada propuesta metodológica está condicionada por los contextos y sujetos con los cuales se interactúa, y alberga contenidos e implicaciones lógicas y epistemológicas que desbordan las nociones operativo-instrumentales con las cuales, generalmente, se la designa en Trabajo Social.

Según la autora la metodología como proceso, integra:

-unos supuestos o puntos de partida teóricos y filosóficos que soportan o fundamentan la visión general o preliminar de la realidad en que se va a actuar.

-los lineamientos o primera sistematización analítica producto del contacto directo con la realidad específica.

-las pautas de acción o posibles rutas a seguir en el accionar práctico.

- los métodos o modos específicos de actuación.

-las técnicas o herramientas a través de las cuales se implementan las acciones correspondientes.

Todos esos elementos se entrelazan dando lugar a tres grandes momentos: preconfiguración, configuración y reconfiguración.

El método como concreción de la metodología, es una forma particular de actuación profesional por lo cual no puede reducirse a la sucesión lineal de acciones que operan a modo de recetas o esquemas.

“Las acciones correspondientes a cada uno de los momentos presentes en los métodos de actuación profesional del Trabajo Social -estudio, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y sistematización- conforman unidades y especificidades particulares de tal manera que ninguna de ellas está mecánicamente precedida por la otra.” (Vélez Restrepo, 2003: 60).

En el ejercicio del Trabajo Social, el método es un recurso operativo y analítico, es un conjunto de razonamientos analíticos que respaldan las acciones del profesional.

Vélez Restrepo considera que las operaciones básicas del método generalmente se han orientado hacia el estudio, diagnóstico y planificación de la acción profesional y es por ello que cree necesario considerar la sistematización como uno de los momentos constitutivos de los métodos de actuación profesional, como recuperación crítica del proceso para la comprensión de las complejas realidades sociales.

Podemos ver que en los métodos se presentan los siguientes momentos:

- Diagnóstico: actividad investigativa de carácter empírico tendiente a la elaboración de razonamientos y juicios analíticos que permitan la construcción de hipótesis o supuestos sobre la situación a abordar, anticipando la evolución o desarrollo de la misma.

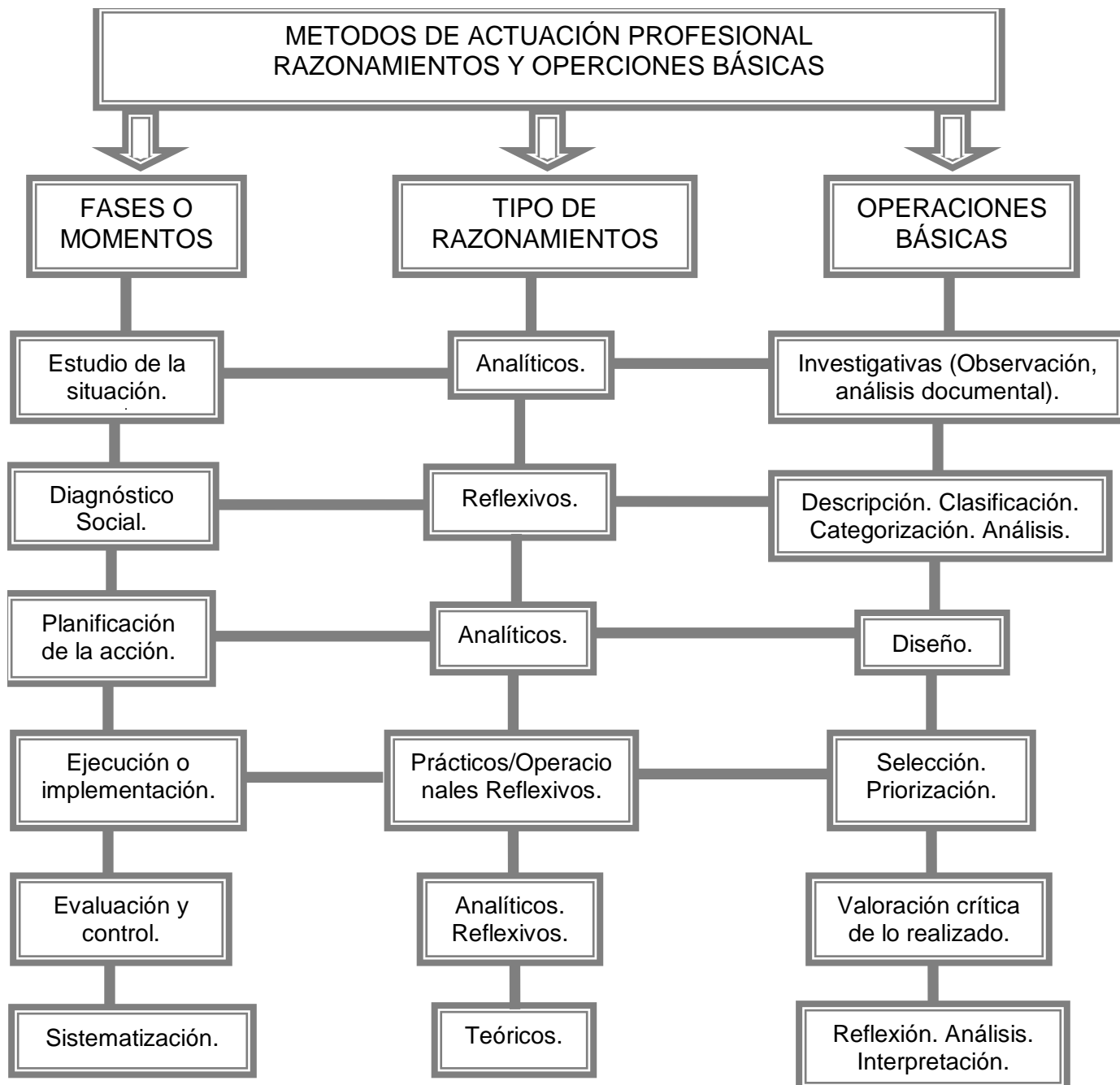
- Planificación de la acción: conformada por problemas específicos que requieren respuestas profesionales (no teóricas) por lo cual su finalidad es

eminentemente práctica y los criterios que la orientan son de carácter funcional. Es un puente entre el presente y el futuro, define y caracteriza la situación tal y como se presenta en un momento determinado y luego se proyecta de acuerdo a las metas y objetivos situacionales y profesionales que se desean obtener.

- **Sistematización:** modalidad de investigación cualitativa que aporta a la producción de conocimiento sobre las realidades específicas donde se realiza “la acción profesional”.

- **Ejecución:** fase de la puesta en marcha u operacionalización de la acción, de acuerdo a unos fines, metas y objetivos. Las acciones profesionales, propias de este momento, se encaminan hacia el desarrollo de las alternativas o acciones mejoradas según el tipo de actuación profesional que se haya privilegiado (de prevención, atención, promoción, educación).

- **Evaluación:** etapa eminentemente reflexiva que tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades obtenidos para el logro de los objetivos. Involucra la función de control de la acción planificada. Más que una fase o momento final, la evaluación debe asumirse como un proceso progresivo de revisión y análisis que permita identificar posibles errores o limitaciones e introducir, oportunamente, las modificaciones necesarias, asumiéndola como un proceso de retroalimentación permanente. También es importante considerarla como un análisis de desempeño profesional donde se considere la eficiencia y pertinencia de la acción.



Teniendo en cuenta diferentes perspectivas y tendencias en relación a la actuación profesional, Vélez Restrepo menciona las siguientes tipologías:

- **Prestacional:** “de carácter asistencial, está orientada hacia la satisfacción de las necesidades básicas (entendidas como carencias de tipo material) mediante la prestación de servicios sociales directos dirigidos a personas o colectivos sociales que requieren respuestas inmediatas para enfrentar el advenimiento de una crisis o situación especial. Cuando se presentan circunstancias carenciales de carácter permanente que exigen atención directa planificada, acceso o movilización de bienes y recursos para superarla y/o la remisión a las instancias o entidades

administrativas encargadas de atender tales situaciones”. (Vélez Restrepo, 2003: 69).

Se puede sostener, siguiendo el planteo de la autora, que la actuación profesional de tipo asistencial no puede constituirse en la esencia del Trabajo Social. La práctica profesional vinculada a la asistencia debe considerarse como complementaria, auxiliar y subsidiaria de la acción social contemporánea.

Asimismo, no basta con gestionar la prestación de los servicios sociales, hay que hacerlo bien y con calidad, lo cual exige, además de grandes destrezas técnicas, sólidas bases teóricas que permitan convertir el oficio del profesional en una actuación dotada de sentido y orientación según el mismo.

El abordaje integral de las problemáticas sociales requiere de las perspectivas gerencial y educativa para que la construcción de las políticas sociales de justicia y equidad sea un aspecto que atraviese a amplios sectores de la sociedad.

“El ejercicio de la gerencia social debe constituirse en un espacio profesional que posibilite procesos de construcción y deconstrucción de la realidad social mediante la potenciación y empoderamiento de los sujetos usuarios de los servicios y el establecimiento de modelos de gestión inspirados en principios éticos, humanistas y democráticos.” (Vélez Restrepo, 2003: 70).

- Promocional: “se caracteriza por el énfasis en el desarrollo social y humano, considerando al individuo como constructor de la realidad y sujeto activo de su propio bienestar. Está orientada a potenciar las capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta que las personas, grupos y comunidades –afectadas por determinadas situaciones- despliegan para asumir los cambios y superar las dificultades. El Trabajo Social Promocional se basa en la motivación, la participación activa, la autogestión y la autonomía como principios reguladores de la acción social, y orienta la actuación hacia la organización y promoción de los individuos, grupos y comunidades.” (Vélez Restrepo, 2003:71).

En este tipo de actuación profesional la educación y la capacitación, como estrategias de acción, cumplen un papel fundamental, ya que a través de ellas se concretiza el cumplimiento de los objetivos promocionales y organizativos.

- Preventiva: “opera en el terreno de la actuación precoz o anticipada sobre las causas generadoras de determinados problemas con miras a evitar su aparición. Enfatiza en el acondicionamiento de los recursos humanos, sociales e institucionales

y en la estimulación de actitudes proactivas que permiten a las personas, grupos y comunidades prepararse para disminuir o contrarrestar la vulnerabilidad social frente a ciertos eventos.” (Vélez Restrepo, 2003: 72).

La prevención reconoce como principios rectores de la acción social la capacidad interna de autorregulación de los individuos y de las colectividades, y apela también a la educación como estrategia clave de la práctica profesional.

- Educativa: “aunque la función educadora esté presente como estrategia de acción en varias modalidades del ejercicio profesional...no debe reducirse al terreno de lo formal e informativo en desmedro de los procesos de comunicación e interacción que como constructores de significados, realidades y subjetividades transitan por ámbitos sociales que desbordan lo promocional...” (Vélez Restrepo, 2003: 72).

Según la autora lo esencial en este tipo de acción social es el afianzamiento de valores necesarios para la convivencia social y la formación de sujetos capaces de asumir la realidad de manera ética y responsable.

Estas modalidades de ejercicio profesional centran su atención en lo público y sectorial, descuidando lo privado y cotidiano como espacios importantes de construcción social de la realidad. Las tendencias contemporáneas le imponen al Trabajo Social la necesidad de explorar y consolidar el trabajo en red y estos ámbitos como escenarios importantes de reconfiguración metodológica.

III.

Actuación profesional y pensamiento complejo

Un paradigma está constituido por un cierto tipo de relación lógica extremadamente fuerte entre nociones clave, principios clave. Esa relación y esos principios van a gobernar todos los discursos que obedecen, inconscientemente a su gobierno.

Edgard Morín expone que el paradigma de simplicidad pone orden en el universo, y persigue al desorden; que el orden se reduce a una ley, a un principio; y que la simplicidad ve a lo uno y ve a lo múltiple, pero no puede ver que lo Uno puede, al mismo tiempo, ser Múltiple. El principio de simplicidad o bien separa lo que está ligado (disyunción), o bien unifica lo que es diverso (reducción).

Se puede decir que el Trabajo Social ha desarrollado modelos en correspondencia con paradigmas vigentes en los diferentes momentos históricos y

que de alguna manera éstos coexisten en la realidad actual y la relación profesional es una entidad que se ha ido modificando con el tiempo.

Edgar Morín expone en los años '70 la concepción de complejidad en las Ciencias Sociales, como una forma de pensar, de ver la realidad, en "oposición" al paradigma de simplicidad.

Sostiene que la complejidad no elimina la simplicidad, sino que aparece donde el pensamiento simplificador falla, pero integra en sí misma todo aquello que pone orden, claridad, distinción, precisión en el conocimiento.

El pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional y sabe desde el comienzo que el conocimiento completo es imposible. Se mueve en una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista, y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento.

Según el autor, el "Paradigma de simplificación" bajo el cual vivimos nos ha llevado a una incapacidad para concebir la complejidad de la realidad antro-po-social, en su micro-dimensión (el ser individual) y en su macro-dimensión (el conjunto de la humanidad). Es por ello que plantea la necesidad de desarrollar un pensamiento complejo.

Esta mirada puede ser relevante y de gran utilidad para el Trabajo Social ya que esta disciplina enfrenta cotidianamente diferentes situaciones que en ocasiones resulta complicado "entender".

Desde el punto de vista etimológico la palabra complejidad, de origen latino proviene de "complectere", que significa trenzar, enlazar. Según Morín, "A primera vista la complejidad es un tejido (complexus: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. Al mirar con más atención, la complejidad es efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, de la ambigüedad, la incertidumbre...De allí la necesidad, para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir de seleccionar los elementos de orden y de certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar...Pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, corren el riesgo de producir ceguera si eliminan a los otros caracteres

de lo complejo; y, efectivamente, como ya lo he indicado, nos han vuelto ciegos.” (Morín, 1994: 32).

La mayoría de los problemas que enfrentamos actualmente son globales y a la vez vitales y cotidianos; no solo se caracterizan por ser “enormes”, sino también, por sus escalas irreductibles. Pero la característica más importante de estos problemas es que revelan la interconexión de distintas dimensiones de lo real y que a su vez, se revelan en toda su complejidad; es por ello que exigen de parte del Trabajo Social una estrategia de pensamiento que sea reflexiva y no reductiva. Debemos tener en cuenta que los hechos, los problemas, tienen varias dimensiones, son interactivos, si queremos evitar soluciones reduccionistas, totalizadoras y encasilladoras de la realidad.

El desafío de la complejidad es el de pensar complejamente como metodología de acción cotidiana, cualquiera sea el campo en el que desempeñemos nuestro quehacer. Desde ésta mirada, se propone aprender a trabajar en el desequilibrio; no se rechaza ni el orden, ni la claridad, pero se considera que son insuficientes. El pensamiento simple resuelve los problemas simples; el pensamiento complejo no resuelve, en sí mismo, los problemas, pero constituye una ayuda para la estrategia que puede resolverlos.

IV.

Ciudadanía y políticas sociales

Toda política social puede ser pensada como el conjunto de instrumentos utilizados para implementar distintos modelos de ciudadanía. La relación entre modelo de ciudadanía y política social permite captar el sentido más profundo de una determinada política, esto es, qué fines últimos se persiguen y al mismo tiempo evaluar las relaciones de correspondencia entre la política como medio y la realización de un conjunto de valores, donde el modelo de ciudadanía constituye el fin.

“Política pública se refiere al “conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una “cuestión” que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil.

La política social está identificada con la idea de fortalecimiento de la sociedad, expansión de la ciudadanía y construcción de actores sociales portadores de derechos.

La política social se relaciona con valores y opciones, es decir, como construir sociedades más igualitarias reduciendo la brecha entre ricos y pobres, y justas, en tanto se oriente a la incorporación y reconocimiento de derechos sociales.

La política social, es política, porque se estructura en el ámbito de los intereses, transacciones, conflictos y acuerdos entre las diferentes formas de organización de la esfera pública, cuyo actor principal es el Estado y la esfera de los intereses y demandas de la sociedad. Y es social, ya que debería atender al interés general como expresión de la idea de construcción del bien común.

La política social, es la política destinada a “construir sociedad” y sobre todo una sociedad democráticamente justa.” (Ruszkowski, 2007).

El neoliberalismo ha producido cambios en la estructura social vigente, provocando rupturas de valores que sostenían lazos sociales. La falta de empleo y la desocupación hablan de múltiples pobrezas que se instalan en todos los órdenes de la vida humana. No solo se manifiesta una pobreza material, sino también una pobreza de participación, de representación, de conocimiento. Se dan una serie de transformaciones que alteran la concepción y ejercicio tradicional de la ciudadanía.

En Argentina, además del deterioro de la calidad de vida entre los afectados por la pobreza estructural, aparecen nuevos grupos sociales que se ven excluidos de la posibilidad de atender sus necesidades básicas: los llamados nuevos pobres. “Se trata de aquellos sectores medios de la población que, por el deterioro de sus ingresos y la pérdida de fuentes de trabajo, se encuentran ante la imposibilidad de acceder a los bienes y servicios básicos necesarios. Como lo expresa claramente Alberto Minujín (1995), “Los nuevos pobres son aquellas personas que nunca antes fueron pobres, que poseen características educacionales, sociales o culturales propias de la clase media y que al caer sus ingresos no pueden seguir accediendo a los bienes y servicios a los que estaban acostumbrados: vivienda, salud, educación, cultura.”(Cesilini, 2007:51).

“Los nuevos pobres integran hogares que seguramente cuentan con una vivienda adecuada, acceso a servicios de saneamiento básico, etc. a los cuales pudieron acceder previamente al deterioro de sus ingresos...”

...La pobreza estructural ha sido objeto, históricamente, de políticas públicas focalizadas, normalmente asistenciales, como los programas alimentarios y, más recientemente de empleo transitorio. En cambio, el Estado carece casi por completo de políticas orientadas a los nuevos pobres...” (Cesilini. 2007:53).

De esta manera se puede decir que la orientación de las políticas sociales no es ni consumos colectivos ni derechos sociales, sino asistencia focalizada. Son evidentes las dificultades del mercado de trabajo como instancia de integración social, al quedar un gran número de trabajadores en puestos inestables y de baja remuneración, hecho que se traduce en el empobrecimiento de los sectores de ingresos medios y bajos. Se requieren políticas sociales que asuman un rol de integración de la sociedad mediante un abordaje de la realidad más abarcativo y estructurado en torno a metas de cohesión e inserción.

V. **Los Derechos Humanos, el Trabajo Social y la Salud**

En *“La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía social”* las autoras Cesilini, Guerrini y Novoa exponen que: “La Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por la ONU en 1948 hace un reconocimiento de la dignidad y derechos inalienables del hombre, entre ellos la salud y el nivel de vida adecuados, y compromete a los Estados al respeto de los mismos, y a su promoción y reconocimiento.

Por otra parte la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, firmada en esa ciudad el 22 de noviembre de 1969, se refiere en su capítulo II, Art.4, al Derecho a la vida, alegando que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. En el Art. 5, se refiere a que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. El Art. 7 reafirma el derecho a la libertad y a la seguridad personales, destacando en el Art. 11 la protección de la honra y de la dignidad.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 19 de diciembre de 1966, se refiere en su parte III, Art. 12 al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...” (Cesilini, 2007:26).

Al sostener que la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos, se debe asumir que todos debemos contar con iguales condiciones

(económicas, culturales, educacionales, etc.) para poder acceder a ella. La salud es un derecho, independientemente de cualquier situación que le corresponde a cada ser humano.

Desde sus principios el Trabajo Social ha sido una profesión de Derechos Humanos, por lo cual entre ellos hay una correlación histórica, ética y científica.

Las autoras mencionadas anteriormente exponen que: “A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) se otorga coherencia y sentido al compromiso ético del Trabajo Social como profesión que trabaja a favor de la promoción humana integral, la acción afirmativa de derechos y la construcción de nuevos espacios para el ejercicio activo de la ciudadanía por todos los sectores vulnerables de la sociedad.” Y que: “...le compete al Trabajo Social, muchas veces integrando equipos interdisciplinarios, profundizar una línea de acción a partir de una direccionalidad ético-política precisamente orientada hacia la afirmación de los derechos humanos, que permite definirla como una profesión, de derechos humanos”. (Cesilini, 2007: 36).

“Los principios fundamentales de los derechos humanos (universalidad, no discriminación, indivisibilidad e inalienabilidad) deben orientar la defensa y promoción del derecho a la salud. El paciente debe ser considerado como sujeto pleno de derechos, lo que convierte a la salud en un ámbito fundamental para la construcción de ciudadanía. Toda práctica, institucional o profesional, debe respetar y hacer valer los derechos humanos.” (Cesilini, 2007: 42).

El trabajador social en el campo de la salud debe asumirse como promotor de ciudadanía; esto implica considerar a la persona que demanda atención como sujeto pleno de derechos y protagonista central en la construcción de la salud, así como también en la defensa de los derechos que como ciudadano le corresponden. Para ello hace falta además de una buena formación y acción profesional, un sólido compromiso ético a fin de actuar con eficiencia y equidad.

Actualmente, “El sector salud es considerado un sistema complejo, interrelacionado e influenciado por el medio, con recursos económicos y financieros limitados, a veces enfrentado en luchas por intereses poco éticos, con un alto grado de incertidumbre y con conflictos sectoriales. Un sistema que requiere, para alcanzar sus metas y objetivos, políticas claras que tengan a la persona humana como eje del accionar sanitario.

En el accionar sanitario se deben tener en cuenta al conjunto de los derechos que protegen a las personas, entre los que se pueden mencionar los derechos principalísimos del hombre, los derechos humanos universalmente reconocidos, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a no ser internado contra su voluntad, la privacidad de la historia clínica, el respeto a la intimidad, el consentimiento informado y la confidencialidad.” (Cesilini, 2007:44).

Se observa que en la actualidad existe una nueva forma de pensar y actuar en salud ya que la medicina individualista y personalizada fue cediendo espacios al trabajo en equipo y a la medicina integrada.

VI.

Institución

Se puede afirmar que el Trabajo Social se desarrolla principalmente dentro o en relación con instituciones. En general, dichas instituciones se insertan en un campo determinado.

El sociólogo Gino Germani define institución como “...un conjunto relativamente unificado o integrado de normas, valores y conocimientos y en particular por un sistema de status con sus correspondientes roles, integrada por su personal, objetos materiales que intervienen de algún modo en las actividades que constituyen los propósitos latentes o manifiestos y una red de interacciones.” (Germani, 1962: 29).

Según Natalio Kisnerman, “...toda institución es una unidad de producción, que transforma determinados objetos en productos, mediante la utilización de recursos humanos, materiales, naturales, técnicos y financieros. En tanto unidad de producción, nos permite encararla desde el Trabajo Social como un recurso para el logro de objetivos profesionales. En tanto espacio donde se configuran determinadas relaciones de producción, nos permite abordarla desde el Trabajo Social como objeto de trabajo. Toda institución surge de una necesidad a la que pretende satisfacer, produciendo un resultado, efecto o producto.” (Kisnerman, 1989: 42).

Kisnerman expresa que una institución es parte de una estructura social a la que reproduce como parte de ella y que toda institución es concreta, social, histórica y compleja: concreta porque es real, porque existe; social porque son los hombres quienes le dan origen, desarrollo y sentido; histórica porque obedece a una necesidad y a una realidad determinada que permite su surgimiento y tiene un

desarrollo en el tiempo-espacio; y compleja porque en ella se desarrollan una serie de actividades diversificadas componentes de la tarea global de la misma, que también tienen un grado de desarrollo histórico y por ello además determinan roles y funciones.

Las instituciones además tienen un área de influencia determinada por el flujo de derivación hacia ella y un área programática o de cobertura.

Lidia Fernández postula que el término institución es utilizado en varios sentidos, entre ellos, se utiliza como sinónimo de regularidad social, aludiendo a normas y leyes que representan valores sociales y pautan el comportamiento de los individuos y los grupos, fijando sus límites. La familia, el matrimonio, la propiedad privada y la colectiva serían así instituciones.

También, el término institución, según la autora "...se utiliza entonces como sinónimo de establecimiento y alude a una organización con función especializada que cuenta con un espacio propio y un conjunto de personas responsables del cumplimiento de determinadas tareas reguladas por diferentes sistemas..." (Fernández, 1998: 15).

Las instituciones son dinámicas, hay en ellas un juego de roles, un sistema de status, donde se manifiestan normas, valores, conocimientos y donde se visualizan recursos de diferente índole. Se destaca el origen de la institución como respuesta a una necesidad, su historicidad y complejidad.

El conocimiento de la historia de una institución es clave para el análisis institucional; asimismo, aspectos como la organización formal e informal, los sistemas de liderazgo y poder, adquieren enorme importancia al momento de caracterizar una institución.

En cuanto a la clasificación de las instituciones no existe un único criterio. Kisnerman¹ cita a Burgess, quien señala cuatro tipos:

- a) Culturales básicas: familia, iglesia, escuela;
- b) Comerciales: empresas industriales y comerciales privadas y del Estado;
- c) Recreativas: clubes, teatros, cines;
- d) De control social formal: agencias de servicios sociales y gubernamentales.

A ellas Pauline Young, citada por Kisnerman también, agrega dos más:

- f) Sanitarias: hospitales, clínicas, campos y hogares para convalecientes;

¹ Kisnerman N. y colaboradores, (1989) *Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social*, Tomo 4. Tercera Parte, Humanitas.

g) De comunicaciones: agencias de transporte, postales, teléfonos.

Según el campo de trabajo o área de conocimientos dominantes, se pueden clasificar en:

a) Económicas: empresas, bancos, comercios, cooperativas, etc.;

b) Sociales: hospitales, clínicas, consultorios médicos, sindicatos, colectividades extranjeras, hogares y clubes de ancianos, etc.;

c) Culturales: escuelas primarias y secundarias, universidades, teatros, cines, museos, etc.;

d) Políticas: ministerios y secretarías nacionales y provinciales, entes regionales, municipales, etc.

Según el espacio en el que ejercen su influencia, las podemos clasificar en:

a) Locales: cuando su área de influencia es municipal o parte de éste.

b) Provinciales: cuando ese espacio cubre el territorio de una provincia.

c) Regionales: cuando su área de influencia abarca más que una provincia y menos que una nación.

d) Nacionales: cuando abarca todo el territorio de una nación.

e) Internacionales: cuando su área de influencia excede los límites jurisdiccionales de una nación.

De acuerdo a su jurisdicción, las instituciones son públicas o privadas. Pública no equivale a ser del Estado, si bien el Estado administra los bienes que son del público. Es público un hospital, una escuela, pero también un centro comunitario, un centro deportivo, cuando éstos son propiedad del barrio en el que existen, o están bajo su control. Las privadas son propiedad de una persona o grupo. Pueden a su vez clasificarse en empresas y asociaciones. Estas últimas son agrupamientos de personas en base a intereses compartidos para llevar a cabo determinados objetivos cuyo producto final son bienes materiales y/o servicios, por ejemplo cooperativas, patronatos, etc.

Antonio del Valle y Antonio Jiménez Lara, ambos citados por Kisnerman, al referirse a los servicios, los clasifican en: de base, cuando responden a necesidades fundamentales de la población (hospital), y especializados, cuando con mayor costo y mayor área de influencia, responden a necesidades particulares de ciertas categorías de personas (servicios de rehabilitación).

A pesar de la cantidad de clasificaciones que pueden hacerse de las instituciones y de la necesidad de ubicar cada una en un tipo particular, ninguna clasificación es pura y autónoma.

VII.

Salud / Salud Pública / CAPS

Los modelos constituyen una representación simple de un conjunto de valores y conceptos estructurados con un cierto nivel de consistencia; son instrumentos conceptuales que permiten profundizar la relación entre la creación de la teoría, la transmisión del conocimiento y la intervención en la práctica desde una perspectiva contextualizada; es por ello que durante las distintas épocas ha habido cambios en la concepción de salud.

“La medicina...experimentó a través de la historia enfoques en cuanto a su propósito y modo de actuar, simultáneos o sucesivos en su aparición y desarrollo, pero con una tendencia secular hasta adoptar el carácter integral y social que distingue a la medicina de hoy.

El enfoque primitivo que prevaleció fue individualista y centrado en la enfermedad, aunque desde un comienzo existieron preocupaciones colectivas por la salud” (Mazzáfero, 1999: 54).

“En la Antigüedad, los problemas del ambiente y las acciones contra las epidemias ya eran funciones del gobierno. Durante la Edad Media, las acciones de la salud fueron una importante función de la administración local. Con el correr de la historia, la salud pública fue cobrando, paso a paso, un desarrollo mayor.

La preocupación individual por los efectos de la enfermedad y la muerte se fue integrando mediante diversas formas y sistemas a una preocupación colectiva. Dentro de ese proyecto, se pasó de los niveles particulares a los públicos, ampliando a la vez la gama de situaciones que son motivo de preocupación y organización.” (Mazzáfero, 1999: 28).

Según Mazzáfero, la Revolución Industrial del siglo XIX tuvo influencia en la medicina, habida cuenta de los problemas de la salud que afligían a los trabajadores a consecuencia de los nuevos riesgos derivados de sus condiciones de trabajo y de vida.

La medicina, que se nutre de la biología, prospera con el progreso de los conocimientos preventivos y la incorporación de las disciplinas sociales. Su preocupación por los aspectos políticos, administrativos y económicos da lugar al desarrollo de la salud pública moderna.

“De este modo se fue desarrollando el concepto moderno de salud pública, que se sustenta en la medicina y la sociología y que, obligada necesariamente por el propósito que la anima -bienestar físico, psíquico y social de la población- incorpora otras disciplinas como la política, el saneamiento, la planificación, la economía, la administración, la educación y el derecho. La medicina no abandona el campo de la salud pública sino que contribuye con sus otros conocimientos y métodos para el esfuerzo organizado de la comunidad a fin de obtener salud para todos” (Mazzáfero, 1999: 31).

La salud pública se dirige a proteger, promover y recuperar la salud de los habitantes de una comunidad. Es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población.

La salud pública obtiene sus conocimientos de prácticamente todas las ciencias, siendo su actividad multidisciplinar, eminentemente social, cuyo objetivo es la salud de la población.

Desde la corriente biológica se define a la salud como ausencia de enfermedad, asignándole un valor positivo. Se considera a la salud como un estado de adaptación del individuo.

“En 1958, la Organización Mundial de la Salud definió a la *salud* como el *completo estado de bienestar físico, mental y social*, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...” (Mazzáfero, 1999: 20).

Las críticas formuladas a esta definición, basada en parámetros rígidos, se basan en que ese criterio implica una concepción estática de la vida y de la salud misma, cuando en realidad, vivimos en constante interacción con el ambiente, recibiendo influencias favorables y desfavorables, de cuyo progreso y resultado dependerá la salud y la enfermedad.

Cesilini, Guerrini y Novoa toman como referente a Floreal Ferrara (1987) quien plantea que “...la salud es un proceso, está asociada a aquello que está ocurriendo... nos propone una lectura que se acerca a entender el proceso salud-enfermedad desde lo colectivo. Pero Ferrara también plantea una discusión que

puede ser interesante: oponiendo la idea de conflicto a la de equilibrio que propone la OMS. Es decir, entendiendo que no es conflicto lo que define lo patológico, sino que justamente es el bloqueo de los conflictos lo que certifica la enfermedad.” (Cesilini, 2007: 72).

A partir de ello se puede afirmar que la salud es un producto histórico y social, es decir, que la sociedad construye su salud. También plantean las autoras que dentro del campo del Trabajo Social, desde la práctica “...se reproducen en parte más discusiones actuales acerca de los modelos de intervención en salud. Por un lado existe una puja entre dos concepciones; una podríamos denominarla sectorial, y la otra integral. La primera plantea su accionar especialmente o específicamente dentro del campo de la salud, es decir, secundariza las problemáticas de tipo social o estructural que confirman, desde nuestro punto de vista, la totalidad de la cuestión sanitaria. La segunda, justamente plantea lo opuesto, o sea, entiende a la salud como emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas desde lo teórico como en la práctica. Así, esta aproximación a lo social considera la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud como emergentes de una situación mucho más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral.” (Cesilini, 2007: 73).

En Argentina la política de salud pública al igual que la seguridad social tiene sus antecedentes en las iniciativas privadas vinculadas a la Iglesia Católica, en un primer momento, y luego en las acciones realizadas por la Sociedad de Beneficencia creada en 1823.

La segunda mitad del siglo XIX se caracterizó por una importante expansión de la actividad estatal en materia de higiene y salud pública. En el año 1880 el Estado toma mayor injerencia en materia sanitaria creando la Junta de Higiene y la Junta de Sanidad del Puerto, que luego fue reemplazada en 1881 por el Departamento Nacional de Higiene.

El concepto de salud pública se fue ampliando, se incorpora en él la salud física y moral de la población, expandiendo para tal fin las funciones del Estado para intervenir en la solución de los nuevos problemas sociales de aquella época, como por ejemplo, el deterioro de la salud pública originado por las deficiencias en las viviendas disponibles para la población urbana (conventillos).

“La provisión de servicios sanitarios eficientes, el creciente status académico de la higiene y el mejoramiento en la oferta de vivienda salubre, fueron

acompañados por el crecimiento en el número de instituciones hospitalarias y la creación de un sistema de asistencia médica gratuita para los más necesitados. Hacia fines del siglo XIX Buenos Aires contaba con una estructura de asistencia médica diversificada en instituciones públicas y privadas, basada en cuatro pilares principales: 1) la Sociedad Nacional de Beneficencia...2) asociaciones creadas por las comunidades de inmigrantes...3) instituciones privadas y religiosas de caridad que se dedicaron a la asistencia sanitaria; y por último 4) las instituciones municipales como el Patronato de la Infancia creado en 1892...” (Zimmermann, 1994: 105).

Se puede señalar como significativo el hecho que durante el gobierno peronista (1946-1952), la política social de salud se desarrolla aún más a partir de la creación de la Secretaría de Salud Pública, con rango de Ministerio, a cargo del Dr. Ramón Carrillo y a través de la creación del Código Sanitario Nacional en 1947.

Asimismo, se puede sostener, siguiendo a la autora Margarita Rozas Pagaza, que en esta etapa se establecieron las bases del sistema actual de prestación pública referida a la salud a través de un plan de inversiones que permitió el crecimiento acelerado de establecimientos hospitalarios y centros médicos ambulatorios.

“...La cuestión social hacia 1945, referida a la salud pasaba por las deficiencias muy bien descritas por el Dr. Carrillo, y desde esta perspectiva, se impulsan las medidas tomadas a nivel de la política social de salud. Dicha política social es impulsada a partir de las siguientes premisas: 1) todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad; 2) no puede haber política sanitaria sin política social; y 3) de nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de los dispositivos adecuados.” (Rozas Pagaza, 2001:112).

Durante el gobierno peronista, a nivel de la política de salud se estableció un sistema que intentó atender a la fuerza de trabajo incorporada en el sistema productivo y también, a los sectores empobrecidos de la sociedad. El Estado considera necesario desarrollar la salud pública en su dimensión preventiva, asistencial y comunitaria, por lo cual direcciona respuestas en ese sentido.

En síntesis, se puede afirmar que a partir de la concepción de salud como un derecho inalienable se fueron dando cambios en las políticas de salud, no sólo a nivel internacional (declaración de la OMS) sino también nacional.

El modelo de gestión en el ámbito de la salud pública debe ser interactivo, involucrando a los diferentes actores, usuarios o sujetos sociales en la apropiación pública de los servicios de salud. Hay que asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización, que es producir salud, y a su vez permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de realización y cogestión desde su condición de personas y ciudadanos.

El centro de salud es la estructura funcional y física en la que se desarrollan las actividades propias de la Atención Primaria de la Salud en los terrenos de promoción, prevención, asistencia curativa, rehabilitación y reinserción social, así como en el de la participación comunitaria.

Según la Organización Mundial de la Salud la “*Atención Primaria de Salud*” es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

El centro de salud ha de asumir primordialmente las funciones de promoción y prevención que hacen referencia a actuaciones programadas sobre individuos o grupos de población específicos o de riesgo (cribados, vacunaciones, salud dental, etc.) integrándolas con las de carácter puramente asistencial.

Las funciones y actividades asistenciales, curativas y de rehabilitación y reinserción social forman el núcleo básico sobre el que se asientan las restantes del centro de salud y han de estar fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los equipos de Atención Primaria y sus servicios de apoyo.

Las funciones de educación para la salud han de estar dirigidas de forma principal a potenciar la autorresponsabilización de las personas y de la comunidad en el cuidado de la propia salud y no a la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades.

El centro de salud como institución ha de asumir la gestión de los recursos sanitarios correspondientes al ámbito de actuación en el que opere, así como la coordinación funcional con los otros niveles del sistema.

VIII.

Atención Primaria de la Salud. Niveles de prevención. Promoción

Martín Zurro y Cano Pérez plantean que la conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud (APS) como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (Zurro, 1999).

El siglo XIX fue el siglo de la medicina preventiva. “La *medicina preventiva* fue definida por Leavell & Clark como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental”. En efecto, al concebir a la enfermedad como la resultante de un proceso evolutivo fue posible definir niveles de prevención. La aplicación de medidas en cada uno de estos niveles permitió evitar la enfermedad o interrumpir su progreso en el paciente, promoviendo y manteniendo la salud.

Al describir los niveles de prevención se parte de un estadio previo a la iniciación de la enfermedad o período prepatogénico, denominado *nivel de prevención primaria*; en este caso las acciones preventivas corresponden a la prevención de la salud, que consiste en favorecer y mantener la situación de salud en el individuo y la población. También a este período corresponden las acciones de protección, dirigidas a evitar una enfermedad determinada.

...Cuando la enfermedad se desarrolla en el individuo, se habla de un período patogénico y las acciones para la recuperación de la salud corresponden al *nivel de prevención secundaria* y tienden a interrumpir la progresión de la enfermedad, las complicaciones y la muerte mediante la pronta detección y el tratamiento apropiado.

Si la enfermedad ha dejado secuelas e invalideces es pertinente encarar acciones de rehabilitación encaminadas a la reintegración física, psíquica y social de los pacientes, que se corresponden con el *tercer nivel de prevención* (Mazzáfero, 1999: 27).

Según Czeresnia, “promoción es un concepto tradicional, definido por Leavell & Clark (1976) como uno de los elementos de nivel primario de atención en medicina preventiva” (Czeresnia, 2006:47).

“El término “prevenir” tiene el significado de “preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice” (Ferreira, 1986). La prevención en salud “exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad (Leavell & Clarck, 1976:17). Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. La base del discurso preventivo es el conocimiento epidemiológico moderno; su objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y la reducción del riesgo de enfermedades degenerativas u otros agravios específicos a la salud. Los proyectos de prevención y de educación en salud se estructuran mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos.

“Promover” tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar (Ferreira, 1986). Promoción de la salud se define, tradicionalmente de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que “no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales” (Leavell & Clarck 1976:19). Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial (Terris, 1990).

La constatación de que los principales determinantes de la salud son externos al sistema de tratamiento no es novedad. Oficialmente, no obstante, es muy reciente la formulación de un discurso sanitario que afirme la salud en su positividad. La Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, realizada en Ottawa (1986), postula la idea de salud como calidad de vida resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores, entre otros: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación.” (Czeresnia, 2006: 55).

La promoción de la salud representa, actualmente, una de las posibilidades de intervención sobre la realidad sanitaria, sea en la perspectiva individual o colectiva.

IX.

Interdisciplinariedad

Hoy es común afirmar que la capacidad de resolver problemas y de proponer soluciones en un equipo es siempre superior a la de una persona. También es evidente que los problemas complejos se pueden abordar y resolver más eficazmente cuando se lo hace conjuntamente. Por ello es que se considera que el trabajo en equipo es una necesidad para actuar en la compleja realidad social que enfrenta el Trabajo Social.

Según Ezequiel Ander-Egg no hay que confundir el trabajo en equipo con el trabajo interdisciplinario, ya que “pueden trabajar en equipo personas pertenecientes a distintas disciplinas o profesiones, sin que ello sea, en sentido estricto, un trabajo inter o multiprofesional... En sentido contrario...no se puede realizar un trabajo interdisciplinario sin constituir un equipo de trabajo.” (Ander-Egg, 2001:12).

El mencionado autor propone la siguiente noción de equipo de trabajo: “se trata de un pequeño número de personas que con conocimiento y habilidades complementarias, unen sus capacidades para lograr determinados objetivos y realizar actividades orientadas hacia la consecución de los mismos.

El trabajo individual y colectivo del propio equipo, se realiza dentro de un contexto socioafectivo caracterizado por un clima de respeto y confianza mutua, satisfactorio y gratificante.

La característica de un equipo es el espíritu de complementariedad en la realización de actividades y tareas, de las que todos se consideran mutuamente responsables, en cuanto grupo cooperativo que tiene un propósito común.

Desde el punto de vista operativo, la distribución de responsabilidades individuales y del trabajo conjunto se realiza mediante una adecuada coordinación y articulación de tareas.” (Ander-Egg, 2001:13).

Resta mencionar también dentro de este apartado que lo multidisciplinario se conoció como “pluridisciplinario”, entendido como el estudio de un objeto de una sola y misma disciplina por medio de varias disciplinas a la vez. La gestión

multidisciplinaria sobrepasa las disciplinas pero su finalidad queda inscrita en el marco de la investigación disciplinaria.

Lo multidisciplinario ha sido conceptualizado como un enfoque de investigación científica que toma en cuenta varias disciplinas; es decir, se tiene un problema macro común, pero unos objetivos diferenciados para cada una de las disciplinas que intervienen, además de, unas conclusiones también desde cada una de las disciplinas.

La interdisciplinariedad, en comparación a la multidisciplinariedad, presenta una mirada diferente, ya que concierne a la transferencia de métodos de una disciplina a otra.

Por último, lo transdisciplinario supone un proceso de comunicación, de interacción con otros grupos, que no necesariamente son profesionales y/o especialistas en el tema. Se involucra de manera más activa, en este proceso, entre todos los actores. La investigación transdisciplinaria es aún un enfoque incipiente.

X. **Caja de herramientas**

La “caja de herramientas” hace referencia al instrumental, al conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social. La misma, constituye una construcción permanente en el proceso de actuación profesional.

A continuación se definen algunas de ellas:

“El taller es un dispositivo metodológico, interactivo-reflexivo donde se conjugan la palabra y la acción...para posibilitar, encuentros dialógicos de saberes e intercambios comunicacionales que produzcan pistas clarificadoras sobre las situaciones humanas y sociales...”

El taller como espacio reflexivo, contiene una serie de normas específicas de encuadre y conducción que están regidas por la escucha. Mediante la movilización de sentimientos, vivencias y experiencias se opera todo un proceso de validación, confrontación y ratificación que contribuye a la constitución de saberes nuevos o renovados que regulan de manera distinta lo simple u ordinario.” (Vélez Restrepo, 2003:117).

El taller se constituye en una experiencia social en la medida que los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, adquiriendo un rol

protagónico. Se lo puede definir como el tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. Cada taller se estructura sobre la base de objetivos y a partir de ellos se seleccionan actividades en correspondencia.

Según Vélez Restrepo “La entrevista es un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicados” (Vélez Restrepo, 2003: 104).

La entrevista es una herramienta de trabajo profesional importante, que permite avanzar en la comprensión de la realidad que enfrenta el trabajador social y la persona. Para un óptimo desarrollo de la misma, se intenta crear un clima de confianza y seguridad, ser flexibles, se formulan preguntas que brinden la posibilidad de ampliar temáticas, se clarifican los objetivos, etc.

Se emplea de manera complementaria la observación ya que hay una estrecha relación entre palabras y actos. Esta es una estrategia de actuación profesional que posee la virtud complementaria de ampliar las perspectivas y visiones sobre los temas sociales, ya que permite visibilizar aquellas cuestiones de la vida cotidiana que habitualmente se asumen como obvias. Ella no es solo mirar, sino que está orientada por esquemas de trabajo.

La observación “...es un proceso de atención intencionada, orientado por unos fines y objetivos determinados a través del cual se genera información sobre las prácticas, actitudes, situaciones y escenarios de los sujetos sociales...

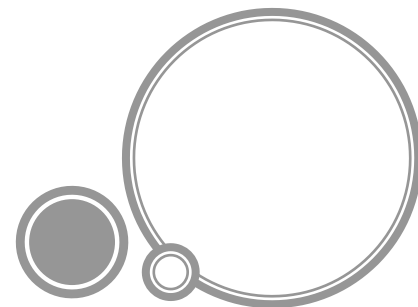
...puede transformarse en una poderosa técnica de actuación profesional, siempre y cuando se asuma de manera rigurosa controlando, relacionando y contextualizando los hallazgos, para que estos no se conviertan en simples curiosidades interesantes.” (Vélez Restrepo, 2003:111).

Las “técnicas documentales” también contribuyen a apoyar los procesos de actuación profesional ya que tienen como finalidad la reconstrucción y comprensión del mundo social y orientación de la acción.

“En la implementación de las técnicas documentales está inmerso todo un trabajo de artesanía intelectual constituido por tareas, actividades y procedimientos operativos y cognitivos (tales como rastreo, inventario, clasificación, sistematización, registro y análisis entre otros) casi siempre invisibles, pero fundamentales para el logro de los objetivos.” (Vélez Restrepo, 2003:123).

SEGUNDA PARTE

Marco contextual. La experiencia.



I.

Ubicación de la experiencia

En el período comprendido entre los meses de Junio y Diciembre del año 2007 se realiza la práctica institucional en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.) en el marco de la cátedra Supervisión, perteneciente al quinto año de la Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En relación a las motivaciones para la elección del campo de la salud se puede mencionar que se presentaba como inquietud la necesidad de profundizar las problemáticas abordadas, los servicios prestados, la modalidad de trabajo y organización en dicho campo, y más específicamente, en Atención Primaria, como así también las dificultades que derivan del estado de enfermedad de las personas. La práctica es una fuente de aprendizaje; se transforma así en un desafío personal la posibilidad de recuperar y compartir la misma.

I.R.E.M.I. es un Centro de Atención Primaria de la Salud, de derivación de referencia y contrarreferencia, ubicado en la calle San Martín N° 3752, en el centro de la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón.

Al comenzar la experiencia, (desde el mes de Abril y hasta el mes de Agosto) el Servicio Social junto con Pediatría y Obstetricia son trasladados a A.M.E.C. (Asociación Médica de Empleados de Comercio), ubicado también en el centro de la ciudad, en calle Belgrano N° 3295, debido a que en las instalaciones de I.R.E.M.I. se estaban realizando trabajos en virtud de la reforma edilicia y mejoras integrales, obras de mantenimiento por la rotura de las calderas y la falta de calefacción.

AMEC cedió para la atención cuatro consultorios y la cocina del lugar. Esta última fue asignada a Servicio Social para llevar a cabo su actuación. A partir del mes de agosto se normaliza la atención en el edificio de I.R.E.M.I.

La experiencia que se sistematiza comprende el período Junio / Diciembre del año 2007 y da cuenta del proceso vivido y las acciones desplegadas en Atención Primaria de la Salud por el equipo de trabajo de la institución y específicamente del Servicio Social.

II.

Contexto

Toda institución, como así también cada experiencia, se insertan dentro de un contexto que las enmarca, en un tiempo y espacio determinados, en el que intervienen diferentes actores, el Estado y la sociedad; todos ellos se interrelacionan modificándose mutuamente.

En Argentina la pobreza y la desocupación alcanzaron dimensiones alarmantes, lo cual llevó a que muchas familias no cuenten con ingresos y bienes básicos suficientes, no logren alcanzar una formación adecuada para poder incorporarse al mercado de trabajo y no accedan a servicios básicos como la salud y la vivienda, y a otras a perder los logrados necesitando incorporarse a servicios de salud pública y educación estatal.

El proceso de empobrecimiento provocado por las medidas económicas neoliberales durante los años ochenta y noventa llevó al estancamiento y la recesión económica, que repercutieron fuertemente en las condiciones de vida de la población. Podemos decir que Argentina atravesó una crisis política, institucional y económica sin precedentes en los últimos meses del año 2001 y en el año 2002. Aumentaron la desocupación y la pobreza, como así también la indigencia.

Mar del Plata no fue ajena a ésta situación. Es una ciudad importante como balneario y puerto argentino, ubicada en el sudeste de la provincia de Buenos Aires. Es la cabecera del Partido de General Pueyrredón y constituye uno de los puntos turísticos más importantes de la Argentina por lo cual cuenta con una infraestructura hotelera de gran magnitud ya que en temporada estival aumenta considerablemente la población. Las principales actividades en la ciudad son la industria portuaria y turística. También hay industrias textiles, hortícolas, de construcción, etc.

Durante el período de crisis al cual se hizo referencia, la ciudad presentaba una de las tasas de desempleo de las más altas del país, (19% según periódicos de aquel momento), como así también en relación a la subocupación; esto se debió al cierre de fábricas conservadoras de pescado o a la reducción de personal; lo mismo ocurrió con empresas alimenticias y textiles.

La Municipalidad de General Pueyrredón garantiza la atención de la salud basándose en la prevención a través de servicios destinados a la atención médica y la prevención de la salud pública tanto desde el punto de vista de la higiene y sanidad urbanas, como de la protección del medio ambiente.

La Atención Primaria de la Salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad, es por ello que la política de atención de la salud pública, ha sido pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades, por ese motivo existen diversos Programas dirigidos a grupos de niños, adultos y ancianos.

Estos Programas son elaborados a través de las políticas públicas Nacionales enmarcadas por principios establecidos en los acuerdos internacionales de la ONU y de la OMS, donde los países miembros se comprometen a generar acciones que aseguren la salud de todos sus ciudadanos.

Los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad para que todos puedan contar con un Centro de Atención cercano a su domicilio y acceder así a la atención médica gratuita mediante la solicitud de los turnos correspondientes. Cada uno de ellos tiene establecida su área programática.

El Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (I.R.E.M.I.) es un Centro de Atención Primaria de la Salud de referencia y contrarreferencia al cual asisten grupos familiares heterogéneos en cuanto a su nivel socioeconómico.

Se observa que por la crisis mencionada, la población que accede al Sistema Público de Salud corresponde a sectores pobres y a aquellos sectores que se han perjudicado por la ausencia laboral. Se aprecia que el grueso de la

población que se atiende en la institución son grupos de subocupados, desocupados y familias beneficiarias de subsidios estatales.

Debido a las características estructurales de la ciudad la población que asiste se puede clasificar en estable y transitoria (estos últimos son los trabajadores de gastronomía, circos, artesanos, etc. que concurren en el verano y vacaciones de invierno). Asimismo, hay familias que concurren por ejemplo a cumplimentar los esquemas de vacunación, sin utilizar otros servicios.

III.

El proceso de aprendizaje y sus momentos

1) Inserción:

La inserción implicó llevar adelante un conjunto de acciones para realizar una aproximación al campo de la salud, a la APS, a la institución y a la actuación profesional.

En principio, a través del análisis bibliográfico y documental de diferentes temas relacionados con el campo de la salud, muchos de ellos desarrollados en el marco conceptual del presente trabajo; luego, a partir de la concurrencia a I.R.E.M.I. desde el mes de junio de 2007 (tanto en AMEC como en la el edificio de I.R.E.M.I.), a través de la observación participante y no participante en entrevistas y talleres grupales, el análisis documental, y la realización de entrevistas a informantes clave, se comienza a conocer el origen, la historia, y formación de I.R.E.M.I.

También a partir de ese momento comienza a establecerse una relación, un vínculo, con el equipo de trabajo, integrado por las dos profesionales del Servicio Social, y por enfermeras y médicos de diferentes especialidades, de acuerdo a cada uno de los planes y programas implementados, pudiendo así observar por ejemplo que implicancias tiene la actuación del servicio social para otras especialidades, de qué manera complementan el trabajo, etc.

Se puede sostener que fue un momento de descubrimiento y observación tanto del contexto situacional como de lo que acontecía a nivel personal.

Para recoger y registrar la información se utilizaron anotaciones en cuaderno de campo.

➤ **Encuadre institucional – Descripción de la institución**

A continuación se describe la institución, teniendo en cuenta que es un conjunto de conocimientos, valores, normas, con personal y objetos materiales que de algún modo intervienen en las actividades de la misma.

Se considera que I.R.E.M.I., como toda institución, surgió para satisfacer una necesidad en un contexto determinado: crear una sala de primeros auxilios para el barrio; y que, dado que las instituciones son dinámicas, con el transcurso del tiempo la misión de la misma se fue transformando, como así también las actividades que allí se desarrollan. Se aprecia que la demanda también va determinando a la institución.

Según las clasificaciones mencionadas I.R.E.M.I. constituye una institución sanitaria según el campo de trabajo o área de conocimiento, y presta servicios de base en diferentes especialidades; según el espacio en que ejerce su influencia es local y de acuerdo a la jurisdicción es pública.

A modo de organización se expone la información en una serie de ítems: datos de base, origen, estructura y organización, y por último demanda.

a) Datos de base de la institución:

Identificación:

- Nombre de la institución: Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia.
- Sigla:
- Tipo de institución: pública.
- Dependencia: repartición oficial en el ámbito municipal. Municipalidad de General Pueyrredón, Secretaría de Salud.

Localización:

- Calle: San Martín.
- Número: 3752.
- Código postal: 7600.

- Localidad: Mar del Plata.
- Límites establecidos para el área programática: la zona de influencia del centro de salud va desde Avda. Patricio Peralta Ramos, por Avda. Juan B. Justo hasta Alem; por Alem hasta Avda. Paso y por ésta hasta Tucumán; Tucumán hasta Juan B- Justo y por ésta hasta Neuquén. Neuquén hasta Avda. Libertad y por ésta hasta San Juan. San Juan hasta Río Negro y por ésta nuevamente hasta Avda. Patricio Peralta Ramos.
- Barrios incluidos en el área programática: Nueva Pompeya, La Perla, Playa Bristol, Playa Grande, Playa Chica, Los Troncos, Divino Rostro, Primera Junta, General Roca, Chauvin, San José, Centro, Santa Mónica y Don Bosco.
- Teléfonos: 499-7700, 499-7706 (Servicio Social).
- Accesibilidad: Líneas de colectivo: 511, 512, 521, 522, 551, 552, 553, 541 y 717.

Edificio:

- Sede y terreno: propios.
- Tipo de construcción: se observa una arquitectura de estilo naval en cuanto a la fachada de la institución. La misma posee dos plantas, donde se encuentran los diferentes consultorios y oficinas, laboratorio, salón de usos múltiples, etc. Las condiciones edilicias en general están descuidadas, a partir del mes de junio de 2007 comienzan a realizarse una serie de reformas. Se observan paredes con humedad y despintadas, cielorrasos deteriorados, mal funcionamiento de calderas por lo tanto la calefacción es insuficiente, conexión eléctrica al descubierto, etc.

b) Origen de la institución:

- Fecha de fundación: entre 1920 y 1930 (no se puede especificar la fecha exacta dado que no existen fuentes de información precisas al respecto).
- A iniciativa de qué personas: de una junta barrial compuesta por varias personas que residían en ese momento en la zona adyacente a la plaza Peralta Ramos (la cual se encuentra frente a la institución). El presidente

de la Sociedad de Fomento era el Dr. Rómulo Etcheverry. Además formó parte de la iniciativa el Partido Socialista.

- Motivos que determinaron su creación: la necesidad de las personas mencionadas anteriormente, quienes estaban decididas a hacer una sala de primeros auxilios de la cual carecía la zona.
- Evolución de la institución: en principio funcionaba en un local de escasas dimensiones, ubicado en la calle 20 de Septiembre. Luego, a instancias de la Sociedad de Fomento, el presidente de la misma, Dr. Rómulo Etcheverry conjuntamente con el Partido Socialista, comienzan a juntar dinero y se consigue también la donación del actual terreno.

En sus comienzos la función del I.R.E.M.I. era la atención de madres y niños. Se puede destacar como un dato relevante que además se atendían partos y se realizaban cirugías en la institución (prácticas que actualmente no se realizan allí). “...Luego se va deformando la misión original, principalmente cuando llevan el laboratorio a I.R.E.M.I. y se prestan las instalaciones para Bromatología, y con la crisis del año 2000-2001 cambia la función inicial dado que hay otras necesidades a contemplar...” según expresa el Dr. Raúl Sachetti¹ en una entrevista.

- Importancia que le concede la opinión pública: es una institución de importancia dentro de la ciudad dado su carácter de ser Centro de derivación de referencia y contrarreferencia e histórico centro de vacunación de niños/as.
- Lugar en que opera: municipal. La ubicación de esta institución permite centralizar la atención de los especialistas. Las derivaciones constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucrada, con el objetivo de elevar la calidad de servicio que se brinda a la población mediante una atención integral oportuna y de optimización de recursos.

¹ Dr. Sachetti Raúl. Médico otorrinolaringólogo de I.R.E.M.I.. Entrevista realizada por Gutiérrez Jorgelina, alumna de la UNMDP, Lic. en Servicio Social. Julio de 2007.

c) Estructura y organización de la institución:

Misión:

La misión de la institución es la Atención Primaria de la Salud.

Es un centro de derivación de referencia y contrarreferencia.

Objetivos:

- Promoción y prevención, es decir, actuaciones sanitarias programadas sobre individuos o grupos de población específicos o de riesgo (cribados, vacunaciones, salud dental, etc.) integrándolas con las de carácter puramente asistencial.
- Desarrollar funciones y actividades preventivas y asistenciales, las cuales forman el núcleo básico sobre el que se asientan las restantes funciones del Centro de Salud y se fundamentan en actuaciones programadas y protocolizadas que implican la colaboración constante de los distintos profesionales de la institución.
- Educación para la Salud, dirigida fundamentalmente a potenciar la autorresponsabilidad de las personas y de la comunidad en el cuidado de la propia salud y no la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades.

Organización y funcionamiento:

- Formas de administración e impedimentos: todos los profesionales trabajan con diferentes programas, cada uno con su jefe. No existe una coordinación general.
- Autoridades: existe una administradora de la institución.
Hay tres jefaturas de División (aunque no funcionan allí): atención del niño, de la mujer y enfermería.
- Servicios que presta: Atención médica. Las especialidades en pediatría son: endocrinología, nefrología, cardiología, gastroenterología, traumatología y neumonología.
Las especialidades de adultos son: diabetes, neurología y otorrinolaringología.

Los equipos de base son: terapia ocupacional, servicio social, enfermería, pediatría, clínica médica, ginecología, obstetricia y patología cervical.

Es uno de los dos centros municipales que tienen laboratorio, rayos y ecografía.

- Áreas a las cuales se dedica: atención primaria de la salud
- Usuarios: comprende a todas aquellas personas que residen en el área programática o zona de influencia y además personas derivadas desde otros centros de salud para la atención en las diferentes especialidades que ofrece la institución, como por ejemplo endocrinología, nefrología, cardiología, gastroenterología, etc.

Actividades, programas y proyectos en ejecución:

- “Plan del lactante y control del niño sano” que da inicio en 1979. Hubo 3543 consultas en el año 2007.
- Programa “REMEDIAR”, implementado a partir del año 2002.
- “Plan de embarazadas” y “Programa de salud sexual y reproductiva” se realizaron 1281 consultas por planificación familiar en el año 2007.

Personal: La totalidad del mismo es rentado y pertenecen a la planta municipal: mantenimiento, administrativos, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos, de patología cervical, médicos, obstetras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, cardiólogos, etc.

Equipamientos: la institución es uno de los dos centros de salud de la ciudad que cuenta con laboratorio, rayos, ecografía y odontología.

Publicaciones y fuentes de información: se mantiene una entrevista con un informante clave, el Dr. Raúl Sachetti, otorrinolaringólogo de la institución, quien brinda información sobre el surgimiento de la misma.

Fuentes de financiamiento: La Secretaría de Salud aporta gasas, jeringas, recetas; la leche proviene de aportes provinciales. La Secretaría de Desarrollo Social contribuye con insumos para el área de servicio social, y los medicamentos son aportados por donaciones de laboratorios y por la municipalidad a través del programa “Remediar”.

d) La demanda en la institución:

En el Centro de Salud la demanda está dada básicamente por grupos familiares de subocupados, desocupados y beneficiarios de subsidios estatales. Asimismo a partir del año 2001 se han incorporado gradualmente al sistema público de salud grupos familiares con pautas de nivel medio que han perdido su poder adquisitivo (nuevos pobres). En la zona de influencia existen además grupos familiares de nivel socioeconómico alto y medio alto que recurren a éste Centro de Salud Municipal para cumplimentar los esquemas de vacunación de sus hijos.

Es recurrente el hecho de que asistan a atenderse a la institución personas que se encuentran fuera del área programática de la misma y que en temporada estival concurra una elevada cantidad de personas que se encuentra momentáneamente en la ciudad, “población en tránsito”.

Se destaca que al ser un centro de referencia y contrarreferencia asiste un elevado número de personas derivadas desde otros centros de salud dadas las diferentes especialidades que ofrece la institución: endocrinología, nefrología, cardiología, gastroenterología, traumatología y neumonología en pediatría, y diabetes, neurología y otorrinolaringología en adultos.

Las consultas más frecuentes por servicio se registran en enfermería, vacunación, clínica médica, audiología, plan de lactantes, endocrinología pediátrica, pediatría y psicología. Asimismo se destacan la cantidad de consultas en prácticas de laboratorio y ecografías.

Según datos brindados por el área de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud las consultas totales en el Centro de Salud en el año 2007 fueron 93.982.

A continuación se detallan las consultas totales por especialidad y en el apartado Anexos se puede observar un cuadro donde se especifican las mismas según cada mes del año.

consultas totales por especialidad. Año 2007	
ESPECIALIDAD	CONSULTAS
Audiología	3.652
Cardiología	1.404

Cardiología pediátrica	1.641
Clínica médica	4.492
Curso pre-parto	490
Ecografía	7.567
Endocrinología. (diabetes)	257
Endocrinología pediátrica	2.553
Enfermería	17.008
Fonoaudiología	684
Gastroenterología Pediátrica	564
Geriatría	362
Ginecología	2.187
Laboratorio	14.568
Nefrología pediátrica	59
Neumonología pediátrica	656
Neurología	697
Obstetricia	1.639
Odontología	160
Ortopedia y traumatología. Pediatría	798
Otorrinolaringología	1.522
Patología cervical	1.338
Patología mamaria	214
Pediatría	2.522
Plan de lactantes	3.543
Planificación familiar	1.281
Psicología	2.691
Psicopedagogía	949
Psiquiatría	516
Rayos	5.240
Servicio social	1.119
Terapia ocupacional	1.054
Traslado y emergencia	105
Vacunas	10.450
TOTAL	93982

➤ Descripción del Servicio Social

El Centro de Salud es una institución concreta, social, histórica, compleja, y como tal un recurso para el logro de los objetivos profesionales.

Aquí se describe, caracteriza y analiza el Servicio Social de I.R.E.M.I. teniendo en cuenta diferentes aspectos e intentando realizar una lectura de la compleja realidad en la que se inscribe: desde el espacio físico que ocupa hasta las características de la población que concurre al mismo.

A partir de las particularidades de la demanda, el Servicio Social se plantea determinados objetivos enmarcados en la misión de la institución, la atención primaria de la salud, y en los principios del Trabajo Social como profesión de derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, por lo cual el servicio se constituye en un ámbito fundamental para la construcción de ciudadanía.

a) Datos de base:

Dicho servicio funciona en una de las oficinas de la institución ubicada en la planta baja del edificio, en la parte posterior de la misma (para llegar a ella se debe atravesar todo el edificio y llegar al último pasillo).

El equipo de trabajo está conformado por dos licenciadas en Servicio Social. Una de las profesionales se desempeña en la institución de lunes a viernes de 8:00 hs. a 15:00hs y la otra se encuentra los días martes, miércoles y jueves en el mismo horario.

Desde el mes de abril y hasta agosto de 2007 el Servicio Social junto con Pediatría y Obstetricia fueron trasladados a A.M.E.C. (Asociación Médica de Empleados de Comercio), ubicado en la intersección de las calles Belgrano y Salta, debido que se estaban realizando obras de mantenimiento por la rotura de las calderas y la falta de calefacción.

A.M.E.C. cedió cuatro consultorios para la atención de los pacientes de y la cocina del lugar, la cual fue asignada al Servicio Social.

Se puede decir que la atención de las trabajadoras sociales se vio seriamente obstaculizada durante el transcurso de éste período ya que el espacio era inadecuado en relación al mobiliario, a la dinámica, (habitualmente se registraban interrupciones por parte del resto del personal en el transcurso

de las entrevistas) y no se contaba con las Historias Clínicas dado que las mismas se encontraban en las oficinas de (por lo cual se realizaban fichas).

También se destaca como relevante el hecho de no tener líneas telefónicas en dicha sede; por ello en situaciones de emergencia se complicaba la comunicación con otras instituciones, por ejemplo al tener que solicitar una ambulancia para derivar a H.I.E.M.I. a algún niño, o para acordar acciones con otros Servicios Sociales de la ciudad.

b) Objetivos del Servicio Social y actuación profesional:

El Programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud enmarca la atención en lo materno infantil. Las profesionales intervienen con los equipos de salud en el Plan del Lactante y control del niño sano (hasta dos años de edad) y en el Plan de Embarazadas, los cuales constituyen programas a nivel nacional. Asimismo los días viernes como parte del Programa de Embarazadas y Salud Reproductiva, se llevan a cabo dos charlas-taller, donde además de realizar diferentes actividades se entregan los métodos anticonceptivos. Participan aproximadamente 400 mujeres en dicho programa cuyas edades oscilan entre los 25 y 35 años (aunque también hay mujeres de 14 o de 40 años por ejemplo).

El servicio social atiende la demanda espontánea, derivaciones de otros profesionales, y realiza las entrevistas individual-familiares tanto en la institución como en los domicilios como parte del trabajo en relación a los planes o programas mencionados en los cuales interviene. Actúa desde el paradigma de la complejidad y utiliza métodos como el constructivismo y el analítico. Asume funciones de coordinación, gestión, contención, apuntalamiento, tanto grupal como individual.

Las técnicas o herramientas utilizadas comúnmente son entrevistas en sede y en domicilio, observación y análisis documental.

Se podría afirmar que en general el fin de la actuación es generar un soporte social adecuado, suficiente, para que las personas puedan transitar las diferentes situaciones que se presentan con sus mejores recursos, descubriendo y destacando factores protectores y minimizando o trabajando sobre los de riesgo.

Se observa en relación a las tipologías de actuación profesional las siguientes: prestacional, promocional, preventiva y educativa. Las mismas se van adoptando y privilegiando según las diferentes situaciones, objetivos y los momentos de la actuación.

c) Estructura y Organización del Servicio Social:

En relación a la planta física y los recursos materiales, el Servicio Social cuenta con una oficina, la cual resulta generalmente insuficiente dado que hay dos profesionales; en ocasiones cuando se encuentra desocupado algún consultorio de otro profesional el mismo es utilizado para realizar entrevistas.

Los muebles con que cuenta dicha oficina son un escritorio, dos sillas y dos repisas donde se guardan diferentes documentos del servicio. Los elementos se encuentran deteriorados, las paredes de la oficina están despintadas y con humedad, por lo cual las profesionales intentan salvar estas desprolijidades colocando diferentes elementos como afiches y plantas para hacer el lugar “más agradable”.

El Servicio Social cuenta además con una línea telefónica, la cual fue asignada en el año 2006 aproximadamente, y permite a las profesionales resolver diferentes cuestiones en forma privada por este medio. Anteriormente debían utilizar teléfonos de otros consultorios con la consiguiente falta de privacidad.

En relación a los recursos humanos, como se mencionó anteriormente, forman parte del servicio dos licenciadas en Servicio Social que comparten las tareas cotidianamente, excepto que una de ellas no participa del Programa de Salud Reproductiva dado que el día en que se desarrollan los talleres no se encuentra presente en la institución. Se puede decir que hay una relación de horizontalidad entre ambas profesionales dado que las acciones se llevan a cabo y las decisiones se toman en forma conjunta. Las mismas participan además de reuniones con la Jefatura de Servicio Social.

El Servicio Social actúa en tres programas que se implementan de manera interdisciplinaria: en el programa del lactante intervienen además enfermería y pediatría; en el de la embarazada enfermería y obstetricia, y en el el programa de salud sexual y procreación responsable enfermería y ginecología.

Además el Servicio Social atiende la demanda espontánea de diferentes personas que se acercan de forma particular al mismo por diferentes motivos (violencia familiar, asesoramiento en la educación de los hijos, información para la realización de diferentes tipos de trámites, solicitud de alimentos, etc.) o por derivación de otros profesionales de la institución. También diferentes instituciones de la ciudad, como por ejemplo Registro Civil, Cáritas, Cruz Roja, etc. derivan al Servicio Social de I.R.E.M.I. por estar ubicado en el centro de la misma, por lo cual en ocasiones es necesario re-derivar.

En relación al registro de la información, el servicio social realiza la entrevista individual o individual-familiar en la institución o en los domicilios y la información recogida se vuelca en el informe social de la historia clínica del paciente.

En cuanto a la modalidad de trabajo los días lunes se organiza la demanda, se entregan turnos para las diferentes especialidades, se trabaja con grupos familiares o individualmente en diferentes temas o propuestas específicas del área, etc.

Los martes y jueves son los días que ingresan al Plan las embarazadas; éstas realizan control médico con el obstetra y la enfermera y el servicio social efectúa la entrevista individual-familiar.

Los miércoles es el día de ingreso al Plan de lactantes por lo cual se realizan charlas grupales además de la entrevista individual-familiar a cargo de las trabajadoras sociales.

Por último los días viernes se realizan dos talleres de salud reproductiva.

Las profesionales del servicio se reúnen diariamente antes de comenzar con la atención de las personas para acordar la organización de la demanda que llega al servicio en el día, los talleres, etc. y finalizada la atención, a fin de evaluar y planificar acciones conjuntamente de acuerdo a requerimientos específicos.

d) La demanda del Servicio Social:

El diagnóstico comunitario realizado por el Servicio Social permite establecer el campo hipotético de problemas de acuerdo a diferentes aspectos considerados de relevancia, es decir permite observar cuáles son las

problemáticas prevalentes como así también las características de la población del área programática.

En relación a los aspectos habitacionales se puede decir que la zona de referencia se caracteriza por su heterogeneidad. Existen zonas de concentración de comercios, centro peatonal, shoppings, plaza hotelera de categorías diferentes, desde 5 estrellas hasta hospedajes tipo pensión y viviendas tipo conventillo, edificios de propiedad horizontal y casas de diferentes categorías. Hay además importante cantidad de espacios verdes y playas.

Existen zonas de barrios residenciales con viviendas de gran categoría y confort: zona Chauvin, los Troncos, Playa Grande, Playa Chica y Plaza Mitre. Barrios con viviendas estilo chalet y americanos, en barrios como San José y Primera Junta. Hay barrios antiguos con viviendas recicladas y acondicionadas, otras muy deterioradas y abandonadas (muchas de estas usurpadas) en zonas como Pompeya y La Perla.

También hay sectores con viviendas, locales y/o construcciones abandonadas donde viven familias que provienen del conurbano bonaerense y provincias del norte.

Existen varios hoteles clausurados que funcionan como pensiones y hospedajes en zona vieja Terminal, por las calles Salta y Jujuy al 1000, por 3 de Febrero y Balcarce al 3500, donde se alquilan habitaciones en ocasiones con baño privado y en las menos se comparte la cocina. Según se ha consultado en la población que allí reside cocinan en las mismas habitaciones con calentadores. En estos lugares la movilidad de la población es permanente, debido en su mayoría a que el pago es diario y al acumular cierta deuda son desalojados y también por conflictos entre familias, por lo que se trasladan a otro espacio similar.

Hay edificios con gran número de departamentos por piso, de escasas dimensiones, habitados por familias numerosas, en general en zona Terminal vieja, sobre Avda. Colón y Avda. Luro. Las condiciones edilicias en general están bastante descuidadas y la convivencia es conflictiva.

Todos los barrios de la zona de influencia de cuentan con cloacas, agua, luz y gas. Las calles están asfaltadas y en su mayoría con alumbrado público en funcionamiento.

En relación al aspecto económico también presenta heterogeneidad. Existen grupos familiares de niveles socioeconómico alto y medio alto que no concurren al servicio social y solo recurren al centro de salud municipal para cumplimentar los esquemas de vacunación de sus hijos.

Los grupos familiares que pertenecen a niveles socioeconómicos con pautas de nivel medio que han perdido su poder adquisitivo poseen escaso conocimiento del recurso público y se han incorporado a la atención de su salud en el sistema estatal paulatinamente luego de la última crisis del país; sus ingresos se han inestabilizado y disminuido en la mayoría de los casos pero logran acceder con esfuerzo y organización a cubrir sus necesidades básicas.

Por último, el grueso de la población que se atiende en el Servicio Social son familias de subocupados, desocupados y beneficiarias de subsidios estatales. Hay artesanos locales y de otras provincias, que producen sus propios productos y los comercializan en diferentes ferias de la ciudad: Diagonal Pueyrredón, la costa y zona Catedral. Los hombres en su mayoría son albañiles, gasistas, electricistas, mensajeros, lava coches, cuida coches, mozos, mecánicos, vendedores ambulantes y/o artesanos. Para el caso de las mujeres en su mayoría son amas de casa y otras se dedican al servicio doméstico, cuidado de niños, atención al público en comercios de diferentes ramos, y artesanas.

Es relevante en épocas veraniegas el aumento del número de niños y adolescentes que limpian vidrios y de discapacitados que venden productos en las esquinas, como también los artistas y malabaristas que se dedican a trabajos callejeros. Durante el invierno permanecen los vendedores ambulantes que tienen su ubicación anual "segura" al igual que los artesanos locales y cuidacoches.

La concentración de locales, servicios y recreación que se da en el centro de la ciudad ofrece un movimiento constante de personas que favorece también la venta ambulante y comercialización informal de todo tipo de productos.

En relación al aspecto sanitario se puede decir que la situación socio sanitaria característica de este centro de salud puede dividirse de acuerdo a la población estable y la que se ha denominado transitoria. Estos últimos son los

trabajadores de gastronomía, circos, artesanos, etc. que concurren en el verano y vacaciones de invierno, presentando los niños en su mayoría esquemas de vacunación incompletos, falta de controles de salud, pautas madurativas y de desarrollo inadecuadas, mala nutrición; en el caso de las mujeres, embarazos a término sin controles que deben ser derivadas directamente al segundo nivel de atención y obtención de turnos para controles de embarazo que no logran efectivizarse con estudios completos. Rara vez consultan los hombres o las mismas mujeres en el servicio de clínica médica.

En el caso de la población estable del centro de salud, se observan gran número de familias que concurren a los controles y conocen la modalidad de atención en caso de necesitar atención en el día, recursos o asesoramiento. Se han detectado gran número de familias ensambladas, conviviendo matrimonios jóvenes con sus progenitores por cuestiones económicas y/o de organización laboral. Esto repercute en la menor independencia de las nuevas familias, la confusión de roles y la baja tolerancia en la relación familiar.

Uno de los problemas relevantes entre la población atendida en el Centro de Salud es la adicción, que podría focalizarse en personas de entre 17 y 28 años de edad, con consumo en su mayoría de marihuana (en general, no considerada droga adictiva), alcohol y cocaína. Se ha detectado que el comienzo del consumo es en la adolescencia temprana.

En cuanto a lo alimentario, el problema más importante se relaciona con los malos hábitos: consumo diario de golosinas, gaseosas, facturas y guisos (considerados como revuelto de tomate, papa, en ocasiones carne y fideos), administración de alimentos a los bebés sin indicación o consulta con los pediatras, escasa variedad en la preparación de los alimentos, mínima elaboración de la comida, rara inclusión de frutas y verduras de estación, falta de rutina en los horarios y cantidad de comidas, en contadas familias se sostiene la costumbre de comer en familia reunidos, y se ha detectado que uno de los momentos de encuentro es a la noche compartiendo el mate los adultos.

2) Primeras deconstrucciones:

La Salud Pública se dirige a proteger, promover y recuperar la salud de los habitantes de una comunidad. Es responsabilidad de los gobiernos, a través de

sus políticas sociales, la organización de actividades en tal sentido, por ejemplo a través de la creación de diferentes Programas para garantizar el derecho a la salud.

En el Centro de Atención Primaria de la Salud I.R.E.M.I. se actúa desde una concepción integral y la salud es entendida como proceso, como construcción, por ello se trabaja desde la promoción y prevención, coordinando la acción con los otros niveles de atención.

Para alcanzar los fines propuestos el Servicio Social de I.R.E.M.I. actúa implementando tres Programas de la Secretaría de Salud en el eje Materno Infantil. A continuación se describe cada uno de ellos teniendo en cuenta los datos de base, los objetivos generales del programa y específicos del Servicio Social, la estructura y organización, y la demanda.

Se logra esta información a partir de la lectura de bibliografía específica como así también del análisis de información y datos obtenidos en los talleres realizados por los profesionales, entrevistas y reuniones de equipo.

➤ **El Plan del lactante y del preescolar:**

a) Datos de base:

El Plan del Lactante se puso en marcha el 22 de julio de 1961 en acción conjunta entre la provincia de Buenos Aires y la Municipalidad de General Pueyrredón y fue el punto de partida en el Programa de Atención Médica para Lactantes de la ciudad de Mar del Plata.

El trabajo se orienta fundamentalmente hacia las tres primeras pautas de la atención médica: la promoción, la protección específica y el diagnóstico y tratamiento temprano. Para ello es de primordial importancia la educación para la salud, el control del crecimiento y desarrollo psico-físico, el mantenimiento de la lactancia natural y la inmunización específica. Estas acciones se dirigen a disminuir la morbi-mortalidad infantil y a lograr que los niños lleguen a la adultez con pleno goce de salud.

El Plan del lactante y del preescolar se encuadra dentro de la APS y está orientado hacia el niño y su grupo familiar tomándolo en salud, entendiendo que la función del médico, la enfermera y la asistente social no es estática,

sino dinámica, saliendo a la comunidad y trabajando en ella para promover y proteger su salud.

b) Propósitos y objetivos generales del plan.² Objetivos específicos del Servicio social:

Los propósitos generales del plan son:

- Propender al descenso de la morbi-mortalidad infantil en el Partido de General Pueyrredón, con el propósito de lograr el goce de un estado de completo bienestar físico, mental y social del niño/a, mediante las acciones de control de salud y tratamiento de la patología menor en los Centros de Salud y derivación de la patología mayor a servicios de más alta complejidad.
- Estudio estadístico de las patologías más frecuentes en el grupo etario de 0-12 (y/o 0-18) meses en el Partido de General Pueyrredón para orientar los servicios de Salud Pública y de otros sectores a la solución integral de los mismos.

Sus objetivos son:

- Captación precoz del 100% de los niños/as recién nacidos en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil y derivación al Centro de Salud Infantil correspondiente a su domicilio, a la consulta privada o la mutual según los casos.
- Captar y poner bajo control precoz, continuo y completo al 70% de los recién nacidos dentro de los primeros 15 días de edad (se parte del supuesto que el otro 30 % está bajo control profesional privado o de mutual).
- Vacunación de la población bajo programa, de acuerdo a lo establecido en las normas.
- Alimentación a pecho como objetivo primordial, en todos los casos.
- Dación de leche en polvo (entera y/o modificada) a los que haya que completar su alimentación.

² Programas del lactante y del preescolar. Normas de atención. Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. Secretaría de Bienestar Social. 1979.

- Educación para la salud de la madre, en el consultorio o en terreno por parte del médico pediatra, la enfermera y la asistente social.

Los objetivos específicos del Servicio Social son:

- Promover un vínculo positivo madre-hijo/a.
- Proveer a los padres la información necesaria que garantice el óptimo cuidado del niño/a en etapas posteriores.
- Promoción de la lactancia materna dadas las virtudes y beneficios de la misma para la madre y el hijo/a.
- Detectar situaciones que requieran un abordaje individual-familiar.
- Fomentar la participación familiar en el cuidado del niño/a y en la toma de decisiones en relación a su salud convirtiéndose en garantes de sus derechos.
- Realizar acciones tendientes a garantizar que los niños/as efectúen su control de salud una vez al mes durante los primeros seis meses de vida y cada dos meses hasta el año de vida.
- Fomentar y garantizar el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, por ejemplo en lo referente a filiación, entendiendo al niño/a como sujeto de derechos.
- Informar y asesorar a la pareja para la atención integral de su salud sexual y reproductiva.

c) Estructura y organización:

Los niños recién nacidos en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil son derivados al Centro de Salud si pertenecen al área programática de dicha institución para su atención los días miércoles.

El equipo de trabajo está conformado por tres médicas pediatras, una enfermera y dos asistentes sociales, es decir que el trabajo es interdisciplinario.

El médico pediatra es el responsable de la atención médica de los niños de 0 a 1 año y de la educación sanitaria del grupo familiar. Realiza control del crecimiento y desarrollo, atención de patología menor, derivación al servicio que corresponda de la patología mayor, indica vacunaciones según normas,

educación para la salud (alimentación, higiene, etc.), ordena la dación de leche cuando corresponde y cita para el próximo control.

Las asistentes sociales realizan actividades específicas tanto en la institución como fuera de ella. Efectúan tareas inherentes a su cargo como educación para la salud, asistencia y educación alimentaria. Concurren a los domicilios a fin de recabar datos para el diagnóstico, conocer la vivienda, su distribución y estado, acompañar a la familia en un momento específico, etc. Observan que se cumplan las consultas programadas, estando atentas a las causas del ausentismo a los controles para realizar la actuación profesional específica en cada caso.

La enfermera, al igual que los otros profesionales, trabaja desde lo específico de su profesión y en forma interdisciplinaria. Está a su cargo la labor vinculada a las vacunaciones, controles antropométricos, consistentes en pesar y medir a los niños/as, entrega y lleva el respectivo control de la leche de acuerdo con lo establecido por las pediatras.

En cuanto a la organización de estas actividades, los días miércoles a las 8:30 hs. una vez que ingresan los recién nacidos junto a sus madres y/o padres se realiza en un salón de la institución una charla que está a cargo de las asistentes sociales y la enfermera, donde se brinda información acerca de temas como importancia de la lactancia materna exclusiva, modos apropiados de realizarla, higiene del bebé, puerperio, planificación familiar y filiación. Posteriormente cada uno de los niños realiza el control de salud con las pediatras y la enfermera.

Las asistentes sociales se encargan de realizar la entrevista individual-familiar a fin de conocer datos personales y de base (por ejemplo, nombre, apellido, edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, etc.) situación socio-económica-laboral, red personal, etc. a fin de planificar y realizar acciones conjuntas si la situación lo requiere. La información recabada y los diferentes temas tratados como así también las intervenciones realizadas son registrados en el informe de servicio social que está incluido en la Historia Clínica.

d) La demanda:

Algunas de las problemáticas observadas y más relevantes son el colecho y la desorganización en las rutinas de la vida diaria tanto de alimentación como de descanso de los niños/as, por ello, el trabajador social durante la entrevista individual-familiar de ingreso al Plan de Lactantes refuerza pautas de lactancia exclusiva, técnicas y rutinas.

En relación a lo económico, la mayoría de los grupos familiares logra satisfacer sus necesidades básicas ajustadamente.

Es habitual la atención de madres adolescentes que no habían programado tener un hijo/a (en estos casos se hace hincapié en planificación familiar).

Hay casos de niños/as que aún se encuentran indocumentados por lo cual se brinda información acerca de los requisitos y plazos para la inscripción.

Se observa gran cantidad de familias ensambladas por razones económicas o por la edad, lo cual acarrea confusión de roles y baja tolerancia en la convivencia cotidiana.

Se brinda asesoramiento a todas las mujeres y/o familias acerca de planificación familiar invitándolos a los talleres de salud reproductiva que se desarrollan los días viernes en la institución.

Las trabajadoras sociales también se encargan de establecer los motivos por los cuales hay niños/as que no asisten a los controles de salud. Esta situación en la mayoría de los casos se produce porque las familias han logrado obra social y por ello atienden a los niños en el servicio privado de salud, o bien porque se han mudado de barrio y continúan su atención en otro Centro de Salud de la ciudad.

➤ El Plan de la embarazada:

a) Datos de base:

Tradicionalmente los programas materno-infantiles han limitado la atención de la salud de la mujer a los aspectos meramente reproductivos desde una concepción bio-médica que buscaba asegurar principalmente la salud de su descendencia. Este enfoque, que descuida las necesidades integrales de toda mujer y su pareja, llevó a que en la mayoría de los casos, los contactos de las

mujeres con los servicios de salud estuvieran limitados a los períodos genésicos.

Esta concepción se encuentra hoy en revisión a partir de la inclusión de las cuestiones de género que contemplan también los aspectos masculinos y la incorporación de otros componentes que hacen al cuidado de la salud de la mujer, más allá de su función reproductiva, tales como la prevención y tratamiento del cáncer gineco-mamario, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos de la nutrición, la violencia familiar, la ansiedad y depresión, etc. En el caso de las adolescentes la situación se complejiza, ya que el embarazo focaliza la atención médica en el producto de la gestación, desatendiendo el cuidado de los propios padres que se encuentran aún en etapa de crecimiento y desarrollo.

Las diferentes culturas han considerado el nacimiento como un evento especial, convirtiéndose en un hecho de importancia no sólo para las madres sino para toda la familia y la comunidad. En la actualidad se reconoce que la función de procreación conlleva riesgos biológicos y otros derivados de la carga social de la mujer como eje del núcleo familiar. Esta situación, que no pocas veces produce desventajas educacionales y económicas, se refleja tanto en la salud de la mujer como en la de sus hijos.

“Control Prenatal” es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

Para alcanzar la calidad en el Control Prenatal el mismo debe reunir los siguientes requisitos básicos, y debe ser:

- Precoz: debe iniciarse en el primer trimestre de gestación, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo ya que permite ejecutar acciones de promoción, prevención y detectar tempranamente factores de riesgo.

- Periódico: la frecuencia varía según el riesgo.

- Completo: en contenidos de evaluación de estado general de la mujer, de la evolución del embarazo, de las intervenciones requeridas según edad gestacional y de actividades de promoción y prevención de la salud.

-De amplia cobertura: promoviendo el control de toda la población, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad en la atención.

Se entiende por “embarazo normal” aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, socio demográficos, etc.) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo, evidentes o no, interfieran en su normal evolución, llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción céfalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y puerperio normal.

Es en función de estos criterios que se requiere un enfoque integral en la atención de la salud de la mujer en el que se incluya la participación de otros actores sociales en la prevención primordial y en la definición de estilos de vida saludables.

b) Objetivos generales del plan y específicos del Servicio Social:

Los objetivos generales del control prenatal³ son:

- Mejorar la salud y atención de las mujeres que asisten a los servicios públicos de la Provincia de Buenos Aires, garantizando su inclusión y continuidad en el sistema, sobre todo de aquellas identificadas como población de riesgo.
- Propiciar un espacio para una atención integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente el cuidado biológico. (OPS/OMS).
- Fortalecer o estimular la participación en el cuidado de la salud brindando contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y el niño.
- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente complicaciones del embarazo.
- Vigilar el adecuado crecimiento y la vitalidad fetal.
- Detectar enfermedades subclínicas.

³ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil. Guía de procedimientos para el control de embarazo normal y la atención del parto de bajo riesgo. 2001

- Promover estilos de vida saludables.

Los objetivos específicos del Servicio Social son:

- Conocer diferentes aspectos del proceso de embarazo (si fue planificado o no, si es aceptado por la pareja, la familia, etc.)
- Identificar la red vincular con que cuenta la mujer embarazada y propiciar el acompañamiento de la pareja o familiar que ella elija.
- Detectar situaciones que requieran un abordaje individual-familiar para desarrollar acciones conjuntas y evitar así posibles trastornos (nutricionales, ansiedad, depresión, violencia familiar, etc.)
- Crear un espacio de diálogo y comprensión a fin de acompañar el proceso de embarazo en el caso de madres y/o padres adolescentes ya que los mismos se encuentran aún en etapa de crecimiento y desarrollo.
- Fomentar pautas de alimentación y cuidado corporal en las mujeres para mejorar su calidad de vida y la de su hijo/a, promoviendo un estilo de vida saludable.
- Favorecer y fortalecer un vínculo temprano positivo entre madre-padre-niño/a.
- Desarrollar estrategias necesarias que permitan la recaptación de las embarazadas que abandonaron o no concurren a los controles.
- Recomendar desde el embarazo la lactancia materna y preparar a la madre para la lactancia exclusiva.
- Fomentar una procreación responsable y maternidad segura, dado que en muchas ocasiones el embarazo es la resultante del desconocimiento, de una baja autoestima y la falta de acceso a servicios de salud adecuados.

c) Estructura y organización:

El equipo de trabajo está conformado por un obstetra, una enfermera y dos asistentes sociales, es decir que el trabajo es interdisciplinario. El ingreso de las embarazadas al Plan se realiza los días martes y jueves. El equipo se reúne periódicamente para organizar la demanda y para realizar una evaluación conjunta y planificar acciones si alguno de los casos lo requiere.

La atención es programada hasta la semana N° 34 donde se deriva al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) para la atención de las últimas semanas del embarazo y el parto.

En la primera consulta en I.R.E.M.I. el obstetra realiza un examen físico completo, revisa los valores de exámenes de orina, sangre, ecografía e indica interconsultas complementarias generales y específicas como odontología. También receta medicamentos, complemento alimentario y nutricional si la embarazada lo requiere.

La enfermera cumplimenta la atención médica realizando las mediciones antropométricas, tomando la tensión arterial, realizando vacunaciones, etc. También realiza acciones de educación para la salud.

Las asistentes sociales efectúan la entrevista individual-familiar a las mujeres y/o parejas que ingresan al Plan de la Embarazada a fin de conocer datos de base comunes a cualquier evaluación como por ejemplo, edad, ocupación, estado civil, grupo familiar conviviente, etc. y por otro lado cuestiones específicas relacionadas con el Plan como el estado de salud de la mujer, situación laboral, pareja, proyectos personales, etc.

También se encargan de establecer los motivos por los cuales las mujeres no asisten a los controles de salud. Esta situación en la mayoría de los casos se produce porque no corresponden al área programática, no pudiendo establecer contacto con ellas, o porque han logrado obra social y se atienden en el servicio privado de salud o se han mudado de barrio y continúan su atención en otro Centro de Salud de la ciudad.

Se adopta la estrategia de turno programado, con fecha y horario definido, otorgado luego de cada consulta, lo cual permite organizar tiempos y recursos.

La información recabada y los diferentes temas tratados durante la entrevista individual-familiar como así también las actuaciones realizadas son

registrados en el informe de servicio social el cual está incluido en la Historia Clínica de la embarazada. (CLAP)

Es importante durante las últimas consultas, es decir, a partir de la semana 30 en adelante, incluir entre las recomendaciones la importancia del control puerperal, brindando información para concientizar acerca de la autovaloración y el autocuidado de la mujer.

El primer y segundo nivel de atención se articulan e integran a través de la referencia y contrarreferencia como sistema formal e institucional, a fin de garantizar la accesibilidad y continuidad de la atención de las embarazadas, como así también las puérperas que son referenciadas nuevamente a I.R.E.M.I.. Los días miércoles con el control del recién nacido se realiza el control de “puerperio” que es el período que transcurre después del período placentario hasta los 45 días posteriores al parto aproximadamente, donde se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales.

d) La demanda:

Las embarazadas que se atienden en la institución básicamente se encuentran en el grupo etario de los 16 a los 35 años de edad. En general son mujeres que están unidas de hecho con sus parejas. En la menor proporción de casos están casadas y algunas de ellas se encuentran sin pareja estable.

En relación a lo económico, la mayoría logra satisfacer sus necesidades básicas ajustadamente.

Referente a lo laboral, muchas de ellas son amas de casa, trabajan en el servicio doméstico o son empleadas en forma irregular en diferentes tipos de comercio.

El Servicio Social durante la entrevista individual-familiar de ingreso al Plan de embarazadas refuerza pautas brindadas también por el médico y la enfermera, por ejemplo con respecto a la alimentación y al cuidado personal.

Hay gran cantidad de casos de mujeres que no han programado el embarazo, por lo cual se indaga acerca de cómo vive esta situación la mujer y su grupo familiar, además de ver con qué tipo de contención y acompañamiento cuenta la embarazada.

Es habitual el embarazo no deseado en adolescentes ya sea por mala utilización de métodos anticonceptivos o por la no utilización de los mismos.

Se presentan casos de mujeres que ya tienen varios hijos y que no deseaban el embarazo actual.

Se observan casos de embarazos avanzados, de 30 a 35 semanas que deben ser derivados al segundo nivel de atención sin los suficientes controles previos.

➤ **El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable⁴:**

a) Datos de base:

Otro de los aspectos postergados en la salud de la mujer han sido los referidos a la salud sexual desde la menstruación hasta la menopausia, lo cual incluye riesgos biológicos como las enfermedades de transmisión sexual y particularmente la infección por VIH-SIDA, así como los aspectos endocrinológicos, psicosociales y la satisfacción de su sexualidad.

Se entiende por "Salud Reproductiva y Sexual" aquella que se preocupa por asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Esto conlleva la necesidad de recibir una adecuada educación en sexualidad, para la toma de decisiones, así como el derecho de acceder a los servicios de salud para obtener orientación sobre métodos de regulación de la fertilidad a su elección, libre de riesgos y a un costo accesible, que le permitan tener un embarazo adecuado, seguro y también sin riesgos .

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue creado por la Ley Nacional N° 25.673 en el año 2003. Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que esta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados.

Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y

⁴ Crónicas Talleres de Salud Sexual y Procreación Responsable I.R.E.M.I..

transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuántos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos.

Por eso promueve la “consejería” en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública en todo el país, es decir la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

Al mismo tiempo favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida.

b) Objetivos generales del programa⁵ y específicos del Servicio social:

Los objetivos de éste programa son:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- Disminuir la morbilidad materno-infantil.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Promover la salud sexual de los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias.
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsables.

Los objetivos del Servicio Social son:

- Realizar talleres interdisciplinarios a fin de brindar información y asesoramiento sobre Salud Sexual y Procreación Responsable.

⁵ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2003.

- Crear un espacio de diálogo y respeto para conocer los intereses, deseos y expectativas de las personas pertenecientes al Programa en relación a la planificación familiar y a la sexualidad.
- Desarrollar y trabajar en conjunto diferentes temas de acuerdo a los intereses de los participantes de los talleres a fin de evacuar dudas e inquietudes.
- Promover la adopción voluntaria de alguna forma de anticoncepción para favorecer tanto la elección de una maternidad y paternidad responsables como el desarrollo de una sexualidad plena al no asociarse obligatoriamente el coito a la reproducción.
- Mejorar la calidad de vida de las personas (individuos, parejas, familias, adolescentes, etc.) a través de la promoción de la salud materno-infantil, la planificación familiar y la sexualidad responsable.
- Garantizar el derecho a tomar decisiones concernientes a la reproducción libres de discriminación, coerción o violencia.
- Detectar situaciones que requieran un abordaje individual-familiar a fin de planificar y ejecutar acciones a favor de la salud.

c) Estructura y organización:

El programa está destinado a la población en general, es decir, no es necesario pertenecer al área programática de la institución para participar en el mismo, y se sostiene sobre cuatro pilares:

Información: consiste en aportar datos en cuanto a los métodos anticonceptivos, su eficacia, ventajas, desventajas, efectos colaterales y complicaciones, salud sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y seguimiento de cada método.

Consejería: se trata de ayudar a decidir al usuario del programa que es lo mejor para ellos en su situación particular, asistirlos a través de la escucha y el entendimiento para que puedan reconocer como se sienten, respetando sus creencias y valores.

Entrega gratuita de insumos: la compra y distribución de los mismos está a cargo del Programa Nacional. Los insumos distribuidos son: preservativos, anticonceptivos orales hormonales combinados, progestágenos solos (para lactancia), anticonceptivos hormonales inyectables, anticoncepción hormonal de emergencia, dispositivos intrauterinos (DIU), y folletería.

Control de salud: exámenes periódicos de salud para la mujer, PAP, serología en ETS, examen de mamas, controles ginecológicos. Además la visita al Centro de Salud es una oportunidad para asesorarse acerca de cómo mantener relaciones sexuales sin temor a contagiar o ser contagiados de enfermedades de transmisión sexual (ETS), en especial VIH/sida.

El equipo de trabajo está conformado por un ginecólogo que es el responsable de la atención médica de las mujeres y brinda información en las charlas y en consultorio de forma privada. Una enfermera, que también participa en las charlas y en la atención médica, por ejemplo colaborando en la colocación del DIU.

La trabajadora social al igual que el resto de los profesionales, transmite información y realiza consejería. Coordina las actividades propuestas a nivel grupal y se ocupa de informar/captar en la entrevista individual-familiar a las mujeres que ingresan al Plan de lactantes acerca del funcionamiento de éste programa a fin de que participen en él.

En cuanto a la modalidad operativa, los días viernes a las 10:00 y a las 13:30hs. se realizan en el salón de usos múltiples de la institución dos charlas-taller a cargo del mencionado equipo de trabajo.

Cada tema se trabaja por tres meses, y cada vez que concurren al taller se entrega método anticonceptivo por ese lapso, con lo cual cada persona participa en las cuatro temáticas trabajadas en el transcurso del año.

Dada la cantidad de participantes, resulta efectiva la modalidad de trabajo en taller. En principio se trabaja en pequeños grupos de 3 a 10 integrantes de acuerdo a la cantidad de personas presentes y luego se realiza una puesta en común de las conclusiones obtenidas por cada uno de ellos y los profesionales realizan diferentes intervenciones aportando información y aclarando las dudas que se presenten.

Las charlas abarcan diversos temas como prevención de accidentes en el hogar, sexualidad, uso correcto de los diferentes métodos anticonceptivos,

ventajas, desventajas, etc. de acuerdo a la evaluación y a lo que el equipo de profesionales considera oportuno y necesario.

La información personal es consignada en fichas elaboradas para tal fin donde se exponen los datos de base del participante (como por ejemplo, nombre, apellido, edad, domicilio, etc.), cantidad de gestas, abortos (si éstos han sido espontáneos o inducidos) e indicaciones u observaciones médicas. Además se consigna el método anticonceptivo recomendado y la fecha en que debe retirarlo nuevamente, los controles de salud realizados y fecha próxima de consulta ginecológica.

El equipo de profesionales se reúne semanalmente a fin de planificar y evaluar los talleres y realiza además el registro de la información y estadísticas.

d) La demanda:

Los grupos conformados durante los talleres son heterogéneos en relación a la edad dado que la misma oscila entre los 16 y 50 años, aunque prevalecen mujeres de 25 a 35 años. Muchas de ellas ya tienen entre uno y cuatro hijos.

En cuanto a género, en ocasiones hay hombres (entre uno y tres en algunos talleres), pero se puede afirmar que básicamente quienes participan son mujeres.

En relación a la situación socio-económica de los participantes se observa que los mismos pertenecen a diferentes sectores: bajo, medio y medio-alto.

Hay personas que se encuentran en el Programa desde hace más de cinco años. Un elevado porcentaje de los participantes se incorpora al mismo luego de participar en la charla del Plan de Lactantes donde se los invita a estos talleres.

En el transcurso de los talleres se observa falta de información respecto a los métodos anticonceptivos existentes y a su adecuado uso para lograr resultados satisfactorios.

También existe falta de información acerca de la conformación y funcionamiento del aparato reproductor femenino y masculino y de cómo se inicia un embarazo.

En general las propuestas de trabajo son bien recibidas por los participantes dado que la mayoría de éstos participan activamente en los talleres, preguntando, resolviendo consignas, aportando experiencias personales, etc.

3) Comprensión y reconstrucción. (Actuación profesional)

Aquí se describe desde donde realiza su actuación el trabajador social, es decir, desde que paradigma, orientaciones, perspectivas, concepciones y mediante que técnicas y herramientas.

La metodología es entendida como proceso de conocimiento, acción y reflexión que se desarrolla conforme a una lógica particular y demanda el cumplimiento de ciertos objetivos que se revierten en resultados. En relación a la orientación metodológica, las trabajadoras sociales de I.R.E.M.I. entablan una comunicación participativa y dialógica con la persona ya que esta es la vía adecuada para comprenderla a ella, a sus circunstancias y al medio. Así se va estructurando la acción profesional para lograr las transformaciones sociales deseables y también los fines profesionales.

La persona constituye el sujeto central de la actuación, siendo a la vez actor y protagonista de su propia vida. El trabajador social considera que ambos deben integrarse desde el principio para poder resolver diferentes situaciones. Desde la institución, el trabajo social y la persona, emergen elementos que permiten la construcción de estrategias para la resolución de la problemática presentada; nace así, una comprensión de la realidad que contiene a todos los participantes involucrados.

El Servicio Social de reconoce al hombre como un fin en sí mismo, portador de universalidad y conciencia; se lo toma como ser racional y creativo que forma parte de la sociedad, como un ser único e irrepetible que transforma la realidad y a la vez es influido por ella. Se valora a la persona como sujeto responsable de su propia transformación, ubicado dentro de un contexto socio cultural en el cual actúa y se desarrolla en interacción permanente.

El servicio se ubica además en la perspectiva del paradigma de la complejidad ya que los problemas que se enfrentan en la institución exigen una estrategia de pensamiento reflexiva y no reductiva, por lo cual se tiene en cuenta que los hechos, los problemas, tienen varias dimensiones, son interactivos, evitando así soluciones reduccionistas. Se piensa y trabaja “complejamente” como metodología de acción cotidiana.

También se realiza la actuación desde la perspectiva de redes ya que se considera que los problemas tienen una dimensión colectiva y se intenta comprender los acontecimientos en función de los vínculos y los procesos comunicativos, interhumanos e históricos porque las redes son la expresión de una estrategia relacional que la persona desarrolla para responder a sus necesidades.

En cuanto al método de actuación profesional, el trabajador social en la institución se enfrenta a una realidad compleja, con dinámica propia y multideterminada, con características particulares y a su vez comunes a otros campos. La misma es abordada teniendo en cuenta la noción de proceso, es decir, se presentan una serie de momentos y se actúa en función de cada uno de ellos: en los momentos de estudio de la situación se realizan razonamientos analíticos, a partir de la observación e investigación documental, por ejemplo. Durante el diagnóstico social, se intenta establecer una serie de hipótesis y supuestos sobre la situación a abordar; a partir de allí se planifican las acciones a llevar a cabo, metas y objetivos, y luego se ponen en práctica las mismas teniendo en cuenta los tipos de actuación que se hayan privilegiado según la situación particular (de prevención, prestación, promoción, educación).

Se evalúa constantemente la marcha del proceso, los progresos y dificultades para alcanzar los fines propuestos, para poder así introducir oportunamente las modificaciones necesarias, y en todo momento se valora la subjetividad, el saber de la persona o grupo y la construcción conjunta del conocimiento.

Respecto a la modalidad operativa, el Servicio Social atiende demanda espontánea, derivaciones de otros profesionales de la institución y los casos pertenecientes a los programas y planes en los cuales interviene: del lactante, de la embarazada y salud sexual y procreación responsable.

En relación a las técnicas y herramientas el uso de las mismas se corresponde con los intereses y objetivos de los momentos del proceso, de los planes que se implementan, etc. Se realiza entrevista individual-familiar en sede y domiciliarias, observación documental (historias clínicas y legajos), exploración bibliográfica y capacitación de acuerdo a diferentes temas, además se realizan interconsultas y se solicita información a referentes de otras

instituciones. Complementariamente con la entrevista se emplea la observación dada la estrecha relación que existe entre palabras y actos.

También, como se pretende buscar el cambio social (que coincide con un cambio de actitudes personales) con la participación real de las personas en el proceso, y se considera que se aprende haciendo en pequeños grupos ya que se adquieren habilidades para el pensamiento crítico, la modalidad operativa que se utiliza para el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable es el taller considerado eficiente para la integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La actuación profesional es registrada en el informe del Servicio Social que está incluido en la Historia Clínica y también en diferentes planillas: "Hoja 2", a fin de establecer estadísticas (allí se registran los datos filiatorios y el código del diagnóstico del CIE 10); también se realiza resumen mensual de actividades, planificación anual, diagnóstico, crónicas grupales y registros de los talleres de Salud Reproductiva.

Abordaje institucional de dos problemáticas

La sistematización es una interpretación crítica y se considera al proceso metodológico del trabajo social como un proceso teórico práctico, es decir un devenir dialéctico que pueda arribar a la comprensión de la situación según una multiplicidad de fenómenos enmarcados en un contexto económico, político y social.

Se explicita la realidad como dinámica, cambiante, en permanente construcción, por ello no se la puede entender como algo acabado. Desde la perspectiva de la complejidad se caracteriza a la misma como una totalidad multidimensional en la cual se imbrican fenómenos confusos, antagónicos, en permanente interrelación.

Para dar cuenta de ello, a continuación se analizan dos casos de personas, familias, que asisten a la institución en diferentes momentos del período que abarca la experiencia.

Se trata de: un caso de embarazo de riesgo por sobrepeso y de una familia con indicadores de riesgo socio-sanitario. En cada uno de ellos se analizan diferentes dimensiones.

Los momentos del método de actuación profesional (estudio preliminar, diagnóstico, planificación de la acción, ejecución, evaluación y sistematización), no están precedidos mecánicamente, en la práctica hay un devenir permanente, por eso los mismos son enunciados de esa forma solo a fin de ordenar la presentación de las situaciones, pero de ninguna manera se las considera como algo estático.

1° SITUACIÓN DE ANÁLISIS: Embarazo de riesgo por sobrepeso:

El propósito general de la actuación está enmarcado en la misión de la institución, es decir, la atención primaria de la salud. El motivo que da lugar a la intervención del Servicio Social en el presente caso es el ingreso al Plan de la embarazada ya que se trata de una joven de 17 años de edad que se encuentra atravesando la semana número 11 de gestación del embarazo.

Durante el control prenatal la actuación profesional apunta al cuidado de la salud de la mujer más allá de la mera función reproductiva y se actúa desde una mirada y atención integral, atendiendo a otros factores como por ejemplo nutricionales ya que se trata de un embarazo de riesgo por sobrepeso.

El objetivo general durante el proceso es supervisar la evolución del embarazo y realizar una adecuada preparación para el parto y la posterior crianza del bebé, detectando posibles riesgos y actuando en función de su atenuación.

Desde el Servicio Social se pretende conocer el proceso de embarazo, detectar posibles trastornos y realizar acompañamiento, fomentando pautas de alimentación y cuidado corporal, promoviendo un estilo de vida saludable. Se intenta además, favorecer un vínculo temprano positivo madre/hijo.

Durante el proceso se llevan a cabo entrevistas de ingreso al Plan y de seguimiento, en la institución y en domicilio, observación, lectura de historia clínica y gestión de turno e interconsulta con residente de Nutrición; acompañamiento del proceso de embarazo y educación para la salud. También se interviene en salud reproductiva y proyecto de vida de la joven.

Las dimensiones que se analizan en este caso son:

- Grupo familiar conviviente.
- Estrategias de subsistencia.

- Educación y proyecto de vida.
- Cuidado de la salud.
- Salud Sexual y Procreación Responsable.

En el primer momento, durante el **estudio preliminar**, se obtiene un encuadre general de la situación. El mismo comienza cuando la joven se acerca al Centro de Atención Primaria de la Salud y realiza su ingreso al plan de la embarazada, este es un momento de interrogantes y reflexión.

A medida que transcurre la actuación profesional y a partir de la mayor cantidad de información sobre el contexto, la vida y necesidades de la persona, se va profundizando el conocimiento: Nora es una joven de 17 años de edad que atraviesa la semana número 11 de gestación de su embarazo y se incorpora al plan el día martes 4 de septiembre de 2007 cuando el Servicio Social realiza la entrevista de ingreso al mismo. La joven acude a la institución ya que reside dentro del área programática.

El objetivo de la entrevista de ingreso, es explicar la modalidad de atención en la institución, conocer los datos de base y las cuestiones específicas como el estado de salud de la joven, pareja, proyectos personales, condiciones en que se ha logrado el embarazo y como ha sido asumido el mismo, etc.

En relación al grupo familiar conviviente la joven comenta que vive con su hija de pareja anterior, Camila de 16 meses; Lucas, de 19 años de edad, pareja desde hace un año aproximadamente; su mamá de 45 años; sus hermanas Yolanda de 9 y Alicia de 19, y la pareja de ésta última de 30 años de edad.

La vivienda que ocupan es propiedad de la mamá de Nora y consta de dos dormitorios, una cocina y un baño (prevén construir otro dormitorio según refiere la joven).

Nora expresa que el embarazo no fue planificado pero si bien aceptado tanto por la pareja como por sus familias de origen.

También comenta que es ama de casa y que abandonó los estudios formales durante su primer embarazo.

En reunión de equipo y a partir de la evaluación conjunta se considera que hay un grado de sobrepeso ya que la joven pesa 80,300 kg. y mide 1,58 cm. lo cual implicaría un riesgo para la salud y el embarazo.

A partir del estudio preliminar comienza a realizarse una síntesis del proceso de conocimiento y se van estableciendo supuestos sobre la situación a

abordar, anticipando su evolución y arribando así a la **situación diagnóstica**. Para ello se mantienen entrevistas en institución y domicilio, además de realizar observaciones y análisis documental.

Se observa en entrevista en domicilio que la casa es de paredes de ladrillo revocadas, pero están en mal estado de conservación. El techo es de chapa. En el patio se aprecian diferentes elementos tirados, como un colchón, muebles, juguetes, etc. Hay varias mascotas: perros y gatos.

La habitación que ocupa Nora posee dos camas de una plaza, una mesa de luz, un ropero y un televisor. La misma no tiene ventana, por lo cual la luz natural ingresa cuando la puerta se encuentra abierta.

En cuanto a las estrategias de subsistencia del grupo familiar se puede mencionar que Nora no posee un trabajo formal. Su pareja Lucas, efectúa changas en la construcción al igual que su cuñado. La hermana mayor realiza venta ambulante de perfumes y la mamá tareas de limpieza en un comercio.

La joven no recibe cuota alimentaria por parte del papá de Camila. El señor aporta los pañales y asiste los domingos a ver a su hija.

La familia recibe bolsa de alimentos que retira de APAND (Asociación Empleados de Casino Pro Ayuda a la Niñez Desamparada), institución de bien público sin fines de lucro, que cuenta con unidad sanitaria donde además Camila realiza los controles de salud.

En relación a la educación y proyecto de vida, la joven abandona los estudios formales durante el embarazo anterior, cursando y aprobando hasta octavo año de Educación General Básica. Desde ese momento realiza las tareas del hogar y además se ocupa del cuidado de su hija. Expresa que en la escuela no le ofrecieron ningún sistema de tutorías, ni modalidad semi-presencial para poder continuar con la escolaridad.

Referente al cuidado de la salud, y específicamente a las pautas y hábitos de alimentación, según relata Nora, en su dieta hay elevado consumo de harinas y grasas (panificados, galletitas, pizzas) como así también una inadecuada distribución de las ingestas diarias que varían entre dos y tres. También comenta que no realiza ningún tipo de actividad física.

En relación a Salud Sexual y Procreación Responsable y específicamente a las condiciones en que se ha logrado el embarazo, la joven expresa que a

pesar de no haber utilizado métodos anticonceptivos el mismo no fue buscado, pero si bien aceptado por ella, por su pareja y por las familias de origen de ambos.

Refiere que no estaba tomando ACO y que los preservativos le provocaban “alergia” por lo cual descartaba su uso. Comenta que en dos ocasiones se aplicó anticonceptivos inyectables.

Por lo expuesto hasta aquí y a modo de síntesis se arriba al siguiente **diagnóstico**, (el cual como se mencionó anteriormente, se retroalimenta durante el proceso): Nora es una joven de 17 años de edad que realiza consulta temprana ya que atraviesa la semana 11 de gestación de su embarazo cuando acude a la institución. El mismo no fue planificado, pero si bien aceptado. Se considera que hay riesgo de salud ya que presenta un grado de sobrepeso y que la joven no tiene conciencia del mismo, ni acerca de la importancia del autocuidado. Se aprecia dependencia de la nueva pareja de la familia de origen de ella. El proyecto de vida de la joven está ligado a lo doméstico y la crianza de los hijos. Se observa la ausencia del padre de Camila en su crianza.

A partir de este análisis se plantea el **plan de acción o líneas de abordaje** que incluye las siguientes cuestiones:

- Afianzar el vínculo de la joven con el Servicio Social de la institución para poder profundizar y trabajar con ella sobre diferentes temas.
- Fomentar pautas de alimentación saludables y autocuidado a fin de actuar a favor de la salud.
- Brindar asesoramiento para tramitar Plan Más Vida.
- Efectuar interconsulta con residente de nutrición a fin de realizar evaluación específica y tratamiento.
- Asesorar respecto a la organización de los recursos alimentarios disponibles y pautas de alimentación.
- Informar sobre métodos anticonceptivos disponibles, ventajas y desventajas, para que la pareja pueda adoptar alguno de ellos luego del nacimiento del bebe.
- Trabajar sobre autonomía, intereses y proyecto de vida de la joven.
- Indagar acerca de la forma y posibilidad de retomar educación formal.

En el momento de **Ejecución** se puede mencionar que se brinda asesoramiento e información y la joven logra tramitar el Plan Más Vida que tiene como propósito mejorar las condiciones de nutrición ya que se trata de un monto fijo de dinero que se entrega a los beneficiarios para la compra de alimentos y entrega mensual de leche en polvo (son destinatarias de este Plan las embarazadas, madres en período de lactancia y niños desde 6 meses hasta el ingreso al primer año de Educación Primaria Básica).

Durante el proceso Nora comenta en una entrevista que Lucas, su pareja, tendría posibilidades de ser contratado formalmente en una empresa constructora en la cual está desarrollando tareas de albañilería.

A partir del primer control prenatal con el equipo de salud la joven comienza a ver los factores de riesgo, ya que por sus medios empieza a llevar registro del peso corporal pesándose en farmacias.

Se intenta fomentar la importancia de adoptar una alimentación más saludable y mejorar su calidad de vida realizando además algún tipo de actividad física, como por ejemplo caminar que no implica un costo económico.

Se trabaja sobre la posibilidad de realizar consulta con el área de nutrición. Para ello es necesario explicar y reforzar la idea de que en caso de requerir un plan alimentario, el mismo será acorde a los insumos con que cuenta la joven, por ejemplo los que provienen de la bolsa de alimentos que la familia retira en APAND.

Se observa que la joven comienza a ser consciente de los riesgos que implican el sobrepeso y sedentarismo para su salud y el embarazo.

Desde el Servicio Social se gestiona entonces un turno con la residente de nutrición que realiza evaluación e informa que la paciente pesa 77,900 Kg., que posee algunos hábitos alimentarios apropiados como beber agua, no beber gaseosas ni jugos; y hábitos inapropiados, como la falta de incorporación de verduras en su dieta, como así también un exceso de harinas y grasas.

Luego de la evaluación la residente efectúa un plan alimentario para la joven y la cita cada quince días para realizar los controles de peso y trabajar sobre educación alimentaria, brindando pautas para la preparación de los alimentos para optimizar sus propiedades, cantidad de ingestas y tiempo apropiado entre ellas, tipos de alimentos, sus nutrientes, etc.

Respecto al peso, el mismo evoluciona de la siguiente manera a medida que transcurren los controles de salud:

04/09/2007: 80, 300 kg.

01/10/07: 77,700 kg.

03/10/2007: 77, 900 kg.

22/10/07: 77,100 kg.

01/11/2007: 76, 800 kg.

12/11/07: 76,900 kg.

04/12/2007: 77, 00 kg.

08/01/2008: 76,300 kg.

06/02/2008: 76,400 kg.

Avanzada la actuación, Nora va incorporando paulatinamente a su dieta algunas verduras, como por ejemplo acelga en forma de “bocadillos”, zapallo, zanahorias y batatas hervidas (alimentos que anteriormente no ingería); lo único que ha intentado y no puede comer es cebolla porque le provoca acidez según refiere.

Además comenta que el plan nutricional le resulta apropiado, que lo puede cumplir y que su mamá también se encuentra realizando el mismo, lo cual se considera que la hace sentir “apoyada y acompañada” en la situación.

Expresa también que ha comenzado a caminar como rutina diaria y que en ocasiones lo hace con su mamá.

Desde el Servicio Social se trabaja también sobre la posibilidad de retomar los estudios formales luego del nacimiento del bebé. Se informa sobre la modalidad tutorial o semipresencial a la que puede acceder la joven a fin de promover las diferentes asignaturas. Nora concurre a la institución educativa que asistía anteriormente para conocer que opciones puede ofrecerle la misma a partir del próximo ciclo lectivo y acuerda mantener entrevista con directivos para diagramar estrategias el próximo año.

Manifiesta que le gustaría luego de completar la educación general básica continuar realizando algún curso de formación profesional o carrera terciaria aunque no pudo especificar cuál, pero relacionada con el campo de la educación y con niños. También comenta que desea obtener un trabajo formal en el futuro.

Durante el transcurso del proceso se brindan pautas e información acerca de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas y desventajas y de la necesidad de adoptar alguno de ellos de manera responsable luego del nacimiento del bebé, a fin de evitar otro embarazo no planificado y de que Nora pueda retomar sus proyectos personales como estudiar y trabajar.

Se informa que podrá participar de los talleres sobre Salud Reproductiva y Procreación Responsable, se explica la modalidad de trabajo y la conformación del equipo, ante lo cual Nora se muestra dispuesta y afirma que el mismo le genera confianza y motivación porque "...ya los conozco...".

Consideraciones finales:

Se destaca durante el proceso el trabajo interdisciplinario ya que han intervenido para sostener la salud de la joven distintas disciplinas potenciando factores protectores y minimizando los de riesgo: Obstetricia ha brindado los cuidados prenatales y la atención médica. Enfermería ha realizado mediciones antropométricas, control de tensión arterial y vacunación. El área de nutrición ha realizado evaluación, plan nutricional, control de peso y seguimiento.

La labor profesional del trabajador social es de suma importancia ya que desempeña la función de orientador de la joven brindando apoyo, apuntalándola en reconocer alternativas de solución sobre lo que está atravesando y su futuro.

Desde el Servicio Social se considera que se ha generado un vínculo positivo entre la joven y el mismo; se aprecia que se ha construido una relación de confianza, ya que hay una comunicación participativa que permite orientar la acción hacia fines comunes. Es en base a ello que se han podido desarrollar acciones de tipo prestacional o asistencial, preventivas, promocionales y educativas en el transcurso del proceso.

A partir de la información brindada por el Servicio Social Nora ha logrado tramitar el Plan Más Vida, el cual representa un ingreso económico importante para ella.

Se gestionó turno con residente de nutrición y junto con esta área se han trabajado actitudes y acciones a favor de la salud, disminuyendo o contrarrestando los factores de riesgo durante el período de gestación del embarazo por el sobrepeso que presentaba la joven.

Se trabajó también sobre planificación familiar y proyecto de vida logrando reflexionar acerca de que ambas cuestiones están relacionadas. A partir de ello, Nora toma conciencia sobre la importancia de adoptar un método anticonceptivo en el futuro y por otro lado, logra reconocer gustos, intereses y necesidades propias y plantearse la posibilidad de retomar la escolaridad.

Se considera que la joven pudo incorporar hábitos saludables en relación a la alimentación lo cual se ve reflejado también en la evolución del peso durante el tratamiento.

Asimismo se evalúa que ha sido adecuada su concurrencia a los controles programados desde las diferentes áreas.

También se observa que el vínculo con su mamá se ha fortalecido ya que han logrado realizar actividades comunes no ligadas a lo doméstico, sino al cuidado y al enriquecimiento e intercambio de saberes, como salir a caminar juntas o cuestiones referidas a la preparación de alimentos.

Desde el Servicio Social se realiza seguimiento y acompañamiento hasta la semana número 34 de gestación de embarazo, cuando la joven es derivada al segundo nivel de atención, al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) de la ciudad de Mar del Plata, para realizar los últimos controles y atención del parto.

A modo de cierre, se comenta que el día 02/04/2008 se produce el nacimiento espontáneo de una niña de 2,800 kg en dicho hospital, quien luego continúa con los controles de salud en I.R.E.M.I. según revisión de la de historia clínica, concluida la presente experiencia.

2° SITUACIÓN DE ANÁLISIS: Familia con indicadores de riesgo socio-sanitario:

El motivo de intervención es el ingreso al Plan de Lactantes y control del niño sano y el trabajo se orienta hacia la promoción y protección de la salud, el diagnóstico y tratamiento temprano lo cual se enmarca en la misión de la institución.

Durante el proceso se realizan entrevistas en sede y domiciliarias, observación, lectura de historia clínica e interconsulta con referentes de otros Centros de Salud e instituciones de la ciudad.

Se trata de un grupo familiar con seguimiento del equipo de salud de otro centro de atención de la ciudad (correspondiente al domicilio donde residían anteriormente) y del Centro de Protección de los Derechos del Niño que comienza su atención en la institución a partir del ingreso al Plan del lactante por residir en ese momento dentro del área programática de la institución.

Se puede apreciar también en este caso como los momentos del método de actuación profesional no se preceden mecánicamente, ya que permanentemente se amplían datos, por lo cual el diagnóstico requiere una revisión continua.

Las dimensiones que se analizan son:

- Grupo familiar conviviente.
- Situación habitacional.
- Estrategias de subsistencia.
- Cuidado de la salud.
- Salud Sexual y Procreación Responsable.

A partir de la entrevista de ingreso al Plan del lactante se realiza el **estudio preliminar** para llegar al encuadre general de la situación.

El día miércoles 18 de julio de 2007, en el ingreso de los recién nacidos al Plan, el Servicio Social mantiene la entrevista con María, mamá de Ismael, con el propósito de conocer datos de base y el estado de salud del niño y la mamá, el contexto socio-económico-laboral, etc.

Desde ese momento, teniendo en cuenta la información que brinda la señora, se aprecia que se trata de un grupo familiar con alto grado de vulnerabilidad, lo cual se va reafirmando a medida que transcurre la actuación profesional y a partir de la mayor cantidad de información y profundización del conocimiento.

Para arribar al diagnóstico se parte del análisis de las dimensiones mencionadas anteriormente y que se describen a continuación.

El grupo familiar conviviente está compuesto por Ismael, que ingresa al Plan y tiene dos meses de vida, María, mamá del niño que tiene 25 años de edad, el

papá Juan de 29 años, otro hijo de la pareja de 2 años y el hermano de la señora que tiene 21 años, según refiere María en la primer entrevista.

La señora comenta además que tiene tres hijos de pareja anterior, dos niñas que residen en un instituto de menores y un niño que vive con la abuela materna.

En relación a la situación habitacional, en la primera entrevista la señora refiere que viven en la habitación de un hotel dado que la vivienda que tenían anteriormente en otro barrio de la ciudad se incendió, el mismo está ubicado en el centro de la ciudad donde comparten baño y cocina con otras personas.

La trabajadora social de otra institución que interviene con la familia expresa que el grupo familiar se encontraría en situación de calle, viviendo en “la rambla” de la ciudad.

Referente a las estrategias de subsistencia ninguno de los miembros de la pareja posee trabajo formal. El señor limpia vidrios y cuida coches; también piden dinero en la calle según comenta María en entrevista.

Reciben un monto de \$180 mensuales por pertenecer al Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados (PJJHD), que depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Se aprecia que cuentan con una red organizada ya que en Cáritas desayunan, se higienizan y les entregan viandas de comida.

En relación al cuidado de la salud la información es diversa en diferentes aspectos que se señalan a continuación: según la señora no realizó controles de salud durante el embarazo; el señor expresa que han realizado dos controles, en el sexto y el noveno mes, no registrando enfermedad; por último, según profesionales del Centro de Protección la señora habría realizado controles de salud durante el embarazo en otro Centro de Salud “X” de la ciudad, recibiendo tratamiento por VDRL.

Posterior al parto la señora no ha realizado control de salud puerperal, y el niño de 2 meses de edad no fue controlado desde su nacimiento. El primer examen, luego del alta médica, se realiza el día miércoles 18 de julio cuando ingresa al Plan del lactante en I.R.E.M.I..

En relación a las pautas de alimentación, en la primera entrevista la madre comenta que alimenta al bebé con pecho y además con leche que no puede

confirmar cuál es, pero que no ha sido indicada por ningún médico. En ese primer control de salud, pediatría realiza receta para leche maternizada, la cual es entregada en la institución.

También en dicha oportunidad, la pediatra que atiende al bebe considera derivarlo al segundo nivel de atención por cuadro respiratorio, para internarlo. Luego de la atención interconsulta al Servicio Social y se decide conjuntamente hacer informe de derivación con datos de salud incorporando situación de vulnerabilidad de la familia y avisar al Servicio Social de HIEMI de la situación socio sanitaria de la familia y el menor en especial.

Según informa la señora tampoco se han realizado los trámites filiatorios del niño.

En relación a Salud Sexual y Procreación Responsable el señor expresa que deseaban la ligadura tubaria, pero que cuando él dio aviso en el hospital su señora ya había tenido al bebé. Ante ello se informa que pueden asistir al taller de Salud Reproductiva de I.R.E.M.I. para que adopten otro método anticonceptivo.

A partir del análisis e investigación se arriba al siguiente **diagnóstico social**:_Se trata de un grupo familiar con un grado de vulnerabilidad importante, que presenta indicadores de riesgo socio-sanitario. El niño que ingresa al Plan del lactante tiene 2 meses de edad y no había sido controlado desde su nacimiento; recibe alimentación a pecho y complemento sin indicación médica; no se han realizado los trámites filiatorios del mismo, por lo cual se encuentra indocumentado. La mamá no ha realizado control de salud puerperal y la pareja no ha adoptado ningún método anticonceptivo para prevenir otro embarazo.

El Servicio Social se propone el siguiente **Plan de acción o líneas de abordaje**:

- Realizar entrevista domiciliaria para confirmar domicilio y conocer condiciones de habitabilidad.
- Entablar un vínculo con la mamá del niño a fin de poder trabajar cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud del grupo familiar.
- Coordinar acciones con las otras instituciones que realizan seguimiento del grupo familiar.

- Fomentar la asistencia a los controles de salud del niño, supervisando además su alimentación.

- Promover en la pareja la incorporación de algún método anticonceptivo a fin de evitar otro embarazo ya que han expresado que no desean tener otro bebe.

En la fase de **Ejecución** se realiza la puesta en marcha del plan de acción. A partir de allí surge nueva información que permite ampliar el diagnóstico.

Luego de la visita al lugar se comprueba que la familia no reside en el hotel que había informado María.

En entrevista en servicio social de I.R.E.M.I., el papá del niño brinda otro domicilio y sostiene que una señora les prestó una casa “desocupada y amueblada”, donde además tienen calefón eléctrico y un anafe. Dicho domicilio es visitado y se constata que la familia reside allí. La vivienda es una casa tipo chalet abandonada, ubicada en el centro de la ciudad, rodeada por carteles de propaganda, sin piso y sin techo en partes de la misma y notablemente deteriorada. Hay paredes en demolición y basura acumulada en diferentes sectores. Se advierte además que en la casa viven otras personas que no pertenecen al grupo familiar.

En relación al cuidado de la salud, a medida que avanza la actuación, se realizan otros controles tanto en sede como en el domicilio ya que en varias ocasiones no asisten al control programado por lo cual se considera que no hay conciencia de su importancia.

En dos oportunidades el niño debe ser derivado para su internación y atención al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) por presentar insuficiencia respiratoria.

Referente a la alimentación del bebe, en una de las entrevistas domiciliarias la señora expresa que no tenía más leche maternizada desde hacía tres días por lo cual le suministró leche fluida.

En reiteradas ocasiones la trabajadora social intenta que la mamá comprenda la importancia de una alimentación adecuada, ya sea por lactancia exclusiva o mediante la leche indicada por la pediatra, ya que la señora resta importancia al hecho de administrar leche fluida al bebé.

En el transcurso del proceso se amplía información sobre la salud del grupo familiar: María recibió tratamiento por VDRL durante el embarazo, dando

resultado negativo posteriormente, de acuerdo a lo informado por profesional de HIEMI. Juan es diabético, diagnosticado hace un año aproximadamente, pero no recibe tratamiento ni realiza controles. El niño de 2 años, hermano del bebé, es medicado por “granitos sangrantes” en la cabeza luego de ser atendido en HIEMI.

En lo que respecta al cuidado del niño en diferentes encuentros se observa falta de higiene y supervisión, como así también hacia el hermano de dos años.

También se observa que en reiteradas ocasiones la señora no tiene claro días y horarios de atención programados y esto hace dudar de la rutina de administración de medicación y alimentos a los niños.

En una oportunidad, cuando el bebé recibe oxígeno en la institución resulta difícil que la señora comprenda que se trata de oxígeno y no de una nebulización, ya que ante quien pasa por el lugar refiere que se ha terminado “el remedio”; se le explica en varias oportunidades que no se lo saque por lo que requiriere compañía.

Durante el transcurso del proceso el papá del niño se ausenta del hogar. Según María se encontraría momentáneamente en la ciudad de Buenos Aires porque habría fallecido su madre.

Como ya se mencionó, el **diagnóstico** se retroalimenta permanentemente, por ello se puede agregar que: se sospecha consumo de sustancias tóxicas por la mirada perdida y la dificultad para orientarse en tiempo y espacio que presenta María; además, porque se torna difícil que logre comprender consignas claras y/o mantener una conversación coherente en reiterados momentos del proceso. Se infiere que la vivienda donde reside la familia ha sido “ocupada”.

Avanzada la actuación el Servicio Social de considera el alto riesgo al que los menores están expuestos y que la actuación excede ampliamente los alcances de un Servicio Social de Atención Primaria de la salud, por ello evalúa la derivación del caso al Centro de Protección de los Derechos del Niño.

Por otra parte, debido al desinterés del equipo de profesionales del Centro de Salud “X” por coordinar acciones y a la no aceptación de que el equipo de tome el caso, el equipo de salud decide continuar con asesoramiento y atención en salud solo si la familia asiste a la institución.

Consideraciones finales:

Se considera que en este caso el cumplimiento de los objetivos fue parcial ya que la actuación conlleva un proceso y el mismo se vio interrumpido al no poder coordinar acciones con otro centro de salud ni lograr la derivación del caso. A pesar de ello, durante la actuación profesional del servicio social de I.R.E.M.I. se han desarrollado acciones asistenciales, de educación, promoción y prevención con el grupo familiar.

Si bien la situación revestía gravedad, se logra establecer un vínculo de confianza, armónico, que permite que María logre sentirse cómoda, explique su situación al comienzo del proceso, y en el transcurso del mismo asista a la institución en situaciones de emergencia (a pesar que en general no se logra que lo haga cuando hay consultas programadas). La mujer toma como referente al servicio social de I.R.E.M.I. cuando requiere atención.

Desde el Servicio Social se ha intentado trabajar en forma coordinada y complementaria con otros servicios de la ciudad. En un primer momento la comunicación entre ellos permite rápidamente actualizar información necesaria para el seguimiento y el diagnóstico, y establecer acuerdos y estrategias de acción.

Se destaca la interdisciplinariedad, han intervenido distintas áreas de la institución durante el proceso con el propósito de sostener la salud del grupo familiar tanto en sede como en domicilio, y también cabe mencionar la complejidad de la situación abordada, ya que en un principio la información y los datos requieren una verificación y comprobación constante.

En este caso se puede ver cómo han impactado en el grupo familiar el desempleo, la marginalidad y la exclusión. Conocer este contexto permite realizar un análisis global de la situación problema y las situaciones de riesgo que el medio social plantea para el grupo. De esta manera se establecen las estrategias y se procede teniendo en cuenta el marco institucional que es el que orienta y delimita el alcance de la actuación profesional.

El área de servicio social actúa aquí fundamentalmente como coordinador entre diferentes áreas e instituciones y también como facilitador de conocimientos de educación para la salud, referentes a la crianza, cuidados, estimulación y alimentación de los niños y a la salud de la mujer.

A modo de cierre se puede mencionar que se aprecia en la situación planteada la vulneración de diferentes derechos: a la salud, a la vivienda y a la identidad en el caso del bebe. Se considera que el grupo familiar presenta un alto grado de riesgo y que de no realizarse una intervención temprana y oportuna se profundizará aun más la situación.

4) Evaluación del proceso de aprendizaje:

Se considera a la evaluación como un momento eminentemente reflexivo, que tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades obtenidos para el logro de los objetivos; debe asumirse como un proceso progresivo de revisión y análisis.

En relación al proceso, durante la “inserción” se realizó una aproximación al campo de la salud, al nivel de Atención Primaria, a la institución y a la actuación profesional a partir del análisis bibliográfico y documental, de la realización de entrevistas a informantes clave, y de la concurrencia a la institución a través de la observación participante y no participante en entrevistas y talleres. A partir de allí se pudo describir y analizar la institución y el Servicio Social teniendo en cuenta datos de base, origen, estructura y organización, y la demanda.

En el momento denominado aquí “primeras deconstrucciones”, se profundiza lo anterior a partir del análisis de los Planes y Programas en que interviene el Servicio Social (Plan del lactante y control del niño sano, Plan de la embarazada y Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable) los cuales se describieron teniendo en cuenta datos de base, propósitos y objetivos del plan o programa y del servicio social, estructura y organización, y la demanda.

Por último, en el momento de “comprensión y reconstrucción”, que en este caso se refiere a la actuación profesional, se analizan dos casos de personas, familias que asisten a la institución teniendo en cuenta en cada unos de ellos diferentes dimensiones. En este momento se utilizan las mismas herramientas y se realizan además entrevistas con supervisión de la trabajadora social.

Finalizada la experiencia y a partir de toda la información obtenida a lo largo del proceso, a modo de síntesis se enuncian las siguientes cuestiones:

En relación al modelo institucional, considero que la misión, es decir la atención primaria de la salud, y los objetivos de la institución, se cumplen ampliamente en la mayoría de las especialidades, a pesar que en ocasiones se presentan dificultades por la falta de una coordinación general, de insumos y malas condiciones edilicias que repercuten en la calidad de atención de las personas.

Se podría afirmar que dentro de la institución “hay dos instituciones”: la planta alta y la planta baja, ya que habitualmente los profesionales de uno y otro sector no mantienen contacto salvo alguna interconsulta por algún caso particular.

Se destaca el lugar y la importancia que tiene el Servicio Social para otros profesionales de la institución ya que consideran esencial su actuación. Asimismo, con áreas como psicología y salud mental en general no se puede articular la atención por no compartir criterios de trabajo.

Teniendo en cuenta la concepción del Servicio Social dentro de la institución, se puede sostener que éste no funciona en un lugar “estratégico” en cuanto al espacio físico, porque tiene asignada una de las oficinas ubicada en la planta baja del edificio, en la parte posterior del mismo, y para llegar a ella se debe atravesar toda la institución hasta arribar al último pasillo. Tampoco el espacio físico cedido durante los meses de atención en las instalaciones de A.M.E.C. fue el apropiado: la cocina del lugar. Además, la oficina del Servicio Social resulta generalmente insuficiente dado que trabajan allí dos profesionales.

Lo mismo sucede respecto a los materiales con que cuenta el servicio: los elementos se encuentran deteriorados, las paredes de la oficina están despintadas y con humedad. La línea telefónica que tiene el servicio fue asignada un año antes de la experiencia sistematizada y permite resolver por éste medio diferentes cuestiones en forma privada.

Se puede caracterizar a la zona de influencia de la institución como heterogénea, lo cual hace que la demanda del servicio social en relación a diferentes aspectos como el habitacional, el económico y el sanitario, también lo sea.

El propósito del área de Servicio Social es brindar cobertura al área materno-infantil y es por ello que se actúa junto con otras áreas en el Plan del

lactante y control del niño sano, el Plan de la embarazada, y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Considero que los objetivos específicos propuestos en cada uno de ellos son alcanzados diariamente.

El servicio social actúa desde el paradigma de la complejidad, realiza una eficiente atención de la demanda espontánea, derivaciones por parte de otros profesionales, y de los casos de los planes en los cuales interviene. Asume funciones de coordinación, gestión, contención y apuntalamiento, tanto grupal como individual. Se podría afirmar que en general el fin de la actuación es generar un soporte social adecuado, suficiente, para que las personas puedan transitar las diferentes situaciones que se presentan con los mejores recursos y en las mejores condiciones posibles.

Se considera que el trabajo en equipo es esencial para actuar en la compleja realidad que enfrenta el Trabajo Social y que no se puede realizar un trabajo interdisciplinario sin constituir un equipo de trabajo. Se destaca en relación a ello, el trabajo que realiza el Servicio Social junto a enfermería y obstetricia en la implementación del plan de la embarazada y del programa de salud sexual y procreación responsable, donde se aprecia que hay una relación de horizontalidad en los saberes de las tres disciplinas y metas claramente compartidas a pesar de la especificidad de cada una de ellas. Se aprecia durante la experiencia un clima de respeto y confianza mutua entre los profesionales y la complementariedad en la realización de actividades y tareas, de las que todos se consideran responsables en cuanto grupo que tiene un propósito común.

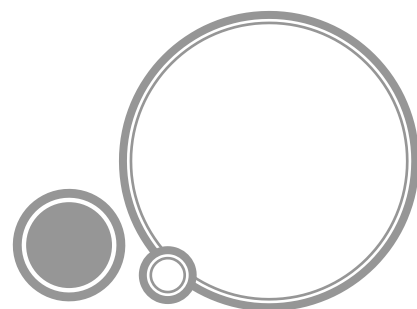
Desde el punto de vista operativo, la distribución de responsabilidades individuales y del trabajo conjunto se realiza mediante una adecuada coordinación y articulación de tareas. Se puede decir que también hay una relación de horizontalidad entre las dos trabajadoras sociales que forman parte del servicio.

En cuanto a la modalidad de trabajo, se aprecia que el mismo está organizado eficientemente dado que nunca hay un “desborde de trabajo”; cada día está estructurado con diferentes tareas y se trabaja a partir del turno o consulta programada. Además las profesionales del servicio se reúnen diariamente, y también con otras áreas, para organizar la demanda y planificar acciones conjuntamente.

En relación a la finalidad de la actuación profesional, considero que la atención brindada es satisfactoria y en general logra resultados adecuados y afines a los principios de la profesión dada la experiencia de las profesionales a nivel disciplinar y también dentro de la institución, y de sus conocimientos en relación al campo de la salud y la atención primaria.

De acuerdo a lo observado en el transcurso de la experiencia se puede afirmar que en el abordaje individual-familiar que realiza el servicio social, además de apreciarse objetivos y acciones específicas de éste, generalmente se realiza interconsulta con otros profesionales dada la magnitud y multidimensionalidad de las situaciones que se presentan; cada una de las disciplinas se propone objetivos específicos, pero todas tienden a sostener la salud, es decir que tienen el mismo propósito general.

CONCLUSIONES



El objetivo general del presente trabajo fue llevar a cabo la sistematización de la práctica pre-profesional realizada en el Centro de Atención Primaria de la Salud, Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, en el período junio-diciembre de 2007, para comprender la especificidad de la actuación profesional del Trabajo Social en el campo de la salud. Para lograr este objetivo general se plantearon objetivos específicos que se fueron alcanzando a medida que transcurrió la experiencia.

Se pudo conocer la historia, formación y modalidad de trabajo que hay en la institución y entender el funcionamiento actual de la misma como así también el espacio donde se inscribe el trabajo social.

Dado que la institución es un Centro de Atención Primaria, donde el objetivo fundamental es la promoción y prevención, el espacio es apropiado para la convergencia y el desenvolvimiento de diferentes disciplinas con objetivos específicos cada una de ellas, pero tendientes al mismo fin, sostener la salud de la población.

Se analizó el rol de distintos profesionales que intervienen en la implementación de los programas y planes para determinar la modalidad de trabajo predominante que hay en la institución. Se concluye que el trabajo interdisciplinario se convierte aquí en la estrategia esencial para el abordaje de diferentes problemáticas.

I.R.E.M.I., como otros centros de salud de la ciudad, es una de las primeras instituciones donde la persona establece contacto con este complejo sistema de servicios necesarios para resolver los problemas de salud. Si pensamos a esta institución como “puerta de entrada” al sistema de salud, se considera necesario y fundamental que el personal que allí se desempeñe esté muy bien calificado para responder adecuadamente a diferentes necesidades, ya que la Atención Primaria es la atención primordial que debe recibir una persona, son los cuidados más importantes que se deben dar a alguien para evitar la enfermedad.

Se describieron los programas y planes en los cuales interviene el trabajador social y su forma de ejecución en I.R.E.M.I. y así se logró comprender la especificidad de la actuación social en el nivel primario de atención de la salud: el Servicio Social se propone sus propios objetivos y desarrolla estrategias para alcanzarlos, pero actúa de manera interdisciplinaria. Se valora esta modalidad de trabajo dado que el campo es muy heterogéneo y que se presentan constantemente situaciones dinámicas, cambiantes.

El trabajador social se inserta en una institución y trabaja con personas que afrontan situaciones diversas y complejas. Esta realidad socioeconómica, cultural y política singular puede limitar o facilitar la tarea. A partir del análisis de las situaciones presentadas y de otras que acontecieron en el transcurso de la experiencia se asume que en ocasiones es difícil poder cumplir con los objetivos y metas planteados ya que el proceso puede interrumpirse por circunstancias ajenas al profesional, como por ejemplo falta de coordinación con otras instituciones o profesionales, o bien por la negativa de la persona o familia a trabajar en determinadas cuestiones.

Al sostener en el análisis que la salud es un derecho de todos los seres humanos se considera que todos debemos contar con iguales condiciones (económicas, culturales, educacionales, etc.) para poder acceder a ella. Toda práctica institucional o profesional debe respetar y hacer valer este derecho; el campo de la salud se constituye así en un ámbito fundamental para la construcción de ciudadanía desde la profesión. El trabajador social básicamente cumple el rol de educador social, en el sentido de propiciar intencionalmente un proceso que lleve a las personas a reflexionar acerca de sus situaciones problema, y a asumir su propio proyecto frente a éstas. El trabajador social debe asumirse como promotor de ciudadanía, debe considerar a la persona que demanda atención como sujeto pleno de derechos y protagonista central en la construcción de la salud.

Se pudo ver que la demanda del servicio social es heterogénea ya que se presentan diferencias importantes en los aspectos socioeconómicos, habitacionales y sanitarios de la población que allí se atiende.

A partir de esta experiencia se concluye que la atención primaria de la salud es el eslabón inicial de la cadena de atención de la salud, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica, diagnóstica y terapéutica y se

orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Esto implica una red de instituciones interconectadas, además de un ordenamiento territorial en áreas programáticas. Se observa que para actuar eficazmente es necesaria una sólida formación profesional en todas las áreas.

En relación a la actuación del trabajador social en la atención individual-familiar se aprecia que se trabaja sobre problemáticas, necesidades, derechos vulnerados, se intenta detectar la necesidad, evidenciarla y trabajar junto a la persona para superarla desde una perspectiva de derechos. Si la salud es entendida como un proceso, como una construcción, y no como la ausencia de enfermedad, se considera que debemos buscar mejorar la calidad de vida de las personas ya que ella es uno de los determinantes de su salud.

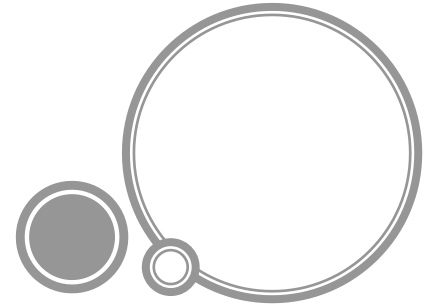
Se puede agregar, teniendo en cuenta el concepto de salud pública, que la salud no es un simple problema individual relacionado con lo biológico, sino que depende ante todo de las circunstancias sociales y de las políticas públicas. Aunque existan limitaciones biológicas, y son muchos los impactos sociales adversos para la salud, también hay un amplio campo de acción para las políticas sociales dirigidas a mejorarlas.

La salud nos involucra a todos, y como tal es un proceso de intercambio colectivo. Es el resultado de una forma de existir en un proceso histórico y social donde las condiciones económicas, culturales y sociales intervienen en su construcción.

Por último, se puede concluir a partir de todo lo observado, vivido y analizado que cada institución y servicio construyen su identidad en torno a su propia actuación y manera de implementar por ejemplo un programa social, lo cual determina su propia singularidad, y es aquí entonces, donde puede verse la impronta y creatividad de cada profesional.

Propongo reflexionar acerca de la importancia de plantear acciones desde enfoques integrales, donde se promueva la apropiación del conocimiento y el refuerzo de la confianza en los actores de la comunidad para fortalecer su salud, ya que con este tipo de propuestas se logra aumentar la participación, y así propiciar desde el Trabajo Social acciones en el marco de la prevención primaria y la promoción de la salud tendientes a lograr una ciudadanía de derechos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA



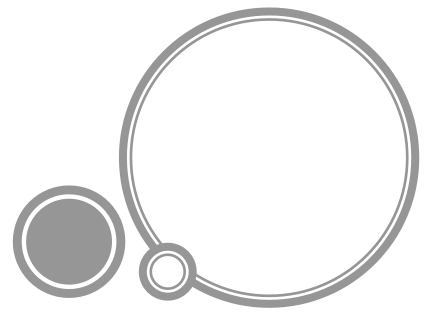
- Ander-Egg E., Aguilar M. J., (2001), *El trabajo en equipo*, Progreso, México.
- Bustelo E., (1998), *Expansión de la ciudadanía y Construcción Democrática. En: Todos entran. Propuestas para sociedades excluyentes*, Editorial Santillana, UNICEF-Colección Cuadernos de Debate, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Cesilini, G. A., Guerrini M. E. y Novoa P. del L., (2007), *La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía social*, Espacio, Buenos Aires.
- Czeresnia D., Machado de Freitas C., (2006), *Promoción de la salud: Conceptos, Reflexiones, Tendencias*, Lugar, Buenos Aires.
- Dei, D. (2006), *La tesis*, Prometeo libros, Buenos Aires.
- Eco Humberto (2001), *Cómo se hace una tesis*, Gedisa, Barcelona.
- Fernández L., (1998), *El Análisis de lo Institucional en la Escuela. Un aporte a la formación autogestionaria para el uso de los enfoques institucionales*, Paidós, Buenos Aires.
- Garreton M. A., (2006), *Sociedad civil y ciudadanía en la problemática latinoamericana actual. En Cheresky Isidoro (Comp.), Ciudadanía, sociedad civil y participación política*, Miño y Davila editores, Buenos Aires.
- Germani, G., (1962), *Política y sociedad en una Época de Transición*, Paidós, Buenos Aires.
- Jara O., (2001), *Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias, Seminario ASOCAM: Agricultura Sostenible Campesina de Montaña, Organizado por Intercooperation*, Cochabamba, Bolivia.
- Kisnerman N. y colaboradores, (1989), *Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social. Tomo 4, Tercera Parte*, Humanitas, Buenos Aires.
- Kisnerman N., (1999), *Reunión de conjurados (conversaciones sobre supervisión)*, Lumen-Humanitas, Buenos Aires.

- Mazzáfero V. E., y colaboradores, (1999), *Medicina y Salud Pública*, Eudeba, Universidad de Buenos Aires.
- Morín E., (1994), *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, Barcelona, España.
- Municipalidad de General Pueyrredón, Secretaría de Bienestar Social (1979), *Programas del lactante y el preescolar*, Mar del Plata.
- Rozas Pagaza M., (2001), *La intervención profesional en relación con la Cuestión Social*, Espacio, Buenos Aires.
- Ruszkowski A., (2007), *Apuntes de Cátedra Teoría y planificación del desarrollo*, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires.
- Sandoval Ávila A., (2001), *Propuesta Metodológica para Sistematizar la práctica Profesional del Trabajo Social*, Espacio, Buenos Aires.
- Suarez M. C. y Diéguez A. J., (1992), *Gestión social en la comunidad, Guía de estudio y análisis*, Espacio, Buenos Aires.
- Svampa M., (2004), *Estado, democracia y proyecto de Nación. Modelos de ciudadanía y actores sociales durante los noventa*, Revista Escenarios N°8, Año 4, Septiembre de 2004, Página 53.
- Vélez Restrepo O. L., (2003), *Reconfigurando el Trabajo Social*, Espacio, Buenos Aires.
- Zimmermann E., (1994), *Los liberales reformistas*, Sudamericana, Buenos Aires.
- Zurro M. y Pérez C., (1999) *Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica*, Harcourt Brace, España.

Sitios de internet consultados:

- Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: www.ms.gba.gov.ar
- Municipalidad del Partido de General Pueyrredón: www.mardelplata.gov.ar

ANEXOS



CRÓNICAS 1° SITUACIÓN DE ANÁLISIS: Embarazo de riesgo por sobrepeso.

Entrevista de ingreso al Plan de la embarazada:

Fecha: martes 4 de Septiembre de 2007.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 30 minutos aproximadamente.

Objetivo: Explicar la modalidad de atención en la institución, conocer datos de base comunes a cualquier evaluación como por ejemplo, edad, ocupación, estado civil, grupo familiar conviviente, etc. y cuestiones específicas relacionadas con el Plan de la embarazada como el estado de salud de la mujer, situación laboral, pareja, proyectos personales, condiciones en que se ha logrado el embarazo y como ha sido asumido el mismo, etc.

Desarrollo:

El día martes 4 de septiembre de 2007 la Lic. en Servicio Social de I.R.E.M.I. mantiene la entrevista con Nora de 17 años de edad como parte del ingreso al Plan de embarazadas.

El propósito de la misma es explicar la modalidad de atención en la institución, conocer la situación familiar de la paciente, las condiciones en que se ha logrado el embarazo y como ha sido asumido el mismo, etc.

Nora tiene 17 años de edad y está embarazada de 11 semanas. La joven expresa que a pesar de no haber utilizado métodos anticonceptivos el embarazo no fue buscado, pero si bien aceptado por ella y su pareja.

La joven tiene una hija de 16 meses de una pareja anterior. La niña vive con ella y realiza controles de salud en APAND. Expone que no recibe cuota alimentaria por parte del papá.

Su pareja actual, Lucas de 19 años, realiza changas en la construcción.

Nora es ama de casa y comenta que abandonó los estudios durante el embarazo anterior.

La pareja y la niña viven en la casa de la mamá de Nora, de 45 años de edad, quien es ama de casa.

También viven allí una hermana de Nora de 9 años, Yolanda y otra hermana de 19 años, Alicia, con su pareja de 30 años.

El papá de la joven se fue del hogar hace dos meses aproximadamente a vivir a la provincia de Tucumán. Nora refiere que el señor es alcohólico y maltratador.

Se observa en el transcurso de la entrevista que la joven se siente angustiada por la situación que atraviesa la familia ya que llora cuando relata lo que ha sucedido con su papá, pero expresa que tiene un buen vínculo con el resto de su familia de origen.

Menciona además que tiene otra hermana mayor, de 26 años que está casada, tiene hijos y vive en otro domicilio.

Se indaga acerca de las pautas de alimentación que tiene la joven ya que mide 1,58 cm. de altura y pesa 80,300 kg. según datos observados en la Historia Clínica.

Según relata, hay elevado consumo de harinas y grasas (panificados, galletitas, pizzas) y la cantidad de ingestas diarias varía entre dos y tres.

También comenta que no realiza ningún tipo de actividad física programada.

Se dialoga con la joven acerca de los riesgos que implica esta situación para su embarazo y la necesidad de erradicar factores desfavorables que interfieran en su normal evolución para poder llegar a término con feto sano y posibilitando un parto de bajo riesgo y puerperio normal.

Se contempla la posibilidad de realizar consulta con nutricionista a fin de realizar evaluación específica y tratamiento si dicha especialidad lo considera apropiado. La joven se muestra dispuesta ante la propuesta ya que expresa que realizará las consultas médicas que se le indiquen.

Observaciones:

Luego de evaluar la información obtenida el Servicio Social se reúne con el obstetra y la enfermera. El equipo de trabajo considera que la joven tiene un grado de sobrepeso dado que mide 1,58 cm. y pesa 80,300 kg. lo cual implicaría un riesgo para su salud y para el embarazo ya que atraviesa la semana 11 de gestación.

En relación a la alimentación se puede sostener que la misma no es la adecuada teniendo en cuenta no solo la cantidad sino la calidad de los alimentos porque hay elevado consumo de harinas y grasas, como así también una inadecuada distribución de las ingestas diarias.

Se considera apropiado realizar consulta con residente de nutrición de la institución y solicitar turno para efectuar evaluación de la paciente.

Desde el Servicio Social se estima oportuno, luego de la mencionada gestión, realizar entrevista domiciliaria para informar a la joven sobre la consulta y profundizar acerca de su disposición para iniciar tratamiento nutricional, como así también conocer la vivienda de la joven y ampliar información sobre su historia de vida.

Gestión de turno con residente de Nutrición:

Fecha: lunes 10 de Septiembre.

El día lunes 10 de septiembre se dialoga con la residente de nutrición y se comenta el diagnóstico al que ha arribado el equipo de salud del Plan de embarazadas respecto a la situación de salud de Nora.

La estudiante accede a realizar evaluación de la joven e iniciar tratamiento si la misma lo requiere. Asigna un turno para el día lunes 1 de octubre a las 13:00 hs. en I.R.E.M.I..

Entrevista domiciliaria:

Fecha: viernes 28 de Septiembre de 2007.

Lugar: domicilio de la joven.

Duración: 45 minutos aproximadamente

Propósito: Comunicarle a Nora que el Servicio Social de la institución ha gestionado un turno con la residente de nutrición y conocer la disposición de la joven para asistir a la evaluación de la profesional e iniciar tratamiento si ésta lo considera necesario. Conocer la vivienda donde reside la joven con su familia y ampliar información sobre su historia de vida.

Desarrollo:

El día viernes 28 de septiembre a las 11:30 hs. se realiza la entrevista domiciliaria. Al llegar al hogar la estudiante es recibida por Yolanda, hermana menor de Nora, se presenta y le comunica la necesidad de ver a su hermana, la cual acude inmediatamente a recibirla ante el pedido de la niña.

La alumna le comenta el propósito de su visita y Nora la invita a pasar a su habitación que se encuentra al fondo de la vivienda. La misma posee una

entrada independiente por el patio a través del cual también se accede a otra habitación que se observa al frente.

La casa es propiedad de la mamá de Nora. Consta de dos dormitorios, una cocina y un baño (prevén construir otro dormitorio según refiere la joven). Las paredes son de ladrillo revocadas, pero se observan en mal estado. El techo es de chapa. En el patio se aprecian diferentes elementos tirados, como un colchón, muebles, juguetes, etc. Además hay perros y gatos. La habitación que ocupa Nora posee dos camas, una mesa de luz, un ropero y un televisor. La misma no tiene ventana, por lo cual la luz natural entra cuando la puerta de ingreso se encuentra abierta.

Al entrar en la habitación Nora comenta que no se sentía bien, que "...estaba cansada por eso me había acostado, pero ya estoy mejor..."

Ingresan a la habitación la hija de Nora de 16 meses y su hermana de 9 años, que se encuentran presentes durante el transcurso de la entrevista.

Nora comenta que: "...esta semana tenía que ir a I.R.E.M.I. a hacer el examen odontológico pero no fui porque la nena estaba con neumonía..." La alumna pregunta cómo se encuentra en este momento y la joven informa que ya se está bien, que debe concurrir a APAND en un mes a realizar un nuevo control de salud.

La alumna consulta si la familia recibe bolsa de alimentos y Nora expresa que sí, que su mamá la retira en APAND. Informa que no reciben otros planes sociales y que ella está por tramitar el Plan Más Vida. Se brinda información acerca de dicho Plan, los alcances y requisitos para comenzar a percibirlo, ya que el mismo consta de un monto fijo de dinero destinado a la compra de alimentos según el número de hijos de la beneficiaria y de la entrega mensual de leche en polvo. Son destinatarias del Plan Más Vida las embarazadas, madres en período de lactancia y niños desde 6 meses hasta el ingreso al primer año de la educación primaria básica. Se informa que para iniciar la gestión la joven debe solicitar a la manzanera y/o comadre de su barrio la planilla para completarla y firmarla en I.R.E.M.I. ya que el obstetra debe certificar el embarazo, especificar semana de gestación y fecha probable de parto.

En relación a la educación formal alcanzada por la joven, comenta que cursó hasta octavo año de Educación General Básica. Abandonó la misma ya que quedó embarazada de su primer hija.

Se retoma el tema de la alimentación, tratado en la entrevista de ingreso al Plan de la embarazada, y se dialoga con la joven acerca de los riesgos que implica el sobrepeso para su embarazo y la necesidad de erradicar factores desfavorables que interfieran en su normal evolución. Se acuerda que la alimentación que mantiene la joven no es la adecuada ya que hay elevado consumo de harinas y grasas (panificados, galletitas, pizzas) y la cantidad de ingestas diarias varía entre dos y tres, (siendo importante realizar cuatro) y que también afecta su salud el hecho de no realizar ningún tipo de actividad física programada.

La estudiante comenta que desde el quipo de salud han gestionado un turno con una nutricionista para el lunes próximo; la joven refiere que en el transcurso de la semana se ha pesado en la balanza de una farmacia y ha bajado de peso. La alumna expresa gratificación por la situación y explica que igualmente sería importante que realice los controles de peso con los profesionales de la institución.

La alumna indaga acerca de la motivación de Nora por asistir a la consulta. La joven escucha con atención pero no demuestra demasiado interés, por lo cual la alumna le explica que la profesional a la cual se la derivaría, en caso de aceptar, hará una evaluación de su salud y le indicará si lo considera apropiado un plan nutricional teniendo en cuenta los alimentos que la familia tenga en casa, los que sean accesibles para ellos, incluyendo aquellos que reciben en la bolsa de alimentos. Ante esta información la joven manifiesta su interés por asistir a la consulta y agradece la gestión realizada por el equipo, comprometiéndose a concurrir a I.R.E.M.I. en el día y horario fijado.

La alumna solicita que el lunes lleve a la institución las planillas del Plan Más Vida a fin de que el obstetra se las firme y de esa manera agilizar la gestión del mismo.

Finalizada la entrevista la alumna se despide y acuerdan encontrarse el día lunes en la oficina de Servicio Social.

Observaciones:

Se observa comprensión de los riesgos de llevar adelante el embarazo con un grado de sobrepeso ya que la joven ha adoptado algunas conductas en forma voluntaria al respecto ya que por ejemplo ha comenzado a registrar su peso en la balanza de una farmacia. A pesar de ello, fue necesario clarificar de qué manera se implementaría el plan nutricional, es decir, a partir de alimentos que la joven tenga en su hogar, para que la misma acceda a la consulta con nutricionista.

Evaluación de salud de residente de Nutrición:

Fecha: lunes 1 de octubre de 2007.

El día lunes 1 de octubre a las 13:15 hs. arriba a la oficina de Servicio Social Nora acompañada de su hermana de 19 años.

La alumna las recibe y las acompaña al consultorio de la nutricionista. Mientras aguardan que ésta la atienda la joven entrega las planillas del Plan Más Vida para que sean firmadas por el obstetra, lo cual no se puede llevar a cabo dado que falta que la "manzanera" que se la entregó complete algunos datos, es por ello que se explica el procedimiento para que las entregue nuevamente.

Posteriormente, la alumna presenta a Nora a la residente de Nutrición que la atenderá. Le comenta que volverá a verla en el próximo control de embarazo el día miércoles y expresa su disposición ante cualquier inquietud que surja.

Interconsulta S.S. con residente de Nutrición:

Fecha: lunes 1 de Octubre de 2007.

El día lunes 1 de octubre a las 13:40 hs., finalizada la consulta de Nora con la residente de nutrición la misma informa a la alumna que la paciente pesa en ese momento 77,700 Kg.,

Refiere que la joven posee algunos hábitos alimentarios apropiados como no beber gaseosas ni jugos, sino solamente agua; y hábitos inapropiados, como la falta de incorporación de verduras en su dieta, como así también un exceso de harinas y grasas.

Comenta que el lunes próximo le entregará el plan alimentario y que luego la citará cada dos o tres semanas para realizar los controles de peso.

Expone que Nora básicamente requiere que la orienten sobre qué hacer en relación a los alimentos, por lo cual trabajará en ese sentido y sobre educación alimentaria.

Se dialoga acerca de la motivación y predisposición que tiene la joven para realizar el tratamiento y se acuerda informarse mutuamente acerca de la evolución de la misma.

Control de embarazo y entrevista de seguimiento:

Fecha: miércoles 3 de Octubre.

Registro de peso: 77, 900 kg.

Luego del control de salud con enfermería y obstetricia el servicio social mantiene entrevista con Nora que comenta que está conforme con la atención recibida por parte de la estudiante de nutrición, y que ésta próximamente le entregará el plan nutricional.

Se observa buena disposición por parte de la joven para iniciar dicho tratamiento ya que se muestra alegre en relación a la propuesta.

Entrega de plan nutricional:

Fecha: lunes 8 de octubre de 2007.

Nora asiste a la institución a retirar el plan nutricional elaborado por la residente de nutrición como se había acordado.

La residente comenta que durante el encuentro brinda algunas pautas respecto a la preparación de los alimentos para optimizar sus propiedades, cantidad de ingestas y tiempo apropiado entre ellas, tipos de alimentos, sus nutrientes, etc.

Control con nutricionista:

Fecha: lunes 22 de Octubre de 2007.

Nora asiste al control programado con el área de nutrición.

En relación al peso, se registran 77, 100 kg.

De acuerdo a la información brindada por la residente de nutrición se evalúa que la joven incorpora paulatinamente a su dieta verduras, como por ejemplo acelga en forma de "bocadillos" y zapallo, zanahorias y batatas hervidas.

Asimismo se observa que también ha incorporado actividad física ya que ha comenzado a caminar como rutina diaria.

Control de embarazo:

Fecha: viernes 1 de Noviembre de 2007.

Registro de peso: 76,800 kg.

Entrevista domiciliaria:

Fecha: viernes 2 de Noviembre de 2007.

Lugar: Domicilio de la joven

Duración: 50 minutos.

Objetivo: Entrevista de seguimiento para conocer cómo responde la joven al tratamiento nutricional, si ha logrado incorporar pautas del plan y como se siente en relación a ello.

Conocer y trabajar sobre proyecto de vida.

Desarrollo:

El día viernes 2 de Noviembre la residente en servicio social se dirige al domicilio de la joven a fin de mantener entrevista con la misma y realizar seguimiento de la situación de salud. Es recibida por Nora, quien la invita a pasar a su habitación.

La joven comenta que hace unos días su mamá comenzó a trabajar en una panadería realizando tareas de limpieza, que la señora anteriormente había trabajado allí y que ante la muerte del hermano del dueño y la volvieron a contratar para que colabore nuevamente con ellos.

Además informa que su hermana de 19 años, también desde hace unos días, realiza venta ambulante de perfumes; y que su pareja Lucas se encuentra trabajando en una empresa de construcción por lo cual próximamente lograría obra social.

Nora expresa que ella quiere seguir realizando los controles de embarazo en I.R.E.M.I. porque está muy conforme con la atención que recibe en la institución. Se asesora informándole que aunque tenga la obra social puede seguir atendándose en I.R.E.M.I. pero que es importante que gestione la misma por cualquier emergencia que se presente durante el embarazo o luego cuando nazca su hijo/a.

La estudiante introduce el tema del embarazo y los cuidados de la salud, específicamente en relación a la anticoncepción, ante lo cual la joven comenta que si bien fue bien aceptado por ambos miembros de la pareja y por sus familias de origen, el embarazo no fue planificado. Refiere que no estaba tomando ACO y que los preservativos le provocaban “alergia” por lo cual descartaba su uso. Comenta que en dos ocasiones se aplicó anticonceptivos inyectables en I.R.E.M.I.. Se informa acerca de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas y desventajas y de la necesidad de adoptar alguno de ellos luego del parto a fin de evitar otro embarazo no planificado.

En relación a plan nutricional Nora comenta que le resulta apropiado, que lo puede cumplir y que su mamá también se encuentra realizando el mismo, lo cual se aprecia que la hace sentir apoyada y acompañada en la situación.

Expresa que: “...también se lo ofrecí a mi hermana, la de 19 años que pesa 90 Kg. pero no lo quiere hacer... mamá cuando tiene plata me compra las comidas que hay en el plan...”

Actualmente ha incorporado algunas verduras, como por ejemplo acelga en forma de “bocadillos”, zapallo, zanahorias y batatas hervidas (alimentos que anteriormente no ingería); pero lo único que ha intentado y no puede comer es cebolla porque le provoca acidez.

Además comenta que actualmente camina mucho y que: “...lo que más me gusta es caminar...”

Refiere que en el día de ayer asistió al control de embarazo y bajo casi 1 kilogramo.

En relación a la escolaridad, (la joven cursó hasta octavo año de EGB y abandonó durante su primer embarazo) tenía intenciones de retomar porque su hija Camila ya era más grande y podía dejarla al cuidado de su mamá por unas horas, pero nuevamente quedó embarazada, por lo cual no pudo hacerlo.

Expresa que en la escuela no le ofrecieron ningún sistema de tutorías, ni modalidad no presencial, por lo cual, ante esta información considera apropiado averiguar si existe tal posibilidad en la institución donde ella asistía.

Nora manifiesta que le gustaría terminar la escuela para continuar realizando algún curso de formación profesional o carrera, y aunque no pudo especificar cuál, refiere que relacionada con la educación y con los niños.

También comenta que desea obtener un trabajo formal en el futuro.

Referente a los vínculos de pareja y familiares, Nora comenta que hace un año aproximadamente que conoce a Lucas, su actual pareja, con quien sostiene que: "...nos llevamos muy bien, él es muy bueno conmigo, es cariñoso, se preocupa...". Manifiesta que ambos mantienen buen vínculo con sus familias de origen.

En relación al padre de su hija Camila refiere que era "...un poco violento conmigo, me gritaba y llegó a levantarme la mano una vez..." y que por ese motivo se separó de él.

Refiere que actualmente el joven no aporta cuota alimentaria, que solo compra los pañales para la niña y que la inscribió para atención en una Clínica privada de salud (no puede precisar cuál es). Expresa que cada vez que ella intenta hablar sobre el tema del dinero él se enoja, por lo cual ahora evita la conversación. Todos los domingos asiste a buscar a la niña y pasa ese día con ella.

En relación al padre de Nora comenta que hace aproximadamente 5 meses que se fue del hogar a vivir a Tucumán donde reside su familia de origen (padres y hermanos del señor). Expresa que no han vuelto a hablar con él, que hablaron por teléfono con su abuela y ésta les comentó que: "...papá había formado una nueva pareja allá y que no va a cambiar más, porque que sigue tomando..."

Nora expresa que no extraña a su padre, que ahora que no está "...me siento más tranquila y segura... él nos pegaba cuando tomaba, a mí y a mis hermanas...y a mi mamá también... se enojaba por cualquier cosa y enseguida nos insultaba... siempre pensaba que si vos por ejemplo estabas hablando en la calle con una amiga era que estabas hablando de él y ya se enojaba y enseguida te empezaba a insultar en el medio de la calle..."

Y continúa, "...nos ha amenazado con cuchillas...yo una vez zafé de que me mate porque se interpuso mi ex marido en el medio...yo estaba embarazada en ese momento... para él yo era una puta porque me embarace de chica..."

La joven comenta que en otra oportunidad también se fue a vivir a Tucumán el señor pero que a los tres meses volvió a la casa. En ese momento "...mi mamá le había hecho una denuncia y vino a sacarlo la policía. Pero a los meses volvió como si nada...Yo creo que no cambia más...él juntaba cartones

a la mañana, pero en realidad la plata que ganaba se la gastaba en vino... lo único que le importaba en casa era tener su vino...”

La alumna indaga acerca de cómo observa que se siente su mamá frente a esta situación, ante lo cual Nora comenta que la primera vez que su padre se fue ella lo extrañaba, se la pasaba llorando, y que “...cuando lo dejó volver fue porque él le dijo que había cambiado...”

Se informa que en general en estos casos es muy difícil que la persona cambie si no realiza un tratamiento específico y que ejercer violencia contra una persona es un delito, por lo cual el hecho puede ser denunciado como lo hizo su mamá en aquella oportunidad. Se le explica a la joven la importancia de intentar responder a la situación de violencia desde la palabra o un acto, como ha podido hacerlo anteriormente con su ex pareja.

Nora refiere que su mamá “...ahora no lo extraña, ella lo echó porque no podía ser que nos siguiera tratando así... ahora ella empezó a trabajar así que está más contenta, entretenida...a la única que trataba diferente es a mi hermana más chica, con ella no es tan violento como con nosotras...a ella la manda a comprar por ejemplo...”

Su hermana menor asiste a la EGB N° 29 (Mariano Moreno) a segundo año. Comenta que repitió 2 veces, que no le gusta ir a la escuela, que siempre está poniendo excusas “...por ejemplo si la mandas a comprar tarda mucho o inventa cosas para no ir a la escuela. Además tampoco quiere ir porque sus compañeros le ponen apodos como “gorda” y eso a ella no le gusta...”

Se dialoga acerca de asesorar a la niña sobre restar importancia a los comentarios de sus compañeros, como así también de la necesidad de incorporar hábitos alimentarios más saludables desde temprana edad, ya que la joven comenta que al igual que le sucedía a ella, a la niña le cuesta incorporar verduras en su alimentación por ejemplo.

Informa que desde la escuela iban a citar a la mamá dada la cantidad de inasistencias de la niña. Se comunica que sería importante que la familia se acerque a la institución a dialogar con el Equipo de Orientación Escolar, para ver de qué manera pueden solucionar la situación a fin de que la niña no pierda el año escolar nuevamente y encuentre una motivación para asistir.

Observaciones:

En relación a plan nutricional se considera que Nora puede cumplirlo ya que ha incorporado diferentes alimentos como así también la actividad física a su vida cotidiana. Asimismo se la observa contenta, alegre, cuando se dialoga respecto a este tema.

Se aprecia que la joven no está tan angustiada como en la primera entrevista respecto a la situación de violencia ejercida por parte de su padre ya que expresa: "...me siento más tranquila y segura..." desde que el señor está fuera del hogar. Se destaca que logra sentirse cómoda ya que puede relatar la situación.

Desde el sector salud, en relación a la violencia, el objetivo es intervenir buscando el efecto terapéutico sobre quien la padeció y es por ello que se considera que la denuncia es una intervención concreta que debe estar supeditada a tal fin. Aquí, tanto el papá de la joven, como su ex marido, ofensores en diferentes momentos, se encuentran apartados de las víctimas. Se valora como positivo que la joven haya podido separarse de su ex pareja, y que actualmente evite por ejemplo conversaciones sobre dinero ya que el joven responde ante ello de manera inapropiada.

Asimismo, desde el discurso, se denota que mantiene un buen vínculo con su actual pareja Lucas, por ejemplo cuando expresa: "...nos llevamos muy bien, él es muy bueno conmigo, es cariñoso, se preocupa..."

Se considera apropiado continuar trabajando con la joven en relación a Salud Reproductiva y Procreación Responsable y en relación a su proyecto de vida ya que ambas cuestiones están relacionadas, porque se observan deseos de completar educación para poder acceder en el futuro a un trabajo formal por ejemplo.

Control con nutricionista:

Fecha: lunes 12 de Noviembre de 2007.

Nora asiste al control programado con el área de nutrición.

En relación al peso, se registran 76,900 kg.

La joven responde satisfactoriamente al plan nutricional según refiere la residente de nutrición ya que continúa comiendo diferentes verduras y ha disminuido el consumo de harinas y grasas.

También ha podido regular la cantidad de ingestas o comidas principales en 4, dado que realiza desayuno, almuerzo, merienda y cena. (Iniciado el tratamiento la joven no desayunaba, según refiere la profesional)

Todo esto se ve reflejado también en el registro de peso ya que el mismo no ha aumentado.

Control de embarazo y entrevista de seguimiento:

Fecha: martes 4 de Diciembre de 2007.

Registro de peso: 77,00 kg.

Luego del control de salud con enfermería y obstetricia el servicio social realiza entrevista de seguimiento con Nora.

La joven comenta que continúa cumpliendo con el plan nutricional y que: "...no bajé mucho de peso pero lo importante es que tampoco aumenté mucho según los doctores..."

Se dialoga respecto a la importancia de incorporar estas pautas y todo lo aprendido como un hábito para sostener a largo plazo y no solo durante el proceso de embarazo, como así también acerca de la necesidad de hacerlo en relación a ella como a sus hijos.

La joven expresa gratificación por la atención que recibe en la institución desde todas las áreas.

Entrevista:

Fecha: viernes 14 de Diciembre de 2007.

Lugar: Sede.

Duración: 30 minutos.

Objetivo: Trabajar sobre Salud Sexual y Procreación Responsable. Dialogar sobre autonomía, intereses, proyecto de vida y diagramar estrategias en tal sentido.

Desarrollo:

El día viernes 14 se mantiene una entrevista con Nora en la institución a fin de trabajar sobre Salud Reproductiva y proyecto de vida, temas tratados con la joven en encuentros anteriores.

En relación a la escolaridad Nora comenta que cursó hasta 8° año de la Educación General Básica, que le agradaba ir a la escuela, que en general

aprobaba las asignaturas y que allí además de estudiar podía relacionarse con chicas de su edad y tenía algunas amigas. Refiere que el área en que más dificultades tenía era Matemática y lo que más le gustaba era Lengua y Sociales y que nunca repitió un año.

Cuenta que cuando quedó embarazada de Camila desde la institución no le ofrecieron sistema de tutorías ni una modalidad semi-presencial para que pudiera continuar su escolaridad. Se indaga acerca de la posibilidad de retomar los estudios formales luego del nacimiento de este bebé y la joven se muestra interesada.

Se refuerza la importancia que tiene terminar la escolaridad ya que dice que le gustaría continuar una carrera terciaria o algún curso que tenga relación con la educación y los niños, y además para que pueda acceder en el futuro a un trabajo formal como desea según lo que manifiesta en la entrevista.

Se acuerda que Nora concurrirá el próximo lunes (antes que finalice el ciclo lectivo 2007) a la escuela que asistía para conocer que opciones pueden ofrecerle para promover las diferentes asignaturas.

En relación a Salud Sexual y Procreación Responsable Nora comenta cuáles han sido los métodos anticonceptivos que conoce y ha utilizado (Hormonales: pastillas e inyectables; de barrera: preservativos). A partir de ello, se amplía información acerca de sus ventajas y desventajas, su relación con las enfermedades de transmisión sexual, la forma de utilización, etc. Asimismo se hace hincapié en la importancia de contar con el asesoramiento y seguimiento de un médico.

Se dialoga acerca de la necesidad de adoptar alguno de ellos de manera responsable luego del nacimiento del bebé a fin de evitar otro embarazo no planificado y de que Nora pueda retomar sus proyectos personales como estudiar y trabajar. Nora expresa: "...claro, si yo llego a quedar embarazada otra vez nunca más vuelvo a la escuela...con dos chicos va a ser complicado, con tres ni me imagino..."

Se informa que en el futuro podrá participar de los talleres sobre Salud Reproductiva y Procreación Responsable que se realizan en I.R.E.M.I. y quienes forman el equipo de trabajo, ante lo cual Nora se muestra dispuesta y afirma que el mismo le genera confianza y motivación porque "...ya los conozco..."

Observaciones:

Se destaca en vínculo que se ha establecido entre la joven y el Servicio Social ya que la misma se siente cómoda para dialogar sobre diferentes temas.

Nora tiene interés y predisposición ante las propuestas. Se aprecia que requiere orientación y acompañamiento porque desconoce información. Se observa que a partir del mismo se siente más segura.

Entrevista:

Fecha: miércoles 19 de diciembre de 2007.

Lugar: Sede.

Duración: 15 minutos.

Desarrollo:

El día miércoles 19 de diciembre Nora se acerca a la oficina de Servicio Social acompañada por su hermana y su hija Camila para comentar que fue a la institución educativa que asistía anteriormente a conocer que opciones había disponibles para el próximo ciclo lectivo.

Refiere que habló con la directora y le expuso su situación actual y su motivación para retomar escolaridad. Entre ambas acordaron mantener una entrevista el próximo año para organizar algún proyecto educativo especial para que pueda promover las diferentes asignaturas.

Desde el Servicio Social se muestra gratitud por la situación y por las acciones de la joven ante lo cual Nora sonríe.

Se dialoga también sobre el plan alimentario y comenta que continúa realizándolo y ha mantenido el peso, también que sale a caminar todas las veces que puede y que en general lo hace con su mamá.

Observaciones:

Se aprecia que la joven está alegre ante los diferentes resultados obtenidos en relación a la alimentación y el cuidado de su salud como así también a la definición de sus proyectos personales.

Control de embarazo:

Fecha: martes 8 de Enero de 2008.

Registro de peso: 76,300 kg.

Control de embarazo:

Fecha: miércoles 6 de Febrero de 2008.

Registro de peso: 76,400 kg.

Derivación a H.I.E.M.I.

Parto:

Fecha: miércoles 2 de Abril de 2008.

Se produce el nacimiento espontáneo de un bebé de sexo femenino de 2,800 kg. en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata. Luego del alta en H.I.E.M.I. la niña y Nora continúan realizando controles de salud en I.R.E.M.I..

CRÓNICAS 2° SITUACIÓN DE ANÁLISIS: Familia con indicadores de riesgo socio-sanitario.

Entrevista de ingreso al Plan del Lactante:

Fecha: miércoles 18 de julio de 2007.

Lugar: I.R.E.M.I. (AMEC).

Duración: 30 minutos aproximadamente.

Objetivo: Explicar la modalidad de atención en la institución, conocer datos de base comunes a cualquier evaluación como por ejemplo, nombre, apellido, edad, ocupación, estado civil, grupo familiar conviviente, etc. y cuestiones específicas relacionadas con el Plan del lactante como el estado de salud del bebé y de la mamá, pautas de alimentación y descanso, filiación del niño/a, planificación familiar, etc.

Desarrollo:

El día miércoles 18 de julio de 2007 se mantiene la entrevista de ingreso al Plan del lactante con María, mamá de Ismael. El niño nació en la ciudad de Mar del Plata, el día sábado 19 de Mayo en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI); actualmente tiene 2 meses de edad.

El grupo familiar conviviente está compuesto por la mamá del niño, María, que tiene 25 años de edad, el padre, Juan, de 29 años, otro hijo de la pareja de 2 años y el hermano de la señora que tiene 21 años.

La señora refiere que viven desde hace aproximadamente un mes en la habitación de un hotel ubicado en el centro de la ciudad donde comparten baño y cocina con el resto de las personas alojadas allí. Anteriormente vivían en una vivienda en otro barrio de la ciudad de donde expresa que se fueron porque la misma se incendió.

María comenta que tiene tres hijos más de pareja anterior, dos niñas residen en un instituto de menores y un niño con la abuela materna.

En relación a lo laboral expresa que el padre del bebé limpia vidrios y cuida coches en diferentes zonas de la ciudad y que ella actualmente no realiza ninguna actividad que genere ingreso de dinero.

La señora refiere que durante el embarazo no realizó controles de salud.

Hasta la fecha y luego del alta médica posterior al parto, no realizaron controles de salud ni el niño, ni la madre. Tampoco se han realizado los trámites filiatorios.

En relación a la alimentación del bebé, la señora comenta que lo alimenta con pecho y además con leche que no puede confirmar cuál es.

Observaciones:

La pediatra que atiende al bebe considera derivarlo al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) por cuadro respiratorio para internarlo. Luego de la atención interconsulta al servicio Social. Se decide conjuntamente hacer informe de derivación con datos de salud incorporando situación de vulnerabilidad de la familia y avisar al Servicio Social del HIEMI de la situación socio-sanitaria de la familia y el menor en especial.

Se trata de un grupo familiar con un importante grado de vulnerabilidad, con seguimiento del equipo de salud de otro centro de atención de la ciudad correspondiente a su domicilio anterior, y del Centro de Protección de los Derechos del Niño.

Se evalúan como factores de riesgo para el cuadro respiratorio que presenta el niño, su edad, los controles de salud inadecuados, la lactancia materna inapropiada, y en relación al medio externo se puede mencionar la época invernal.

Si bien la situación revestía gravedad, se consigue establecer un vínculo de confianza, armónico, que permite que María pueda sentirse cómoda y se explye explicando su situación actual. Logra también dar cuenta de las instituciones y Servicios Sociales que la atienden.

Interconsulta con Servicio Social del Centro de Protección de los Derechos del Niño:

Fecha: miércoles 18 de julio de 2007.

Por la tarde se comunica con la profesional de I.R.E.M.I. la trabajadora social del Centro de Protección ya que han recibido la información de que el niño ha sido derivado a HIEMI, e informa que su área estaba buscando el rastro de la familia sin lograrlo, y que la última información que tenían era que el grupo familiar se encontraba en situación de calle viviendo en "la rambla" de la ciudad.

Se informa situación actual del grupo familiar.

Interconsulta con Servicio Social H.I.E.M.I.:

Fecha: Jueves 19 de julio de 2007.

El Servicio Social de H.I.E.M.I. informa que en el día de ayer se presentó la abogada del Centro de Protección de los Derechos del Niño e informó que ellos seguían el caso, que conocían situación y domicilio en el Hotel y que la señora habría realizado controles de salud durante el embarazo en otro Centro de Salud "X" de la ciudad, recibiendo tratamiento por VDRL.

Observaciones:

La comunicación entre Servicios Sociales permite rápidamente actualizar información necesaria para el seguimiento y el diagnóstico, y establecer acuerdos y estrategias de actuación.

Entrevista con el padre del bebé en sede:

Fecha: jueves 20 de julio de 2007.

Lugar: I.R.E.M.I..

Duración: 30 minutos aproximadamente.

Objetivo: Ampliar información sobre el grupo familiar.

Desarrollo:

Se presenta en la institución Juan, el papá de Ismael a fin de solicitar leche para su hijo. La enfermera informa la situación al Servicio Social.

En entrevista con la trabajadora social el señor comenta que el bebe ya se encuentra en el domicilio ya que en el día de ayer les han dado en alta médica en HIEMI porque evolucionó favorablemente el cuadro respiratorio.

Desde el Servicio Social se le comunica al señor que es importante no exponer al bebe a bajas temperaturas ni a enfriamientos bruscos, ventilar la vivienda para mejorar la calidad del aire y evitar así un aumento de la circulación de los virus respiratorios propios de la época, como así también evitar el humo dentro de la misma, dado el cuadro respiratorio que ha presentado el niño.

Se indaga acerca de los controles de salud anteriores y el señor refiere que han realizado dos controles de embarazo, en el sexto y el noveno mes, no registrando enfermedad.

Comenta además que él es diabético, diagnosticado hace un año aproximadamente, y de acuerdo a la información que brinda en la entrevista se encuentra sin tratamiento.

El señor asegura que su esposa es reticente a controlarse y que él está dispuesto a concurrir cuando se lo cite.

Se lo invita al taller de Salud Reproductiva y Procreación Responsable a desarrollarse el día viernes en la institución, a fin de que la pareja incorpore algún método anticonceptivo y que la señora realice control ginecológico, dado que expresa que no desean tener otro bebe por el momento. Asegura que concurrirá en el día de mañana. Expresa que la pareja deseaba la ligadura tubaria pero que cuando él dio a viso en el hospital su señora ya había tenido el bebé.

En relación a las estrategias de subsistencia, según refiere Juan, el grupo familiar desayuna, se higieniza y reciben viandas de comida en Cáritas. Comenta que perciben un subsidio estatal de \$180 mensuales por pertenecer al Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados (PJJHD). Este Plan depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Además piden dinero en la calle y cuidan autos.

Expresa que una señora les cedió para vivir una casa abandonada y amueblada, que además cuenta con calefón eléctrico y un anafe.

Refiere que en el día de la fecha concurriría a la misma la trabajadora social del Centro de Protección para conocer el nuevo domicilio de la familia.

Finalizada la entrevista, se acuerda que mañana asistirán al taller de Salud Reproductiva. La pediatra realiza receta para leche maternizada y cita para control de peso el día lunes 23 de julio.

Observaciones:

Adultos con dificultad para sostener pautas de salud tanto en relación al niño como personales: no han realizado suficientes controles médicos durante el embarazo ni el puerperio, no cumplen con controles pautados del bebé, ni en el caso del señor quien tiene diagnóstico de enfermedad crónica por la que no realiza tratamiento.

Madre con antecedentes de falta de supervisión de sus hijos.

Se observa que el grupo familiar cuenta con una red organizada ya que en Cáritas desayunan, se higienizan y le entregan viandas de comida.

La información es poco precisa respecto a domicilio y controles de salud anteriores, etc.

Taller de Salud Reproductiva y Procreación Responsable:

Fecha: viernes 21 de julio de 2007.

No acuden al Taller de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Control pediatría:

Fecha: lunes 23 de julio de 2007.

No acuden a control con pediatra.

Comunicación con Servicio Social de HIEMI:

Fecha: martes 24 de julio de 2007.

El trabajador social de HIEMI comunica que la VDRL de la progenitora es negativa.

Entrevista domiciliaria:

Fecha: jueves 9 de agosto de 2007.

Objetivo: Verificar domicilio de residencia, situación habitacional y seguridad del mismo.

Informar sobre la importancia de la asistencia a los controles de salud del niño y fomentar su cumplimiento.

Orientar en planificación familiar e insistir para que asistan a la institución e incorporen con asesoramiento médico algún método anticonceptivo.

Desarrollo:

En principio la trabajadora social y la estudiante se dirigen al domicilio aportado por María en la primera entrevista, que es un Hotel ubicado en el centro de la ciudad de Mar del Plata. De acuerdo a la información brindada por personal del mismo, se concluye que allí no reside el grupo familiar.

Posteriormente se dirigen a la dirección brindada por Juan, también en el centro de la ciudad, donde se constata que la vivienda es una casa abandonada, rodeada por carteles de propaganda, sin piso y sin techo en partes de la vivienda y notablemente deteriorada; hay paredes en demolición y basura acumulada en diferentes sectores de la misma.

Se encuentran varios hombres en la casa en actitud de recelo hacia la presencia de la trabajadora social de I.R.E.M.I. y la residente. Hay otras personas durmiendo en el lugar.

Ambas son atendidas por la madre del niño que refiere que está sola dado que su pareja, Juan, se fue a la ciudad de Buenos Aires porque habría fallecido su madre.

Comenta que el niño mayor de dos años fue llevado a H.I.E.M.I. en el día de ayer y medicado por "granitos" sangrantes en la cabeza.

En relación a su inasistencia a control de peso con pediatría se aprecia que ella no comprende lo escrito en el cuaderno. Refiere que no tenía más leche maternizada desde hace tres días y le dio leche fluida al bebé.

Se acuerda que concurrirá al día siguiente a fin de realizar control de peso y asignación de leche para Ismael. Se comunica nuevamente que es importante que adopte un método anticonceptivo, para lo cual debe realizar control médico.

Observaciones:

Se observa falta de higiene personal en la señora y en los niños.

Se aprecia la mirada perdida de María y que le cuesta comprender lo que expone la trabajadora social.

Entrevista en sede y control en pediatría:

Fecha: viernes 10 de agosto de 2007.

María asiste a la institución para realizar control de salud del bebé de acuerdo a lo previsto el día de ayer y para retirar leche maternizada. El niño se encuentra estable.

La trabajadora social intenta que la mamá del bebé comprenda la importancia de una alimentación adecuada pero ella no comparte lo asesorado ya que resta importancia al hecho de haber proporcionado leche fluida al niño.

Se cita para próximo control pero se aprecia que la señora no tiene claro el día y horario, lo cual hace dudar de la rutina de administración de medicación y alimento a los niños.

Observaciones:

Nuevamente se observa falta de higiene y supervisión hacia los niños.

Durante la entrevista es difícil mantener el diálogo.

Se destacan las inasistencias reiteradas a diferentes controles en el Centro de Salud I.R.E.M.I..

Atención en Pediatría:

Fecha: viernes 24 de agosto de 2007.

Luego del control médico realizado se debe administrar oxígeno a fin de mejorar el estado respiratorio del bebé ya que persiste la dificultad respiratoria.

Es muy difícil que la madre comprenda que el niño tiene oxígeno y no una nebulización ya que ante quien pasa refiere que se ha terminado el remedio; se le explica en varias oportunidades que no se lo saque por lo que requiere compañía permanente.

Posteriormente el niño es derivado a H.I.E.M.I. para su atención ya que continúa la dificultad respiratoria.

En entrevista con la trabajadora social la señora comenta que continúa viviendo con sus hijos, su hermano, y otras personas en el domicilio visitado, y que Juan, su pareja aún se encuentra en la ciudad de Buenos Aires.

El niño de dos años según informa estaría a cargo del hermano de la señora en ese momento.

Observaciones:

María no logra comprender consignas claras ni mantener una conversación coherente. Se sospecha consumo de sustancias tóxicas por su mirada perdida y dificultad para orientarse en tiempo y espacio.

Comunicación con profesionales del Centro de Protección de los Derechos del Niño:

Fecha: viernes 24 de Agosto de 2007.

Se acuerda entrevista con profesionales de dicho Centro para el día martes 28 de agosto a fin de planificar estrategias conjuntamente dada la situación de riesgo en que se encuentra el grupo familiar.

Atención domiciliaria:

Fecha: lunes 27 de Agosto de 2007.

En el día de la fecha la trabajadora social de I.R.E.M.I. junto con una pediatra concurren al domicilio del niño a fin de realizar control de salud para conocer su estado luego de recibir el alta en HIEMI.

Mediante el examen de la pediatra se comprueba que el niño se encuentra estable y se refuerzan las pautas de cuidado y alimentación que debe tener la mamá.

Se cita a la señora para que el día miércoles acuda a un nuevo control ya que se requiere un seguimiento sostenido dada la vulnerabilidad que presenta.

Comunicación con Centro de Protección de los Derechos del Niño:

Fecha: lunes 27 de agosto de 2007.

Se contacta con la trabajadora social de I.R.E.M.I., la profesional del Centro de Protección a fin de informar que el Centro de salud "X", no derivará el caso al Centro de Salud I.R.E.M.I. dado que consideran transitoria la permanencia del grupo familiar en ésta zona de la ciudad.

Solicita información actual por lo cual se le comunica lo sucedido el día viernes 24 de agosto, y que al no haber permanecido internado el niño asistieron en el día de la fecha la trabajadora social junto con una pediatra de I.R.E.M.I. al domicilio a realizar examen de salud ya que se considera que es un grupo familiar altamente vulnerable.

Observaciones:

El Servicio Social de I.R.E.M.I. considera el alto riesgo al que los menores están expuestos y que la actuación excede ampliamente los alcances de un Servicio Social de Atención Primaria de la salud, por ello evalúa la derivación del caso al Centro de Protección de los Derechos del Niño.

Por otra parte, debido al desinterés del equipo de profesionales del Centro de Salud "X" por coordinar acciones y a la no aceptación de que el equipo de I.R.E.M.I. tome el caso, el equipo de salud decide continuar con asesoramiento y atención en salud solo si la familia asiste a la institución.

Crónicas talleres Salud Reproductiva y Procreación Responsable I.R.E.M.I.

Crónicas de los talleres sobre “Sexualidad” realizados como parte de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en I.R.E.M.I. en el período comprendido entre el 10 de agosto y el 26 de octubre del año 2007.

Modalidad de trabajo: se forman dos grupos y se le entrega a cada uno de ellos seis hojas con diferentes frases referidas al tema propuesto, las cuales deben leer y debatir sin son verdaderas o falsas.

Posteriormente se realiza una puesta en común donde cada grupo lee en voz alta las frases asignadas y comenta la idea a la cual arribaron en conjunto.

Una vez debatida cada una de las frases, estas se colocan en el pizarrón en dos columnas según sean verdaderas o falsas.

Los profesionales coordinan el debate, aclaran dudas y aportan información.

Frases:

“El hombre tiene más deseo, más necesidades que la mujer”.

“En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada”.

“El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer”.

“La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina”.

“Si los hombres se masturban muy seguido se agranda su pene”.

“La sexualidad comienza cuando nacemos”.

“El hombre disfruta más en las relaciones sexuales, es activo y dominante”.

“La mujer que se masturba puede quedar incapacitada para tener hijos”.

“Cuanto más grande es el pene más goza la mujer”.

“La sexualidad busca el placer y satisfacción del otro”.

“La mujer es pasiva, dependiente y tiene menos necesidades que el hombre”.

“Luego del parto la vagina de la mujer se agranda”.

Fecha: viernes 10 de agosto de 2007.

Hora: 10:00hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 50 minutos.

El día viernes 10 de agosto el equipo de salud formado por el obstetra, la enfermera y la licenciada en Servicio Social de la institución, junto con otra trabajadora social que participa como invitada y la estudiante que interviene como observadora, dan inicio los talleres sobre el tema "Sexualidad" los cuales forman parte de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En el presente taller el grupo es heterogéneo en relación a la edad y homogéneo en cuanto a género, dado que se encuentran presentes 12 mujeres cuyas edades oscilan entre los 19 y 40 años.

Se observa durante el desarrollo del taller la participación activa de las mujeres presentes. Se infiere que se ha creado un clima de confianza durante la charla, dado que se expresan abiertamente las diferentes opiniones.

En general, excepto una de las mujeres, las mismas hacen referencia a vivencias de otras personas, es decir, no exponen experiencias en primera persona. Se las observa distendidas, ya que hacen bromas y ríen al hablar del tema propuesto.

Las mujeres manifiestan que el hombre tiene más deseo, más necesidades que la mujer, y que esta última en general está más involucrada en las tareas del hogar.

Se puede decir que hay conocimientos acerca de la temática propuesta, por ejemplo en relación a que la relación sexual no es el acto de la penetración solamente, sino que forman parte de ella los besos, las caricias, etc., o que la masturbación no provoca lesiones en la vagina de la mujer ni agranda el pene del hombre.

La mayor controversia durante el debate se genera al hablar sobre las necesidades, el deseo, y la pasividad o no en relación al varón o la mujer. Se observa implícitamente que hay una idea de que el hombre es quien tiene más necesidades, es más activo, y siente más deseo.

Se aprecia que la actividad se realiza en un espacio apropiado. Se contempla el interés y disposición para trabajar el tema planteado.

Fecha: viernes 10 de agosto de 2007.

Hora: 13:15 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 45 minutos.

El día viernes 10 de agosto a las 13:15 hs da inicio la segunda charla sobre "Sexualidad". La modalidad de trabajo es la misma que la utilizada anteriormente.

En esta reunión se encuentran presentes 8 personas, dos de ellas varones, (uno de estos acompaña a su pareja). En el transcurso de la charla se incorpora otro joven, quien también asiste junto a su pareja, pero se retira en repetidas ocasiones del salón, y no realiza intervenciones verbales. El grupo es heterogéneo en cuanto a género y a edad, la cual oscila entre los 20 y 40 años.

Se observa un alto grado de participación durante el transcurso del taller, principalmente por parte de los hombres dado que son quienes leen las frases al momento de realizar la exposición, además realizan preguntas y manifiestan diferentes opiniones. Uno de ellos, introduce el tema religión en la charla al exponer que para ésta la masturbación es algo que "...está mal visto, prohibido..." Se expresan diferentes opiniones y a modo de conclusión el equipo de salud manifiesta que todas las prácticas y creencias son respetadas, y que pueden llevarse a cabo en tanto los participantes de la misma estén de acuerdo al momento de su realización.

Se denota el interés que genera el tema propuesto en los participantes, especialmente en el caso de los hombres que son quienes toman la iniciativa al momento de exponer las ideas a las que arribaron en el grupo, y de una de las mujeres quien también se expresa verbalmente en reiteradas ocasiones.

Fecha: viernes 17 de agosto de 2007.

Hora: 10:05 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 50 minutos.

El equipo de salud comienza con el taller a las 10:05 hs del día viernes 17 de agosto donde se encuentran presentes 13 mujeres. Sus edades oscilan entre los 15 y 38 años, por lo cual se considera que es un grupo heterogéneo en relación a este aspecto.

Se conforman dos grupos para llevar a cabo la tarea. La técnica utilizada es la misma de los talleres anteriores. En relación a la frase "En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada", el grupo expresa que la misma es falsa, y una de las mujeres pregunta: "¿Aunque no haya menstruación?, ante lo cual el obstetra explica el funcionamiento del aparato reproductor femenino. Otra de las

mujeres hace el siguiente comentario: “¡Tenés que tener mucha mala suerte!”, por lo cual el grupo ríe.

La frase “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer” se presenta como dudosa para el grupo al cual fue asignada; la misma es aclarada entre los profesionales y el resto grupo. Posteriormente se explica que la sexualidad, a diferencia del sexo, está más relacionada con lo que aporta el exterior, con los condicionantes culturales y se dialoga sobre el hecho de que todos, hombres y mujeres, tienen las mismas necesidades.

Dos mujeres indagan acerca de cómo tratar el tema sexualidad con los niños. Frente a ello se hacen determinadas sugerencias como por ejemplo que la masturbación es algo normal, que los niños están conociendo su cuerpo, y que la sexualidad debe ser un tema tratado con naturalidad desde la infancia, desde que el niño o niña siente la necesidad de saber respecto al tema.

Durante el desarrollo del taller arriban 8 mujeres más tarde, dos de ellas acompañan a sus hijas que son quienes asisten a retirar el método anticonceptivo. Se aprecia la participación activa durante el desarrollo del taller, el interés por el tema propuesto y que se ha generado un clima de confianza dado que las mujeres realizan preguntas al respecto.

Fecha: viernes 17 de agosto de 2007.

Hora: 13:20 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 20 minutos.

El día viernes 17 de agosto a las 13:20 hs comienza la charla sobre el tema “Sexualidad”. Se conforman dos grupos de trabajo, uno de ellos con 5 mujeres y otro con 3. Es un grupo heterogéneo en relación a la edad dado que la misma oscila entre los 16 y 35 años.

Una de las adolescentes expresa que la resolución de la consigna “...era fácil...”. Luego comienzan a exponer las conclusiones a las cuales arribaron en su grupo y sostienen que la frase “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer” es falsa, lo cual es incorrecto. Los profesionales aclaran la diferencia entre sexo y sexualidad, comentan que el sexo acompaña a la persona desde que nace, y que la genitalidad se despierta más adelante; que la sexualidad está relacionada con el aporte del exterior, del ambiente, tiene que ver con la cultura y la comunicación.

El resto de las frases de ambos grupos son correctamente clasificadas en verdaderas y falsas. Los profesionales expresan la importancia de que haya diálogo en la pareja.

Dos mujeres ingresan iniciado el taller y no participan verbalmente.

El equipo consulta si hay dudas, preguntas que el grupo quiera realizar o alguna reflexión, ante lo cual ninguna de las mujeres responde y se da por finalizado el taller.

Se observa durante el transcurso de la charla que las mujeres poseen conocimiento acerca de algunas de las cuestiones planteadas y dudas frente a otras. Al terminar de analizar las diferentes frases las participantes del taller no realizan preguntas ni reflexiones acerca del tema propuesto. Se puede inferir que esta situación se da porque presentan un escaso interés acerca del mismo o porque no sienten confianza para realizar consultas.

Fecha: viernes 24 de agosto de 2007.

Hora: 10:15 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 20 minutos.

En el taller de las 10:15 hs. del viernes 24 de agosto se encuentran presentes 15 mujeres y 1 varón por lo cual el grupo es heterogéneo en relación a género y también a edad ya que la misma fluctúa entre los 17 y 38 años. Se forman dos grupos de trabajo y se imparte la consigna.

Una de las jóvenes expresa: “terminamos rápido porque no hubo dudas”. Exponen que la frase “La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina” es verdadera, por lo cual la asistente social comenta que la relación sexual es más amplia ya que incluye a las caricias, los besos, etc. y que además en una relación sexual puede haber por ejemplo penetración anal o sexo oral y por lo tanto no es solamente la penetración del pene en la vagina.

Una de las mujeres reflexiona: “tenemos las mismas necesidades” ante la frase falsa que refiere que la mujer es pasiva y dependiente. En referencia al tamaño del pene, otra de las jóvenes comenta que es un mito que hay en la sociedad que un pene más grande proporciona mayor placer.

El segundo grupo de trabajo ubica correctamente todas las frases en relación a su carácter verdadero o falso. Ante la frase que dice que “si los hombres se

masturban muy seguido se agranda su pene” ríen; lo mismo sucede en relación a la frase falsa que dice que “luego del parto la vagina de la mujer se agranda”, y una de las mujeres expresa: “¡imagínate yo que tengo 9 hijos!”. Otra mujer comenta que: “hay casos en que el hombre puede buscar la satisfacción de él solamente”, cuando se dialoga acerca de que tanto hombres como mujeres tiene las mismas necesidades. Posteriormente se dialoga sobre la importancia de que haya comunicación entre los miembros de la pareja.

Las personas presentes no plantean interrogantes a los profesionales ni realizan comentarios por lo cual culmina el taller. El hombre que se encuentra presente en la charla no realiza ninguna intervención, se considera que puede haber actuado como obstaculizador en la libre expresión del resto de las participantes.

Fecha: viernes 24 de agosto de 2007.

Hora: 13:20 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 20 minutos.

A las 13:20 hs. comienza el taller sobre “Sexualidad”. Se encuentran presentes 18 mujeres; es un grupo heterogéneo en relación a la edad dado que la misma oscila entre los 17 y 40 años. Se conforman dos grupos de trabajo de 9 integrantes cada uno y se imparte la consigna.

El primer grupo que expone sus conclusiones clasifica todas las frases en forma correcta.

Una joven pregunta acerca de la constitución de la vagina y se explica que esta está formada por músculo elástico. Las mujeres expresan sentimientos en referencia al deseo sexual, a las ganas de tener pareja; una de las jóvenes comenta que hace un año que está sola, sin pareja y que cada día que pasa se encuentra mejor en relación a esta situación. La asistente social aclara que generalmente se piensa a la relación sexual en el marco de una pareja. Otra señora expresa que ella tiene una pareja desde hace un mes, que había estado durante un año sola y en referencia a la relación sexual expresa: “el todo bien...y yo no...”. La asistente social comenta frente a lo expuesto que es importante que ella pueda decirle a su pareja lo que le pasa, lo que considera que le falta, etc. Otra joven expresa: “después que tenes un hijo cambia la relación con tu pareja...”

El siguiente grupo también clasifica las frases según sean verdaderas o falsas de manera correcta.

Luego de leer cada una de las frases y comentarlas entre todo el grupo se indaga acerca de si alguien desea realizar algún comentario o pregunta, pero nadie manifiesta dudas al respecto dando por finalizado el taller, el cual tiene una duración de 20 minutos. Se observa que las mujeres que participan de éste taller poseen información acerca del tema propuesto como así también que se ha generado un espacio donde realizan diferentes consultas acerca de situaciones personales que han o se encuentran atravesando. Asimismo se brinda el espacio para posibles inquietudes personales posteriores.

Fecha: viernes 31 de agosto de 2007.

Hora: 10:10 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 30 minutos.

El día 31 de agosto a las 10:10 hs se inicia el taller conformando dos grupos de trabajo. Cada uno de ellos posee 7 integrantes, habiendo dos varones presentes. Se aprecia por lo tanto la heterogeneidad en cuanto al género y a la edad que oscila entre los 16 y 38 años. Se explica la consigna y transcurridos unos minutos donde discuten las frases, uno de los grupos comienza la exposición de las mismas por iniciativa propia. La frase que dice que “El hombre disfruta más en las relaciones sexuales, es activo y dominante” dicen que es falsa y una señora agrega: “...depende de cada pareja...” Luego, se expone el siguiente enunciado: “En la primera relación sexual la mujer no puede quedar embarazada” el cual dicen que es falso, y una mujer expresa: “...de acá a la China...re falso!...” “La sexualidad comienza cuando nacemos”; uno de los hombres presentes comenta: “...si...pero...” (se lo observa pensando). La asistente social explica que ser varón o mujer se define genéticamente, y que la sexualidad es lo genético sumado a lo que aporta el entorno, como por ejemplo el hecho de vestir a los varones de color celeste y a las mujeres de color rosa cuando son niños. Y agrega que en la actualidad así como han cambiado los roles también deben cambiar los juegos en los niños. Se aprecia que las personas escuchan atentamente lo que dice la profesional.

Finalizada la exposición de las frases del primer grupo, continúa haciéndolo el segundo. Ante la frase que sostiene que las mujeres tiene menos necesidades que

los hombres, que son pasivos y dependientes, la cual es consignada como falsa, la asistente social explica que como género las mujeres tienen las mismas necesidades que los hombres. La frase “Cuanto más grande es el pene más goza la mujer” es tomada como falsa por el grupo y una mujer comenta: “falso rotundamente!...”. Frente a la frase que se refiere a que “La mujer que se masturba puede quedar incapacitada para tener hijos” varias mujeres expresan que esta situación depende de con que se masturbe. Ante ello, la asistente social explica que existen casos extremos pero que en términos generales esta situación es falsa.

Cuando exponen la frase referida a que “luego del parto la vagina de la mujer se agranda” una de las señoras dice que esto no es así dado que la vagina es elástica. Frente a la frase “la sexualidad busca el placer y satisfacción del otro” uno de los señores sostiene que: “...es un placer mutuo...” La frase “el sexo es la condición de ser hombre o ser mujer” presenta duda, por lo cual la asistente social pregunta, en relación a lo que se había explicado anteriormente: “¿Sexo, a que se refiere? ¿A varón-mujer? ¿O a la relación sexual?...” A varón-mujer dice una joven. Y el obstetra agrega: “el sexo es femenino o masculino...la relación sexual son las caricias, las diferentes penetraciones....” La asistente social agrega: “el sexo es lo que nos viene dado”.

Al terminar de exponer todas las frases se indaga si hay dudas o algún comentario, ante lo cual una señora comenta que tiene un hijo de 5 años que se toca todo el día sus genitales, expresa: “Sé que es normal... ¿pero tan normal durante todo el día?...” La asistente social le explica que es importante hacerle entender al niño que es parte de su vida privada, que se trata de un estímulo individual por lo cual solo puede hacerlo él, que es importante formar la idea de “el cuerpo es mío” en los niños y que además es una edad de autoconocimiento y constituye una conducta normal. Además le aconseja desfocalizar la situación por ejemplo invitándolo a jugar. Uno de los hombres comenta que él no obtuvo información de parte de sus padres sobre sexualidad, por lo cual la buscó en la escuela.

Se observa durante el desarrollo del taller la participación activa de las personas presentes, ya sea a través de intervenciones verbales como también por la escucha atenta cuando los profesionales explican los diferentes temas. Se destaca como relevante que los hombres son quienes toman la iniciativa para leer las frases en el grupo del cual forman parte.

Fecha: viernes 31 de agosto de 2007.

Hora: 13:15 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 30 minutos.

A las 13:15 hs. se da inicio a la charla explicando las pautas de trabajo. Se conforman dos grupos con 7 mujeres cada uno de ellos. Las edades oscilan entre los 16 y 35 años. Se puede decir que el grupo es homogéneo en cuanto a género y heterogéneo en relación a la edad. Iniciado el taller se incorporan 3 mujeres que se suman a los grupos conformados donde sus compañeras les explican las consignas y les leen las frases.

Uno de los grupos comienza voluntariamente la exposición con la frase “La mujer que se masturba puede quedar incapacitada para tener hijos”. Dicen que la misma es falsa y agregan: “depende con que se masturbe...”, por lo cual se explica que en términos de normalidad la misma es falsa.

Ante la frase “La mujer es pasiva, dependiente y tiene menos necesidades que el hombre” una de las mujeres expresa: “...depende...” otras afirman con la cabeza, ríen, y comentan que generalmente la mujer está más involucrada y pendiente por las tareas del hogar y el cuidado de los niños. La frase “Cuanto más grande es el pene más goza la mujer” es para algunas verdadera y para otras falsa. Una señora expresa: “depende como le guste a la mujer...” La asistente social explica que el disfrute y el placer no tienen que ver con el tamaño del pene ni con el tamaño de la vagina. “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer” plantea dudas, por lo cual la asistente social explica la diferencia entre sexo y sexualidad.

El siguiente grupo comienza exponiendo como falsa la frase “La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina”, pero una de las jóvenes dice que es verdadera. La asistente social clarifica esta situación exponiendo que en la relación sexual no necesariamente tiene que haber penetración del pene en la vagina, porque la misma implica además las caricias, los besos, y existen otros tipos de penetración también. Además, comenta que la masturbación es la generación de placer uno mismo. Que en el caso de los bebés y los niños, se reconocen mediante ella y es una conducta normal y en la vida adulta también. Se destaca que es importante conocerse para poder trasmitírselo al otro.

La frase “La sexualidad comienza cuando nacemos” también genera dudas; por ello la A.S. pregunta: ¿qué dijimos que era el sexo? Y ante ello una mujer responde que es la condición de ser hombre o ser mujer.

Finalizada la exposición de las frases se consulta si hay dudas y dado que no las hay se da por terminado el taller. Hay varios bebés y niños presentes, algunos de ellos lloran, por lo cual se hace difícil escuchar con atención durante el transcurso de la charla, la cual tiene una duración de 30 minutos.

Se observa en el transcurso de la misma la participación activa, como así también el deseo de informarse ante las dudas que se presentan ya que escuchan con atención las explicaciones de los profesionales a pesar de que hay ruido en el lugar. Se denota por los comentarios que realizan que el hombre es visto con más necesidades y se le atribuye un papel dominante en la relación sexual. Asimismo se aprecia que hay mitos que se encontraban instaurados en algunas de las mujeres, como por ejemplo el referente al tamaño del pene.

Fecha: viernes 14 de septiembre de 2007.

Hora: 10:05 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 45 minutos.

A las 10:05 hs. del día viernes 14 de septiembre comienza la charla sobre “sexualidad”. Se encuentran presentes 5 mujeres, a las cuales se les imparte la consigna y explica la modalidad de trabajo. Transcurridos unos minutos, se hacen presentes dos mujeres más que se incorporan a uno de los grupos donde sus compañeras le explican las pautas de trabajo.

Una vez que han debatido las frases en cada uno de los grupos se procede a la puesta en común. Uno de ellos comienza voluntariamente, con la frase “Después de tener un hijo la vagina se agranda de tal manera, que el hombre no puede complacer a la mujer” y sostiene que la misma es verdadera, dado que ellas tienen hijos y sintieron que sus maridos no las podían complacer. La asistente social pregunta: - ¿en qué período fue? Y una de las mujeres contesta; “...pasando la cuarentena...” Otra mujer comenta: “...yo hasta los dos meses no sentía placer...” El médico pregunta: ¿cómo es la vagina? Y una de las jóvenes expresa: “...es un tubito, se dilata y se contrae...es flexible...elástica...” El médico agrega: “...es razonable que se sienta esa sensación, la característica es que es elástica, es la adaptación que

pueda tener. Al principio puede ser que el hombre y la mujer no sientan una plena satisfacción, pero con el tiempo, como es elástica, intenta volver a su tamaño normal, se fortalecen los músculos”. La asistente social agrega que también influye la situación emocional, dado que ahora está el bebé también en la familia. El grupo sigue sosteniendo que la frase es verdadera, ante lo cual se explica que puede ser que eso les haya sucedido, pero que a largo plazo la frase es falsa.

La frase “La mujer que se masturba puede quedar incapacitada para tener hijos” dicen que es falsa, pero que va a depender de con que se masturbe. La asistente social explica que la masturbación es generarse placer uno mismo, y que existen casos extremos, pero en la generalidad de la que se parte en la frase la misma es falsa.

Ante la frase “La sexualidad comienza cuando nacemos” una mujer expresa: “...es ambiguo...” otra mujer agrega: “...uno cuando crece va eligiendo...” La A.S. explica que la sexualidad es lo que traemos genéticamente sumado a lo que aporta el exterior, que se va construyendo, es comunicación. Ante esto, las mujeres expresan que entonces es verdadera la frase.

La frase “La mujer es pasiva, dependiente y tiene menos necesidades sexuales que el hombre” todas las mujeres dicen que es falsa, pero una de ellas expresa que para ella es verdadera y lo fundamenta diciendo: “La mujer se desagota cuando tiene una relación. Tiene menos necesidades que el hombre porque tiene la menstruación y el hombre no...” La trabajadora social explica que como género humano tenemos las mismas necesidades. Lo que sí hay son diferentes estímulos, mecanismos; la mujer en general quiere tener una relación sexual cuando esta relajada, en cambio el hombre se relaja después de la relación sexual; y por ello es importante que haya comunicación entre los miembros de la pareja. Una de las mujeres expresa: “...la pareja es de a dos...”

El médico le pregunta a la mujer que habló sobre la menstruación ¿qué relación haces con tu menstruación respecto a la sexualidad, a las necesidades sexuales? Y la mujer manifiesta que ella una semana antes y una semana después de tener su menstruación no tiene ganas de tener relaciones sexuales con su marido. Ante ello el Dr. comenta que eso tiene que ver con una cuestión hormonal y emocional del período, y agrega “...vos interpretas que la menstruación es una descarga, pero no hacia el acto sexual...hay que diferenciar la relación sexual de la menstruación...”

Luego expone sus frases el otro grupo y sostienen que es falso que la mujer no pueda quedar embarazada en la primera relación sexual. Una de ellas afirma que nunca había escuchado que alguien piense eso, por lo cual la A.S. comenta que es una idea muy habitual en el caso de adolescentes. Posteriormente manifiestan que no entendieron la frase “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer”. La A.S. explica que el sexo no lo elegimos, viene determinado genéticamente y que la sexualidad se conforma.

La frase “La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina”, expresan que tampoco saben qué es, ante lo cual una mujer del otro grupo dice que es falsa porque cuando dos mujeres tienen una relación sexual no hay penetración de pene. Y otra mujer expresa que el sexo oral también es una relación sexual y no hay penetración. Luego, exponen la frase “cuanto más grande es el pene más goza la mujer”, ante la cual todas las mujeres dicen que es falsa y se ríen. Una mujer expresa: ¡nada que ver! Cuando se lee la frase “los hombres al masturbarse muy seguido hace que tengan un pene más grande”.

Posteriormente se retoma el tema de la masturbación y se explica que en el caso de los niños tocarse y reconocerse es normal y que hay que enseñarles que es parte de su vida privada. La asistente social pregunta si hay dudas o algún comentario para realizar, dado que nadie plantea ninguna inquietud se da por finalizado el taller a las 10:50 hs. y se procede a la entrega de los diferentes métodos anticonceptivos.

Durante el desarrollo del taller se observa la participación y el interés de las mujeres presentes por informarse. Es un grupo homogéneo en cuanto a género y heterogéneo respecto a la edad ya que la misma oscila entre los 18 y 35 años. Se aprecia desconocimiento respecto a las características de la vagina, por lo cual se intenta aclarar tanto la conformación de la misma como el hecho de que no implicaría dejar de sentir placer durante las relaciones sexuales luego de tener un hijo. Asimismo, los profesionales intentan diferenciar el hecho de que las mujeres tengan su menstruación con el deseo que sienten por tener relaciones sexuales. Se denota que se ha creado un clima de confianza ya que las mujeres presentes exponen sus pensamientos durante el taller.

Fecha: viernes 14 de septiembre de 2007.

Hora: 13:20 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 35 minutos.

Se conforman dos grupos de trabajo con cuatro integrantes cada uno de ellos. Se explican las pautas de trabajo y luego de la discusión en los pequeños grupos se hace la puesta en común y se van colocando las frases en el pizarrón según sean verdaderas o falsas.

Ante la frase “la mujer que se masturba puede quedar incapacitada para tener hijos” dicen que es falsa y una de las jóvenes presentes pregunta: ¿puede llegar a ser enfermo...si es siempre, siempre...?. La asistente social explica que todo lo que sea compulsivo, todo el tiempo, tiende a ser una patología. Pero la masturbación que es generarse placer uno mismo es normal. Luego se expone la frase “después de tener un hijo la vagina se agranda tanto que el hombre no puede complacer a la mujer”, la cual dicen que es falsa y una de las mujeres comenta: “...igual es difícil después de tener un hijo sentir placer...” Ante ello la A.S. pregunta cómo es la vagina y alguien responde que es elástica. La A.S. continua diciendo que dado que es elástica hay un tiempo luego del parto que está más dilatada, pero luego retoma su tamaño y agrega que durante el puerperio es difícil retomar las relaciones sexuales.

La frase “la mujer es pasiva, dependiente y tiene menos necesidades que el hombre” genera dudas en el grupo. Una de las mujeres expresa que para ella es verdadera ya que: “...el hombre siempre tiene ganas...yo siempre soy pasiva...” otra mujer agrega: “...las mujeres siempre estamos preocupadas por la casa...” La asistente social explica que hombres y mujeres tienen las mismas necesidades, pero dado que vivimos en una cultura machista se cree que el hombre siempre tiene que tener ganas de tener relaciones sexuales por ejemplo. Agrega también que en general en lo que se diferencian hombre y mujer es respecto al momento para tener una relación sexual, por ejemplo la mujer siente que antes tiene que tener toda la casa en orden. Una de las mujeres expresa: “pasa por la comunicación que tengas con tu pareja más que nada...” La A.S. comenta que las relaciones sexuales son básicamente una forma de comunicación con el otro, y destaca la importancia de conocer el propio cuerpo para poder transmitírselo al otro.

El segundo grupo dice que la frase “el sexo es la condición biológica de ser hombre o mujer” es verdadera, y que por ejemplo está mal expresado cuando la gente dice “anoche tuve sexo”, porque en realidad se trata de una relación sexual.

El resto de las frases propuestas por los profesionales son ubicadas correctamente por las mujeres presentes en el taller en relación a si son falsas o verdaderas y no plantean dudas ni inquietudes.

Luego se indaga acerca de si hay preguntas o consultas que quieran realizar y una de las mujeres comenta que tiene una duda respecto a las pastillas de lactancia, que comenzó a tomarlas el mes pasado y desea saber si ya puede dejar de cuidarse con preservativo. Se le explica que en ese caso luego de 5 días de toma ya puede dejar de usar el mismo. Otra de las mujeres pregunta “¿qué es la pastilla del día después?”, el médico explica que son preparados que contienen altas dosis de hormonas y que se utilizan en caso de emergencia para prevenir el embarazo.

Posteriormente siendo las 13:55 hs se da por finalizado el taller.

El grupo que participa de la charla es homogéneo en cuanto a género y las edades fluctúan entre los 19 y 30 años. Las mujeres manifiestan que el hombre tiene más deseo, más necesidades que la mujer, y que esta última en general está más involucrada en las tareas del hogar. Se aprecia que la actividad se realiza en un espacio apropiado. Se contempla el interés y disposición de las personas presentes para trabajar el tema planteado como así también para comentar sus inquietudes.

Fecha: viernes 28 de septiembre de 2007.

Hora: 10:00 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 35 minutos.

Se encuentran presentes 20 mujeres. Las edades de las mismas oscilan entre los 16 y 39 años por lo tanto el grupo es heterogéneo en relación a la edad y homogéneo en tanto género.

Luego de la discusión en los grupos las frases son colocadas en forma correcta en relación a su carácter de verdaderas o falsas, salvo dos de ellas que se detallan posteriormente. Se destaca por ejemplo los comentarios realizados por las presentes cuando se dialoga acerca de la masturbación, donde una de las mujeres comenta: “...chicas! Ahora no se hacen más reuniones de “tuperware” , se hacen reuniones donde se venden consoladores...” La asistente social comenta que detrás de todo esto hay un “comercio” y otra mujer acota que esto pasa según su opinión porque vivimos en una sociedad consumista. La A.S. agrega que lo importante es que cada uno pueda reflexionar acerca de ello.

Ante la frase “Cuanto más grande es el pene más goza la mujer”, la cual es considerada por el grupo como falsa, se dialoga sobre el tamaño de la vagina y una de las mujeres pregunta: “¿Hay tamaños distintos de vagina?”. La A.S. refiere que desde la individuación de las personas es así y el médico agrega que hay diferentes tamaños entre mujeres y según la edad de la mujer. Luego realiza un dibujo en el pizarrón para explicar cómo se dilata la vagina durante el parto y que además de ser elástica la misma es muscular.

La frase “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer” es presentada como falsa por el grupo. La A.S. pregunta ¿Por qué? Y nadie contesta, entonces refiere que esta confusión deriva del hecho que habitualmente se dice “anoche tuve sexo” y en realidad lo que tuve es una relación sexual, y explica que el sexo uno lo trae desde que esas células se formaron. Se expresa la diferencia entre sexo y sexualidad.

La frase “La mujer es pasiva, dependiente y tiene menos necesidades que el hombre” es clasificada como verdadera. El otro grupo dice que es falsa. Una de las mujeres que la catalogó como falsa sostiene que lo hicieron teniendo en cuenta que: “... las mujeres podemos estar más tiempo sin tener una relación sexual...” Se explica que como seres humanos tanto el hombre como la mujer tienen las mismas necesidades y se dialoga acerca de la importancia de la comunicación tanto en relación a la palabra como a las actitudes entre los miembros de una pareja.

Por último se ofrece el espacio para que planteen dudas y una de las mujeres pregunta: “¿qué pasa cuando el hombre es activo todo el tiempo? Se explica que la seducción es importante en la pareja y que en tanto uno no lo sienta como acoso está bien, que en principio no sería un problema.

A las 10:45 horas se da por concluido el taller dado que no se exponen más preguntas. Se observa en el desarrollo del taller el interés por la temática propuesta, que las mujeres poseen información, que participan activamente expresando diferentes opiniones como así también defendiendo posiciones tomadas en relación al tema planteado.

Fecha: viernes 28 de septiembre de 2007.

Hora: 13:15 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 40 minutos.

El día viernes 28 de septiembre a las 13:15 hs. se inicia el taller con la presencia de 15 mujeres y 3 varones, por lo cual se considera que el grupo es heterogéneo en cuanto a sexo y las edades oscilan entre los 16 y 33 años, dando también un carácter de heterogeneidad en relación a este aspecto.

Luego de la discusión en los dos grupos conformados de acuerdo a las frases asignadas a cada uno de ellos se realiza la puesta en común, durante la cual se observa que las personas presentes poseen información acerca del tema planteado ya que las frases son colocadas correctamente según son verdaderas o falsas. Esto se manifiesta por ejemplo cuando ante la frase “La relación sexual es la acción penetrativa de pene en la vagina” una de las mujeres comenta que “...además puede haber una relación anal, oral...”

Ante la frase “El hombre es activo y dominante” uno de los varones expresa que “...eso depende de cada persona...” Se dialoga sobre la masturbación y se comenta que la misma consiste en provocarse placer uno mismo y que constituye una conducta normal e importante para poder transmitir al otro que es lo que me gusta.

La frase “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer” se presenta como duda en el grupo al que fue asignada. Una mujer del otro grupo comenta que “...es con lo que naces...masculino o femenino...”

Finalizada la exposición de las diferentes frases los profesionales indagan acerca de si existen dudas, y una de las mujeres comenta que ella cuidaba dos niños y que la niña de 4 años de edad se masturbaba, y pregunta si esa conducta es normal. Ante esto la enfermera pregunta: ¿dónde se encuentra el centro del placer de la mujer? Uno de los hombres dice: “...en el clítoris...”. Luego se expone que la masturbación es absolutamente normal en los niños dado que los mismos están conociendo su cuerpo.

Otra mujer comenta que a su hija de 3 años un compañero en el jardín le tocó su vagina. Se explica que esto también constituye una conducta normal en los niños, que es un juego muy común.

Uno de los jóvenes pregunta si para tomar ACO hay que realizar algún tipo de análisis, ante lo cual la asistente social le informa que no y se agrega que las pastillas de las que dispone la institución tiene una mínima dosis de hormonas. Luego el joven indaga acerca del momento en que comienzan a hacer efecto las pastillas y si provocan irregularidades en el ciclo menstrual. Se explica que el efecto

comienza al momento que se inicia la toma y que permiten regularizar el ciclo menstrual.

Se denota el interés por los miembros presentes por el tema planteado como así también que se ha creado un clima de confianza dado que se plantean diferentes inquietudes al equipo profesional.

Fecha: viernes 5 de octubre de 2007.

Hora: 10:05 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 45 minutos.

A las 10:05 hs se inicia el taller sobre "Sexualidad". Están presentes 7 mujeres cuyas edades fluctúan desde los 20 a los 35 años. Cuando comienza la puesta en común, luego del debate en los grupos arriban al lugar 5 mujeres que se suman a la charla.

Uno de los grupos comenta que tenían dudas en relación a la frase "La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina". Se explica que la misma no es verdadera ya que existen otras opciones como por ejemplo anal, oral, o el caso de las parejas homosexuales donde no hay penetración del pene en la vagina.

"La sexualidad comienza cuando nacemos" también es presentada como duda. La asistente social pregunta: ¿Qué entienden ustedes por sexualidad? Una mujer responde: "...tiene que ver con las sensaciones, las hormonas..." Otra comenta: "...uno desde que nace es hombre o mujer..." Y otra mujer expresa: "...uno nace con un sexo, es hombre o mujer. La sexualidad es cuando vas creciendo..." La asistente social explica que: "...la sexualidad es lo que yo soy y lo que los demás me aportan. Esto comienza cuando nacemos. Son sensaciones..." La enfermera agrega que el bebé también tiene sensaciones desde que nace. La asistente social continúa diciendo que cuando hay un desarrollo hormonal durante la pubertad uno elige la condición sexual y que la sexualidad nos acompaña durante toda la vida.

La frase "la mujer que se masturba puede quedar incapacitada para tener hijos" es calificada como falsa. Se dialoga acerca de que la masturbación constituye una conducta normal y una de las mujeres comenta: "...mi hijo tiene dos años y ya lo hace..." Se explica que es normal en esta etapa de la vida como así también durante

la adolescencia ya que a través de ella la persona reconoce su cuerpo y le permite saber que le gusta para luego poder transmitírselo al otro.

La frase “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer” es presentada como duda por lo cual la asistente social explica la diferencia entre sexo y sexualidad. Luego se dialoga acerca de que los miembros de la pareja tienen diferentes momentos para tener una relación sexual. Una mujer comenta: “...los hombres quieren en cualquier lado...y a veces vos lo único que querés es dormir...”. Se expone que en esos casos lo importante es la comunicación en la pareja y poder “negociar”, porque si se instala la negación, cuando siempre uno quiere y otro no, se puede transformar en un problema porque el otro se siente rechazado. Hay que buscar el momento, no sólo para tener una relación sexual sino también para poder charlar con la pareja.

Luego se pregunta si alguien tiene alguna duda que desee plantear. Una de las mujeres comenta que escuchó a una sexóloga en un programa de televisión que decía que: “...la mujer goza más cuando el pene es más ancho que largo...” Otra mujer agrega al respecto que en dicho programa: “...le sacan identidad al sexo...la parte de la sensualidad...” Otra mujer comenta: “a mí personalmente cuanto mayor es el pene termino mas irritada...” Ante este comentario otra mujer comenta: “...depende del hombre también, quizás él termina complacido y la mujer no... Si no estás preparada, estimulada, va a ser frustrante no importa el tamaño...” La asistente social agrega que también depende del tipo de relación que tenga la pareja. Una mujer comenta: “...la mujer también puede fingir el orgasmo...” Se explica que generalmente el hombre y la mujer no tienen el orgasmo simultáneamente y que fingir el orgasmo tiene que ver con la cultura machista también.

Dado que no se plantean más interrogantes a las 10:50 horas se da por finalizado el taller. Se observa que el tema propuesto genera interés entre las presentes como así también que estas se expresan libremente en relación al mismo. Hay una participación activa durante el transcurso del taller.

Fecha: viernes 5 de octubre de 2007.

Hora: 13:20 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 25 minutos.

El día viernes 5 de octubre a las 13 y 20 horas se encuentran presentes 8 mujeres y un varón, se conforman dos grupos y utilizando la misma modalidad de trabajo que en talleres anteriores se inicia la actividad. El grupo es heterogéneo en relación a género y en relación a edad, dado que la misma oscila entre los 17 y 34 años. Se observa que cuando cada uno de los grupos lee las frases que les han sido asignadas para debatir en relación a ellas sus miembros ríen.

Se destacan los comentarios realizados en relación a algunas de las frases propuestas. Por ejemplo, en relación a la frase “Cuanto más grande es el pene más goza la mujer”, dicen que es falsa y el hombre presente comenta: “...me parece que no tiene nada que ver el tamaño, porque el placer tiene que ver con otras cosas también...” La asistente social agrega: “claro...es parte de la cultura machista en que vivimos esta creencia...” La frase “La mujer es pasiva, dependiente y tiene menos necesidades que el hombres” es tomada como verdadera; el otro grupo sostiene que es falsa. El hombre dice: “...yo creo que la mujer tiene las mismas necesidades que el hombre...habrá momentos...” La A.S. aclara que como género humano tanto hombres como mujeres tienen las mismas necesidades.

En relación a la frase “La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina” el joven comenta que: “...es una verdad a medias, porque es una parte...” Se agrega que la relación sexual es más que la acción de penetrar.

Se consulta acerca de si hay dudas y dado que ninguno de los presentes plantea inquietudes se da por finalizado el taller. Se observa durante el transcurso del mismo la participación activa a través de intervenciones verbales por parte de algunos de los miembros presentes y mediante afirmaciones con la cabeza o riendo de otros.

Fecha: viernes 12 de octubre de 2007.

Hora: 10:05 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 55 minutos.

A las 10:05 hs comienza el taller sobre sexualidad estando presentes 11 mujeres. El grupo es homogéneo en relación a género y heterogéneo en relación a la edad dado que la misma fluctúa entre los 20 y 33 años.

En relación a la frase “El sexo es la condición biológica de ser hombre o ser mujer” una joven expresa: “...tenés un cuerpo que te lo da la naturaleza, vos lo

rechazas o lo aceptas. Si sos hombre vas a morir hombre pero si lo rechazas...” La asistente social pregunta: ¿Cuándo se determina el sexo? Dado que nadie responde ella expresa que cuando se juntan el óvulo y el espermatozoide. Y agrega, refiriéndose al comentario de la joven, que lo que ella expresa es una elección. Luego se expone que la sexualidad tiene que ver más con la persona, con la comunicación, con lo que la persona es y con lo que le aporta el mundo cultural, luego uno elige si es heterosexual u homosexual.

La frase “La mujer es pasiva, dependiente y tiene menos necesidades que el hombre” sostienen que es verdadera. Una de las mujeres expresa: “...pasiva si...dependiente no...” Otra mujer expresa: “hay mujeres que pueden necesitar tener más sexo como los hombres y otras no...” y otra dice: “las mujeres y los hombres tiene necesidades iguales...” La A.S. explica que como seres humanos, hombre y mujer tienen las mismas necesidades y una joven acota: “pero el hombre está más pendiente...” Ante lo cual la A.S. explica que esto sucede porque vivimos en una cultura machista. Ante ello una mujer dice: “pero si la mujer toma la iniciativa el hombre por ahí piensa que es rápida...” La enfermera comenta que por eso mismo tiene que ver con la cultura machista. Y se agrega que la mujer tiene los mismos derechos y las mismas necesidades que el hombre. Una mujer comenta que: “...ya si estas casada por ahí tu marido quiere probar otras cosas...una puede soltarse cuando ya es una relación más profunda...” La trabajadora social comenta que si la relación sexual es comunicación es muy probable que si elijo un desconocido va a ser muy difícil que me pueda relajar y comunicar con él. Una mujer agrega: “Con mi marido recién ahora nos estamos relajando y hace 11 años que estamos juntos...” Se concluye reflexionando acerca de las responsabilidades en el hogar, que éstas son de ambos miembros de la pareja, y que se deben hacer acuerdos entre ambos según las habilidades de cada uno. Una mujer comenta: “cuando tuvimos el bebé cambiamos nosotros y empezamos a hacer más cosas juntos...”

En relación a la frase “Los hombres al masturbarse muy seguido hacen que su pene se agrande” dicen que es falsa y una mujer comenta: “...cuando se masturban les crece pero después vuelve al tamaño natural...” La A.S. explica que en realidad tiene una erección. Una mujer pregunta: “¿Es verdad que al caminar la mujer va masturbándose? La enfermera reflexiona que en realidad lo que puede haber son sensaciones en relación a los diferentes estímulos visuales.

El resto de las frases son comentadas y no presentas inconvenientes en relación a su carácter de verdaderas o falsas.

Al no presentarse más inquietudes que las planteadas siendo las 11:00 horas se da por concluido el taller. Se aprecia participación activa de los miembros presentes y compromiso con la tarea propuesta.

Fecha: viernes 12 de octubre de 2007.

Hora: 13:15 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 30 minutos.

Se conforman dos grupos de trabajo para dar inicio al taller. Se encuentran presentes 12 mujeres y 1 varón, de edades comprendidas entre los 18 y 50 años por lo cual es un grupo heterogéneo en relación a ambos aspectos.

La frase “Cuanto más grande es el pene más goza la mujer” dicen que es falsa y una mujer comenta: “eso pasa porque el hombre tiene esa idea en la cabeza...” Y se aclara que esto es parte de lo que sucede por vivir en una cultura machista, se dialoga acerca de lo que ocurre en los medios de comunicación como la televisión en relación a la sexualidad. En relación a la frase “La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina” una mujer comenta que: “está rodeada de un montón de cosas más, no es solo eso...”

Ante la frase “La mujer que se masturba puede quedar incapacitada para tener hijos” una mujer comenta: “...hemos visto cosas que te hacen pensar que puedes quedar incapacitada...” La A.S. aclara que en términos de normalidad la frase es falsa y se reflexiona acerca de la importancia de conocerse para saber qué es lo que le gusta a cada uno y poder transmitírselo a la pareja.

Luego de la exposición de cada una de las frases se consulta si alguien tiene alguna duda. Una mujer comenta: “el otro día estaba leyendo una revista y decía que las parejas que tiene buen diálogo tiene menos cantidad de relaciones sexuales...y a mí me pasa...llegamos al consentimiento del otro...” La A.S. comenta que justamente la pareja debe negociar y acordar, pero que no por ello es cierto lo que dice la revista.

Una Sra. comenta: “yo tengo mejor sexo ahora, después de 30 años de casados...yo ahora estoy tranquila, antes no teníamos diálogo con mi marido...” A modo de reflexión final la asistente social expresa que todo influye en la pareja y en

la sexualidad, lo económico, la vivienda, etc. y que tiene que ver con las diferentes etapas que la misma atraviesa.

Fecha: viernes 26 de octubre de 2007.

Hora: 10:05 hs.

Lugar: I.R.E.M.I.

Duración: 40 minutos.

El día viernes 26 de octubre participan del taller sobre sexualidad 7 mujeres y 2 varones cuyas edades oscilan entre los 18 y 30 años lo que hace que sea un grupo heterogéneo en relación a ambos aspectos.

Luego del debate en los dos grupos conformados se procede a la puesta en común. En relación a la frase “La relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina” el grupo comenta que les parece que es verdadera pero que por otro lado piensan que es falsa porque “...abarca más...desde que te gustas...”, comenta una joven. La Asistente Social explica que ese es solo un aspecto de la relación sexual dado que además hay caricias, besos, etc. y que puede haber sexo oral o anal, por lo tanto la frase es falsa.

Ante la frase “El hombre disfruta más en la relación sexual, es activo y dominante” una mujer expresa: “...en muchos casos ellos son los que mandan, en otros somos nosotras...”. Otra joven comenta: “eso depende de cada pareja...” La A.S. comenta que este pensamiento es producto de la sociedad machista en que vivimos donde se cree que el hombre siempre tiene que “estar preparado”. Otra mujer acota: “...en el trajín del día a día, andar con los chicos, llega la noche y por ahí no tenés ganas...” Uno de los varones expresa: “y ahí dicen del dolor de cabeza...” El grupo ríe ante este comentario.

La asistente social refiere que: “Lo importante es ponerse de acuerdo con la pareja, que sea en un plano de igualdad, no dar una jerarquía, una jefatura, un “mando” a uno de los miembros...estamos en una sociedad donde tendemos a la igualdad y la mujer también tiene que poder tomar la iniciativa”. Una mujer expresa: “...nosotras siempre nos quedamos más atrás porque te señalan como atorranta...”

La frase “La sexualidad comienza cuando nacemos” es considerada verdadera. Uno de los varones pregunta: ¿tus padres te pueden llegar a orientar en tu sexualidad? La trabajadora social comenta que la sexualidad comienza cuando nacemos, es lo que la persona es, es decir, varón o mujer y además lo que los

padres esperan de ella, lo que espera la sociedad y luego con todo esto la persona elegirá su condición sexual. Una mujer comenta: "Claro! Cuando nacemos es fácil, rosa o celeste..." La asistente social agrega eso se observa en los juegos infantiles también, donde hay juegos para nenes y juegos para nenas y en realidad para los niños son sólo juguetes, somos nosotros los adultos los que le ponemos la carga.

Uno de los varones comenta que en la actualidad por ejemplo los travestis están más aceptados en la sociedad y que lo mismo sucede con la masturbación masculina, agrega una mujer. La asistente social comenta que si la persona no sabe lo que le gusta no puede transmitírselo a su pareja y que esto que comentan se da porque es una cultura machista.

Una mujer pregunta: ¿y esas cremas que dicen que agrandan el tamaño del pene...es verdad? Se explica que lo que hacen esas cremas es que se irrigue mayor cantidad de sangre y el pene se ponga erecto y que son una medicación. Una mujer comenta que con su pareja probaron el "Viagra" y que: "...para mí lo que hace es que el hombre tenga la erección más rápido..." La A.S. explica que tiene que haber un estímulo para que esta pastilla haga efecto; y el varón pregunta: "¿la relación es más extensa?" ante lo cual se contesta que es igual.

La frase "cuanto más grande es el pene más goza la mujer" es considerada falsa y una mujer pregunta: "¿la vagina tiene sensibilidad interna o externa también?" Se comenta que la mayor sensibilidad en el caso de la mujer se encuentra en el clítoris dado que es el lugar donde hay mayor cantidad de terminaciones nerviosas.

Posteriormente se concluye el taller dado que no se presentan más inquietudes.

EVALUACIÓN DE LOS TALLERES:

Los grupos conformados durante todos los talleres han sido heterogéneos en relación a la edad dado que la misma ha oscilado entre los 16 y 50 años.

En cuanto a género, en ocasiones han estado presentes hombres (entre uno y tres en algunos talleres), pero básicamente quienes participan de las charlas son mujeres.

La duración de los talleres ha variado entre 20 y 50 minutos dependiendo del interés que ha despertado en los diferentes grupos el tema propuesto, de su grado de participación y de las consultas realizadas en relación al mismo.

Cuando ha habido hombres que no realizan intervenciones verbales durante el desarrollo de la actividad, puede decirse que han actuado como obstaculizadores para la expresión del resto de las mujeres participantes, se infiere que generan cierta vergüenza o condicionan la libre expresión.

Se aprecia que en la mayoría de los talleres se ha propiciado un espacio y se ha creado un clima de confianza donde los participantes han logrado expresar sus opiniones y creencias. En algunos casos se han comentado vivencias de otras personas, es decir no se han expuesto experiencias en primera persona.

No todos los participantes se han expresado verbalmente, tanto cuando se realiza la discusión en el grupo como cuando se hace la puesta en común, pero habitualmente asienten con la cabeza o se los ha observado que escuchan atentamente los comentarios que se realizan o las explicaciones que se imparten.

Asimismo en general se observa a los participantes distendidos durante el taller y éstos han realizado diferentes comentarios con carga humorística.

En general las mujeres manifiestan que el hombre tiene más deseo, más necesidades que ellas, y ellas se sienten más involucradas en las tareas del hogar como la limpieza del mismo y el cuidado de los niños.

Se denota que existe la creencia de que la mujer es más pasiva, dependiente y que tiene menos necesidades que el hombre, por lo cual en todos los talleres se ha explicado que como género humano ambos tienen las mismas necesidades y que lo que los diferencia son los momentos que cada uno posee para tener una relación sexual.

Se observa desconocimiento en relación a las diferencias entre sexo, sexualidad y relación sexual. Habitualmente se confunde sexo con relación sexual, es decir se habla de tener sexo en lugar de tener una relación sexual. Asimismo se aprecia que existe la creencia de que la relación sexual es la acción penetrativa del pene en la vagina; aunque en algunos casos se reconoce que ésta implica otras cosas como besos y caricias y que puede haber por ejemplo penetración anal o sexo oral además.

En relación a la masturbación la misma está más aceptada en el caso de los hombres. Se ha intentado explicar durante todos los talleres la normalidad de esta conducta tanto en relación a hombres como a mujeres. Generalmente este tema ha dado lugar a preguntas sobre cómo manejar esta conducta en el caso de los niños.

**INFORME DE CONSULTAS EFECTUADAS EN EL
I. R. E. M. I. AÑO 2007**

ESPECIALIDADES	MESES												TOTAL
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEM BRE	OCTU- BRE	NOVIEM BRE	DICIEM BRE	
ACOMPAÑANTE TERAPEUT													0
ALERGIA													0
AUDIOLOGIA	(#)	384	407	355	368	208	178	332	384	432	400	204	3652
CARDIOLOGIA	(#)	(#)	(#)	256	57	67	224	173	160	133	197	137	1404
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	176	157	160	99	192	77	150	153	106	140	133	98	1641
CARNET DE CONDUCTOR													0
CLINICA MEDICA	266	433	470	383	284	208	378	464	437	347	410	412	4492
CONSULT. ANTIRRABICO													0
CURSO PRE-PARTO	98	72	36	34	20	15	26	24	47	69	20	29	490
ECOGRAFIA	856	201	709	498	781	269	693	792	666	916	722	464	7567
EDUC.FISICA PROGRAMAS													0
ELECTROCARDIOG. PED													0
ELECTROENCEFALOGRAFIA													0
ENDOCRINOL. (DIABETES)	(#)	35	(#)	22	37	26	19	14	33	44	(#)	27	257
ENDOCRINOL. PEDIATRICA	102	277	215	254	277	131	235	259	213	252	262	76	2553
ENFERMERIA	2706	2668	1282	1195	852	1081	1149	1292	1559	1358	1866	(#)	17008
FONOAUDIOLOGIA	(#)	69	91	51	88	(#)	62	s/proces.	78	115	94	36	684
GASTROENTEROLOGIA PED	38	31	81	57	69	(#)	56	62	56	71	43	(#)	564
GERIATRIA							45	77	47	58	68	67	362
GINECOLOGIA	140	185	84	182	209	18	231	259	239	239	238	163	2187
GUARDIA CLINICA MEDICA													0
GUARDIA ENFERMERIA													0
GUARDIA MEDICINA GRAL.													0
GUARDIA PEDIATRIA													0
LABORATORIO	(#)	1964	2224	1696	1140	1914	1601	1816	(#)	2213	(#)	(#)	14568
MAMOGRAFIA													0
MEDIC. PREV. ASISTENCIAL													0
MEDIC. PREV. S. SOCIAL													0
MEDICINA GENERAL													0
NEFROLOGIA PEDIATRICA	27	(#)	32	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	59
NEUMONOLOGIA PEDIAT.	20	98	72	53	(#)	53	78	127	60	36	59	(#)	656
NEUROLOGIA	(#)	79	118	(#)	(#)	(#)	131	97	53	106	113	(#)	697
NUTRICION													0
OBSTETRICIA	175	145	118	115	146	70	143	181	157	189	151	49	1639
ODONTOLOGIA	(#)	(#)	(#)	160	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	(#)	160
OFTALMOLOGIA													0
OFTALMOLOGIA PEDIAT.													0
ORT. Y TRAUMAT.PEDIAT.	29	99	99	87	81	(#)	78	46	24	107	106	42	798
ORT. Y TRAUMATOLOGIA													0
OTORRINOLARINGOLOGIA	68	89	210	172	132	(#)	137	126	150	198	122	118	1522
PATOLOGIA CERVICAL	170	154	150	145	43	27	34	140	139	122	133	81	1338
PATOLOGIA FUNCIONAL													0
PATOLOGIA MAMARIA	(#)	22	(#)	13	19	(#)	26	33	26	35	24	16	214
PEDIATRIA	162	216	217	235	276	177	206	205	209	274	209	136	2522
PLAN DE LACTANTES	280	305	353	269	288	151	376	354	298	335	305	229	3543
PLANIFICACION FAMILIAR	2	177	117	106	67	(#)	90	194	136	126	188	78	1281
PSICOLOGIA	4	179	165	236	416	(#)	282	59	241	361	424	324	2691
PSICOPEDAGOGIA	19	127	86	78	96	(#)	125	88	91	140	99	(#)	949
PSIQUIATRIA	(#)	(#)	Licencia	licencia	14	(#)	77	73	58	130	120	44	516
RAYOS	554	(#)	(#)	(#)	648	683	640	587	560	669	536	363	5240
SERVICIO SOCIAL	36	76	179	45	71	58	85	72	96	141	171	89	1119
TERAPIA OCUPACIONAL	(#)	72	74	71	111	(#)	93	139	34	156	152	152	1054
TRASL. Y EMERGENC.	10	7		16	5	9	14	10	13	11	10		105
VACUNAS	944	1176	1440	824	1045	652	778	716	628	786	724	737	10450
TOTALES	6882	9497	9189	7707	7832	5894	8440	8964	6998	10309	8099	4171	93982

(#) No fue remitida la información.-