

2013

La intervención del Trabajador Social con niños, que requieren de atención hospitalaria por accidentes domésticos

Guilarducci, Daniela

Guilarducci, Daniela

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/125>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Servicio Social

Tesis de Grado

"La intervención del Trabajador Social con niños, que
requieren atención hospitalaria por accidentes
domésticos"

Autoras: Guilarducci, Daniela.
Isouribehere, Karina.
Motto, Mariquena.

Directora: Álvarez, María Cristina.
Co- directora: Bozzi, Natalia.

2013
Mar del Plata, Argentina

Índice

Introducción.....	Pág.5
Objetivos.....	Pág.7
Objetivo General.....	Pág.7
Objetivos específicos.....	Pág.7

Parte I: Marco Teórico Referencial

Capitulo I. El Sistema de Salud

1.1. - Concepto de salud: Origen y evolución.....	Pág.9
1.2. - Sistema de Salud Argentino.....	Pág.11
1.3. - Los Niveles de Atención.....	Pág.11
1.4. - La Institución Hospitalaria.....	Pág.12

Capitulo II. Trabajo Social en el Campo de Salud

2.1. - Trabajo Social, su especificidad y su desempeño en el campo de la salud.....	Pág.17
---	--------

Capitulo III. Los Accidentes Domésticos en la población

Infantil

3.1. - Accidentes Domésticos.....	Pág.21
3.2. - Tipos de Accidentes.....	Pág.23

3.3. - Prevención de los Accidentes domésticos Infantiles.....	Pág.24
--	--------

Capítulo IV. La Familia - Consideraciones Generales

4.1. - Familia: Evolución Histórica.....	Pág.27
4.2. - Vínculos familiares.....	Pág.30
4.3. - Implicancias familiares en los Accidentes.....	Pág.33

Parte II: Contexto Institucional y Marco

Metodológico

Capítulo V. Contexto Institucional

5.1. - Contexto institucional del HIEMI.....	Pág.36
5.2. - El Servicio Social.....	Pág.40

Capítulo VI. Proceso Metodológico

6.1. - La sistematización.....	Pág.46
6.2. - Modalidad Operativa.....	Pág.52
6.3. - Técnicas y Procedimientos.....	Pág.61

Capítulo VII. Sistematización

7.1. – Proceso de Sistematización.....	Pág. 66
7.2. – Análisis de las dimensiones que componen el proceso de sistematización.....	Pág.69

Parte III: Consideraciones Finales

8.1.- Conclusión.....Pág. 84

Parte IV: Bibliografía y Anexo

9.1. - Bibliografía.....Pág.89

9.2. - Anexo.....Pág.92

- **Encuesta Social- Accidentes Doméstico.**
- **Informe de los casos**
- **Ley Provincial 13.298**
- **Ley Nacional 26.061**
- **Convención Internacional de los Derechos del Niños**

Introducción

El presente trabajo plantea sistematizar las actuaciones del Trabajador Social en la problemática Accidentes Domésticos en niños y niñas, llevadas a cabo durante el periodo comprendido entre los meses de Junio a Noviembre del año 2010, en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI), “Don Victorio Tetamanti” de la ciudad de Mar del Plata.

EL H.I.E.M.I es un efector de salud que recibe constantemente derivaciones para la atención especializada y de alta complejidad, como así también, por medio de la demanda espontánea en la guardia o en los consultorios externos del mismo. Su característica de Interzonal lo convierte en un receptor de pacientes derivados de una extensa zona de influencia que abarca la mayor parte de la provincia de Buenos Aires, recibe derivación de los dieciséis partidos de dicha región, que ocupa la zona sudoeste de la provincia incluyendo: General Pueyrredón, Ayacucho, Balcarce, General Alvarado, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, Partido de la Costa, Lobería, Maipú, Partido de Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

El mismo intenta articular con el primer nivel de atención que depende de la Municipalidad de General Pueyrredón, representado por los veintinueve Centros de Salud, y con las instituciones de salud nacionales, el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS).

La población que se atiende en el HIEMI acude al Servicio Social tanto de forma espontánea a través de la guardia del servicio, como por aquellas demandas que se realizan desde los distintos sectores del hospital, de consultorios externos, y de otras instituciones que realizan derivaciones al HIEMI.

Algunas de las problemáticas más significativas en las que interviene el Servicio Social son: maltrato y abuso sexual, situaciones de riesgo y vulnerabilidad (bajo peso, desnutrición, etc.), accidentes, intentos de suicidios, conflictos familiares, madres solas, abandono, interrupción de embarazo, control insuficiente de embarazo, madres adolescentes, recién nacidos prematuros, patologías crónicas, etc.

A partir de la mismas seleccionamos la problemática de Accidentes Domésticos sufrida por niños y niñas un tema que es considerado de salud pública y social, la cual despierta nuestro interés dada su complejidad y relevancia en el número de pacientes que han estado internados, y surge entonces una motivación para realizar la presente tesis ya que según la Sociedad Argentina de Pediatría, los accidentes domésticos constituyen la segunda causa de muerte entre los niños de Argentina, después de los accidentes de tránsito, lo accidentes domésticos no eligen edad, sexo, color o clase socioeconómica, la mayoría de ellos ocurren en el hogar o en sus alrededores y los niños son los mayores protagonistas de estos; alcanzan a los menores que están en contacto con los factores de riesgo, como las exposiciones en los lugares peligrosos (cocina, cuarto de baño, áreas de servicios, escaleras, jardines, y otras dependencias), sin la vigilancia adecuada de los padres o responsables. La clave para evitarlos está en la prevención.

Esto nos lleva realizar una sistematización de las actuaciones del Trabajador Social, a través de un análisis teórico- metodológico de la experiencia de trabajo lograda que nos va a permitir identificar los tipos de demanda, el procedimiento en la problemática de accidentología, categorizar la tipología de los accidentes, el proceso de actuación del trabajador social, los objetivos de cada actuación profesional, los factores de riesgo que inciden en los accidentes, entre ellos mencionamos: las actitudes que adoptan las familias frente al mismo, la red social en la que se reproducen las prácticas de la vida cotidiana de la familia, las características propias del paciente y su grupo familiar.

Nuestro trabajo de tesis se encuentra dividido en cuatro partes. En una primera parte se desarrollara un marco teórico de referencia que se subdivide en cuatro capítulos entre los cuales tomamos los siguientes aspectos conceptuales: El sistema de salud, el trabajo social en el campo de salud, los accidentes domésticos en la población infantil y consideraciones generales de la familia. En la segunda parte se desarrollaran el contexto institucional y marco metodológico, el proceso de sistematización y análisis del mismo. La tercer parte estará constituida por las consideraciones finales y propuestas. Y por último una cuarta parte correspondiente a la bibliografía y anexo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Sistematizar las situaciones en las que hemos actuado a nivel individual-familiar, en las problemáticas de Accidentes domésticos realizadas en el sector de internación del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, durante el período junio-noviembre de 2010 de la ciudad de Mar del Plata.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los procesos de actuación del Trabajador Social en la problemática de accidentología.
- Categorizar los tipos de accidentes visualizados durante la práctica.
- Conocer los factores que provocan los accidentes y la implicancia de la familia.
- Analizar las convergencias que emergen en cada una de las situaciones.
- Examinar los objetivos profesionales propuestos en cada una de las actuaciones.
- Analizar el proceso de actuación del Trabajador Social.

PRIMERA PARTE
MARCO TEORICO REFERENCIAL

Capítulo I. El Sistema de Salud

1.1. Concepto de salud: Origen y evolución.

1.2. Sistema de Salud Argentino.

1.3. Los Niveles de Atención.

1.4. La Institución Hospitalaria.

1.1. a Concepto de salud: Origen y evolución

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. Cuando se intenta definir la salud se observa que el concepto ha sido entendido de distintas maneras. Según diversos enfoques sobre el tema, ha habido una evolución histórica en el pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, así como acerca de los modos de conservarla o recuperarla.

“(…) En el transcurso del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones sobre salud:

Uno ocurre en la primera mitad, cuando la medicina se subordina a la biología.

El otro momento corresponde ya a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se habla del proceso de salud-enfermedad (…). Son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el logro de un nivel o el desarrollo de una o más enfermedades específicas, sólo entendidas en ese contexto”¹

En la bibliografía actual se reconocen tres modelos (Postgrado de Medicina Social y Comunitaria, 2005) que han delineado los abordajes de las distintas

¹Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2009) Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Argentina. Módulo I. Pág. 35.

prácticas que forman el campo actual de la salud. Esos modelos son: el modelo *Biologista*, el modelo de la *Tríada Ecológica* y el modelo de *Campo de la Salud*. Este último modelo surge en el Siglo XX (Lalonde, 1988) fue construido por Hubert Laframboise en 1973. Al respecto, autores como Saforcada (2001) plantean que se trata de un verdadero modelo que reemplazó a la Triada Ecológica. Al revisar la bibliografía existente es común encontrar afirmaciones que refieren a que este modelo surge como una propuesta de Marc Lalonde.

Sin embargo fue éste quien retomó la propuesta original de Laframboise y la aplicó en el sistema de salud canadiense. Laframboise identificó cuatro elementos en su modelo: el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana, y el sistema organizado de atención de la salud. El gran avance de esta propuesta fue el reconocimiento del *sistema de salud* como un factor que incide en la salud de los individuos. Asimismo diversos autores (Pineault & Daveluy, 1992; Saforcada, 2001, Thomson, 1995) y hasta los informes realizados por los organismos internacionales dedicados al cuidado de la salud (OMS, 1997; OPS, 2003) han resaltado la gran influencia que tienen factores como los estilos de vida, las costumbres y los recursos económicos asignados por los gobiernos para el cuidado de la salud de los pueblos en la salud – enfermedad de las poblaciones.

Teniendo en cuenta el desarrollo histórico del concepto y por ende las diferentes connotaciones producidas, hemos destacado, a partir de la lectura realizada, las siguientes definiciones a tener en cuenta en el desarrollo de nuestro trabajo:

- Salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” OMS (1945)
- Salud implica “... el hecho social producto de una circunstancia política, económica, cultural y social que se da en una población en un determinado tiempo y lugar. Es un fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población.” INE Jara falta el año
- Es salud “... el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio.” R. Dubos (1995)

1.2. Sistema de Salud Argentino

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. A su vez, el sistema es el resultado de la articulación de tres componentes político, económico, técnico. Dicha articulación comprende un conjunto de combinaciones que da lugar a tres modelos:

1. **Político:** (Modelo de gestión). Define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las actividades del estado en salud.
2. **Económico:** (Modelo de financiación). Define ¿Cuánto debe gastar en salud el país?, ¿De dónde provienen los recursos? y ¿Cómo se asignan los recursos?
3. **Técnico:** (Modelo de atención). Define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población; a quién se cubrirá con ellos; y con qué criterios se prestarán y dónde.

El sistema de salud Argentino se caracteriza, sobre todo, por “una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores:

- Público: Fragmentado en niveles: Nacional, Provincial y Municipal.
- De la seguridad social: hace referencia a Obras sociales nacionales, Obras sociales provinciales, Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, Obras Sociales de las Universidades Nacionales y de los Poderes Legislativo y Judicial.
- Privado: Seguros voluntarios. (Medicinas prepagas).

1.3. Los Niveles de Atención

Primer Nivel de Atención

Se denomina a las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica.

- ***Segundo Nivel de Atención***

Se denomina a los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

- ***Tercer Nivel de Atención Médica***

Se denomina a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

1.4. La Institución Hospitalaria

El proceso de politización de la enfermedad ha implicado mayor injerencia del Estado ya que se hizo responsable de curar bajo determinadas condiciones, además de avanzar institucionalmente en la provisión de una amplia gama de servicios de prevención, asistencia y rehabilitación. No obstante, el eje del sistema ha sido el modelo hospitalario-curativo, siendo ésta una condición compleja porque significó la transformación de una antigua institución con unos fines y modalidades ligadas a la caridad, acogimiento y techo, hacia un modelo tecnificado y especializado de atención. En el siglo IV “Hospital” se llamaba al refugio de viajeros y extranjeros de paso por las ciudades. En los siglos posteriores, la Iglesia se ocupará de esas casas, llamadas entonces “casas de Dios” que estaban organizadas en base a los principios de la caridad cristiana comenzando a incluir no sólo a los viajeros sino también a los enfermos. Siempre orientadas a albergar a esclavos y plebe enfermos.

La preocupación oficial en la política sanitaria continuó priorizando la enfermedad en los sectores sociales subalternos.

La función asilar del Hospital se mantuvo en nuestra sociedad hasta el siglo XX, siendo una institución que se mostró resistente a las nuevas prácticas científicas y a la rehabilitación de los enfermos.

Hasta el día de hoy la sanidad pública (instituciones y agentes) tendrá problemas para desestigmatizar enfermos y para que el hospital deje de ser percibido como la salud para los pobres.

A pesar de su expansión en puestos de trabajo y reconocimiento oficial, la tarea hospitalaria colocó a los profesionales en el arte de curar en una posición cada vez más limitada y dependiente de la tecnología médica, y ante una competencia al interior profesional a partir del continuo desarrollo de especialidades y de la mercantilización de la salud. Ello derivó en una fragmentación de los servicios de salud y una oferta tecnológicamente avanzada frente a otras caracterizadas por el atraso. A su vez, los centros urbanos concentraron los recursos médicos y técnicos, dejando al interior desprovisto de los últimos avances.

La atención primaria de la salud a pesar de constituir una dimensión esencial en el modelo de atención integral, quedó localizada cerca del pueblo pero mayormente en lugares de alta densidad poblacional por lo cual sin posibilidades reales de atender una gran demanda. La focalización en los más pobres conllevó una selectividad en cuanto a las problemáticas de atención, dejando de lado una mirada integral del ser humano y sus desequilibrios orgánicos y emocionales. Con mayor gravedad se ha hecho sentir la falta de atención de la salud mental, deuda pendiente de todo el sistema, incluido el sector de las obras sociales y la medicina prepaga.

En lo atinente a la política sanitaria, las primeras acciones organizadas estatalmente hacia fines del siglo XIX en Argentina, tuvieron que ver con la sanidad de los espacios públicos y la prevención de los contagios masivos.

La lógica de intervención se asimiló al modelo de diagnóstico y tratamiento de las infecto-contagiosas, y recién para la década de 1930 se incorporarían otras preocupaciones más ligadas a las necesidades del mercado de trabajo y al desarrollo de una clase trabajadora.

La salud materno-infantil emerge con centralidad con nuevas prescripciones para la vida doméstica y crianza de los hijos, consolidando lo que se describe como “maternalización de las mujeres y politización de la maternidad”.

La base conservadora de la política de comienzos de siglo XX, generó un consenso entre los especialistas considerando no sólo a la policía, las cárceles y manicomios, sino además a escuelas, hospitales como instituciones de control social.

El pasaje de la concepción del control social hacia la salud como un derecho operó en nuestro país con las reformas introducidas durante el primer gobierno peronista a mediados de la década de los cuarenta, a través de la implantación de un sistema integral de la salud en el marco de un desarrollo de la seguridad social con fuerte pretensión universalista.²

Según el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland, el Hospital es un establecimiento público o privado en el que se curan los enfermos, en especial aquellos carentes de recursos. Es una institución organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales.

Para la OMS, “el Hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es un Centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social”. Alippi (1991)

Observamos que en el pasado el Hospital cumplía con la función de albergue y apoyo espiritual, siendo también un lugar destinado a la recuperación de enfermos, pero limitada en ese entonces por el escaso conocimiento científico y con altos índices de morbi-mortalidad. Actualmente las funciones se dividen en tres categorías esenciales: Atención Médica (promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación del paciente).

²Krmpotic, C; (2008); Cuidados, terapias y Creencias en la atención de la salud. “Medicalización de la vida cotidiana y políticas de salud” Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Los hospitales pueden clasificarse en virtud de los siguientes criterios:

- Por su función.
- Por el tipo de pacientes.
- Por su ámbito.
- Por su nivel asistencial.
- Por su dependencia patrimonial

Por su función

- **Generales.** Son los hospitales que no están destinados exclusivamente a una especialidad médica, quirúrgica o médico-quirúrgica determinada, sino que atienden simultáneamente a enfermos de diversas especialidades.
- **Especiales o monográficos.** Son los hospitales destinados preferentemente a una especialidad médica, quirúrgica o médico-quirúrgica, como las maternidades, los hospitales psiquiátricos, los oftalmológicos, los hospitales oncológicos y similares.

Por el tipo de pacientes

- **Agudos** o de corta estancia.
- **Crónicos** o de media y larga estancia.

Por su ámbito

Según el área cubierta en relación con la procedencia de los enfermos:

- **Locales o comarcales** (de área).
- **De referencia regional.**

Por su nivel asistencial

Según las características del edificio, las instalaciones, el número de personal empleado, la organización y el funcionamiento técnico:

- **Baja complejidad,**
- **Complejidad media.**
- **Alta tecnología.**

Por su dependencia patrimonial

Según de quien sea la propiedad:

- **Públicos**
- **Privados**, entre éstos se distinguen los privados benéficos y los no benéficos.³

³Bohigas, LI.; 1991 *Control de Gestión en el Hospital*. Fundación Avedis Donabedian. Ediciones Decálogo.

Capítulo II. Trabajo Social en el Campo de Salud

2.1. Trabajo Social, su especificidad y su desempeño en el campo de la salud

Todo Trabajador Social se desempeña en “campos de intervención” determinados, definiendo éstos como las áreas específicas en las que ejercen sus labores y tareas profesionales. La característica común de estos campos está dada por su diversidad y variedad de ámbitos en los que actúan profesionalmente los trabajadores sociales.

Pierre Bourdieu, define al campo como un sistema de relaciones sociales, definido por la posesión y producción de una forma específica de capital simbólico.

Cada campo es autónomo; la posición dominante o dominada de los participantes en el interior del campo depende en algún grado de las reglas específicas del mismo. El conjunto estructurado de los campos, que incluye sus influencias recíprocas y las relaciones de dominación entre ellos, define la estructura social.

La intervención del Trabajador Social, en el campo de la salud, se sitúa como trabajador de la salud interactuando con un conjunto de disciplinas, saberes, ciudadanos, que conforman el ámbito laboral.

Pensamos a la salud como un concepto que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad determinada y que incluye las contradicciones y avatares de un proceso histórico. De esto se desprende que este concepto está determinado por los proyectos colectivos e individuales de los integrantes de una comunidad y de la forma particular de resolver los conflictos.

Desde este concepto de salud no nos posicionamos en el control de enfermedad sino en el fenómeno y atención de la salud en general y, por lo tanto, de los sujetos involucrados.

Los enfermos necesitan defender sus derechos, pero no como enfermos sino como ciudadanos con “derecho a tener derechos”.

Además de los factores económicos y sociales, al momento del diagnóstico de una enfermedad entran en juego factores como la estabilidad emocional producto (entre otras cosas) de la historia del sujeto y del reordenamiento que se produce de los vínculos afectivos al interior del grupo familiar. En el terreno sanitario, lo familiar tiene una relevancia triplemente crítica: “como desencadenante fáctico y simbólico, de la enfermedad, como factor predominante en la resolución del problema y como caja de resonancia. Los usuarios de los servicios de salud nunca son individuos atomizados, desarraigados de inscripciones sociales. La manera de hacer uso de los servicios sanitarios se apoya en el contexto familiar, que a su vez se ubica de acuerdo a la situación del sector o clase a la que pertenece”⁴.

Nos parece importante como aporte desde la intervención profesional, situándonos en el ámbito de la salud pública, la incorporación de la dimensión de la subjetividad.

Así, “el fortalecimiento o empobrecimiento del sujeto debe ser contextualizado a partir de las relaciones sociales más generales y complejas, y no separándolo a partir de fragmentaciones, de victimizaciones, porque de esta forma se corre el riesgo de re victimizar a los dominados, reduciendo su ciudadanía, volviéndose atrás en la propia modernidad, con la ruptura del contrato social de ciudadanización ”⁵.

Según Montaña, “...el primer paso para quebrar el conservadurismo en el campo de la intervención profesional, asumiendo la responsabilidad y el desafío de enfrentar las demandas nuevas y emergente, es saturarse de conocimiento crítico sobre la dinámica de la realidad sobre la cual y con la cual se interactúa; realidad ésta que debe ser el verdadero motor y sentido de la profesión.”⁶

Consideramos importante tomar aquí el concepto de Vélez Restrepo, que entiende el término “intervención”, remplazándolo por el de “actuación”.

⁴Llovet, J; (1984) “Servicio de Salud y Sectores populares”. Los años del Proceso. Cedes. Bs. A.S.

⁵Faleiros, Vicente De Paula;(1999) “Desafíos do Serviço Social na era da globalização”, en Serviço Social & Sociedade. www6.uc.cl/trabajosocial/site/artic/.../rev_trabajo_social_76.pdf. Consultado el día: 05/05/12

⁶Montaña, C; (2000) “La naturaleza del Servicio Social”. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción Ed. Cortez. Paraguay.

Entendiendo la misma como el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajador Social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tenga. La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hace posible. El carácter simbólico y la finalidad, orientación o intencionalidad definen el sentido de la acción.⁷

“Uno de los mayores desafíos de los Trabajadores Sociales hoy, es desarrollar la capacidad de descifrar la complejidad de la realidad y construir propuesta de trabajo creativas y capaces de preservar y efectivizar derechos a partir de demandas emergentes en lo cotidiano”⁸.

Es fundamental cuestionarnos desde dónde nos posicionamos para la intervención y cómo se enmarca en los lineamientos de la política institucional; es decir, si se pretende trabajar desde una perspectiva universalista de derechos de ciudadanía o dar respuestas focalizadas o asistenciales. Sucede que instituciones que proclaman el carácter universalista de sus prestaciones, ante determinados servicios, implementan una selección de beneficiarios, para lo cual demandan de una acción inquisidora del trabajador social. Generalmente debido a recortes económicos, pero también por procedimientos burocráticos históricamente establecidos. Es necesario repensar con qué grado de coherencia se interviene en lo social, problematizar teóricamente desde qué marco conceptual se genera y hacia dónde se orienta la gestión pública de la institución en la que estamos insertos.

Consideramos pertinente y urgente reconocer y problematizar la tensión existente entre un modelo asistencial de intervención en lo social y uno que sea posibilitador y garante de la construcción de ciudadanía. Desnaturalizar las incoherencias, arbitrariedades e injusticias de las instituciones de las que somos parte esforzándonos por interpretarlas y cuestionarlas.

Los trabajadores sociales trabajamos con la cuestión social en sus más variadas expresiones cotidianas, tales como los sujetos las experimentan en su trabajo, en la familia, en el área habitacional, en el área de la salud. Cuestión

⁷Velez Restrepo, O; (2003), Reconfigurando el Trabajo Social, Editorial Espacio, Buenos Aires, Argentina.

⁸Iamamoto, M; “O Serviço Social na Contemporaneidade.” Pág. 20

social que siendo desigualdad, es también rebeldía. Por eso según el decir de lamamoto, “es en esta tensión entre producción de desigualdad y producción de rebeldía y resistencia, que trabajan los asistentes sociales”⁹. En este sentido, descifrar las nuevas mediaciones por medio de las cuales se expresa hoy la cuestión social es fundamental para el trabajador social en una doble perspectiva: “para que se pueda aprender las varias expresiones que asumen en la actualidad, las desigualdades sociales, tanto como proyectar y forjar formas de resistencia y defensa de la vida”.¹⁰

Para finalizar, creemos que desde la intervención se puede contribuir al fortalecimiento del sujeto en la perspectiva de posibilitar el desarrollo de las potencialidades que le permitan el ejercicio de su ciudadanía.

⁹lamamoto,M; “O Servico Social na Contemporaneidade.” Pág. 28.

¹⁰Op. Cit. 6

Capítulo III. Los Accidentes Domésticos en la población Infantil

3.1. - Accidentes Domésticos

3.2. - Tipos de Accidentes

3.3. - Prevención de los Accidentes domésticos Infantiles

3.1. Accidentes Domésticos

Durante mucho tiempo se ha prestado escasa atención a los accidentes de tránsito, en el hogar, en el trabajo, o en el deporte y apenas se ha tenido en cuenta la necesidad de prevenirlos. Después de superada con éxito la “primera revolución epidemiológica” en los años 50 contra las enfermedades infecciosas se proponía la necesidad de enfrentar con eficacia al actual patrón de causas de muerte: Los accidentes en los niños y jóvenes. En la Argentina si bien ha crecido como problemática del campo de la salud pública, se puede decir que son la segunda causa de muerte en los niños, adolescentes y adultos jóvenes, y miles de los que sobreviven al trauma quedan discapacitados permanentemente. Por esto es que la prevención de los accidentes debe considerarse una emergencia sanitaria, y también social, debido a la elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad que ocasionan y asimismo por el elevado costo económico que directa o indirectamente representan y la enorme carga de sufrimientos humanos que comportan, ya que junto con cada niño o adolescente que se accidenta se instala una crisis en la familia, cuyo curso puede comprometer negativamente la vida y el bienestar de sus miembros.

Según la Organización Mundial de la Salud un ‘accidente’ es un “acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales”, mientras que los ‘accidentes domésticos’ “son aquellos que ocurren en la vivienda propiamente dicha; patio, jardín, garaje, vestíbulos, escaleras, cuarto de baño, cocina o cualquier otro lugar perteneciente al domicilio”.

Los accidentes son causados por determinadas circunstancias ambientales y conductas personales y exhiben un patrón epidemiológico claramente definido, aunque variado, de acuerdo con el país de que se trate, con la edad, y el sexo del individuo. Los accidentes responden a un proceso gradual que se denomina historia natural del accidente. La historia natural del accidente se basa en el esquema planteado para explicar el desarrollo de la enfermedad y representa la evolución espontánea de la misma sin ninguna intervención que altere su gravedad, duración o impacto. Este modelo permite seguir las interrelaciones entre los distintos factores hasta los resultados finales. De esta manera es posible relacionar los diferentes aspectos destinados a explicar el origen y la prevención de los accidentes y lesiones según una secuencia lógica que se subdivide en tres etapas:

Pre-accidente: se considera el contexto, los factores y los procesos. Es donde actúan aquellos factores que predisponen, condicionan y precipitan el accidente, y donde la prevención primaria del accidente deber ser asumida por la sociedad en su conjunto.

Accidente: esta etapa es la más corta, de fracciones de segundos a algunos minutos y donde la gravedad puede ser tal, que la muerte es casi instantánea.

Post- accidente: se contempla la atención del individuo lesionado y los resultados dentro de la primera hora de producido el accidente, es el momento crítico donde las víctimas, aún las más graves, pueden ser asistidas con éxito gracias a la participación comprometida de quien lo rodee y al desarrollo de las redes de traslado.

Las distintas etapas de la historia natural del accidente implican diferentes niveles de prevención. Así, la prevención primaria, cuyo objetivo es evitar la ocurrencia del acontecimiento se incluye en la primera etapa; la prevención secundaria, destinada a disminuir la gravedad de las lesiones, se asocia a la etapa del accidente propiamente dicho; y por último la prevención terciaria cuyo objetivo es la atención de los lesionados, se ubica en la etapa del post-accidente.¹¹

¹¹Material extraído de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Licenciatura en Servicio Social.

Los accidentes domésticos tienen lugar entre familias que presentan diferentes condiciones socio-económicas-educativas y habitacionales, pero no todas concurren a las mismas instituciones de salud. Esto se debe, entre otras cosas, a las características que toma el Sistema de Salud Argentino.

Como se argumenta en el artículo “Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar” de la Dra. Lidia Arlaes Yero y otros, “los accidentes son la causa más común de muerte en los niños, siendo importante la influencia de los factores de riesgo en los hogares... los de tipo domésticos son la tercera parte del total de los accidentes que se reportan como productores de lesiones y muertes”¹².

Cabe definir a partir de esta argumentación el concepto;

- **Factor de Riesgo**: como aquel que puede producir un daño y también puede estar presente, sin necesariamente producir enfermedad.

Así también nos parece importante agregar otras categorías a tener en cuenta en torno a los accidentes;

- **Conducta de Riesgo**: Son aquellas que por su importancia pueden llegar de por sí a crear patologías. Acciones desarrolladas por los individuos.

- **Situación de Riesgo**: Es aquella en la que aparecen numerosos factores de riesgo, es un concepto que está connotado con lo social, con el contexto de vida.

- **Vulnerabilidad**: Es un elemento individual, que tiene que ver con lo genético/constitucional, sumado a los factores de desarrollo personal. Es particular para cada ser humano.

- **Resiliencia**: Es la combinación de los factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida.¹³

3.2. Tipos de Accidentes

Entre la amplia gama de accidentes se destacan:

- Quemaduras. Producidas por el Sol, estufas, lámparas, cerillas, cigarros, fogatas y líquidos calientes contenidos en alguna olla, tina o calentador.

¹²Lidia Arlaes Yero y otros (1998) **Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar**. Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n6/mgi12698.pdf> Consultado el día: 16/01/2011

¹³Organización Mundial de la Salud. “Componentes de la salud”

- Golpes en la cabeza. A causa de caídas de sillas altas, camas y otros muebles o escaleras.
- Intoxicaciones. Generadas por el consumo de medicamentos, productos de limpieza o jardinería, insecticidas, pinturas, solventes, adhesivos, combustibles, perfumes y bebidas alcohólicas.
- Atragantamiento. Por comida u objetos, o bien, estrangulación provocada por cuerdas, listones o cordones de juguetes y aparatos electrodomésticos.
- Objetos atorados en alguna fosa nasal. Piedras pequeñas, pastillas, piezas de juguetes, frijoles o chícharos.
- Cortaduras y raspaduras. Producidas por uñas filosas (ya sean las del niño o adulto), garras de animales u objetos punzocortantes.
- Fracturas y esguinces. A causa de caídas, golpes o atropellamiento. Cabe destacar que los infantes se rompen los huesos con mayor facilidad que los adultos porque tienen áreas blandas en los extremos de cada estructura ósea, llamadas “placas de crecimiento”.
- Contusiones. Moretones originados por caídas o golpes.
- Problemas en ojos. Causados por polvo, arena u otro tipo de elementos extraños.

3.3. Prevención de los accidentes domésticos infantiles

En la actualidad, es el sector salud quien enfrenta los destructivos efectos de los accidentes, destinando a su solución cuantiosos recursos que podrían ser utilizados en la atención de otros problemas.

La única forma de disminuir la morbimortalidad por accidentes y sus serias consecuencias es la prevención. Para ello, un paso previo es identificar los conocimientos que poseen las personas y posteriormente, unificar los esfuerzos de los diferentes sectores de la comunidad para evitar los accidentes. Como parte de dichos esfuerzos, es necesario estimular y desarrollar conductas tendientes a mejorar los conocimientos, cambiar las actitudes, las prácticas y los estilos de vida, resultando imprescindible la

información recibida sobre los accidentes y su prevención desde las edades más tempranas en el hogar.¹⁴

Por este motivo, resulta de fundamental importancia trabajar en torno a la educación y a la promoción de la salud, las cuales están destinadas a promover el cuidado de sí mismo y de los otros.

En términos conceptuales, Góes Pereyra Lima sostiene que “La educación ocurre formal e informalmente en la vida social, en un proceso polidireccional de gran complejidad. Vivenciada distintamente por las personas y grupos de la población, refleja valores sociales, la realidad histórica, sociocultural y política, ideologías, condiciones de vida, y prácticas pedagógicas ella será siempre acción educativa (...) La educación, en su especificidad, es una práctica social orientada para la formación de la persona en su integralidad.”¹⁵

En el mismo texto, L'Abbate sostiene que cuando se habla de ‘Educación para la salud’, “se parte del presupuesto que las metas que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de un país o región, solamente podrán ser alcanzadas si las medidas de orden política son combinadas con acciones específicas en el interior de las instituciones, sobre todo en los servicios de salud, y otros sectores en los cuales la educación para la salud sea relevante: escuelas, empresas, sindicatos, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de barrio, comunidades religiosas, y otros (...) La Educación para la Salud debe estar involucrada en el cotidiano de las personas, considerando una multiplicidad de aspectos: desde aquellos relacionados a los cuidados con el cuerpo y la mente hasta la percepción de los bienes colectivos producidos por la sociedad, que los ciudadanos pueden y deben usufructuar, y la lucha para que tales derechos sean efectivos (...) Los procesos educativos deben penetrar de forma capilar, en lo posible, a toda la sociedad. Sólo así, podrá ocurrir una nueva promoción de la salud, o sea aquella que tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social.

¹⁴Rev Cubana Hig Epidemiol v.39 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2001.

¹⁵Góes Pereyra Lima (Año desconocido) **Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: Especificidades, interfaces, intersecciones.** Brasil. Pág.1-2
Disponibile en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.ora/xviconf.htm> Consultado el día: 5/05/2011

(...) La Educación para la Salud es una práctica social concreta, que se establece entre determinados sujetos - profesionales y usuarios - que actúan en el interior de las instituciones, en busca de autonomía, capaces de escoger y tomar decisiones, considerando valores éticos de justicia, solidaridad, productividad y equidad, actuando como educadores en su relación con el otro (individuo, grupo, comunidad).”¹⁶

La educación para la salud está estrechamente ligada con la promoción de la salud, la cual es definida por la Carta de Ottawa (1986) como “proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y de salud, incluso un mayor control sobre ese proceso. Agregase que: para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, individuos y grupos deben ser capaces de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o saber manejar el medio ambiente. Esto significa controlar los factores políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, los cuales incluyen: habitación, educación, alimentación, renta, acceso a los servicios de salud, ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social, y otros.”¹⁷

Estos factores pueden materializarse y adquirir formas particulares al interior de cada familia, la cual al mismo tiempo resulta un ámbito propicio para implementar procesos de promoción y educación para la salud.

¹⁶Op. Cit. 11. Pág. 3.

¹⁷OMS (1986) **International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa, Ontario, Canada.

Capitulo IV. La familia- Consideraciones

Generales-

4.1. - Familia: Evolución Histórica

4.2. - Vínculos familiares

4.3. - Implicancias familiares en los Accidentes

4.1. Familia: Evolución histórica

La familia es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida. A lo largo de la historia ha ido adoptando diferentes formas, de ahí que sea un error- que puede tener graves consecuencias prácticas en las diferentes formas de intervención social- considerar que hay un modelo único de familia y que hoy la familia está en crisis, sin especificar cuál es el modelo de familia en crisis.

Para cada individuo cabe distinguir entre la familia en que se nace y la familia que hace y en algunos casos habría que añadir la familia en que ha vivido, y para otros, habría que considerar lo que fue o es la familia.

En este sentido, se adhiere al concepto de 'naturalización de la institución denominada familia' elaborado por Durham, Eunice. Para ella "...es propio del sentido común concebir a las instituciones relativamente estables de la sociedad como formas "naturales" de organización de la vida colectiva, antes que como productos modificables de la actividad social. En el caso de la familia, la tendencia a la "naturalización" está especialmente reforzada por el hecho de tratarse de una institución relacionada privilegiadamente con la regulación social de actividades de base nítidamente biológicas: el sexo y la reproducción."¹⁸

Eloísa de Jong sostiene que "...La familia es una institución de la sociedad y una organización material, por este motivo podemos hablar de ella como una particular forma de organización institucional, que se da en un tiempo y en un espacio, donde se comparten responsabilidades en función de la reproducción

¹⁸Durkham, E; (1983), Familia y reproducción humana, en Revista perspectiva antropológica. Río de Janeiro, Brasil. Pág. 1.

social de la vida, y que utiliza y necesita de determinados medios para lograrlo (...) La familia es también un grupo, con un tiempo y un espacio compartido, donde cada sujeto tiene su propia representación interna de lo que constituye el escenario familiar, donde la tarea del grupo es la reproducción social de la vida según funciones y roles.”¹⁹

Torrado realiza una distinción entre hogar y familia. “...El termino hogar, por su parte, comprendería un grupo de personas que comparten la misma vivienda y

que se asocian para proveer en común a sus necesidades alimenticias o de otra índole vital. Y por otra parte, la familia abarca a dos o más miembros de un hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción o matrimonio”²⁰.

Jelín Elizabeth aclara que “las redes de ayuda mutua entre vecinas y parientes tienen una gran importancia, muchos niños son cuidados por sus abuelas no convivientes, existen ayudas y complementariedad en las responsabilidades domésticas entre vecinas, tanto como ayudas en situaciones de crisis o emergencias, etc.”²¹

La misma autora, en ‘Familia: Crisis y Después’ sostiene que “en el campo de las creencias e imágenes sobre la familia y los vínculos familiares existen fuerzas que empujan en direcciones contradictorias hacia profundas transformaciones en la organización y en la ideología familiar. La tensión entre la solidaridad y la unidad de los miembros y la individuación y autonomía personal que generan conflictos es, a esta altura, constitutiva de la familia. Así y todo, para esta autora, “la familia es una institución formadora de futuras generaciones... Sin intervenciones externas, tiende a transmitir y reforzar patrones de desigualdad existentes: su accionar en un sentido más equitativo

¹⁹De Jong, E; (2001) La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social. UNER. Argentina. Editorial espacio. Pág. 26.

²⁰Torrado, S; (1998), Familia y Diferenciación Social. Cuestión de Método. Buenos Aires, Argentina. Ed. Eudeba. Documento 5. Pág.4.

²¹Jelín, E; (1998) Pan y Afectos. La transformación de las familias. Buenos Aires, Argentina Cap V: “Lo privado y público” Pág. 58.

requiere una acción afirmativa por parte del Estado o de otras instancias colectivas”²².

“Residencia, domesticidad, parentesco y sexualidad son, para esta autora, tal como lo menciona en su libro titulado ‘Pan y Afectos’, los parámetros dentro de los cuales se mueve esa unidad que nos elude, la familia”²³

Según Arriagada Irma, las familias pueden ser:

- Las familias nucleares. Son aquellos constituidos por padre, madre e hijo/s. Los hogares nucleares urbanos muestran en su interior cierta diversidad en su constitución, ya que se puede distinguir entre familias nucleares de jefatura masculina y femenina.
- Las familias monoparentales. Son aquellas familias compuestas por padre o madre e hijo/s. La constitución de este tipo de hogar obedece a diversos fenómenos: aumento de las separaciones y divorcios entre las parejas; incremento de la fecundidad adolescente que no va acompañada por matrimonio; migración laboral de los esposos y también situaciones de viudez.
- Las familias extensas y compuestas. Las familias extensas son aquellas conformadas por padre, madre, hijos/as y por otro/s parientes; se puede entender como aquellas familias en las que, por ejemplo, conviven tres generaciones o más. Las compuestas, por su parte, son aquellas conformadas por padre, madre, hijos/as, (puede haber o no otros parientes) y por otras personas con las que no existe relación de parentesco. Estos hogares reflejan diversas situaciones desde cierta perspectiva, se los considera como modelos más “tradicionales” de familia, que el proceso de urbanización trasladó del campo a la ciudad; desde otra perspectiva, su persistencia y en ciertos momentos su crecimiento, se ha asociado con estrategias de las familias urbanas para enfrentar la crisis económica por la que han atravesado las sociedades latinoamericanas.

²²Jelín, Elizabeth (1994) Familia, crisis y después en Wainerman, C. “Vivir en Familia”. Buenos Aires, Argentina. UNICEF/ Losada. Pág. 41.

²³Op. Cit. 24. Pág 56.

- Los hogares sin núcleo. Se trata de personas que tienen o no lazos de parentesco, pero no hay relación de filiación, es decir, están constituidos sólo por hermanos, abuelos, nietos, primos, tíos, sobrinos y no parientes.
- Los hogares unipersonales. Representan aquellos hogares en los que sólo vive una persona, pero no son considerados familia. Hubo un crecimiento en la magnitud de los hogares unipersonales que obedece principalmente a tendencias de envejecimiento de la población. También constituyen una proporción muy importante de los hogares con jefatura femenina, que se explica por la mayor esperanza de vida de las mujeres, es decir, una parte importante de estos hogares estaría formado por viudas.²⁴

4.2. Vínculos Familiares

Los vínculos familiares son una fuente nutriente de los más profundos sentimientos humanos positivos o negativos, de amor, odio, contención, discriminación, protección, desprotección, seguridad, inseguridad, autoritarismo, democracia. La familia es una organización grupal producto de múltiples relaciones y donde existe un vínculo afectivo perdurable que permite diseñar un proyecto biográfico conjunto.

Es un grupo con un espacio y un tiempo compartido donde cada sujeto tiene su propia representación interna de lo que constituye el escenario familiar y donde la tarea del grupo es la reproducción social de la vida según funciones y roles. La identidad familiar no es inmutable, pero esto no quiere decir que no esté condicionada por los modelos culturales hegemónicos. A menudo las determinaciones externas someten a la familia a las representaciones del modelo familiar vigente.

Según la posición que ocupe cada sujeto en el campo familiar y según el poder que detenta cada miembro van a ser los modos de interacción. En tanto campo la familia es un complejo interrelacionado de posiciones sociales que luchan, y donde la estructura del campo es un estado de esas relaciones de fuerza en el tiempo.

²⁴Arriagada, I; (1997); Políticas Sociales y Familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo.

No todos los miembros internalizan del mismo modo la disposición a actuar como unidad, por ello debe contarse siempre con el potencial de ruptura que tiene la familia funcionando como campo. Podemos apreciar el movimiento de las relaciones familiares, donde se transportan normas, valores, se da sentido a determinadas funciones, a la sexualidad, reproducción, socialización y al cuidado de sus miembros.

Es en estas funciones es donde se han producido los mayores cambios por las transformaciones culturales y tecnológicas de los últimos años: desde la posibilidad de poder planificar la llegada de los hijos, hasta la modificación de las funciones domesticas tradicionales, en relación a la conformación de los hogares, desde nucleares hasta las familias ensambladas, los hogares unipersonales o uniparentales o las uniones civiles entre homosexuales.²⁵

La familia nuclear es en la mayor parte de las sociedades modernas, una experiencia más en comparación con el número de casos que viven en unión sin casamiento, familias monoparentales, casados que no viven en el mismo país etc.

Lo importante a tener en cuenta son las representaciones que las personas tienen de aquello que llaman familia.

“(…) Bourdieu descubre un mandato social: el mandato de vivir en familia, el mandato de construcción de un orden social estableciendo un agrupamiento en familias. De esta manera para el autor, la familia es un agente activo, sujeto de prácticas sociales, capaz de pensar, capaz de generar sentimientos y acción, y es un lugar secreto y sagrado, base de la transmisión cultural patrimonial entre las generaciones”.²⁶

La familia de hoy está sujeta a múltiples tensiones derivadas de la vida moderna lo que aumenta sus conflictos internos. Ella enfrenta sus problemas en la medida de sus posibilidades, dado que son débiles las políticas del estado en apoyar a la familia. La profunda crisis del contexto social que tiene

²⁵Barg,L; (2003). Los vínculos familiares. Editorial espacio. Bs As, Argentina.

²⁶Bourdieu, P; (1997) "La Sagrada Familia" en razones de orden práctico acerca de la teoría de la acciones. Editorial Celta, Portugal.

su pico máximo en la década del 90, ha puesto en tensión las funciones básicas de los miembros del grupo.²⁷

El modelo igualitario, que mayoritariamente se prefiere, supone que tanto el hombre como la mujer trabajen fuera de casa y que ambos contribuyan por igual al trabajo doméstico y al cuidado familiar. Los hombres jóvenes apoyan el cambio hacia la igualdad, pero esto no se traduce significativamente en un compromiso constante por hacerse cargo de la mitad del trabajo doméstico y familiar. El papel del hombre como principal proveedor económico de la familia contribuye a que su empleo prime en importancia sobre el empleo de la mujer, en este sentido citamos a María Teresa Martín Palomo, quien revisa los diferentes enfoques teóricos que abordan los cuidados y los debates que están desarrollándose en la actualidad;

“...Una de las dificultades teóricas y empíricas que se ha encontrado para analizar las actividades realizadas por las mujeres en las familias, tiene que ver con el hecho de que en el ámbito doméstico familiar, al contrario de lo que ocurre en la esfera económica, en que las mercancías se intercambian por otras mercancías, se consume otro tipo de relación entre personas: la disponibilidad permanente del tiempo de las mujeres al servicio de la familia.”²⁸

“La segunda línea de investigación se desarrolla a partir del análisis del modo en que mujeres y hombres comparten, o no, el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar... Poco a poco se va perfilando una corriente sociológica que inicia el proyecto de articular simultáneamente dimensiones familiares y profesionales de la vida de las mujeres, en su vida cotidiana y también en sus trayectorias laborales. Estos estudios cuestionan la idea de que “la familia sea cada vez más igualitaria, al mostrar cómo las mujeres que trabajan fuera del hogar, en familias denominadas de ‘*doble ingreso*’ o de ‘*doble carrera*’, siguen siendo las principales responsables de las tareas domésticas y del cuidado de sus miembros. También se ha puesto de relieve que la distribución de recursos,

²⁷Barg, (2003). Los vínculos familiares. Editorial espacio. Bs As, Argentina.

²⁸Fougeyrollas-Schwebel (2002), citado en: Martín Palomo, María Teresa, **Los cuidados y las mujeres**. Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Año 2008. Pág. 4. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF> Consultado el día: 27/06/2011

poder y tiempo influyen en la participación diferencial de las mujeres en el mercado laboral, en la esfera política y, en general, en la esfera pública.

(...)La especificidad de los cuidados radica en que se encuentran en un territorio transfronterizo especialmente cuando se prestan en el marco de las relaciones familiares, muchas veces dentro de los hogares, sin ninguna remuneración a cambio, bajo un fuerte contenido moral y afectivo.

(...) Los cuidados se caracterizan por su invisibilidad y discreción. De hecho, "...de esta invisibilidad y discreción depende su éxito en tanto que los cuidados se hacen visibles cuando algo falla, cuando faltan o no se cubren adecuadamente, por lo que la invisibilidad de los cuidados presenta un déficit crónico."²⁹

4.3. Implicancias familiares en los Accidentes

La familia es responsable de mantener la integridad del niño y proporcionar un ambiente saludable y seguro para su crecimiento, desarrollo y posibilidades de conquistar su espacio en el contexto productivo y social. Esa responsabilidad es, muchas veces, olvidada o relegada a segundo plano cuando la mujer participa activamente en el mercado de trabajo para contribuir o incluso asumir los gastos familiares, pues delega la responsabilidad del cuidado de sus hijos menores a otros más pequeños, o a personas que no poseen vínculo emocional y afectivo y desconocen el proceso de crecimiento y las necesidades de un niño.

La mayoría de las veces, la necesidad, el desinterés o descuido de los responsables por la protección y seguridad del niño se vuelven en causas de los accidentes.

Las ocurrencias de los accidentes domésticos en niños son relatadas por las familias de diversas maneras, de acuerdo con la visión de mundo y aliada a los factores multicausales, que son potencializadores de esos casos, y que las familias confrontan diariamente.

La familia es la institución en que las personas desarrollan mayormente su cotidianeidad. Jelín Elizabeth en 'Pan y Afectos' sostiene que "la organización social de las actividades domésticas incluye la producción y el consumo

²⁹Op. Cit. 26. Pág. 4-5.

cotidiano de alimentos y otros bienes y servicios de subsistencia, así como las actividades ligadas a la reposición generacional, es decir tener hijos, cuidarlos y socializarlos y atender a los ancianos. En el ámbito doméstico se lava, se plancha, se limpia, se cocina, se come; todas estas tareas donde la cercanía física es fundamental: quienes las realizan para sí mismas/os y aquellos a quienes se cuida y se atiende se ven cara a cara prácticamente todos los días (...)Para llevar adelante estas tareas toda unidad doméstica requiere tener acceso a recursos... la adquisición de recursos es problemática y la unidad doméstica debe desarrollar los mecanismos para su obtención o creación, para su defensa, para su recreación continua y para su administración. Los recursos pueden provenir de distintas fuentes: el trabajo remunerado y no remunerado de los miembros, las transferencias de instituciones formales reconocidas para este fin (fundamentalmente el Estado, a través de pensiones y servicios), la ayuda de organizaciones sociales solidarias (organismos no gubernamentales), los ahorros propios y otras fuentes de ingresos (rentas, inversiones) y las transferencias informales basadas en redes de ayuda mutua e intercambio (incluyendo las remesas de miembros de la familia migrantes a otros lugares). A su vez los recursos pueden ser monetarios o constituirse en bienes y servicios de uso directo. ”³⁰

“Respecto a las tareas ligadas a la reproducción generacional de la población- tener hijos, cuidarlos, educarlos-, las relaciones familiares construyen los vínculos fundamentales, coincidan o no con el grupo doméstico. Los padres y madres son, en términos de expectativas sociales y de preceptos legales, los responsables de dar protección y cuidado a sus hijos.”³¹

³⁰ Op. Cit. 25. Págs.56-57

³¹Op. Cit. 21. Págs. 60-61

SEGUNDA PARTE
CONTEXTO INSTITUCIONAL Y MARCO
METODOLOGICO

Capítulo V. Contexto Institucional

5.1. Contexto institucional. EL HIEMI.

5.2. El Servicio Social.

5.1. Contexto institucional - HIEMI

Con el fin de alcanzar de manera integral lo planteado dentro de los objetivos, es indispensable caracterizar la institución donde se presenta la problemática y su situación actual a fin de comprender las implicancias dentro de la problemática de accidentes.

Es relevante destacar que el HIEMI conforma el Subsistema Público de Salud y de acuerdo a los criterios enunciados precedentemente (ver pág. 11) se clasifica:

- a) De acuerdo a su función: Materno Infantil.
- b) Por el tipo de Pacientes: Agudo.
- c) Por su ámbito: De referencia regional.
- d) Por su nivel asistencial: de alta tecnología.
- e) Por su dependencia patrimonial: público.

Origen del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” en la ciudad de Mar del Plata.

El Hospital fue inaugurado oficialmente el 1° de Mayo de 1908. Con el correr y la erosión de los años, su vieja estructura sufrió numerosas reformas, en 1977 paso de ser Hospital General a Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil hasta que en época reciente parte del mismo fuera demolido, dando paso al nuevo y moderno edificio que conforma el actual Hospital, inaugurado el 15 de febrero de 1982.

En la actualidad, el Establecimiento cuenta con una compleja organización para satisfacer las constantes demandas de la creciente población de nuestra ciudad. Su característica de Interzonal y especializado lo convierte en un Hospital de derivación que recibe pacientes de una extensa zona de influencia, que abarca la mayor parte de la provincia de Buenos Aires.

El H.I.E.M.I. depende administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, aunque funciona de manera descentralizada.

Teniendo en cuenta la jerarquía institucional, en primera instancia hallamos a un director médico ejecutivo Dr. Hugo Casarsa y tres directores asociados.

El H.I.E.M.I. es un hospital especializado, atiende a pacientes de una determinada edad: menores de 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o embarazos de riesgo.

Su característica de Interzonal lo convierte en un receptor de pacientes derivados de una extensa zona de influencia que abarca la mayor parte de la provincia de Buenos Aires, recibe derivación de los dieciséis partidos de dicha región, que ocupa la zona sudoeste de la provincia incluyendo: General Pueyrredón, Ayacucho, Balcarce, General Alvarado, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, Partido de la Costa, Lobería, Maipú, Partido de Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

El HIEMI también intenta articular con el primer nivel de atención que depende de la Municipalidad de General Pueyrredón, representado por los veintinueve Centros de Salud, y con las instituciones de salud nacionales, el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS).

El HIEMI asiste a tres grandes áreas:

<u>Servicio de Obstetricia</u>	<u>Servicio de Neonatología</u>	<u>Servicio de Pediatría</u>
El sector de internación cuenta con 93 camas en total.	Esta área posee 40 camas para interacción de pacientes.	Para el área de pediatría- internación están destinadas 146 camas.
Posee un consultorio externo ginecológico infante juvenil.	Cuidados Intensivos Intermedios.	Cuidados Moderados A-B-C-D.

Patología cervical Uterina	Aislamiento.	Sala de oncohematología. Sala de Quemados y Cirugía plástica.
Planificación Familiar	Prematuros en crecimiento	Cuidados Intermedios
	Consultorios Externos.	Consultorios externos.

A esta estructura funcional agregamos:

- Servicio de Emergencia
- Servicio de Laboratorio
- Servicio Hemoterapia y Hematología
- Servicio de Radiología
- Servicio de Ortopedia y Traumatología
- Servicio de Alimentación y Dietoterapia
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Servicio Social
- Servicio de Odontología
- Servicio de Oftalmología
- Sala de Neurología
- Sala de Neumonología Pediátrica
- Sala de Psiquiatría Pediátrica
- Sala de Terapia Ocupacional
- Unidad de Internación Kinesiología
- Unidad de Internación Alergología
- Unidad de Internación Dermatosifilografía.

El HIEMI es una institución formal que muestra un modelo organizacional de tipo circular, ya que existe una autoridad máxima, representada por el director, el cual ejerce la supervisión y el control del personal de los diferentes servicios.

Estos últimos, al mismo tiempo, cuentan con un jefe inmediato, que tiene a su cargo la coordinación del servicio específico, entre los que se pueden mencionar: el Servicio de Pediatría, Obstetricia, Servicio Social.

Los canales de comunicación desde la dirección se dan de forma lineal, en relación a cada uno de los servicios. Dentro de los mismos el jefe mantiene la autoridad-responsabilidad específica sobre la actividad que se desarrolla.

❖ **Objetivos Institucionales**

- Brindar asistencia, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud a niños de 0 a 15 años y mujeres embarazadas a partir del octavo mes y/o embarazos de alto riesgo.
- Realizar prevención secundaria.
- Brindar capacitación a profesionales de las diferentes disciplinas de PRE - grado y post-grado de diferentes Universidades Nacionales.

En referencia al primer objetivo el nivel de atención del H.I.E.M.I. se organiza de acuerdo a las diferentes áreas de atención de salud:

- *Neonatología*: asiste al recién nacido hasta el mes de vida, abarcando unidad de internación y consultorio externo
- *Pediatría*: brinda atención en internación, guardia y consultorios externos, abarcando diferentes especialidades
- *Obstetricia*: atiende a mujeres embarazadas, partos normales, cesáreas y embarazos de alto riesgo desde el consultorio externo, guardia y sala de internación

❖ **La Demanda**

La población que se atiende en este hospital está compuesta por niños de hasta 15 años de edad, y mujeres embarazada a partir del octavo mes de embarazo o embarazos de alto riesgo. Dicha población abarca aproximadamente a dos millones y medio de personas, incluyendo tanto internaciones como consultas por consultorio externo.

Una parte importante de la población que acude al HIEMI proviene de familias con situación de precariedad laboral, pues muchos de los jefes o jefas de hogar se encuentran empleados de modo informal, realizan labores por cuenta

propia, son beneficiarios de planes sociales y otros son desempleados, lo cual denota que no cuentan con cobertura social. Todo esto enmarcado en un contexto en el cual la aplicación de políticas neoliberales durante los años 90, impactaron en la salud pública Argentina, reduciendo el gasto público destinado a este sector.

Cabe mencionar que la Institución se relaciona de modo permanente con la población de Mar del Plata y la zona, como así también con las diferentes instituciones existentes en diferentes niveles (educativo, de los ámbitos municipal, provincial, nacional y privado; Judicial, especialmente a través de los fueros de Familia, Defensorías; O.N.G.s; y servicios de salud, municipales, provinciales y nacionales). La ínter institucionalidad es una característica fundamental del Hospital que permite atender la demanda compleja que recibe.

❖ **El Servicio Social**

El Servicio Social atiende por demanda espontánea de guardia y consultorios externos (de Obstetricia y Pediatría) y desde la Sala de internación en:

- Pediatría: Cuidados Moderados A -- B – C – D, Terapia Intermedia, Unidad de Terapia Intensiva, Neonatología, Oncohematología, Traumatología, Clínica Quirúrgica.
- Obstetricia: Puerperio Normal, Alto Riesgo.

5.2. El Servicio Social en el HIEMI

En 1960 el profesional de Servicio Social era contratado por la Asociación Cooperadora. La función que tenía era la de evaluar qué persona tenía la necesidad de acceder a determinados recursos. Esta era de manera voluntaria y con un marcado sentido de beneficencia.

En 1970 desde el Ministerio de Salud se implementa una política sobre áreas institucionales manejadas por programas. Primeramente el Programa de Lactantes, como forma de controlar y contrarrestar la mortalidad infantil que se venía produciendo en ese entonces. Dicho programa consistía en el control del niño sano y la entrega de leche a niños de 0 a 1 año y medio de edad. La función del Trabajador Social era la de evaluar los diferentes casos y llevar un control y seguimiento de los mismos. Otro de los programas que se implementaron específicamente en Hospitales fueron el Programa de

Tuberculosis y el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual, en los cuales intervenía un profesional de Servicio Social. También intervenía un profesional de Servicio Social en el Servicio de Odontología; ampliándose en este periodo, su campo de intervención.

Si bien existían profesionales de Servicio Social en diferentes áreas del hospital, los mismos trabajaban de forma articulada, no existía ningún tipo de vinculación entre ellos. A fines del año 1970 los profesionales de Servicio Social se unifican y se crea un Servicio Social como tal.

En 1980 el Servicio Social se organiza como un servicio más del hospital, pero el único factor que unía a los profesionales era la permanencia de los mismos en un mismo espacio. No existían reuniones de equipo, ateneos, etc.

En 1996, el plantel profesional se hallaba integrado por 16 profesionales de planta permanente. Debido a retiros y jubilaciones, y la falta de nombramientos el mismo se vio reducido a un 50%. En 1999, ingresaron dos profesionales en calidad de becarios.

Paralelamente, a partir del año 1997, al inaugurarse el nuevo edificio del HIEMI, aumentaron el número de cama de internación y como consecuencia la necesidad de incrementar el recurso humano de Trabajo Social.

El Servicio Social en ese mismo año, asume la responsabilidad de evaluación social de las pacientes madres menores de edad.

En la misma época, en el H.I.E.M.I. se inaugura la Sala de Internación de Oncología, que requiere de un profesional capacitado en el área.

Al mismo tiempo se interviene de forma articulada con los diferentes servicios del hospital, siendo uno de los ejes de la intervención las interconsultas que se realizan al Servicio Social. Es de destacar que los trabajadores sociales se encuentran integrados en todas las áreas del hospital trabajando en el estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de paciente.

❖ **Objetivos del Servicio Social**

Objetivos Generales:

- Investigar los aspectos relacionales, socio – ambientales, su incidencia en el proceso salud – enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.

- Facilitar la integración del enfermo y su grupo familiar a la institución, durante el periodo de internación, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud.
- Estimular en los pacientes y en su grupo familiar la máxima puesta en marcha de sus recursos como sujetos de su propia salud integral.
- Favorecer la sistematización y evaluación del trabajo cotidiano.
- Crear y sostener un espacio de Docencia, con los profesionales del Servicio Social, con estudiantes de Pregrado de la Carrera Lic. en Servicio Social (U.N.M.D.P.), Residentes de Trabajo Social y otros destinatarios.

Objetivos Específicos:

- Participar en el tratamiento del paciente, con el aporte del diagnóstico y aspectos sociales de la problemática al equipo interdisciplinario.
- Estimular, afianzar y promover el desarrollo de los recursos personales y Factores Protectores del paciente y su familia, para atenuar o neutralizar los Factores de Riesgo.
- Lograr una eficiente coordinación con los Centros de Salud y otras Instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar la continuidad del tratamiento, prevenir reingresos.
- Formar parte activa de Comités o Equipos interdisciplinarios para el estudio, diagnóstico y tratamiento de patologías específicas, como Diabetes, Fibrosis Quística, Violencia Familiar.
- Abordar específicamente situaciones problemáticas relacionadas con el binomio madre – hijo (obstetricia), prevenir el abandono del recién nacido, orientar sobre Adopción, Patria Potestad, etc.
- Realizar la derivación del recién nacido sano a los Centros de Lactantes de la ciudad.
- Con respecto a la Menor – Madre: prevenir el abandono de la madre y su hijo, fomentar la documentación inmediata del recién nacido, convocar a los representantes legales, cuando así correspondiera realizar la comunicación al Tribunal de Menores.
- Orientar consultas en planificación familiar.

- Instrumentar un espacio de Docencia en el Servicio Social del HIEMI, y en la institución hospitalaria. Dar continuidad a la docencia destinada a estudiantes de PRE – grado y residentes de Trabajo Social, alumnos de EGB. y Polimodal. Sostener la capacitación de Voluntarios del Grupo KUMELEN.

❖ **Estructura y Organización**

La conducción del Servicio Social se realiza a través la Jefa del Servicio que lleva a cabo funciones de supervisión y control en relación a los demás profesionales del sector.

Al estar inscripto en el marco de un hospital de alta complejidad, desde el servicio social se trabaja principalmente en las situaciones agudas, intentado articular, al momento de la externación del paciente, el seguimiento con las instituciones de salud que trabajan en el nivel primario de atención, con otras instituciones que ameriten intervención en el caso, como los son los CPDN (Centro de Protección de los Derechos del Niño), el Tribunal de Familia y la Accesoría de Menores y Hospitales de mayor o menor complejidad, entre otros. Cabe destacar que en ciertas ocasiones se realizan derivaciones desde el servicio social hacia las entidades mencionadas, debido al agotamiento de los recursos o por la falta de competencia para la resolución de problemas.

Debido a que el HIEMI atiende a pacientes de hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o antes, en embarazos de riesgo; las intervenciones se llevan a cabo con las familias de esta población.

Desde el Servicio Social en el abordaje del proceso salud enfermedad como un fenómeno histórico social, se intenta explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad, para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

Desde el Servicio Social se toma contacto con el paciente y con su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la comunicación y cooperación, procurando brindarles contención en el proceso de internación.

Se procura fortalecer su red vincular intra y extra hospitalaria, orientando a los padres con respecto a los recursos institucionales (comedor, residencia para madres, etc.), guiándolos en la forma más dinámica y operativa de proceder en cada caso particular.

El Servicio Social cuenta con instrumentos de registro de las intervenciones correctamente sistematizadas y ordenadas. Esto permite tener el registro propio dentro del servicio social y un registro dentro de la historia clínica, encuesta social, planillas de seguimiento de cada persona, guías institucionales. El propósito es que se pueda facilitar el acceso a la información y dejar constancia de todo el proceso de intervención y seguimiento social que se lleva a cabo.

Los profesionales de Trabajo Social desempeñan sus tareas formando parte de diferentes equipos y programas, y/o se integran en las diferentes Salas de Internación y consultorios externos.

El servicio social se caracteriza por poseer un modelo organizacional predominantemente de tipo lineal - funcional, donde la autoridad y la responsabilidad se transmiten desde la jefa hacia los demás profesionales, distribuidos de manera jerárquica entre los de planta, interinos, becarios, residentes de grado y de pregrado.

En lo que respecta a la comunicación, existen canales formales por medio de los cuales se transmite la información de manera lineal, aunque al mismo tiempo, existen canales informales, que permiten a todos los miembros del servicio adquirir la información.

Dentro del servicio se realizan reuniones de equipo, con una periodicidad semanal y con una duración de aproximadamente dos horas, donde se debate sobre diferentes casos llevados por distintos trabajadores sociales, como así también se hace mención a distintas informaciones que circulan o llegan al servicio las cuales se discuten y en algunos casos se toman decisiones en forma colectiva.

Asimismo los días jueves se realizan semanalmente ateneos dictados por diferentes disciplinas en los que asisten la totalidad de las áreas del hospital generándose ciertas veces la interdisciplina.

❖ La demanda

La población que se atiende en el HIEMI acude al Servicio Social tanto de forma espontánea a través de la guardia del servicio, como por aquellas demandas que se realizan desde los distintos sectores del hospital, de consultorios externos, y de otras instituciones que realizan derivaciones al HIEMI.

Algunas de las problemáticas más significativas en las que interviene el Servicio Social son: maltrato y abuso sexual, situaciones de riesgo y vulnerabilidad (bajo peso, desnutrición, etc.), accidentes, intentos de suicidios, conflictos familiares, madres solas, abandono, interrupción de embarazo, control insuficiente de embarazo, madres adolescentes, recién nacidos prematuros, patologías crónicas, etc.

Generalmente, quienes solicitan los servicios del trabajador social son las personas de menores recursos económicos o que atraviesan situaciones de vulnerabilidad social.

Las problemáticas más recurrentes en la población son:

- Accidentes
- Patologías bronco – respiratorias
- Abuso sexual y maltrato infantil
- Condiciones habitacionales inadecuadas, hacinamiento, familias numerosas
- Desocupación, subocupación, ingresos inestables e insuficientes
- Adicciones
- Situaciones de abandono y aislamiento social
- Depresión, angustia y sentimientos autodestructivos acompañados por conductas de riesgo
- Falta de cobertura de tratamientos y estudios por parte de las obras sociales.

Capítulo VI. Proceso Metodológico

6.1. - La sistematización

6.2. - Modalidad Operativa

6.3. - Técnicas y Procedimientos

6.1. a La Sistematización

Para los Trabajadores Sociales la sistematización hoy, es un esquema-modelo-fórmula, para el desarrollo del hacer profesional con una postura de respeto, construcción y vinculación de la experiencia y la teoría. Cuyo objetivo es la construcción de competencias y la generación de alternativas a través de proyectos y procedimientos que unan recursos y potencialidades, en un entorno de libertad, donde las prácticas-historia-experiencia-vivencia-ambiente-políticas; sean el antecedente de procesos que la investigación (cuantitativa y cualitativa), la ordenación lógica, la reflexión-análisis (hallazgos), en concordancia ideológica y teórica posibiliten la intervención.

Para lo cual es indispensable abordar el paradigma (modelo) precisar el concepto-metodología –producción; siempre materia compleja ya que conlleva elementos epistémicos; difícil de reunir en pocas palabras todos los matices que se consideran fundamentales. Por ello, nos encontramos con diferentes definiciones de la sistematización que nos dan pistas sobre lo qué es y que junto con el resto de la información, nos ayudan a comprender mejor la propuesta metodológica.

Ciertamente la sistematización es un recurso sustantivo en el cual la lógica, la indagación y la construcción se integran para interpretar críticamente una experiencia. Que a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita el proceso vivido, los factores-elementos-variables, que han intervenido en dicho proceso-actividad-intervención, además de cómo se han relacionado entre sí, y por qué se ha hecho de ese modo, generando evidencias y nuevos conocimientos. La perspectiva se identifica con un marco teórico en donde se privilegian la visión y la misión del trabajador social.

La sistematización es un proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de las experiencias de intervención en una realidad social.

Las características de la sistematización son elementos prácticos que permiten ordenar-agrupar, categorizar, inferir y socializar, ya que a todo proceso de sistematización le antecede el hacer, la intervención y el hecho que integran el constructo experiencia desde el ángulo lingüístico y desde la teoría del caos los fractales y desde otras teorías las dimensiones, ciertamente sin las vivencias no es posible realizar la sistematización.

Una vez acontecida la práctica, la sistematización es un **proceso participativo** que permite **ordenar** lo acontecido, recuperar así la **memoria histórica** (es todo aquel acontecimiento, hecho significativo, procesual y asumido a través de la realidad social), **interpretarla, aprender nuevos conocimientos y compartirlos con otras personas. Por lo que las etapas, pudieran ser:**

- Un proceso en construcción en el que hay un itinerario-lógica-ordenamiento.
- Incluye un proceso-flujo grama-secuencia, como el producto-evidencia.
- Es un sumario abierto a las aportaciones y el desarrollo del grupo.
- Ayuda a descubrir la lógica (realidad) con la que ese proceso de la actividad que se analiza se llevó a cabo (factores, relaciones, etc.).

La sistematización implica tener una secuencia usualmente preestablecida (óptica/paradigma, objetividad, racionalidad, pertinencia y verificabilidad), para llevar a cabo un proceso sobre el que se va construyendo un juicio, mediante una reflexión con un referente o aval teórico de un objeto de estudio resultado de una visión futurista y responsable de la intervención.

¿El porqué de la Sistematización?

Uno de los propósitos, entre otros es, la (macro-holística-transdisciplinar-global) conceptualización de la práctica, para poner en orden los elementos, no un orden cualquiera, sino el que le dé cuerpo ideológico-visión, de cada una de sus partes y ubiquen su razón. Ciertamente con la idea de que no sean obsoletas (tareas) las labores sociales para que no sean oropelécas, y lo que se haga sea comprensivo y científico. El profesional (comprometido) debiera garantizar una intervención sólida con objetivos, procedimientos e impactos, donde se entrelazan el compromiso (participación popular-libertada, justicia, democracia etc.), la postura y el resultado.

La **diferencia** con otro tipo de reflexiones es que a partir de la práctica se tiene la intención de teorizar sobre ella, buscar penetrar en el interior de la dinámica de la experiencia; procesos vicios, complejos: circularidades, relaciones, recorridos (etapas, fases, momentos etc.), contradicciones (contramarchas) tensiones, abruptamientos, etc. para entender y explicar los procesos, su lógica, extrayendo enseñanzas tanto en la teoría como en la práctica.

Es la sistematización una **alternativa** con otra esencia que surge dialécticamente y se ubica como una interpretación crítica, que previamente ordena y reconstruye el proceso, factores y relaciones. Que pretende identificar lo micro y lo macro en relación a la realidad de un determinado proyecto, evento o suceso.

Los elementos de la sistematización son productos del análisis de la intervención en un realidad concreta, con factores y elementos que son únicos, a su vez permite la concreción de elementos que genera nuevas o diferentes realidades, que en el caso de trabajo social y en general de la investigación cualitativa permiten no solo explicar sino construir elementos para un proceso de mejora. Indudablemente es:

- Un proceso de interlocución en el que se negocian discursos, teorías y construcciones culturales.
- Es un método que propone una dinámica participativa. Esto implica que se ha de crear un espacio de trabajo donde compartir, confrontar y discutir las opiniones basado en la confianza de las personas participantes. Su carácter participativo posibilita y es posibilitado en la medida en que:

La sistematización lleva implícito un ejercicio de **organización**, con base a un orden lógico, de los hechos y los conocimientos de la experiencia. Una forma de ordenar que permita llevar a cabo la interpretación crítica de la experiencia.

Para ello es necesario:

- Un registro ordenado de los hechos.
- Un orden y reconstrucción del proceso vivido.
- Un orden de los conocimientos desordenados y percepciones dispersas que surgieron en el transcurso de la experiencia.
- Obliga la recuperación de la memoria histórica y facilita el acceso a ella como método de trabajo normalizado.
- Recuperar la memoria histórica.

- Revisar críticamente las prácticas.
- Permitir entender las prácticas concretas como procesos históricos y dinámicos.
- Planear la socialización (informe).

El ejercicio de una sistematización permite recuperar la **historia de la experiencia y mantener la memoria**, comprende los siguientes rubros y especificidades;

- Toda persona es sujeto de conocimiento y posee una percepción y un saber producto de su experiencia.
- Es necesario objetivar lo vivido: convertir la propia experiencia en objeto de estudio e interpretación teórica, a la vez que objeto de transformación.
- Implica reflexión sobre la práctica.
- Implica considerarla en el marco de un determinado contexto: una interpretación crítica de una práctica inserta en una realidad y contexto específico.
- Analiza procesos de desarrollo a través de espacios concretos.
- Es necesario prestar atención a la experiencia y a las interpretaciones de quienes participan en dicha situación o proceso.
- Debe mantener un equilibrio entre aspectos teóricos y prácticos.
- Realiza un trabajo técnico y profesional comprometido con la transformación y la democracia sustancial, con variables científicas, cuantitativas y también cualitativas.
- Es un componente básico en toda sistematización.

Una vez **recuperada y ordenada** la memoria histórica es necesaria una **interpretación** de la misma para poder objetivar la experiencia y así poder extraer los aprendizajes. La interpretación crítica supone los siguientes elementos:

- Conceptualización de experiencias, es decir, producir conocimiento desde la realidad.
- Revelar lo que “aún no, sabemos”.
- Producir conocimiento útil.
- Producir un nuevo conocimiento que permite abstraer lo que está haciendo en cada caso particular y encontrar un terreno fértil donde la generalización es posible.

- Aprender de la práctica y de las otras organizaciones.
- Mejorar nuestra práctica.

La organización de la información se ha realizado para transmitir una experiencia a otras personas y que éstas puedan aprovecharla en un futuro. Su propósito es compartir y contrastar un aprendizaje. También puede reforzar la identidad de la propia organización y el sentido de pertenencia a la misma y posibilita compartir la experiencia propia con otras organizaciones.

Compartir y difundir. Al igual que ocurre en la mayoría de procesos de adquisición de conocimientos, el poder compartirlos con quienes trabajan en el mismo ámbito de la experiencia sistematizada es de gran utilidad ya que genera **aprendizaje y nuevos conocimientos**. El principal beneficio que produce el ejercicio de la sistematización de experiencias es el aprendizaje y la incorporación de nuevos conocimientos. El conocimiento que se adquiere se obtiene de la propia experiencia práctica, por lo que la utilidad del aprendizaje es mayor. Una de las finalidades de la adquisición de estos conocimientos es la incorporación de los mismos a nuestras prácticas para poder continuar en nuestro trabajo de transformación social. Ese aprendizaje nos debe posibilitar: En cualquier caso se va vislumbrando que hay diversos niveles de sistematización en función de los objetivos, personas destinatarias, utilidad, etc. que marcan los contenidos de la misma. Por lo que es necesario señalar los siguientes aspectos- reflexiones y sí la sistematización debe contemplar:

Epistemológica y teórica. Este debate parte de cuestionar si con la sistematización de una o varias experiencias se puede obtener conocimiento “académico”; si de uno o varios casos puntuales se puede elaborar teoría.

Metodológica. Debate en torno a las metodologías participativas y las técnicas cualitativas y su capacidad de describir una realidad con cierto rigor. Así como sobre la importancia que en esta propuesta tiene el proceso, al que se le atribuye tanta como al resultado.

Participación y empoderamiento. Se discute cómo recoger aportes de todas las personas implicadas en la experiencia a sistematizar y cómo ponderar su importancia en el marco de un contexto y una realidad concreta.

Debates sobre el peligro de **reducir** la propuesta metodológica **a un instrumento, no es lo ideal, se propone** “visualizar” los proyectos en protocolo de: integralidad, recogiendo todas las voces participantes, con

aprendizaje(s) - *holístico y con visión de bienestar social*- ni empoderamiento (incorporación y compromiso) de las personas implicadas.

- Reconocer lo realizado.
- Recuperar la memoria de lo puesto en marcha.
- Analizar y reconocer no sólo los fracasos sino los avances realizados y también los puntos críticos con los que nos hemos encontrado.
- Analizar procesos concretos en el marco de un contexto más amplio.
- Aprender de la práctica.
- Generar conocimientos nuevos desde la propia práctica.
- Mejorar nuestras prácticas.
- Avanzar en nuestro trabajo en el campo de la transformación social.

Hacia donde nos conduce sistematizar.- a la creación de conocimientos sociales, que se redescubren en la dinámica de la realidad, que permiten:

- Mejorar nuestras prácticas.
- Generar aprendizajes.
- Elaborar nuevos conocimientos.
- Comunicarlos y compartirlos con otras personas y organizaciones.

Orden/Memoria. Histórica, aprendizaje Interpretación, carácter participativo, análisis y proceso.

Con quién o quienes se sistematiza.- Existe un amplio debate no tanto sobre quién, sino en qué grado debe participar cada grupo relacionado con la experiencia, actores directos, indirectos o bien asesores. En lo que existe un acuerdo generalizado es en que en la sistematización deben participar todas las personas implicadas en la experiencia, las que la vivieron directamente, bien sean: beneficiarias o promotoras/dinamizadoras. En el caso de Trabajo Social es vital que todos los involucrados participen y aporten en forma democrática y constructiva.

Finalmente la sistematización tiene dos metas fundamentales:

- 1) apunta a mejorar la práctica, la intervención, desde lo que ella misma enseña. (Impacto: pertinencia, magnitud y factibilidad)
- 2) aspira a enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta realmente útil para entender y transformar nuestra realidad. (Oscar Jara, 1997).

La sistematización es una **interpretación crítica** de una o varias experiencias, que a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, como se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo.

Por otra parte las condiciones socio-ocupacionales de los colegas se agudizan por lo que se requiere de **innovación**, y la innovación, puede facilitar, instrumentar y fortalecer el ejercicio profesional, mediante la productividad con énfasis en lo social (bienestar).

Es ineludible reconocer la particularidad que adquiere este debate en la realidad concreta de los colegas en ejercicio, quienes desde sus prácticas profesionales intentan, aún en condiciones de trabajo adversas, realizarse preguntas para romper con una práctica profesional rutinaria y burocrática. En este sentido, habrá que sumarse al camino, ya iniciado, capacitación, compromiso y técnica que surja (haceres-saberes-tareas) de la práctica (experiencia), debemos revitalizar el espacio de los profesionales-formadores-estudiantes, hacia un movimiento **crítico** ascendente que exprese un profundo análisis de las respuestas que nuestra disciplina brinda a los problemas urgentes de la sociedad.

Ciertamente el trabajo solo es un primer abordaje, habrá que ejercer y cualificar, para proponer esquemas y lineamientos que promuevan la sistematización en la intervención profesional de los trabajadores sociales.³²

6.2. Proceso Metodológico: Modalidad Operativa

El Trabajar Social realiza sus intervenciones en diferentes temáticas, es decir, que se inserta en distintos campos, en donde la cuestión social requiere de un profesional para modificar situaciones acerca del binomio sujeto-necesidad, entendiéndose al sujeto como dimensión individual-familiar, grupos o comunidad.

Por ello, la formación profesional lo provee de una metodología de intervención que es única y distintiva de la profesión.

³²Molina, A.; López Terríquez, S.; otros; (2009), "Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Reflexionar sobre la sistematización; una preocupación del profesional de Trabajo Social", *Revista Margen*, N° 52. Edición Digital

Si bien cada profesional le imprime su sello propio, a la hora de actuar, lo hace basado en un proceso metodológico que es el que sustenta la profesión.

Para que la Metodología del Trabajo Social sea vigente y pertinente en el momento actual debe contextualizarse y asumirse como un proceso dinamizador dotado de una flexibilidad que actúe en la consolidación de propuestas posibilitadoras de la construcción del conocimiento social, de la especificidad profesional y de los sujetos o situaciones sociales con los cuales actúa.

Según Vélez Restrepo el término intervención, muy utilizado en el lenguaje profesional para designar determinado tipo de acción desarrollada en la práctica del Trabajo Social (Metodología de Intervención) es, según la autora, problemático y restrictivo desde el punto de vista epistemológico y operativo. El contenido, usanza y tradición se tornan hoy obsoletos e insuficientes, debido a que las nuevas tendencias metodológicas del Trabajo Social abogan por el establecimiento de sintonías, tránsitos y filiaciones con tendencias y posturas que conecten la esencia del quehacer profesional con una Acción Social dialogante e interactiva, y eso tiene que operarse en el terreno conceptual.

La marcada connotación positivista presente en el término “intervención” con que se define todo lo referente a la Metodología del Trabajo Social (métodos de intervención, modelos de intervención, niveles de intervención, etc.) está fundamentada en un imaginario ideológico que subordina la práctica profesional a visiones externalistas de manipulación y control de las personas y situaciones.

La autora propone la eliminación del término “intervención”, reemplazándolo por el de “actuación”, definida la misma como el “conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajo Social”.³³ La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hacen posible. El carácter simbólico o la capacidad de representación y la finalidad, orientación o intencionalidad definen el sentido de la acción.

³³Vélez Restrepo, O., (2003), *Reconfigurando el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires, Argentina.

La actuación profesional remite a todas esas acciones materiales y o discursivas que realizan los agentes profesionales y al conjunto balanceado de lógicas y competencias administrativas, experienciales, cognitivas y creativas que le infunden vida al ejercicio profesional, proyectándolo. Las intenciones y los conocimientos desplegados por los profesionales están enmarcados en condiciones a veces desconocidas, y sus consecuencias tienen que sumirse con criterio y responsabilidad ética. La actuación profesional está enmarcada en el contexto de la acción social. Actuar, en su sentido más general, significa tomar una iniciativa, comenzar a poner algo en movimiento.

También hay que realizar una diferenciación conceptual entre metodología y método, ya que es importante evitar confusiones o semejanzas que limitan su alcance, reduciéndola al ámbito operacional.

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.

Según Olga Vélez Restrepo “la metodología es una dinámica relación entre acción y reflexión. La multiplicidad de relaciones lógicas que conforman una realidad social específica solo puede ser comprendida con el apoyo de la teoría. El binomio teoría/metodología orienta el quehacer profesional validándolo, superando el nivel de lo empírico, visualizándose las múltiples vías de aproximación del mismo y estableciendo determinaciones esenciales, actividades y tareas.”³⁴

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. Estos ámbitos y la forma de aproximación a ellos son los que no dan la garantía de una acción pertinente, es decir, aquella que es acorde con los contextos, sujetos, momento histórico y demandas sociales y profesionales; y los que aportan elementos para una reflexión crítica que contribuya a

³⁴Vélez Restrepo, O., (2003), *Reconfigurando el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires, Argentina.

modificar o ampliar los supuestos iniciales imprimiéndole al ejercicio profesional un sentido creativo y científico.

En Trabajo Social es frecuente encontrar situaciones en que la metodología se reduce a una serie de etapas o pasos a seguir, y eso es problemático porque distorsiona y desplaza su alcance y posibilidades cognitivas.

La metodología es ante todo 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. Los métodos son consustanciales al proceso metodológico, y los objetivos representan las políticas globales que determinado enfoque metodológico alberga y actúan representando la cosmovisión que se tenga del mundo.

La metodología es una creación humana sujeta al error y su aplicación debe darse sobre realidades situadas históricas, social y culturalmente, puesto que su pertenencia y funcionalidad están condicionadas por los contextos y sujetos con los cuales se interactúa.

La metodología se ocupa de los supuestos y modos particulares de aprehensión de la realidad compartidos por una comunidad académica, científica o profesional que conforme a unos objetos y objetivos comunes constituyen lo propio o específico, es decir el “corpus” de la actuación.

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, que dejan de ser puntos de referencia para convertirse en componentes definitorios del abordaje; las pautas de acción o posibles rutas a seguir en el accionar práctico, los métodos o modos específicos de actuación, y las técnicas o herramientas a través de las cuales se implementan las acciones correspondientes.

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

Las acciones correspondientes a cada uno de los momentos presentes en los métodos de actuación del Trabajador Social-estudio, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y sistematización-conforman unidades y especialidades

particulares de tal manera que ninguna de ellas está precedida por la otra. Los niveles de desarrollo de cada una son diferenciables y sus posibilidades prácticas están definidas por las características específicas de las situaciones y contextos donde ellas operan.

El método es un recurso analítico y operativo con que cuenta el Trabajo Social para enfrentar de manera racional los problemas propios de su ejercicio profesional. Es un conjunto de razonamientos analíticos que respaldan acciones específicas y a través del cual se le asigna un fundamento racional a los distintos cursos de acción, constituyéndose en el sustento de la práctica profesional.

Las operaciones básicas del método se han orientado hacia el estudio, diagnóstico y planificación, desplazando la importancia que la sistematización o recuperación crítica del proceso, inmerso en la acción, puede representar para la calificación del ejercicio profesional y para la comprensión de las complejas realidades sociales que el método tiene que enfrentar.

La autora Vélez Restrepo hace hincapié en la importancia de incorporar la sistematización como un componente del método de actuación profesional, asumiendo a la misma como una modalidad investigativa a través de la cual sea posible: cualificar la práctica profesional, aprender racional y reflexivamente de sus aciertos y errores, aportar a la construcción de conocimientos sobre la realidad específica en que se actúa y contribuir a la elaboración de la teoría.

Los razonamientos y operaciones presentes en cada uno de los métodos de actuación profesional son:

- Estudio preliminar: se apoya en el razonamiento analítico para obtener un encuadre general de la situación y desarrolla operaciones de carácter investigativo tales como la observación y el análisis documental.
- Diagnóstico: da cuenta del conjunto de conceptualizaciones y tareas cognitivas de aprehensión de la realidad que, mediante razonamientos de tipo reflexivo, permiten describir y caracterizar las situaciones específicas. Es una 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: se establece el rumbo de las acciones prácticas a desarrollar y se utiliza un razonamiento de tipo analítico. Está conformada por problemas específicos que requieren respuestas profesionales; por lo tanto su finalidad es 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: se reflexiona y recupera analíticamente el proceso o experiencia, haciendo uso de la teorización. Es una modalidad de investigación cualitativa y como tal aporta a la producción de conocimiento sobre las realidades específicas donde se realiza la “acción profesional”.
- Ejecución: es la fase de 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 mejoradoras según el tipo de actuación profesional que se haya privilegiado (de prevención, atención, promoción, educación).
- Evaluación: es una etapa eminentemente reflexiva que tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades obtenidos para el logro de los objetivos últimos. Involucra la función de control de la acción planificada. Debe asumirse como un proceso progresivo de revisión y análisis que permita identificar posibles errores o limitaciones e introducir las necesarias modificaciones asumiéndola como un proceso de retroalimentación permanente. También es importante considerar la evaluación como un análisis de desempeño profesional donde se analice la eficiencia y pertinencia de la acción.

El desafío profesional contemporáneo plantea la necesidad de reconfigurar los métodos de Trabajo Social potenciando el trabajo en redes desde una perspectiva integracionista y global que posibilite trascender los espacios microsociales de supervivencia estimulando su conexión con otros escenarios y actores para que, a través de la interacción y el establecimiento de lazos internos y externos, de solidaridad y colaboración, enfrenten las situaciones amenazantes.

Niveles de actuación profesional:

Los niveles de actuación profesional se clasifican generalmente en “directa e indirecta”.

- La actuación directa: aquí el profesional establece un contacto “cara a cara” con las personas, grupos o colectividades afectadas por una situación dada, respondiendo a demandas específicas formuladas abiertamente y donde el clima de la relación se constituye en elemento favorable para la modificación de la situación problemática o de la gestión a realizar.
- La actuación indirecta: es el conjunto de actividades profesionales que no requieren, para su realización, del contacto personal o directo entre el profesional y la población a la cual va dirigido el programa o “servicio”, pero que son importantes para garantizar la eficacia del nivel directo de actuación.

Ambos niveles se operacionalizan siguiendo los pasos estipulados en los métodos (estudio o investigación, diagnóstico, planificación, ejecución, control) y las demandas y particularidades de cada situación condicionan el desempeño de determinados roles o funciones.

La mencionada clasificación es el resultado de ideas positivistas. Hablar de actuación directa e indirecta significa dividir y separar de manera mecánica y artificiosa algo que en esencia está constituido como un todo complejo: la acción social. Se niega la noción de proceso presente en la práctica profesional y se establecen barreras cognitivas y operativas que encasillan y reducen la acción social.

Las tendencias contemporáneas de la acción social están basadas en la valoración de la subjetividad y el establecimiento de puentes y conexiones comunicativos que permitan acercar los disímiles mundos de la vida y de la realidad social, enfatizando en la bondad de las perspectivas dialógicas e interactivas para la comprensión, interpretación y abordaje de lo social.

Se comparte la idea de Vélez Restrepo, de que esta problemática puede ser abordada de diferentes formas por los profesionales. Una de ellas sería las actuaciones directas con las familias de los niños.

Se agrupan entonces actuaciones bajo diferentes tipologías en las que el trabajador social utiliza sus conocimientos y su saber para responder a las necesidades del asistido aportándole conocimientos; siguiendo el lineamiento de la autora podemos destacar;

✓ **La prestacional**, de carácter asistencial, está orientada hacia la satisfacción de necesidades básicas 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 una situación especial. En la mayoría de los campos donde se desarrolla este tipo de trabajo social la asistencia está focalizada hacia aquellos sectores de la población que se apartan de los estándares mínimos de bienestar social establecidos oficialmente. Aunque la asistencia es hoy más que nunca necesaria, para aquellos sectores sociales sobre los cuales recaen efectos de las políticas económicas de ajuste, vale la pena aclarar que la actuación profesional de tipo asistencia 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. No basta con gestionar la prestación de los servicios sociales, hay que hacerlo bien y con calidad y ello lo exige el desarrollo de sólidas bases teóricas que permiten convertir el oficio del profesional en una actuación dotada de sentido y orientada según el mismo.

✓ **La 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 despliegan para asumir los cambios y superar las dificultades.

Este tipo de trabajo social se basa en la motivación, la participación activa, la autogestión y la autonomía como principios reguladores de la acción social, y orientación hacia la organización y la promoción de los individuos, grupos y comunidades. La educación y la capacitación como estrategias de acción cumplen un papel fundamental.

Este modelo marca un hito importante en el desarrollo de la metodología del trabajo social contribuyendo a romper algunos de los estrechos vínculos que conectaban la práctica profesional con ejercicios paliativos de carácter paternalista. Uno de los rasgos predominantes de la metodología tradicional ha

sido el de imponer soluciones técnicas pre elaboradas por los profesionales sin la vinculación activa de los sujetos afectados por la situación o problema. Sin embargo, la presencia de los enfoques participativos existentes en otros tipos de actuación profesional, como el promocional han contribuido a contrarrestar la anterior tendencia. A pesar de los avances que los enfoques participativos suscitaron en la profesión, el vínculo que la participación estableció con posturas ideológicas y populistas limitó su alcance y posibilidades, desvirtuándola.

✓ **La preventiva**, Como su nombre lo expresa 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.

✓ **La educativa**, está presente como estrategia de acción en varias modalidades del ejercicio profesional, la misma 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 como puntal de nuevas tipologías de actuación profesional.

La actuación en su forma más compleja re-sitúa los roles antes ejercidos por el trabajador social, dando cabida a un tipo de metodología donde el papel del profesional se ubica en el acompañamiento a procesos individuales y colectivos que permitan subvertir lo establecido para permitir la reproducción y generación de actitudes y valores constructores de sujetos. Lo esencial en este tipo de acción es el afianzamiento de los valores necesarios para la convivencia social y la constitución de sujetos sociales capaces de asumir e interpretar la realidad de manera ética y responsable.

6.3. Técnicas y Procedimientos

El uso instrumental, formalizado y positivista que durante el ejercicio profesional se hace de las técnicas, restringe las posibilidades dialogantes e interactivas que las mismas puedan tener y sus aportes a la construcción del conocimiento y al establecimiento de mediaciones y subjetividades.

La instrumentalidad del Trabajo Social da cuenta del conjunto de procedimientos de naturaleza profesional socialmente reconocidos y que constituyen el acervo cultural de la profesión, adquiriendo diversos significados a lo largo de la historia: son propiedades, capacidades, destrezas y competencias históricamente construidas y reconstruidas por el Trabajo Social en su proceso de inserción en el mundo del trabajo (mercado laboral) y en el ámbito específico de la prestación de servicios sociales.

La instrumentalidad de la profesión está soportada en un conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social.

El instrumental o la caja de herramientas constituyen un puente que conecta intención-concepción y operacionalización de la acción, contribuyendo al control, evaluación y sistematización; y está presente en todos y cada uno de los momentos que conforman los procesos de la actuación profesional específica. Se construye permanentemente, constituyéndose en el eje operacional de la profesión y abarcando técnicas, conocimientos, competencias y habilidades.

La complejidad de la situación actual le plantea al Trabajo Social Contemporáneo la necesidad de soportar su desarrollo teórico y metodológico en herramientas de trabajo cualitativas, interactivas y preactivas que coloquen la centralidad de la acción social en la intersubjetividad y en el rescate de la cotidianidad.

Las técnicas e instrumentos utilizados por el Trabajo Social en sus procesos de actuación profesional, operan como dispositivos de producción y regulación de las situaciones sociales que se provocan al interior de determinados marcos comunicacionales e interaccionales. Como generadoras de situaciones y actos de comunicación, las técnicas posibilitan la lectura, comprensión y análisis de los sujetos, contextos y situaciones sociales donde se actúa, siendo inconveniente el asumirlas como simples recolectoras de información.

La decisión sobre la conveniencia o no de determinadas técnicas es una cuestión de postura profesional que se corresponde con el curso epistemológico-metodológico que se le quiere impartir al proceso o movimiento de la acción social: si interesa un nivel descriptivo de externalidad y causalidad cuantitativa, las encuestas o herramientas distributivas pueden ser las adecuadas; si se busca comprender y develar lógicas, representaciones y situaciones inmersas en el mundo de la vida y en la cotidianidad, puede ser conveniente apelar a la observación, cuando se requiere configurar sentidos y significados, donde la reflexividad de los actores es importante, hay que acudir a técnicas interactivas como los talleres, los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad.

Algunas de las técnicas que se consideran centrales en el ejercicio del Trabajo Social Contemporáneo son:

La entrevista: es una herramienta fundamental para el ejercicio profesional, y las características propias del Trabajo Social individual, grupal y familiar y organizacional que se apoyan en ella son testigos de transformaciones importantes que la convierten en estrategia de actuación amplia y compleja.

El criterio que guía la decisión de su utilización, tiene que ver con la postura y valoración que se le asigna a esta herramienta, y existen dos tendencias sobre la calidad, importancia y funcionalidad del tipo de información que ella aporta: una opción tiene que ver con la eficacia, practicidad y control de la información cerrada que ella suministra, y la otra, al buscar información y explorar posibilidades comunicativas, orienta su utilización hacia las configuraciones de sentido.

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.

Cada encuentro entrevistador-entrevistado, genera un universo de información que necesita ser ordenado. El flujo comunicativo que surge de los encuentros de actuación profesional, donde se requieren varias entrevistas, tiene que conjugar la valoración particular de cada una de ellas y el análisis comparativo

de todas. La asociación y el relacionamiento informativo son necesarios para la construcción de ejes articuladores y definitorios de sentido.

Algunos de los requisitos que deben acompañar la puesta en práctica de la entrevista son: crear un clima de confianza y seguridad; la flexibilidad debe orientar la aplicación de la entrevista; se debe construir un ambiente concertado y adecuado para garantizar la privacidad de la misma; revisar las condiciones técnicas en que se desarrollara la entrevista y contar con la autorización previa para ella (grabador o tomar notas); seleccionar bien las preguntas y formularlas como posibilidades temáticas a desarrollar de acuerdo con las necesidades y objetivos de la entrevista; clarificar y precisar los objetivos que se persiguen; ser cálido y afectuoso; establecer límites claros y precisos y registrar de manera fiel los relatos y lo que constituye el ambiente donde la entrevista transcurre.

La observación: es una estrategia de actuación profesional que posee la virtud de ampliar las perspectivas y visiones sobre los asuntos o problemas sociales. La misma posee posibilidades para aportar a la reconstrucción de la realidad desde la cotidianidad. La vida cotidiana se entiende como ese lugar del acontecer social que atañe al individuo y que constituye un campo abierto de decisiones y acontecimientos que diariamente enfrenta la gente.

La observación sistémica permite visualizar aquellos lugares comunes de la vida cotidiana que se asumen como obvios, descubriendo cosas que no todos conocen y señalando patrones que, aunque ocultos, afectan a la gente.

La observación, como actitud cognitiva intencional, difiere de mirar y está orientada de manera consciente mediante un esquema de trabajo explícito y una actitud persistente. Es un proceso de atención intencionada, orientado por unos fines y objetivos determinados y a través del cual se genera información sobre las prácticas, actitudes, situaciones y escenarios de los sujetos sociales.

La observación 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 éstos no se conviertan en simples curiosidades interesantes.

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.

Es un espacio de escucha activa generando procesos de apropiación de información que posibilitan la construcción, reconstrucción y deconstrucción de realidades sociales diversas.

El taller se soporta en la interacción para la construcción de lenguajes comunes, para crear acuerdos consensuales importantes para la convivencia en la organización social. El lenguaje es el vehículo que posibilita la construcción de nuevas experiencias y la reconstrucción de aquellos saberes iniciales o espontáneos que habitan en quienes participan del taller.

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.

El grupo de discusión: es un dispositivo a través del cual se reconstruye el sentido de lo social, en una situación grupal discursiva.

El grupo de discusión trabaja con el habla, estableciendo una interacción comunicativa que articula orden social y subjetividad. El discurso social es entendido como un conjunto de producciones significantes, que operan regulando lo social.

El grupo y la conversación son las dos formas específicas que presenta esta modalidad de trabajo. El grupo es un grupo artificial creado y convocado con un interés particular y que incorpora algunas de las estructuras conversacionales presentes en la conversación grupal, en la entrevista en profundidad, en el trabajo colectivo y en la propuesta metodológica de la discusión.

Canales señala tres situaciones importantes de destacar en la dinámica conversacional del grupo de discusión: una inicial o de encuadre, ubicando el tema y las reglas de conversación; una intermedia, caracterizada por el silencio; y una tercera, con la que se da inicio al grupo como tal. Cuando se deja vacío el lugar de poder, el grupo lo retoma y se inicia un espacio conversacional que contiene todos los matices propios de cualquier conversación.

Técnicas documentales: tienen como finalidad la reconstrucción y comprensión del mundo social y el trazado de claves y pistas que orientan la acción.

La documentación está conformada por todo tipo de registros escritos, visuales y audiovisuales (periódicos, boletines, actas, informes, cartas, fotografías, películas, afiches, etc.).

La búsqueda y selección de la información exige además de la identificación, rastreo, inventario de los documentos existentes-disponibles, el uso de fuentes complementarias que posibiliten su contextualización.

Es necesaria la construcción de ejes o categorías temáticas que se van a abordar, es necesaria la construcción de ejes o categorías temáticas que permitan darle coherencia a ese todo, recabando el significado social de los documentos como totalidad y no la consideración de cada uno como unidad.

La interpretación y el análisis de la información contenida en el material documental deben contextualizarse, complementarse o confrontarse con la información generada a través de las otras técnicas de actuación profesional.

Las técnicas documentales son útiles para apoyar procesos de actuación profesional referidos a: estudios y diagnósticos sociales; detectar intenciones, motivaciones y expectativas plasmadas en determinadas comunicaciones; dilucidar propósitos y estados de ánimo individuales y colectivos; comprender dinámicas y entornos familiares, sociales y organizacionales; apoyar procesos técnicos y la puesta en marcha de programas y proyectos sociales.

Capítulo VII. Sistematización

7.1-Proceso de Sistematización.

7.2-Análisis de las dimensiones que componen el proceso de sistematización.

7.1- Proceso de Sistematización

A partir del desempeño pre- profesional realizado en el periodo de junio-noviembre de 2010, construimos una matriz que contribuye a sistematizar los datos obtenidos para lograr los objetivos propuestos.

Esta matriz se aplica a seis casos que fueron seleccionados intencionalmente por las autoras y en los cuales intervinieron en el proceso de aprendizaje respectivo.

La matriz está conformada por las siguientes dimensiones:

- a) tipo de demanda: se identifica el origen de la demanda
 - b) Técnicas y procedimientos seleccionados para cada una de las situaciones problemas.
 - c) Tipo de accidentes: en esta dimensión se procede a identificar el tipo de accidente de acuerdo a la bibliografía analizada.
 - d) Proceso metodológico: Se destacan los siguientes nodos según Vélez Restrepo:
 - Estudio Preliminar
 - Diagnóstico
 - Planificación
 - Ejecución
- a) Las demandas se clasifican en:
- a1) demanda espontánea: realizada por algún miembro del grupo familiar, quien presenta su preocupación a un integrante del equipo de salud.
 - a2) interconsulta: efectuada al servicio social por un profesional de la salud, generalmente el médico interviniente.

a3) recorrida: generado por el propio servicio social ante la recorrida del profesional designado en un área de internación específico.

b) Las técnicas y procedimientos en la intervención de la situación problema presentada comprende al conjunto de herramientas que el Trabajador social pone en práctica durante todo su proceso de actuación a saber:

b1) Lectura de Historia Clínica: es la herramienta que determina el primer contacto con el paciente y su familia, la cual se define como un documento legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente, donde se acopia información de tipo médico, preventiva y social. La misma nos brinda la primera información del paciente.

b2) Encuesta socio - familiar: diseñada por el Servicio Social Hospitalario permite volcar los datos básicos y generales del paciente y las familias de los niños. (Ver anexo)

b3) Entrevistas en profundidad se definen como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.³⁵ Las mismas fueron realizadas, en alguno de los casos, en el contexto físico del Servicio Social, mediante la coordinación de fechas y horarios, y en otros casos cuando se imposibilitaba la concurrencia de las familias al mismo, se llevaban a cabo en salas, habitaciones, consultorios o pasillos del hospital.

b4) Entrevistas domiciliarias, el Trabajador Social se desplaza al hogar de la familia que está en situación de problema, tratando de tomar contacto directo con algún miembro de la misma, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento.³⁶

³⁵ Taylor y Bodgan, (1994) cp Rincón C., 1995:40.
<http://www.eumed.net/tesis/2009/njlg/ENTREVISTA%20EN%20PROFUNDIDAD%20Y%20FOCALIZADA.htm>.

³⁶ Ander-Egg E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Ediciones Lumen. Buenos Aires.

b5) Enlaces interinstitucionales: es la articulación que se realiza con instituciones que han intervenido en las trayectorias de las familias con las que se interviene, se llevan a cabo de manera telefónica desde el Servicio social, manteniendo contacto con otros profesionales que aportan y contribuyen a elucidar la situación problema e informan sobre los registros acerca del paciente y su contexto.

c) Los tipos de Accidentes corresponde a las categorías enunciadas en el marco teórico:

c1) quemaduras,

c2) Caídas,

c3) Intoxicaciones,

c4) Atragamiento,

c5) Cortaduras y raspaduras,

c6) Fracturas y esguinces,

c7) Contusiones, irritaciones en ojos.

d) Para la realización del estudio preliminar se incorpora el análisis de las siguientes dimensiones

- Características familiares: Dentro de este nodo se contempla al grupo familiar conviviente. Se diferenciarán a las familias en, familia nuclear, familia monoparental, familia extensa y compuesta, correspondiéndose esta clasificación con la teoría citada por la autora Arriaga Irma. Otra característica relevante será la edad del paciente y de cada uno de los convivientes, como así también el número de hermanos/as, características que contribuyen a conformar el tipo de vínculo existente y los modos de interacción entre sus miembros.
- Controles sanitarios previos al Accidente: Se centra en la actuación anticipada del grupo conviviente en lo que respecta al bienestar del niño, con el fin de prevenir determinados problemas y evitar su aparición. Se contempla el número de internaciones previas, el grado de prevención recibido acerca de los accidentes domésticos, como el registro de control y vacunación pertinente a la edad del infante.

- **Características habitacionales:** Tomamos este nodo como un indicador fundamental a la hora de evaluar la situación problemática ya que permite visualizar el ambiente en el cual se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos. Se analiza el tipo de construcción de cada vivienda, el equipamiento básico que posee, la distribución del espacio como así también las condiciones higiénicas porque consideramos que estas, tienen efectos en la salud; dado que el espacio vital debe ser adecuado para prevenir aquellos factores que incidieron en el accidente doméstico, como así también se vuelve fundamental para la futura recuperación y saneamiento de las secuelas dejadas por los accidentes.
- **Organización social de las actividades domésticas:** En esta dimensión se identifica la modalidad en la cual la unidad doméstica accede a sus recursos y la modalidad operativa que domina a esa unidad en el cuidado de los miembros menores de la misma y en especial de aquel que padece el accidente.

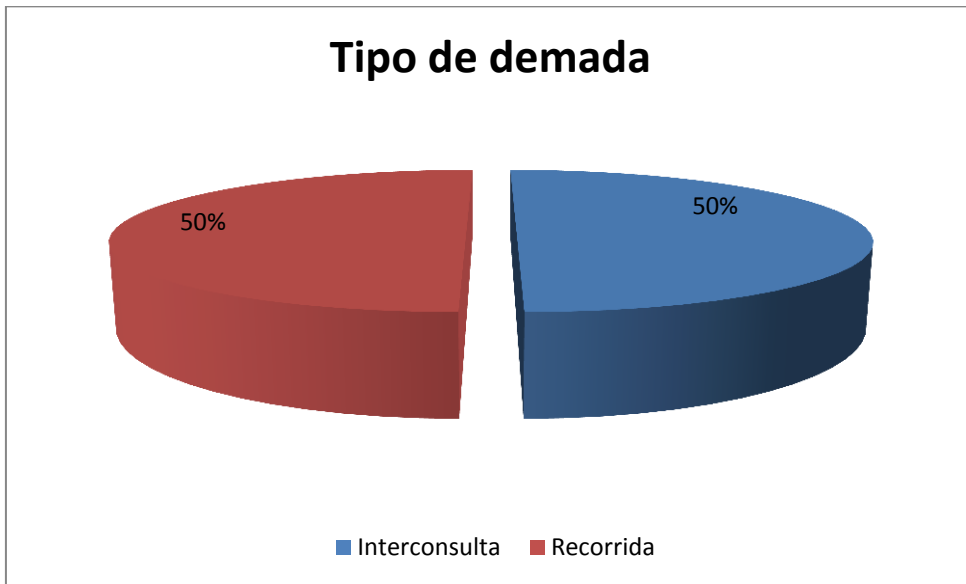
7.2- Análisis de las dimensiones que componen el proceso de sistematización

Tipos de demandas

Casos	Espontánea	Interconsulta	Recorrida
1		Servicio de Terapia Intensiva.	
2			Sector Pediatría, Moderados D.
3		Sector Pediatría, Moderados D.	
4			Sector Pediatría, Moderados D.
5		Sector Pediatría, Moderados D.	
6			Sector Pediatría, Moderados D.

En la Tabla se presentan los diferentes tipos de demandas para cada uno de los casos seleccionados.

A continuación se puede observar gráficamente los tipos de demandas;



Observamos que las demandas provienen de interconsultas generadas por los profesionales médicos de los sectores de internación de pediatría, Moderado D, y en menor escala del profesional actuante en el área de terapia intensiva.

El 50 % de los casos analizados provienen de los profesionales del servicio social al realizar la recorrida en el sector de internación en pediatría e identificar una situación donde se especifica que el motivo de internación es por accidente doméstico.

Es interesante observar que todos los casos analizados ingresan a la institución por el sector de guardia hospitalaria.

Técnicas y procedimientos

Casos	Lectura de Historias Clínica	Encuesta	Entrevistas en profundidad	Entrevistas en domicilio	Enlace interinstitucional
1	X	X	X Con Padres y vecina en internación. Abuela materna y tía paterna en servicio Social.		X Contacto con Tribunal interviniente de Familia N° 2, y Asesoría N° 3. Contacto con Servicio Social del Centro de Salud "Centro".
2	X	X	X Con padres en internación. Con abuela materna en el servicio social.	X	X Contacto con médico tratante del centro de salud. Contacto con servicio social del centro de salud.
3	X	X	X Con madre en internación y abuela materna en Servicio Social.	X	X Con Trabajadora Social de la Unidad Sanitaria Dr. Luís Sagasta y Escuela Especial N° 502 de la localidad de Gral. Pirán.
4	X	X	X Con la madre en internación y Servicio Social.		X Con Jardín Juana Azurduy N° 942, Centro de Salud Barrio Libertad y Escuela N° 34.
5	X	X	X Con la madre en internación.	X	X Comunicación telefónica con Centro de salud "La Peregrina", Y con Delegación Migratoria Mar del Plata.
6	X	X	X Con la madre en internación y Servicio Social.	X	X Con Centro de salud "Meyrelles" y con Escuela Provincial N° 3.

En la Tabla se Observan las técnicas y procedimientos implementados desde el Servicio Social del HIEMI en la problemática de Accidentología.

A partir del cuadro realizado y las distintas técnicas analizadas en el mismo, es posible visualizar distintos procedimientos que hacen a la actuación profesional. Se observa que de los seis casos analizados el primer contacto con cada uno de ellos es mediante la lectura de la historia clínica, de la misma recabamos los primeros datos del paciente y su red familiar, sus antecedentes patológicos familiares y personales, el diagnóstico médico y las distintas

observaciones realizadas por los diferentes profesionales que integran el equipo de salud de cada sector.

La lectura de la misma permite dar inicio a un registro propio del trabajador social (cuaderno de campo), en el cual se vuelcan los datos más relevantes en torno a cada caso. De acuerdo a los aspectos teóricos analizados en los apartados previos, este primer procedimiento corresponde a lo que Vélez Restrepo denomina “actuación indirecta”.

Posteriormente el Trabajador social concurre al primer encuentro cara a cara con el paciente y su situación problemática (Accidentes Domésticos). Esto es lo que Vélez Restrepo denomina “actuación directa”. En primera instancia se realiza una encuesta de Accidentología, propia del Servicio social que permite volcar la información básica de la situación problemática.

Cabe destacar que en los seis casos se lleva a cabo dicha encuesta. (Ver Anexo)

A partir de la misma el profesional comienza a profundizar la información obtenida a través de otra técnica; la entrevista en profundidad que permite una mayor comprensión de la situación vivenciada por el paciente y las familias.

En los seis casos se utilizó esta herramienta con las familias, en todos ellos se comenzó entrevistando prioritariamente a quien se encontraba al cuidado del niño/a, siendo sus progenitores en todos los casos, ya sea madre o padre. Luego podemos destacar que en algunos de los casos seleccionados se procedió a entrevistar en forma simultánea a su red de parentesco, ya que lo revelado por sus padres en el primer encuentro carece de claridad, no pudiendo comprender en profundidad la situación. A continuación se da cuenta de esto citando dos casos;

Caso 3: “Hablen con mi mamá (abuela materna de la paciente), yo no sé qué paso, no estaba ahí. No se las cosas que me pregunta.”

A partir de esto se puede inferir que la misma no podía manifestar en forma clara y precisa las características propias del accidente, presentaba una gran dificultad al momento de responder preguntas básicas sobre su hija, y durante el mayor lapso del tiempo que duro la entrevista nos remarcaba que habláramos con su mamá (Abuela materna de la paciente) que nos iba a saber explicar lo que ocurrió.

Caso 5: “No sé, no estábamos nosotros. No sabemos cómo paso esto. No entendemos”.

Las entrevistas domiciliarias se acordaron desde el Servicio Social de manera telefónica, siempre hubo una buena predisposición por parte de las familias a las cuales se visitó.

En dos de los casos las entrevistas domiciliarias fueron realizadas por los centros de salud, dado que en el primer caso la paciente fue derivada desde otra localidad; pero en ambos casos se puede decir que los centros de salud contaban con conocimiento previo de las familias. Es a partir de aquí que se desprende un seguimiento conjunto del mismo.

En cuanto al enlace institucional se llevaron a cabo comunicaciones con otras instituciones de diferente índole, entre ellas, educativas, judiciales, Centros de Protección, Centros de salud, entre otras; el contacto con las mismas se realizó de manera telefónica desde el Servicio social, siempre manteniendo relación con otros profesionales que aportan datos y registros acerca del paciente y su contexto.

Cabe destacar que en todos los casos se pudo llevar a cabo una actuación conjunta con otras instituciones, sobre todo aquellas pertenecientes al primer nivel de atención de la salud, lo cual evaluamos que fue muy beneficioso para la evolución del paciente ya que la problemática trabajada requiere un seguimiento luego del alta hospitalario, lo cual muchas veces es difícil de llevar a cabo desde el HIEMI dado que excede los límites de la institución.

Tipos de Accidentes

Casos	1	2	3	4	5	6
Quemaduras	X		X			
Caídas		X				
Intoxicaciones				X		
Atragamiento						
Cortaduras y raspaduras					X	X
Contusiones e irritaciones						

En la Tabla podemos observar el tipo de accidente en cada uno de los casos tomados como muestra.

En dos de los seis casos tomados el diagnóstico médico refiere que sufrieron quemaduras de alto grado, luego tomamos un caso con Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), otro con intoxicación medicamentosa, cortadura y por último Amputación parcial de dedo, producto de un golpe.

De los relatos obtenidos por parte de las familias se puede visualizar que las madres/padres de los niños/as se encontraban presentes en la vivienda al momento del accidente pero ninguna/o de ellos en el ambiente donde ocurrió el mismo;

Caso 1: “Mi hija estaba jugando en la cama, cuando me tocó el timbre la abuela, bajé y me puse a discutir, después fui a buscar fuego para prenderme un cigarrillo a lo de mi hermana, que vive pegado a mi casa, deje abierta la puerta de mi casa y la nena ahí, la dejé sola 5 minutos”.

Caso 4: “Estaba en el comedor de casa con mi señora, mi hijo jugaba solo en la pieza como lo hace siempre, con un juego de encastré”.

Caso 6: “No puedo decir cómo fue porque yo no estaba en el patio donde se cortó mi hija, estaba adentro con los otros nenes.”

En dos casos se puede destacar que los pacientes se encontraban al cuidado de hermanos y primos menores de edad.

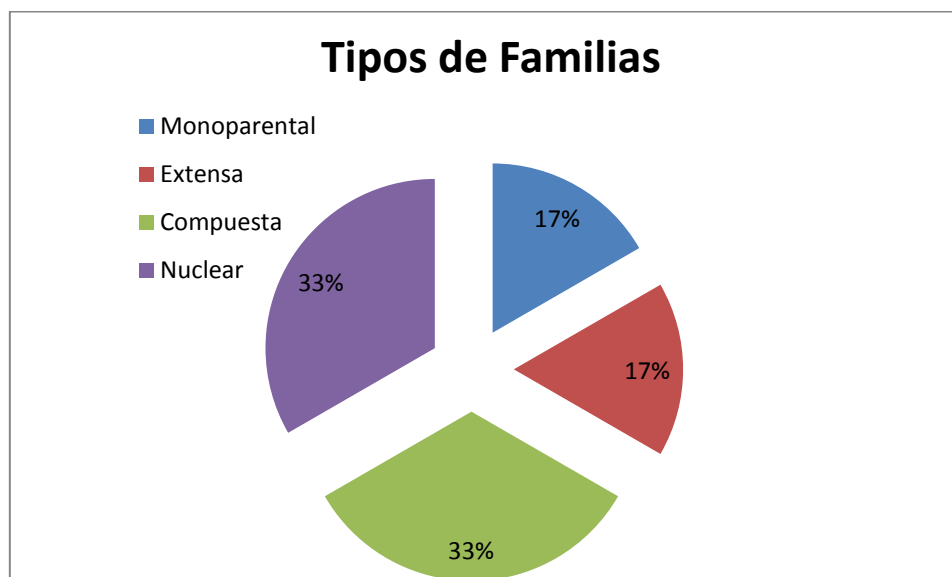
Caso 5: “Nosotros estábamos trabajando en la quinta cerca de casa, ella estaba sola con el primo jugando”.

Caso 3: “Yo no estaba, mi hija estaba con lo hermanos”.

Estudio Preliminar

Para obtener un encuadre general de la situación se incorpora el análisis de las siguientes dimensiones:

- **Características Familiares**

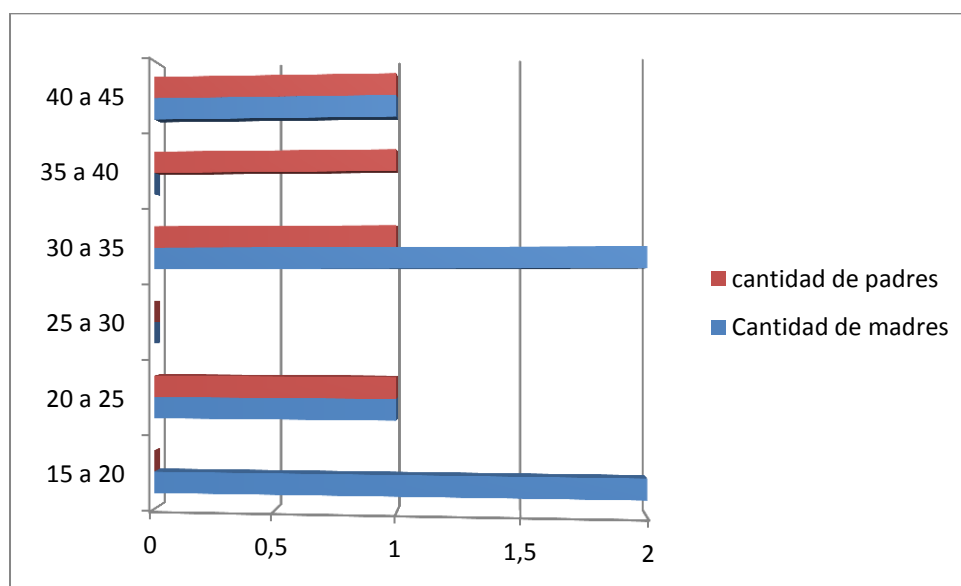


Correspondiéndose con la teoría citada por la autora Arriaga Irma, podemos mencionar que encontramos en nuestra unidad de análisis familias de tipo nuclear, extensas, compuestas por abuelos/las, tíos/as, primos; y familia de tipo monoparental.

Las edades de los pacientes oscilan desde un año de vida a ocho años. Respecto al sexo, se puede observar que en dos de los casos son niños y en cuatro niñas. La mayoría posee hermanos pequeños, desde los tres meses a los nueve años de edad.

Con respecto a los madres en su mayoría se agrupan en la franja etárea que se corresponde hasta los veinte cinco años de edad, siendo minoría aquellas que se encuentran por encima de esta edad. Destacamos que en el primer grupo hallamos madres solteras, siendo tres de ellas menores de veintiún años. Con respecto a los padres de los pacientes podemos mencionar que en menor medida presentan una edad que va en una franja etaria de veinte a treinta y cinco años, predominando en mayor medida las edades que van desde los treinta y seis a los cincuenta años de edad.

A continuación se puede observar gráficamente las edades de los progenitores de los pacientes de nuestra unidad de análisis.



- **Controles sanitarios previos al Accidente:**

En lo que respecta a las actuaciones anticipadas del grupo conviviente en cuanto al bienestar del niño se visualizó que el registro de control y vacunación pertinente a la edad del infante en su mayoría se encontraban completos, solo en un caso se halló como antecedente, una internación previa en el HIEMI aunque en aquella oportunidad fue debido a su enfermedad de nacimiento;(cardiopatía congénita), solo en dos de los casos mencionados se registró la falta de vacunas de los pacientes y de sus hermanos, por lo que se estableció contacto con profesionales del centro de salud para llevar a cabo un

seguimiento de ambas familias ya que esto se vuelve indicador de una falta de atención en los cuidados requeridos por los pequeños, lo cual puede llegar agravarse si le sumamos otros factores de riesgos³⁷, como por ejemplo, que estos niños conviven permanentemente en su vivienda con residuos de todas clases.

Caso 6: “Me corte en el patio de mi casa donde jugaba, a vender bebidas con botellas de vidrio que estaban ahí tiradas”.

Cabe destacar que su papá se dedica a la recolección de objetos reciclables.

La mayor parte de los padres entrevistados refiere no haber recibido información acerca de la prevención de los accidentes domésticos. Al hablar de información nos referimos a aquellos datos que operan como facilitadores en cuanto a los cuidados requeridos en el ambiente a tener en consideración en una etapa previa al accidente, como posteriormente al hecho ocurrido, es decir, en cuanto a la adherencia al tratamiento. Solo una familia de nuestra muestra contaba con cierta información previa al momento de la internación, pero cabe aclarar, que recibieron instrucción sobre cuidados del niño a nivel general. En el resto de las familias no recuerdan haber recibido información particularmente sobre los riesgos que se presentan en el ambiente.

Cuando utilizamos el término adherencia, nos referimos según la definición de la OMS, al grado en que el comportamiento de una persona – cuidados requeridos para las curaciones, controles sanitarios, ejecutar cambios en el modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La adherencia es importante dado que aumenta las posibilidades de que los pacientes sostengan un nivel de compensación que les permita tener una calidad de vida lo más saludable posible.

A partir de lo expuesto y según los casos analizados, es posible inferir que en mayor medida el sostén del tratamiento para la curación y recuperación total del paciente depende de la continencia familiar. Con respecto a los seis casos evaluados, se acordó con el grupo familiar de los/as pacientes y junto con los centros de salud correspondientes a cada caso el seguimiento y control para

³⁷ Ver pág. 23.

llevar a cabo las curaciones necesarias en cada uno, como así también se trabajó desde el HIEMI con cada familia sobre los cuidados tanto en las secuelas de cada accidente, como en las futuras curaciones requeridas y también en la importancia de la higiene. Hubo una buena adaptación y comprensión en cuanto a lo planteado por parte de las mismas.

- **Características habitacionales:**

En referencia al desarrollo cotidiano del paciente y su familia, este nodo nos permite conocer el ambiente en el que se produjo el accidente. El total de las viviendas observadas (cinco casos) presentaban una construcción de material, madera, chapas, algunas de ellas contaban con piso, ya sea cerámico o cemento alisado, mientras que una presentaba piso de tierra, como así tampoco tenía los servicios básicos, ya sean (gas, luz, agua. Red cloacal); además la misma contaba con aberturas en mal estado. En lo que respecta a la higiene solo en dos viviendas se visualizó un ambiente limpio o aseado, en el resto de los casos encontramos ausencia de condiciones higiénicas para el desarrollo de una vida saludable, lo cual se convierte en un problema a la hora del alta hospitalaria, ya que los pacientes necesitan gozar de un espacio limpio para las curaciones de las heridas y secuelas dejadas por los accidentes.

Caso 3: La vivienda presenta sectores con problemas de humedad, debido algunas filtraciones de agua, cuentan con escasos servicios dado que no poseen gas natural, agua corriente y red cloacal. Lo cual se constituye en una problemática para la recuperación satisfactoria de Luz Clara.

Caso 5: La propiedad se encuentra en condiciones precarias, por lo expresado es una construcción que no presenta buen estado de conservación, no cuenta con servicios y equipamientos básicos, como agua corriente, red cloacal y gas natural.

En determinados casos se pudo observar existencia de elementos riesgosos al alcance los niños, residuos, animales peligrosos, y dos familias que presentaban hacinamiento.

En otro de los casos la paciente utilizaba como espacio de juego, un lugar donde se encontraban residuos en abundancia, si bien cabe aclarar que en ninguna vivienda se encontró un espacio para el juego que esté debidamente

protegido bajo criterios de seguridad para el niño, en este caso en particular este sector se convirtió en un factor de riesgo altamente peligroso para la niña.

Caso 6: Desde el Servicio Social del HIEMI se realizó una visita domiciliaria, lo que nos permitió ver en cuanto a éste aspecto, que la vivienda se encontraba deteriorada. Esta última presenta un espacio reducido ya que su mayor parte está ocupada por materiales descartables de diferentes formas, clases y texturas.

La mayoría de los niños comparten la habitación con hermanos, un caso no posee cuna y comparte la cama con los padres por lo que desde el Servicio Social del HIEMI se gestionó una cama para el paciente. Esta situación fue tomada en cuenta como posible indicador de riesgo por los profesionales de la salud.

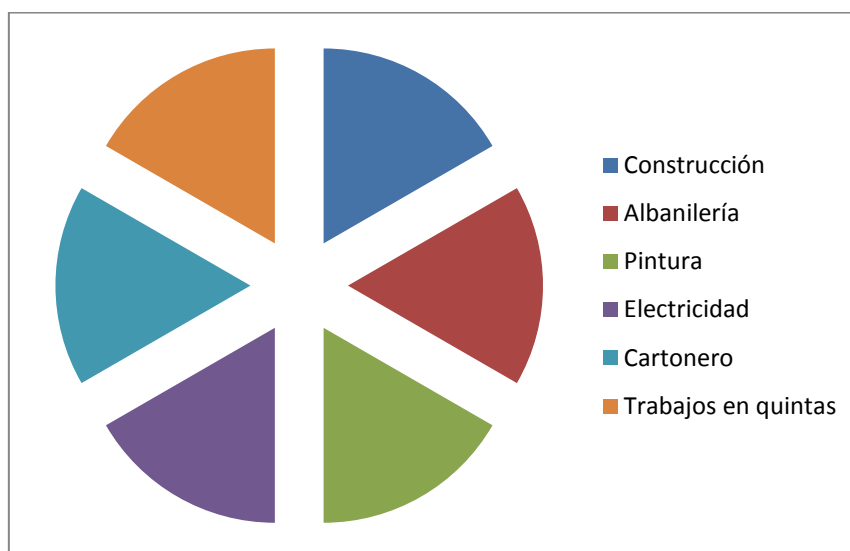
Caso 2: El paciente dormía con sus padres en una cama de dos plazas empotrada en la pared a 1.5 m de altura, cuando cayó de la misma y se produjo el accidente.

- **Organización social de las actividades domésticas:**

Las familias acceden a sus recursos mediante una amplia fuente de ingresos, éstas están constituidas por aquello recibido en concepto de remuneración, por algún trabajo realizado de modo formal e informal, como por los beneficios implementados por el Estado, mediante la obtención de planes sociales, Pensiones por discapacidad, Asignación Universal por hijo y Plan Más Vida.

En relación a la actividad laboral, se destaca que en su mayoría desempeñan tareas de modo informal siendo un solo caso encontrado en donde se desarrolla una actividad formal. La mayoría de estos empleos informales, están caracterizados por ingresos esporádicos, trabajando en condiciones de inestabilidad, debido a la inexistencia de los aportes correspondientes, o bien porque trabajan en forma discontinua o solo realizando actividades puntuales y precarias comúnmente denominadas “changas”.

En referencia a tales actividades laborales, predominan las siguientes:



Lo descrito anteriormente da cuenta de la indefectible presencia de obstáculos que impiden el acceso a una obra social para el grupo familiar como así también deja entrever que sus bajos ingresos resultan escasos para la cobertura de sus necesidades básicas.

El modelo igualitario supone que tanto el hombre como la mujer trabajen fuera de casa y que ambos contribuyan por igual al trabajo doméstico y al cuidado familiar. Sin embargo cabe destacar que la madre se presenta en la mayoría de los casos como la principal figura responsable en los cuidados de los pequeños/as, esto conlleva a una sobrecarga vivenciada por las mismas, respecto a todos los quehaceres domésticos y el cuidado de todos sus hijos, lo que hace en ocasiones que deleguen el cuidado de los hijos menores a los más grandes.

Para continuar daremos cuenta de lo mencionado, ejemplificando con relatos extraídos a través de las entrevistas que se pueden visualizar en los informes realizados. (ver anexo)

Caso 3: (Abuela Materna) “Mi hija no trabaja, tiene una pensión por invalidez y cobra la asignación familiar”.

Caso 4: (Madre) “El accidente paso en mi pieza, fue un descuido de mi parte, dos segundos que me entretuve.”

Padre: (Padre) “Estamos cansados, Federico es enérgico, muy inquieto.”

Caso 5: (Madre/Padre) “Trabajamos en una quinta, y ganamos unos 30 a veces 50 pesos por día”.

Caso 6: (Madre) “Soy ama de casa y cuido a mis cinco hijos, no puedo salir a trabajar. Mi marido es cartonero y a veces hace algunas changas porque no alcanza”.

Diagnóstico:

Los procesos de actuación refieren a las estrategias desplegadas por el profesional. Ya comenzado el proceso de investigación y revelada la primera información, se procedió a analizar todos los datos obtenidos, utilizando la perspectiva interpretativa y observando los objetivos propuestos en cada una de las actuaciones y sus resultados.

Pudimos visualizar que en el total de los casos las familias no llegan a una comprensión en profundidad de las situaciones vivenciadas por sus hijos, sus implicancias y su gravedad.

En la mayoría de los casos analizados se puede observar una situación de riesgo social y vulnerabilidad debido a numerosos factores de riesgo que afectan los cuidados y la atención que reciben los niños/as, ya sea debido a cuestiones económicas, culturales, de desestructuración familiar, habitacionales, conductas anómalas y otras circunstancias personales, familiares o del entorno.

A si mismo evaluamos en los seis casos que el egreso hospitalario del paciente sea con un adulto responsable que pueda cumplir con todos los cuidados correspondientes tanto en el paciente como en el ambiente en el que el mismo desarrolla su vida cotidiana. Como así también propiciar una actuación interdisciplinaria e intersectorial desde la institución HIEMI junto con otras instituciones de la comunidad para que se establezca un mecanismo de actuación conjunta en post del bienestar en la triada paciente-familia-comunidad

Planificación

El Trabajador Social intenta en las entrevistas explicar al grupo familiar la importancia en la prevención de los accidentes a tener en cuenta en el

ambiente doméstico y planificar consensuadamente estrategias que posibiliten un seguimiento durante el proceso de internación que permitan una recuperación óptima.

El Plan de acción implico nuestra puesta en práctica de las respuestas posibles a los diferentes problemas específicos de la situación en su complejidad, de acuerdo a las metas establecidas a lograr.

Las acciones profesionales propias de cada momento apuntan al tipo de actuación profesional que se haya privilegiado en cada caso; Se comparte la idea de Vélez Restrepo, de que esta problemática puede ser abordada de diferentes formas por los profesionales podemos mencionar en nuestra unidad de análisis actuaciones de tipo:

- Educativas
- Preventivas
- Promocional
- Prestacional

Ejecución

En consecuencia con esta definición conceptual, específicamente, dentro de las estrategias y/o actuaciones que se llevaron a cabo por el Trabajador Social en estos 6 casos tomados, encontramos actuaciones que se corresponden con las tipologías expuestas en el apartado anterior, entre ellas podemos mencionar:

- Acompañamiento y Contención desde el Servicio Social del HIEMI.
- Asesoramiento para la gestiones de tramitación de documentos (DNI), Pensiones, Planes sociales, Certificados, Inscripciones.
- Interconsultas con otras disciplinas para lograr una mayor contención emocional de la situación vivenciada en el grupo familiar.
- Prevención
- Educación
- Promoción sobre los accidentes domésticos.
- Coordinación con diferentes instituciones en post del conocimiento y seguimiento del paciente y su contexto social; concientización desde el Servicio Social del HIEMI sobre los cuidados higiénicos a tener en cuenta.

TERCERA PARTE
CONSIDERACIONES FINALES

8.1. a- Conclusión

Teniendo en cuenta la temática que dio origen a la presente sistematización y los aspectos desarrollados, se elaboraron las siguientes conclusiones, que a continuación se exponen.

En primer lugar, es posible a esta altura afirmar que sistematizar nos permite desandar el camino durante las experiencias institucionales. Al deconstruir lo vivenciado en distintos aspectos, para su análisis y reconstrucción, se encuentra que ellos están entrelazados, requiriendo un esfuerzo por parte del Trabajador Social de reflexionar acerca de sus propios registros, comparar las acciones, rever lo planificado y producir conocimiento.

Los contextos institucionales, entendidos como ámbitos donde el Trabajador Social se desempeña, permiten identificar las contradicciones y posibilidades que se registran en nuestra práctica, visualizar los verdaderos límites y alcances del Trabajo Social, lo que lleva a perfilar nuestra labor sustentada sobre una base teórica metodológica.

Desde el servicio social del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil la actuación por parte de los profesionales se corresponde con la teoría utilizada sobre una concepción de la salud que comprende a la persona de manera integral, es decir, considerando su historia, sus derechos, el contexto en el que viven, sus redes de contención primarias y secundarias, sus recursos personales (educación, trabajo, vivienda, etc.), las relaciones familiares y sus formas de cuidado. Sin embargo surgen a partir del análisis realizado, ciertas limitaciones en la actuación profesional que fragmenta el enfoque universalista.

Para comenzar la salud continúa, aún en estos tiempos, bajo la fuerte impronta del modelo médico, lo que lleva a que se dificulte el trabajo interdisciplinario, que lejos de ser una práctica integrada de profesionales de distintas disciplinas, donde cada una aporta su perspectiva para la comprensión del caso, se torna en una subordinación de las restantes disciplinas, entre ellas el trabajo social al mandato médico, lo que hace que se produzca una contradicción entre la praxis y la teoría. Sin embargo desde nuestro punto de vista consideramos importante tener en cuenta que la interdisciplina es un pilar fundamental para contribuir con mayor eficacia en el bienestar del paciente.

En cuanto a las técnicas utilizadas por el profesional se identificó; las entrevistas en profundidad, las cuales constituyen una herramienta fundamental en trabajo social, seguidas por las interconsultas a partir de otras disciplinas, y las demandas provenientes de la recorrida efectuada por el servicio social en el sector de pediatría.

Entre las acciones dirigidas a fortalecer el trabajo interinstitucional se incluyeron, las comunicaciones telefónicas, las articulaciones con otras instituciones, confección de informes y accesibilidad a diferentes recursos.

Es relevante destacar que el trabajo interinstitucional llevado a cabo conjuntamente con los centros de salud, se vuelve una herramienta fundamental en el proceso de actuación profesional, para la prevención necesaria en la problemática, con los niños, familias y comunidad.

Si bien ambas instituciones responden a diferentes niveles de atención, se visualizó la posibilidad de establecer una conexión entre ambas para poder trabajar en la problemática de accidentología, aunque sabemos que cada institución responde a sus propios objetivos, esto enriqueció nuestra actuación, y abre la posibilidad de poder construir nuevos espacios que se nutran de diferentes aportes para trabajar en la problemática.

De nuestra matriz de datos se detecta que, en cuanto a las características familiares de los pacientes, el tipo de familia predominante es nuclear y compuesta. Mayoritariamente los niños/as poseen hermanos, cabe destacar que la madre se presenta en la mayoría de los casos como la principal figura responsable en los cuidados de los pequeños/as, esto tiene una relación directa según la información recabada por las propias familias, con la sobrecarga vivenciada por las madres, respecto a todos los quehaceres domésticos y el cuidado de todos sus hijos. Esta distinción anteriormente mencionada aparece como una convergencia en los casos analizados, al mismo tiempo consideramos relevante destacar que cada familia vive y se organiza de manera diferente, éstas responden a las necesidades y a las costumbres propias de cada grupo.

Las relaciones y los vínculos en el sistema familiar están diferenciados, por lo tanto existen distintas funciones y roles entre los miembros de las mismas.

Los padres y madres de estos niños/as son los responsables de dar protección y cuidados a sus hijos, sin embargo estos cuidados adquieren diferentes formas al interior del grupo familiar.

El riesgo es considerado una categoría central en la problemática de accidentología y, en particular, los aspectos socio-ambientales que determinan la percepción y las formas de adaptación por parte de las familias. Para interpretar adecuadamente dichos riesgos fue necesario tener en cuenta dimensiones como: sexo, edad, características habitacionales, pertenencia a un grupo familiar o cultural, organización familiar en cuanto a la obtención de sus recursos, etc. En términos generales, se encontró que la satisfacción de las necesidades básicas y la búsqueda de diferentes estrategias de sobrevivencia, son los elementos que conducen a que las familias perciban algunos tipos de riesgos y desestimen otros. Por ejemplo, algunos aspectos que para otro tipo de actores sociales serían considerados como riesgos socio-ambientales —residuos en abundancia, deterioro habitacional, ausencia de espacio de juego, falta de un adulto responsable — pueden no ser percibidos, dentro de una escala local de riesgos, como prioritarios en las familias.

Esto nos abre una nueva posibilidad de plantearnos que tanto las percepciones de riesgo como las formas de adaptación a riesgo están determinadas por factores ligados a la cultura de cada sociedad e igualmente por factores de tipo ambiental; en ese sentido, el análisis conjunto de esos factores permitirá comprender de una manera más adecuada los riesgos que acepta o rechaza un individuo o un grupo familiar.

Las edades de los infantes van desde los primeros meses de vida hasta los siete años de edad, siendo éste el grupo el más vulnerable ya que son niños que están en la edad de explorar, conocer el mundo, y quienes por su edad tienen mayor riesgo.

Las quemaduras y caídas se presentan como los accidentes domésticos más frecuentes.

En su mayoría estos pacientes pertenecen a grupos familiares de nivel socio-económicos bajos, sin inserción laboral permanente, por lo cual no cuentan con aportes jubilatorios ni beneficios provisionales y cuyos salarios remunerativos son insuficientes para poder acceder a los servicios básicos, y a una vivienda saludable, lo cual se presume como una situación de riesgo para el infante.

Para finalizar, podemos concluir a modo de reflexión personal que esta sistematización se constituyó en un proceso de aprendizaje, la cual, nos permitió aproximarnos a la actuación profesional del Trabajador Social en la

problemática “Accidentes Domésticos”, y a partir de esto recuperar la experiencia vivida por el profesional, obteniendo nuevos conocimientos que nos permitieron enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, y así de este modo poder generar posibles estrategias que permitan la implementación de otros proyectos y experiencias de trabajo, al igual que la misma se pueda utilizar de ejemplo para comunicar y compartir.

En este sentido y teniendo en cuenta el breve período desde el cual el Trabajo Social se desempeña en los servicios que trabajan con la urgencia, consideramos que el presente trabajo puede aportar al conocimiento de nuestra profesión y su desenvolvimiento en dicha institución por parte de los/as Trabajadores Sociales de la salud, con la intención de contribuir a una mejora en la calidad de atención de la salud de las personas que acuden al mismo.

Por último nos parece relevante considerar el concepto de educación, como un recurso fundamental a la hora de buscar estrategias en la actuación sobre esta problemática, ya que la misma está destinada a elevar la calidad de vida y a promover el cuidado personal y el de los otros, desde un trabajo en red que articule diversas instituciones ya sea de salud, educativas, religiosas, entre otras; Es por esto que surge la propuesta de establecer una red institucional, conformada por las instituciones del sector salud, coordinada por el HIEMI, para ejecutar una campaña anual donde se trabaje la importancia de los Accidentes Domésticos, proyectando cuidados a tener en cuenta, como así también la prevención de los mismos, ya que una vez producido el accidente sus consecuencias pueden ser fatales, creemos que la concientización a través de talleres, charlas informativas o folletos explicativos que proporcionen herramientas para los cuidados de los niños/as, haciendo referencia a la necesidad de un contexto saludable y capaz de brindar información sobre cómo lograrlo, desde los profesionales de la salud, es fundamental en esta temática.

CUARTA PARTE
BIBLIOGRAFIA Y ANEXO

Bibliografía

- Ander-Egg E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Ediciones Lumen. Buenos Aires.
- Arriagada, I. (1997). *Políticas Sociales y Familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo*. Santiago de Chile.
- Barg, L. (2003) *Los vínculos familiares*. Editorial espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Bourdieu, P. (1997) *La Sagrada Familia en razones de orden práctico acerca de la teoría de la acciones*. Editorial Celta. Portugal.
- De Jong, E. (2001) *La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social*. UNER. Editorial espacio. Entre Ríos, Argentina.
- Durkham, E.(1983) *Familia y reproducción humana*. Revista perspectiva antropológica. Río de Janeiro, Brasil. Año 1983.
- Jelín, E. (1994) *Familia, crisis y después, en Wainerman, C. "Vivir en Familia"*. Buenos Aires, Argentina. UNICEF/ Losada.
- Jelín, E. (1998) *Pan y Afectos. La transformación de las familias*. Fondo de Cultura Economía. Buenos Aires, Argentina.
- Krmpotic, C. (2008) *Cuidados, terapias y Creencias en la atención de la salud. Medicalización de la vida cotidiana y políticas de salud*. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

- Llovet, J. (1984) *Servicio de Salud y Sectores populares*. Los años del Proceso. Cedes. Bs. A.S.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2009) *Posgrado en Salud Social y Comunitaria*. Programa Médicos Comunitarios. Argentina.
- Montaña, C. (2000). *La naturaleza del Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Editorial Cortez. Paraguay.
- OMS (1986) *International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Canadá. OMS.
- Torrado, Susana (1998) *Familia y Diferenciación Social. Cuestión de Método*. Buenos Aires, Argentina. Editorial EUDEBA.
- Sandoval Ávila, A.; (2001), *Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo Social*. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Schvartsman, S. (1987) *Accidentes en la niñez*. Campinas: Papirus.
- Vélez Restrepo, O.(2003) *Reconfigurando el trabajo social*, Editorial Espacio. Buenos Aires.

Artículos periodísticos y de revistas

- Material extraído de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Licenciatura en Servicio Social.

- Molina, A.; López Terríquez, S.; otros; (2009), “Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Reflexionar sobre la sistematización; una preocupación del profesional de Trabajo Social”, *Revista Margen*, N° 52. Edición Digital
- Rev Cubana Hig Epidemiol v.39 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2001.
- Souza, L.; Veraci Oliveira Queiroz, M.; Teixeira Barroso, M.G., (1998), “La estructura familiar de niños accidentados”, *Revista Cubana Enfermer.*

Artículos disponibles en la Web

- Faleiros, Vicente De Paula;(1999) Desafíos do Serviço Social na era da globalização em Serviço Social & Sociedade. Brasil. Disponible en: www6.uc.cl/trabajosocial/site/artic/.../rev_trabajo_social_76.pdf. Consultado el día: 05/05/12
- Góes Pereyra Lima. Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: Especificidades, interfaces, intersecciones. Disponible en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.ora/xviconf.htm> Consultado el día: 07/06/12
- Lidia Arlaes Yero y otros (1998) Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar. Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n6/mgi12698.pdf> .
- Fougeyrollas-Schwebel (2002), citado en: Martín Palomo, María Teresa, Los cuidados y las mujeres. Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Año 2008. Pág. 4. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF> Consultado el día: 27/06/2011
- Taylor y Bodgan, (1994) cp Rincón C., 1995:40. <http://www.eumed.net/tesis/2009/njlg/ENTREVISTA%20EN%20PROFUNDIDAD%20Y%20FOCALIZADA.htm>.

ANEXO

ENCUESTA SOCIAL- Accidentes domésticos.

Fecha: _____

Datos del paciente:

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

Habitación: _____ Obra social: _____

Nº HC: _____ F.N: _____

Domicilio: _____ Tel. /Celular: _____

Escolaridad: _____

Nº Internación: _____ Ingreso: _____ Egreso: _____

Diagnóstico: _____

Centro de Salud Municipal: _____

Grupo familiar conviviente:

- Madre: _____
- Padre: _____
- Hermanos: _____
- Otros: _____

Indicadores del accidente:

Organización de la vida cotidiana:

- Padres menores de edad (), Ausencia de uno de los padres (),
- Ausencia de ambos padres en el momento del accidente (), Negligencia en el cuidado del paciente: si () – no ().
- Otros _____

Habitacional:

- Nº de dormitorios (), Pte. Comparte cama: Si ()- No (). Personas por hab. ().
- Electrodomésticos en mal estado: si () – no ().
- Calefacción: Salamandra (), leña (), eléctrica ().
- Cocina: Gas natural (), Garrafa (), leña (). Otros _____

Transito:

- Atropello: Auto (), Moto (), Camión (). Desconoce ().
- Paciente: Caminaba (), iba en Bicicleta (), Moto: C/ padres (), solo ().
- Sistema de protección: casco si ()- no (), Cinturón de seguridad del auto Si () no ().

Intervención profesional de Servicio Social:

Observación:

Informes de los casos

Caso I

Fecha: 02/07/2010

Datos del paciente:

Sector de internación: Unidad de Terapia Intensiva.

Apellido y nombre: XXX Nahiara.

Nº HC: 49XXXX

Fecha de nacimiento: 20/04/09 Edad: 1 año y 6 meses.

DNI: 49.XXXXX

Domicilio: Libertad Nº 4114.

Celular: 155228139 (padre). (Tía):

155622812.

Localidad: Mar Del Plata

Obra Social: No tiene.

Centro de Salud al que concurre: Sala *Guanahani*.

Fecha de ingreso al HIEMI: 28/06/10.-

Diagnóstico Médico: Quemadura 25%.

Motivo: Incendio en la vivienda.

Motivo de Intervención:

La paciente XX, de un año y medio de edad ingresa al hospital Materno infantil por guardia el día 28/6/2010, acompañada por su padre Sr. XX, quien al momento de la internación era su representante legal.

La misma es internada en el área de cuidados intensivos ya que presenta un cuadro de quemaduras, esparcidas por su cuerpo. Se toma contacto con la paciente a fin de investigar que factores de riesgo actúan sobre tal accidente.

Aspecto familiar:

Breve reseña de la situación:

Según refiere el Sr. XX, padre de la paciente, convive en la actualidad con su hija en una vivienda propia desde hace 8 meses, desde que el tribunal le otorgo la tenencia provisoria ya que Nahiara tiene como patología de base una cardiopatía congénita operada y tratada en el hospital Garrahan, motivo por el cual el padre se hace cargo debido a que las condiciones habitacionales para Nahiara son de vital importancia para su recuperación, por lo cual la madre

accede a que la misma viva con su papá ya que ella asume no poder brindarle tal beneficio, tal información nos permite tomar conocimiento de que se encuentra interviniendo el Tribunal de Familia N°2.

El Sr. Correa manifiesta no tener buena relación con la madre de su hija Sra. XX, ya que pelean constantemente, se registran además radicaciones de denuncia por violencia familiar interpuestas por la madre de Nahara.

El Sr. XX padre de la paciente, al preguntársele sobre lo sucedido refiere que ésta se encontraba en su cama jugando, cuando golpeó a la puerta la abuela materna, Sra. XX, solicitándole que le entregará a su nieta. Este se negó y tras una discusión, el Sr. XX se fue a buscar fuego para encender un cigarrillo a lo de su hermana, que vive próxima a su vivienda, dejando abierta la puerta de su casa y la niña allí, permaneciendo sola en el hogar. Al volver los vecinos le advierten que se estaba incendiando su vivienda, subió las escaleras y encontró a su hija sentada en el medio del mismo. Ante lo cual agarró una frazada y logró rescatarla.

El Sr. XX y la Sra. XX se culpabilizan mutuamente del origen del incendio.

Grupo familiar conviviente:

- Padre: XX Alejandro Javier, 36 años.

Grupo familiar no conviviente:

- Familia materna: Madre: Priscila XX, 18 años.
- Tía Materna: XX Gisela, 19 años.
- Sobrinos de 4 años y 7 meses.
- Abuela materna: XX Norma Beatriz, se domicilia junto a su hija en Bolívar N° 11.394, teléfono: 465-5117.
- Familia paterna: Tía: Laura XX, de 33 años, trabaja en casa de familia, tiene esposo y dos hijas. Domicilio: Olazabal N° 1007, celular: 155622812.
- Tía Paterna: Roxana XX, celular: 156808966.
- Abuela paterna: Trabaja en casa de familia, cama adentro y los domingos va al domicilio de sus hijos.

Aspecto de salud:

La niña ha ingresado por guardia, debido haber sufrido quemaduras provocándoles las mismas, heridas graves y profundas. Actualmente se

encuentra internada en este Hospital en donde se le están realizando todo tipo de estudios, e intervenciones quirúrgicas para dilucidar su situación de salud.

Aspecto económico:

La madre de la niña trabaja actualmente para una empresa de turismo; el padre actualmente se encuentra empleado de modo informal (jornal completo) en el área de la construcción, ganando aproximadamente \$60 por día, pero además, cobra un alquiler por una construcción propia. La madre es beneficiosa de la asignación familiar por hijo.

Aspecto habitacional:

Según refiere el Sr.XX., padre de la paciente la vivienda se encuentra en buen estado de conservación, cuenta con todos los servicios y equipamientos básicos.

Según refiere la Sra.XX., se encuentra viviendo en la casa de su madre, la vivienda tiene un mal estado de conservación ya que las paredes están deterioradas debido a filtraciones de agua que se producen cuando llueve, con respecto a los servicios con los que cuenta, sostiene que tienen luz compartida, gas envasado y agua corriente pero de manera clandestina.

En lo que se refiere a electrodomésticos, afirma que no cuentan con electrodomésticos básicos como heladera, la cual, algunas veces, es prestada por vecinos.

Intervención desde el Servicio Social:

Intervención del Servicio Social HIEMI:

Se mantiene entrevistas con:

- Abuela materna.
- Madre de la paciente
- Padre de la paciente
- Tía paterna
- Vecina y amiga de la familia (solicita no dar su identidad).
- Conexión con Tribunal de Familia N° 2, y Asesoría N° 3.

Los datos obtenidos de las distintas entrevistas son:

- ❖ Conflictiva familiar: Entre los padres de la paciente, quienes no conviven actualmente y se pelean constantemente.

❖ Madre: Ha dejado al cuidado de su padre a la niña, trabajaba, y mantiene a la paciente. Se ha separado de Alejandro por ser una persona violenta. Tiene una pareja actual con la cual se ira a convivir pronto.

❖ Padre: Según refiere se ha rehabilitado de las drogas, no tiene trabajo, y pretende que se le otorgue la tenencia definitiva de su hija.

❖ Abuela materna: Comenta que Alejandro, padre de la niña, todavía consume drogas ilegales, y habría amenazado de muerte a su hija, por ello le habrían efectuado varias denuncias por maltrato, interviniendo en la última el Tribunal de Familia N° 2, en Marzo de 2010.

❖ Tías paternas: Dicen que su hermano cuidaba bien de la niña, pero que es una persona inmadura, por lo cual le habrían solicitado que les entregará la niña a ellas para criarla.

❖ Vecina: Explica que conoce a la familia desde hace siete años aproximadamente, que habría visto como el padre de Nahiara vendía sustancias ilegales en su casa, en el año 2008, desconociendo si lo hace actualmente. También refiere que una media hermana, de la paciente, llamada XX, con Cardiopatía congénita, había fallecido, estando al cuidado del padre en ese momento.

Su amiga, XX le habría confiado que su hermano sería negligente en el cuidado de la niña, y que no ha trabajado nunca, puesto que vive de lo que su madre, abuela paterna, le da y de un alquiler de un local.

Comenta que Nahiara no puede estar al cuidado de su padre.

Dice que hay otros vecinos que podrían atestiguar sobre la familia paterna.

❖ En comunicación telefónica con personal del Tribunal de Familia N° 2, refieren que sí, han intervenido con la familia por maltrato en marzo 2010.

❖ En comunicación telefónica con la Lic. Sandra XX refiere antecedentes familiares.

Impresión diagnóstica:

- Se evalúa que el egreso hospitalario de la paciente sea con un adulto que pueda cumplir con los cuidados que Nahiara requiera, debido a su patología de base y a las curaciones que implican sus quemaduras.

- A partir de las intervenciones realizadas se desprende que Nahiara se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad y riesgo social, debido a la conflictiva familiar entre sus padres lo que la convierte en víctima de una violencia constante.

- Se informa al tribunal interviniente sobre la situación ocurrida ya que evaluamos la importancia de su conocimiento con el caso, para futuras determinaciones legales.

Plan de Acción

- Coordinación con Tribunal de Familia N° 2, para conocer las medidas tomadas, en cuanto a la tenencia de la niña y así poder acordar con quien corresponda, el alta hospitalaria.
- Que sus padres reciban tratamiento psicológico vincular, para poder establecer una relación armoniosa, en pos del bienestar de Nahiara.
- Acompañamiento desde el Servicio Social del HIEMI a fin de contribuir a que la madre de la niña realice controles y curaciones de las heridas producidas por el accidente
- Gestión de recursos materiales a través, de la inclusión en el “Plan habitad”, para que la madre de Nahiara condicione su vivienda.

Acompañamiento y contención emocional para con la familia, por parte del Servicio Social de Hiemi en post de una concientización de la situación y comprensión de los cuidados requeridos.

Coordinación con Centro de Salud “Centro”, para acordar seguimiento de Nahiara al momento del egreso hospitalario

Seguimiento del caso:

El egreso hospitalario se realiza con la madre de la paciente por determinación del Tribunal interviniente, radicándose ambas en la vivienda de una tía materna.

Se ha mantenido contacto de manera reiterada, ya sea mediante entrevistas en el HIEMI, o comunicaciones telefónicas efectuadas desde el Servicio Social con la madre de Nahiara.

Se ha observado un progreso en cuanto al cuidado de la niña por parte de su mamá y una mayor comprensión de las cuestiones referidas a la salud de su hija. Con respecto al “Plan Habitad” aún no se obtuvo respuesta.

Caso II

Fecha: 21/06/2010

Datos del paciente:

Apellido y nombre: XX, Thiago

Fecha de nacimiento: 16/07/2009

Edad: 11 meses

DNI: 48.XXX.XXX

Cel.: (0223) 156-XXXXX (madre)

Domicilio: B° Las Heras. Calle XXX.

Localidad: Mar del Plata

Obra social: No tiene

Centro de Salud al que concurre: Faro Norte

Diagnóstico médico: Traumatismo Encéfalo Craneano

Motivo de Intervención: Identificar factores de Riesgo que inciden en el accidente.

Aspecto familiar:

Hace aproximadamente 4 meses, la pareja y su hijo se encuentran viviendo en la ciudad de Mar del Plata. Estos son oriundos de San Cayetano, y debido a las dificultades para insertarse en el mercado laboral, decidieron residir en esta ciudad.

La familia de María Luz, mantiene lazos afectivos fuertes con ellos, brindándole contención y apoyo emocional.

Cabe destacar que la madre del niño, se encuentra nuevamente embarazada, con una gestación de 4 meses.

Grupo familiar conviviente:

- Madre: T., Ma. Luz 19 años (No trabaja)
- Padre: M., Juan M. 20 años (E. Fábrica)

Grupo familiar no conviviente:

- Abuelos maternos.

Aspecto de salud:

El niño ingresa al HIEMI el día 26/10/2010, presentando diagnóstico de Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) por caída de altura. Éste dormía con sus padres en una cama de dos plazas empotrada en la pared a 1.5 m de altura, cuando cayó de la misma.

Aspecto económico:

En la actualidad, Juan se encuentra trabajando en una fábrica de quema de aceite, obteniendo en concepto de remuneración \$1500 mensuales, siendo insuficientes para cubrir las necesidades básicas de la familia. Esto debido a que cada mes destinan \$500 al alquiler de la vivienda donde habitan.

Al mismo tiempo, reciben ayuda esporádica de la familia materna, que colabora con pañales y leche para Thiago.

Aspecto habitacional:

La vivienda que alquilan es tipo departamento, constituido por un solo ambiente baño y cocina, ambos completos. Se encuentra en buen estado general, aunque sus estrechas dimensiones hacen que el niño no tenga su propio espacio. Además cuentan con todos los servicios básicos de infraestructura urbana (agua, Luz, gas y red cloacal).

Intervención desde el Servicio Social:

Entrevistas con los padres de Thiago durante el período de internación del 19 hasta el 21/11/2010:

El objetivo de las mismas era tomar contacto con la situación. En la primera de ellas se completa una encuesta de accidentes, en la que se detallan los datos personales y las características propias del accidente. De las sucesivas entrevistas realizadas se desprende la información antes expuesta.

Comunicación telefónica con Dra. Pouloza del Sub Centro de Salud “Faro Norte”, el día 26/10/2010.

La profesional de salud refiere que María Luz, realiza los controles pertinentes de su embarazo y del niño, pero que los mismos son escasos debido al corto período de residencia en la ciudad de Mar del Plata. En tal sentido afirma que no existen en este centro de salud referencias sociales en relación a la familia.

Comunicación telefónica con Lic. En Servicio Social Andrea, del Hospital de San Cayetano, el día 27/10/2010.

Según Refiere la Trabajadora Social de la institución mencionada, la madre de Thiago habría tenido conflictos conductuales (actitud rebelde) para con su familia, al mismo tiempo, que se la veía relacionada con el consumo de drogas. Afirma que del padre de Thiago no tiene referencia alguna; pero que, sin embargo, los padres de Ma. Luz nunca lo aceptaron, debido a la pertenencia a

clases sociales diferentes. Puesto que la situación económica de la familia de Juan es precaria en relación a la de su pareja.

Entrevista en el servicio social con la abuela materna de Thiago, el día 27/10/2010.

La abuela del niño durante la entrevista se muestra con una actitud colaboradora. Manifiesta que mantiene una estrecha relación con su hija a pesar de la distancia geográfica y la ayuda con recursos materiales (leche y pañales) e económicos. Además realiza visitas periódicas para ver a su nieto, brindando contención emocional a la familia.

En la entrevista, la abuela de Thiago expresa que, si bien “ayuda en lo que puede”, su situación económica no es óptima como lo era tiempo atrás, cuestión que hace dificultoso su aporte. Por último sostiene que su hija es “muy chica” y “no está capacitada para la crianza del niño”.

Entrevista domiciliaria a María Luz XX y Juan M. XX, padre de Thiago, el día 16/11/2010.

En el transcurso de la misma se pudo observar que en relación a la organización familiar, la familia se encuentra en una situación estable, lo cual se encuentra favorecido por la ampliación de su red social, por medio de vecinos. Esto es significativo debido a que la pareja se encuentra sola en la ciudad.

Se visualizó responsabilidad por parte de los padres del niño, ya que, si bien la cama matrimonial de la cual el niño se cayó, no fue extraída, sí se colocó una cama a poca distancia del suelo a fin de evitar un próximo accidente.

Por último, según refiere María Luz su situación económica sigue siendo difícil, pues ni siquiera alcanza para su adecuada alimentación, lo cual es fundamental por su estado de embarazo.

Impresión diagnóstica:

Se considera que esta familia, requiere de contención y ayuda social, debido a que residen en esta ciudad desde hace poco tiempo, que no cuenta con una óptima situación económica, y fundamentalmente que todos sus integrantes son menores de edad, resultándoles difícil la adaptación a esta situación que atraviesan.

Plan de Acción:

- Coordinación con Centro de Salud “Faro Norte”, para el seguimiento del caso.
- Gestión de recursos materiales a través, de la inclusión en “Plan Más Vida”, como así también, en el “Plan Federal de Viviendas”.
- Acompañamiento y contención emocional hacia la pareja, y especialmente a Ma. Luz en su rol materno.

Seguimiento del caso:

Hasta el momento se ha mantenido diversas comunicaciones telefónicas con María Luz, la cual ha expresado su interés para con la realización de las acciones previstas a futuro. Se coordina entrevista desde el servicio social para el día 7 de noviembre de 2010.

Caso III

Fecha: 16/09/2010

Datos del paciente:

Apellido y nombre: XX,Luz Clara

Fecha de nacimiento: 25/08/2008 Edad: 2 años

DNI: 49.XXX.XXX

Cel.: (0223) 156-XXXXX (Abuela materna)

Domicilio: Calle XXX.

Localidad: General Piran

Obra social: No tiene

Centro de Salud al que concurre: Unidad Sanitaria Dr. Luís Sagasta (General Pirán)

Diagnóstico médico: Quemadura 20%

Motivo de Intervención:

Se acude al sector de Pediatría, Moderados “D” por medio de una Interconsulta derivada al Servicio Social, con el fin de investigar las características socio- ambientales que presenta el caso de dicha paciente.

Breve reseña de la situación:

En nuestro primer contacto con la paciente tomamos conocimiento que quien acompañaba a la pequeña es su mamá, pudimos inferir en el transcurso del primer encuentro que la misma no podía manifestar en forma clara y precisa las características propias del accidente, presentaba una gran dificultad al momento de responder preguntas básicas sobre su hija, y durante el mayor lapso del tiempo que duro la entrevista nos remarcaba que habláramos con su mamá (Abuela materna de la paciente) que nos iba a saber explicar lo que ocurrió, ya que la misma no estaba con ella porque había quedado al cuidado de su segunda hija (hermana de la paciente) y hermanos.

En la entrevista con la abuela materna, nos informa que ella es la responsable legal de la niña, ya que su hija padece una deficiencia mental y que por esto se encuentra en tratamiento. Al preguntársele por el accidente nos comenta que sufrió una quemadura producto del vuelco de una pava de agua hirviendo, el mismo ocurrió cuando Luz Clara en un intento por llegar a esta se trepa a una silla y la vuelca encima de su cuerpo. En su relato nos informa que ella estaba

presente y que de inmediato llevo a su nieta al hospital de su ciudad de origen General Pirán y desde allí fue derivada al HIEMI por el grado de quemadura alcanzado, no pudiendo ella acudir junto con la paciente porque debía primero buscar quien quedara al cuidado del resto de su familia.

Grupo familiar conviviente:

- Madre: XX Rocío, 15años.
- Abuela Materna: XX Norma, 38 años.
- Abuelo Materno: XX Omar, 41 años.
- Hermana: XX Priscila, 3 meses.
- Tía Materno: XX María Sol, 4 años.
- Tío Materno: XX Omar, 10 años.
- Tío Materno: XX Damián, 17 años.

Aspecto de salud:

La niña ha ingresado al HIEMI, siendo derivada del Hospital de General Pirán por haber sufrido quemaduras afectándole un 20% de su cuerpo. La misma queda internada en el hospital en donde se le aplican las curaciones e intervenciones quirúrgicas correspondientes.

Aspecto económico:

La abuela materna se encuentra trabajando de modo informal como empleada doméstica y niñera, realizando ambos trabajos de forma particular en diversos lugares, el abuelo materno esta empleado como barrendero, dependiente de la Municipalidad de General Pirán. El tío materno presta servicio en un taller mecánico, colaborando en forma periódica con la familia. Actualmente la madre de la niña no participa en actividades laborales, es beneficiaria de la Asignación Familiar por Hijo, y además cuenta con una pensión por invalidez.

Al realizar el presente análisis de datos no podemos dejar de mencionar que la madre concurre a la Escuela Especial N° 502 de General Pirán durante una doble jornada de ocho horas diarias.

Aspecto habitacional:

La familia alquila una vivienda tipo PH departamento, constituida por dos ambientes. Se encuentra en estado regular dado que la misma presenta sectores con problemas de humedad, debido algunas filtraciones de agua, en

determinados sectores de la misma, cuentan con escasos servicios dado que no poseen gas natural, agua corriente y red cloacal. Lo cual se constituye en una problemática para la recuperación satisfactoria de Luz Clara.

Intervención desde el Servicio Social:

Entrevistas con la madre de Luz Clara y Abuela materna durante el período de internación del 16/9/2010 hasta el 5/10/2010:

El objetivo de las mismas era tomar contacto con la situación. En la primera de ellas se trata de completar la respectiva encuesta de accidentes, en la que se detallan los datos personales y las características propias del accidente. Ante la dificultad de completar la misma a partir de los escasos datos obtenidos por su mamá, se toma contacto con abuela materna a partir de la cual se desprende la información antes expuesta.

Comunicación telefónica con Lic. En Servicio Social XX de Unidad Sanitaria Dr. Luís Sagasta el día 20/09/2010

La profesional del Centro de salud refiere que XX Rocío mamá de Luz Clara, realiza los controles pertinentes de sus hijas. Que las mismas son acompañadas por su abuela materna y en ocasiones por una vecina que es referente de la familia. También se puede confirmar que desde el centro de salud se esta trabajando con XX Rocío en cuanto a lo que se refiere Planificación Familiar. Se pone de manifiesto por dicha profesional que se habría arreglado con Rocío, previo a su segundo embarazo, concretar la colocación del método anticonceptivo "DIU", hecho que no se llevo a cabo porque la misma queda embarazada.

Se informa del estado de salud de Luz Clara y se acuerda con dicha profesional un seguimiento conjunto de la situación, arreglando una visita domiciliaria para poder evaluar las condiciones habitacionales en las que Luz Clara realizará su futura recuperación.

Comunicación telefónica con Escuela Especial Nº 502 el día 20/09/2010

Según refiere la directora de la institución mencionada, dicen conocer a la madre de Luz Clara y su familia, nos informan que Rocío concurre diariamente a la institución desde que fue derivada a los doce años, concurriendo doble jornada cuyo horario es de 9 a 16 horas, también tomamos conocimiento de que Luz Clara concurre al Jardín Maternal 902 de Pirán, donde todos los días es llevada por su mamá antes de entrar a su escuela. A las 13 hs. retira a Luz

Clara personal docente perteneciente de la escuela especial, quedando la niña en el establecimiento escolar N° 502 junto con su madre, hasta que su abuela materna puede acercarse a retirar a la pequeña, dado que por su trabajo se le dificulta poder retirarla ella misma en dicho horario. Se puede visualizar a partir de esta comunicación telefónica una red institucional en post de facilitar y ayudar en la crianza de Luz Clara.

Entrevista domiciliaria desde la unidad Sanitaria Dr. Sagasta, el día 26/09/2010

En comunicación telefónica con Lic. XX, desde el Servicio Social del HIEMI se recaba la siguiente información, en relación a la organización familiar: la familia se encuentra contenida y apoyada por una red de instituciones de la localidad de General Pirán que colaboran en el desarrollo de la cotidianidad de dicha familia, la cual se encuentra favorecida por la ampliación de su red familiar.

Las condiciones en cuanto a lo habitacional son regulares, ya que no solo se pudo visualizar humedad en el interior de la propiedad sino que además también se destacó falta de higiene en algunos sectores de la vivienda.

Se visualizó responsabilidad por parte del abuelo paterno de Luz Clara con el resto de sus hijos y su nieta ya que al momento de la visita realizada por la profesional estaba presente el mismo quien había quedado al cuidado de la familia.

Se acuerda trabajar con la familia sobre cuestiones higiénicas y el seguimiento de los controles semanales de Luz Clara.

Impresión diagnóstica:

Se evalúa que el egreso hospitalario de la paciente sea con un adulto y que se cumplan con las curaciones de sus quemaduras.

Se considera que esta familia, requiere de contención y ayuda social, la cual es brindada por una red de instituciones de su respectiva ciudad.

A partir de las intervenciones realizadas se desprende que Luz Clara cuenta con un entorno propicio para su recuperación, se visualiza por parte de abuela de la niña una buena predisposición y colaboración para acompañar a su hija y su nieta. Se observa una estrecha relación con su hija y se responsabiliza además de los futuros controles y curaciones de su nieta.

Se evalúa trabajar cuestiones higiénicas con la familia.

Plan de Acción

- Acompañamiento desde el Servicio Social del HIEMI a fin de contribuir a que la madre de la niña realice controles y curaciones de las heridas producidas por el accidente.
- Coordinación con Unidad Sanitaria Dr. Luís Sagasta para realizar seguimiento de Luz Clara y así contribuir a su pronta recuperación.
- Coordinación con el Hospital de General Pirán, para realizar el traslado de Luz Clara, desde el HIEMI hacia su domicilio en ambulancia al momento del mismo.
- Acompañamiento y contención emocional para con la familia, por parte del Servicio Social de HIEMI en post de una concientización de la situación y comprensión de los cuidados higiénicos requeridos.

Seguimiento del caso:

El egreso hospitalario se realiza con la madre y abuela materna de la paciente el día 5/10/2010, en una ambulancia de su ciudad de origen.

Se ha mantenido contacto de manera reiterada, ya sea mediante comunicaciones telefónicas efectuadas desde el Servicio Social con la abuela materna de Luz Clara, como así también con la profesional de la Unidad Sanitaria Dr. Luís Sagasta, quién al momento confirma estar trabajando con la paciente y su familia.

Se ha observado un progreso en la comprensión respecto a cuestiones higiénicas en lo que refieren al cuidado de Luz Clara.

Caso IV

Fecha: 13/08/2010

Datos del paciente:

Sector de internación: Pediatría

Apellido y nombre: XXX Federico.

Nº HC: 49XXXX

Fecha de nacimiento: 04/05/06 Edad: 4 años

DNI: 47.XXXXX

Domicilio: Brasil XXXX Celular: 155xxxxxx (padre). (Madre): 155xxxxxx.

Localidad: Mar Del Plata

Obra Social: Unión Personal.

Centro de Salud al que concurre: Centro de Salud "Libertad".

Fecha de ingreso al HIEMI: 12/08/10.-

Diagnóstico Médico: Intoxicación Medicamentosa.

Motivo de Intervención:

El paciente XX Federico, de cuatro años de edad ingresa al hospital Materno Infantil por guardia el día 12/8/2010, acompañado por su padre Sr. Rubén. El mismo es internado en el área de pediatría, luego de habersele realizado un lavaje de estómago por intoxicación medicamentosa. Se toma contacto con el paciente a fin de conocer la situación sobre tal accidente.

Aspecto familiar:

Breve reseña de la situación:

Según refiere el Sr. Rubén XX, padre del paciente al preguntársele sobre lo ocurrido, comenta que se encontraba en el living de su vivienda junto con su señora, (mamá de Federico), mientras que su hijo jugaba, como suele hacerlo con naturalidad, en su habitación, entretenido en esta oportunidad con un juego de encastre. El padre, demostrando estar angustiado por la situación vivenciada, comenta que su mamá lo encontró con una crisis de ahogo, que fue desencadenada por ingerir un óvulo de una caja de medicamentos, pertenecientes a la misma. Agregan que en el momento pudieron sustraerle el óvulo, y al mismo tiempo comienza con vómitos, es por esto que se acercan de forma inmediata al HIEMI.

Grupo familiar conviviente:

- Padre: Rubén, 41 años.
- Madre: Norma, 36 años.
- Hermana: Florencia, 9 años.

Aspecto de salud:

El niño ingresa por guardia, debido a una intoxicación medicamentosa, lo que le produjo una obstrucción en las vías respiratorias y vómitos. Actualmente se encuentra internado en este Hospital en donde se lo mantiene en observación, para evaluar su evolución luego del lavaje de estómago realizado, ya que no solo ha ingerido un óvulo como pudieron ver los padres, sino que tomo todo tipo de medicación en comprimidos.

Aspecto económico:

Ambos progenitores se encuentran ocupados de modo formal desempeñándose su madre como maestra jardinera en el “Jardín Privado XX” realizando algunas suplencias, lo que le permite obtener una ayuda para contribuir al ingreso familiar y su padre como empleado en la empresa “XX XX” de transporte público.

Aspecto habitacional:

Según refiere el Sr. Rubén, padre del paciente la vivienda en la que habitan es alquilada y se encuentra en buen estado de conservación, cuenta con todos los servicios y equipamientos básicos.

Nos comenta que Federico es muy inquieto, que utiliza todos los espacios de la casa para desplazarse, a pesar de que tiene su propio espacio de juego, que además siempre está inventando mecanismos para llegar a cosas que no están a su alcance.

Nos expresa que tanto su mamá como él están sobrepasados en las tareas de los cuidados que requiere Federico y que estos exceden su dedicación hacia el pequeño, al extremo de que su primera hija sienta celos de su hermano.

Intervención desde el Servicio Social:

Entrevistas con la madre de Federico

El objetivo de la misma es tomar contacto con la situación y su red familiar. Su mamá nos expresa que el hecho ocurrido fue en su habitación que se produjo por un descuido de ella, podemos visualizar que la misma se responsabiliza y culpa por lo ocurrido con su hijo. También expresa que su hijo concurre al

Jardín, Juana Azurduy N° 942, pero por diferentes razones, Federico no concurre en forma diaria al mismo, evidenciándose a partir de esto un ausentismo escolar.

Comunicación telefónica con Jardín Juana Azurduy N° 942 y Centro de Salud Barrio Libertad

La directora del establecimiento nos refiere que Federico no concurre al jardín en las últimas dos semanas, que no acude al mismo en forma regular. Nos expresa que las veces que se ha citado a la familia han concurrido y que cuando se le pregunta por la ausencia de Federico al Jardín exponen cuestiones personales o cuestiones de índole climáticas, por enfermedad, etc.

La Lic. en Servicio Social XX, del centro de Salud del Barrio Libertad afirma que no existen referencias sociales en relación a la familia, pero pudo corroborar que XX, Federico realizó los controles médicos correspondientes junto con su hermana Florencia.

Comunicación telefónica con la Escuela N° 34 institución a la que concurre Florencia, hermana de Federico.

En comunicación telefónica con la Lic. en Servicio Social XX, nos expresa que conoce a la familia, que Florencia concurre con una mayor regularidad a la escuela que su hermano.

Nos informa que la mamá no está conforme con mandar a su hijo al turno mañana, la cuestión es que por la tarde no hay matrícula disponible y entonces por este motivo, se le dificulta mandar a sus hijos a turnos contrapuestos.

Impresión diagnóstica:

A partir de las intervenciones realizadas se desprende que Federico se encuentra en una situación de vulnerabilidad, ante la ausencia a la institución escolar ya que se considera que la misma sirve como espacio para desplegar el desarrollo integral de la estructura psíquica teniendo en cuenta el desarrollo, crecimiento y madurez de las capacidades infantiles.

Se considera que esta familia, requiere de concientización acerca de la importancia de los primeros años de escolaridad, para que Federico pueda aprender todo lo necesario para su edad.

Se trabaja desde el servicio Social del HIEMI, en una concientización de la gravedad del accidente y en una mayor comprensión de los cuidados requeridos a tener en cuenta en el hogar.

Se evalúa la posibilidad junto con el Jardín N° 942 “Juana Azurduy” de inscribir a Federico el próximo año en el turno mañana para que a su mamá no se le dificulte el llevar a ambos hijos a la escuela.

Plan de Acción

- Acompañamiento desde el Servicio Social del HIEMI a fin de contribuir a que la madre tome conciencia acerca de la importancia de que Federico concurra a la institución escolar en forma periódica.
- Acompañamiento, contención emocional y concientización para con la familia, por parte del Servicio Social del HIEMI para trabajar y prevenir nuevos accidentes en el hogar.
- Comunicación telefónica con Jardín N° 942 “Juana Azurduy” para acordar la inscripción de Federico, dada la situación, en el turno mañana.

Seguimiento del Caso

El egreso hospitalario se realiza con la madre del paciente.

Se ha mantenido contacto de manera reiterada, por comunicaciones telefónicas efectuadas desde el Servicio Social con personal del Jardín N° 942 “Juana Azurduy”, observándose una mayor regularidad en la asistencia de Federico a la institución.

Actualmente se está evaluando la posibilidad de que Federico pueda concurrir al turno mañana.

Caso V

Datos del paciente:

Sector de internación: Pediatría

Apellido y nombre: XXX Belén

Nº HC: 46XXXX

Fecha de nacimiento: 02/07/03 Edad: 7 años

Nacionalidad: Boliviana

Cedula boliviana: XXXXXXX

DNI: No posee

Domicilio: El Coyunco Celular: 155xxxxxx (padre).

Localidad: Mar Del Plata

Obra Social: No posee.

Centro de Salud al que concurre: La Peregrina.

Fecha de ingreso al HIEMI: 05/07/10.-

Diagnóstico Médico: Amputación parcial de un dedo.

Motivo de Intervención:

La paciente XX Belén, de siete años de edad, ingresa al Hospital Materno Infantil por guardia el día 05/07/2010, acompañada por su madre Sra. Susana XX. La misma ingresa al hospital por urgencia siendo derivada a quirófano, donde se le es amputado su dedo índice perteneciente a su mano derecha. De allí se instala en el área de pediatría desde donde el equipo médico de salud solicita una interconsulta al Servicio Social.

Se toma contacto con el paciente con el objetivo de indagar en tal caso.

Aspecto familiar:

Breve reseña de la situación:

Según refiere la Sra. XX Susana, madre de la paciente, su hija se encontraba jugando con su primo en su vivienda, mientras que ella y su marido junto con sus hijos de mayor edad, se hallaban trabajando en la quinta próxima a su propiedad. Relata haber sentido el llanto de su hija y según lo que le comentó su primo, mientras jugaban, sin intención alguna, apretó con una puerta su dedo. Frente a tal situación la familia acude al centro de salud "La Peregrina", desde donde es derivada al HIEMI en carácter de urgencia.

Grupo familiar conviviente:

- Padre: Romualdo XX, 45 años
- Madre: Susana XX, 42 años
- Hermano: Ramón XX, 20 años
- Hermana: Jessica XX, 17 años
- Tío paterno: Carlos XX, 40 años
- Tía paterna: Irma XX, 35 años
- Primo Paterno: Augusto, 9 años

Aspecto de salud:

La niña ingresa por guardia, debido a un fuerte golpe recibido en su dedo y, según su relato, el objeto que causó dicho accidente habría sido una puerta, lo que le produjo posteriormente, la amputación de su dedo.

Actualmente se encuentra internada en el HIEMI, donde se la mantiene en observación y se le realizan las curaciones correspondientes.

Aspecto económico:

Al entrevistarse a los padres, se presentó una gran dificultad para llegar a comprender el hecho ocurrido, ya que se visualizaba que no lograban comprender lo que se le preguntaba, debido a que no manejaban con gran fluidez nuestro idioma.

Ambos pudieron manifestarnos, de alguna manera, que ellos eran sus padres y que ambos realizaban tareas de modo informal en quintas, ganando por ello, un salario insuficiente para cubrir sus necesidades diarias.

Aspecto habitacional:

Luego de varios encuentros con sus progenitores, nos comentan que su vivienda se encuentra aledaña a su quinta de trabajo.

Según los datos obtenidos podemos inferir que la misma se encuentra en condiciones precarias, por lo expresado es una construcción que no presenta buen estado de conservación, no cuenta con servicios y equipamientos básicos, como agua corriente, red cloacal y gas natural.

La misma es prestada por el propietario de dicha quinta, en donde reside toda la red familiar expuesta anteriormente, lo cual nos deja entrever que conviven en hacinamiento.

Intervención desde el Servicio Social:

Comunicación telefónica con Centro de salud “La Peregrina”

En comunicación telefónica con la Lic. en Servicio Social XX, nos comenta que dicha familia es conocida por el equipo profesional del centro de salud, ya que han concurrido en otras oportunidades en donde se les ha ayudado con la bolsa de alimentos. Nos relata y explica que la familia vive en condiciones de extrema pobreza, corroborando que la vivienda en la que habitan es muy precaria y que los hijos de la pareja no están escolarizados. Tampoco poseen DNI, nos informa que desde allí se gestionó dicho trámite para el padre de la paciente y que el mismo ya debe estar en condiciones de ser retirado.

Se acuerda con la Lic. XX hacer un seguimiento conjunto de la familia, a fin de poder acompañar a la misma luego del alta hospitalario. La profesional se compromete a entregar de forma regular alimentos a la familia, solicitándonos que informemos a la madre para que se aproxime al centro de salud y así poder conocer y crear un vínculo con la familia para intervenir en todas las cuestiones relativas a las problemáticas planteadas.

Se establece que desde el Servicio Social del HIEMI se realizaran las averiguaciones necesarias acerca del curso de la tramitación del DNI, y trabajar conjuntamente para escolarizar a los niños, como así también realizar un seguimiento conjunto para que dicha familia realice las curaciones necesarias en el centro de salud, al momento del alta.

Comunicación Telefónica con Delegación Migratoria en Mar del Plata.

Luego de intentar comunicarnos con la oficina de migraciones en reiteradas ocasiones pudimos averiguar que el DNI del Sr. Romualdo XX, está en condiciones de ser retirado desde el mes de abril.

Interconsulta a psicología desde Servicio Social

Se solicita interconsulta a psicología con el fin de trabajar interdisciplinariamente para contener emocionalmente a Belén y su familia, luego de la pérdida de su dedo.

Impresión diagnóstica:

Se puede visualizar que Belén y su familia se encuentran en una situación de vulnerabilidad y alto riesgo social, debido a sus condiciones habitacionales, su ausentismo escolar, los bajos ingresos percibidos por la familia, como así también podemos percibir una precarización de sus hábitos higiénicos.

Se considera que esta familia requiere de concientización, contención y acompañamiento durante el proceso de internación, para trabajar sobre hábitos de higiene requeridos para una mejor evolución de Belén.

Plan de Acción

- Acompañamiento desde el Servicio Social del HIEMI para contribuir a que se acerquen al centro de Salud “La Peregrina”, una vez otorgada el alta, para realizar las curaciones necesarias a Belén y además se les expresa que serán beneficiarios de la bolsa de alimentos, como así también se les ayudara para la inscripción de sus hijos a la escuela.
- Acompañamiento, contención emocional y concientización para con la familia, por parte del Servicio Social de HIEMI para trabajar y prevenir nuevos accidentes en el hogar.
- Colaborar en la obtención de información acerca de la tramitación del DNI para el grupo familiar.
- Concientizar acerca de la importancia de los hábitos higiénicos para la curación de Belén.
- Mantener contacto con Centro de Salud “La Peregrina” para realizar conjuntamente el seguimiento de las curaciones de Belén.

Seguimiento del Caso

Se ha mantenido contacto con la Lic. en Servicio Social XX, la cual comenta que Belén acudió a las curaciones correspondientes, luego de su alta hospitalaria.

Nos informa que la familia recibe mensualmente la bolsa de alimentos.

Actualmente se está trabajando para incorporar a los niños en la escuela el próximo año.

Caso VI

Datos del paciente:

Sector de internación: Pediatría

Apellido y nombre: XXX Claudia

Nº HC: 36XXX

Fecha de nacimiento: 13/12/03 Edad: 6 años

Nacionalidad: Argentina

DNI: 45.XXX.XXX

Domicilio: Calle 65 Nº XXX Celular: 155xxxxxx (padre).

Localidad: Mar Del Plata

Obra Social: No posee.

Centro de Salud al que concurre: "Meyrelles"

Fecha de ingreso al HIEMI: 11/06/2010

Diagnóstico Médico: Cortadura

Motivo de Intervención:

La paciente XX Claudia, de seis años de edad ingresa al Hospital Materno Infantil, acompañada de su madre Andrea XX. La misma lo hace por guardia presentando una cortadura en brazo derecho. Por la misma se le aplican 7 puntos.

Se toma contacto con la paciente en el área de pediatría para conocer los factores de riesgo que incidieron en tal accidente.

Aspecto familiar:

Breve reseña de la situación:

Según refiere la Sra. XX Andrea, madre de la paciente, al comentarnos por la situación vivenciada por su hija, pudimos observar que se le dificultaba precisar el motivo del corte, dado que ella no se hallaba en el momento del accidente por estar al cuidado del resto de sus hijos. Según los relatos de la paciente el mismo ocurrió en el patio de la vivienda donde jugaba, según sus palabras, a vender bebidas con botellas de vidrio que se encuentran acumuladas en su patio debido al trabajo que realiza su padre. Cabe destacar que su papá se dedica a la recolección de objetos reciclables.

Claudia relata que una de las botellas cae de sus manos sobre el resto de las mismas, lo que produjo que los vidrios provocaran el corte en su brazo.

Grupo familiar conviviente:

- Padre: Sergio XX
- Madre: Andrea XX
- Hermanos: Lionel, 1 año y 5 meses
Walter, 4 años
Diego, 9 años
- Hermana: Juana, 2 años

Aspecto de salud:

La niña ingresa por guardia, debido a un corte en su brazo izquierdo, producto del impacto de un vidrio. Se encuentra internada en el sector de pediatría acompañada por su madre.

Aspecto económico:

Actualmente la situación laboral de la familia es inestable. Andrea se desempeña como ama de casa y se encarga del cuidado de sus 5 hijos, no pudiendo realizar trabajos remunerados fuera del hogar. El señor Sergio XX se dedica, como mencionamos anteriormente, a la recolección de todo material reciclable por lo que percibe un ingreso mínimo e insuficiente, que lleva a que complemente el mismo, con changas extras.

La familia es beneficiaria de la Asignación Universal por Hijo, la cual fue tramitada hace 3 meses. La madre de la paciente nos refiere que no posee tal tarjeta pero que tramitó el plan.

Aspecto habitacional:

Desde el Servicio Social del HIEMI se realizó una visita domiciliaria, lo que nos permitió ver en cuanto a éste aspecto, que la vivienda se encontraba deteriorada. La misma cuenta con dos habitaciones, baño, cocina-comedor y patio. Este último presenta un espacio reducido ya que su mayor parte esta ocupado por materiales de diferentes formas, clases y texturas.

Todos sus ambientes cuentan con los servicios básicos aunque podemos visualizar a simple vista que la mayor parte de sus espacios presentan humedad producto de diferentes filtraciones de agua.

La propiedad es prestada por un familiar.

Intervenciones desde el Servicio Social:

Comunicación telefónica con Centro de salud “Meyrelles”.

En comunicación telefónica con la Lic. en Servicio Social XX, nos comenta que dicha familia se atiende en el respectivo centro y que Andrea no realizó los últimos controles de sus hijos presentando como motivo que no podía asistir, por lo que sus hijos no cuentan con las vacunas requeridas para su edad.

Se establece junto con el centro de Salud gestionar materiales para la reparación de las grietas del hogar como así también la tramitación del Plan más Vida.

Comunicación Telefónica con Escuela Provincial N° 3

Se mantiene comunicación con la Directora de dicho establecimiento para poder gestionar el ingreso de Claudia y sus hermanos al comedor escolar, dado que sus ingresos son insuficientes y la madre, en ciertas ocasiones, solo cuenta con un vaso de leche, en el almuerzo y en la cena, para ofrecerles a sus hijos.

Entrevista domiciliaria desde el Servicio Social del HIEMI luego del alta hospitalaria:

A los pocos días de otorgada el alta hospitalaria acudimos al domicilio de Claudia y su familia. Pudimos corroborar que Andrea concurrió a la sala “Meyrelles” a realizar las curaciones de su hija y a los controles del resto de sus hijos.

Impresión diagnóstica:

Se visualiza que Claudia y sus hermanos se encuentran en una situación de riesgo social dado que tanto ella como sus hermanos no reciben la atención médica necesaria para su corta edad. No poseen algunas vacunas. Se encuentran en una condición de precariedad habitacional y sus recursos son escasos para el mantenimiento de la familia.

Se infiere que Andrea necesita contención, apoyo y concientización acerca de la importancia de los controles médicos, higiénicos y de cuidados en los espacios de juego de los menores.

Plan de Acción

- Acompañamiento desde el Servicio Social del HIEMI junto con el Centro de Salud “Meyrelles”, para recibir los controles adecuados.

- Orientación y asesoramiento a la familia para la tramitación del Plan más Vida.
- Orientación y asesoramiento para la obtención de la tarjeta correspondiente a la Asignación Universal por Hijo.
- Entrevista domiciliaria: para trabajar conjuntamente con la familia y brindar un acompañamiento desde el Servicio Social, con el fin de superar las problemáticas establecidas para contribuir a una mejor calidad de vida.

Seguimiento del Caso

Actualmente la familia se encuentra acompañada desde el Centro de Salud Meyrelles y el Servicio Social del HIEMI.

Claudia se ha recuperado favorablemente y se ha integrado nuevamente a la institución escolar donde concurren diariamente tanto ella como sus hermanos al comedor escolar.

En el día de la fecha, Andrea, gracias a la intervención de las dos instituciones, es beneficiaria de ambos planes.

La profesional Lic. En Servicio Social del Centro Salud “Meyrelles” realiza el seguimiento de los controles médicos.

Desde el Servicio Social del HIEMI se ha trabajado en una concientización de la familia en cuestiones higiénicas como así también en el cuidado que deben tener los padres con respecto a los factores de riesgo que se encuentran en dicha vivienda.

**Ley Provincial 13.298: DE LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS
DERECHOS DE LOS NIÑOS**

Artículo 4.- Se entiende por interés superior del niño la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad, para lograr el desenvolvimiento de sus potencialidades, y el despliegue integral y armónico de su personalidad. Para determinar el interés superior del niño, en una situación concreta, se debe apreciar: a) La condición específica de los niños como sujetos de derecho. b) La opinión de los niños de acuerdo a su desarrollo psicofísico. c) La necesidad de equilibrio entre los derechos y garantías de los niños, y sus deberes. d) La necesidad de equilibrio entre los derechos y garantías de los niños, y las exigencias de una sociedad justa y democrática. En aplicación del principio del interés superior del niño, cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de todos los niños, frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

Artículo 18.- En cada municipio la autoridad de aplicación debe establecer órganos desconcentrados denominados Servicios Locales de Protección de Derechos. Serán unidades técnico operativas con una o más sedes, desempeñando las funciones de facilitar que el niño que tenga amenazados o violados sus derechos, pueda acceder a los programas y planes disponibles en su comunidad. En los casos en que la problemática presentada admita una solución rápida, y que se pueda efectivizar con recursos propios, la ayuda se podrá efectuar en forma directa. Les corresponderá a estos servicios buscar la alternativa que evite la separación del niño de su familia o de las personas encargadas de su cuidado personal, aportando directamente las soluciones apropiadas para superar la situación que amenaza con provocar la separación.

Artículo 19.- Los Servicios Locales de Protección de los Derechos del Niño tendrán las siguientes funciones: a) Ejecutar los programas, planes, servicios y toda otra acción que tienda a prevenir, asistir, proteger, y/o restablecer los derechos del niño. b) Recibir denuncias e intervenir de oficio ante el conocimiento de la posible existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos del niño. c) Propiciar y ejecutar alternativas tendientes a evitar la

separación del niño de su familia y/o guardadores y/o de quien tenga a su cargo su cuidado o atención.

Artículo 20.- Los Servicios Locales de Protección de Derechos contarán con un equipo técnico-profesional con especialización en la temática, integrado como mínimo por: un psicólogo, un abogado, un trabajador social y un médico.

En resumen, lo que se intenta es contemplar los derechos de los niños, a ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, reafirmando la necesidad de proporcionarles cuidado y asistencia especiales por razón de su vulnerabilidad.

El derecho a la salud debe comprender la consideración de factores determinantes básicos: tales como el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, a un medio ambiente saludable y a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

No es posible concebir el cumplimiento del derecho a la salud si se violan otros derechos humanos fundamentales, entre los cuales se encuentran el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la igualdad y al acceso a la información.

Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Art. 1° - Objeto: Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Art. 11. – Derecho a la Identidad: Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a un nombre, a una nacionalidad, a su lengua de origen, al conocimiento de quiénes son sus padres, a la preservación de sus relaciones familiares de conformidad con la ley, a la cultura de su lugar de origen y a preservar su identidad e idiosincrasia

Art.14. – Derecho a la Salud: Los Organismos del Estado deben garantizar: a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad; b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración; c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia; d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social. Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños, adolescentes y mujeres embarazadas. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Art. 17. – Prohibición de discriminar por estado de Embarazo, Maternidad y paternidad: Prohíbese a las instituciones educativas públicas y privadas imponer por causa de embarazo, maternidad o paternidad, medidas correctivas o sanciones disciplinarias a las niñas, niños y adolescentes.

Art. 18. – Medidas de protección de la Maternidad y Paternidad: Las medidas que conforman la protección integral se extenderán a la madre y al padre durante el embarazo, el parto y al período de lactancia, garantizando condiciones dignas y equitativas para el adecuado desarrollo de su embarazo y la crianza de su hijo.

Art. 30. – Deber de Comunicar: Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Convención Internacional de los Derechos del Niños

Incorporada a la Constitución Nacional desde el año 1994. La Convención establece los derechos en 54 artículos y dos Protocolos Facultativos. Define los derechos humanos básicos que disfrutaban los niños y niñas en todas partes: el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra influencias peligrosas, los malos tratos y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social. Los cuatro principios fundamentales de la Convención son la no discriminación; la dedicación al interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño. Todos los derechos que se definen en la Convención son inherentes a la dignidad humana y el desarrollo armonioso de todos los niños y niñas. La Convención protege los derechos de la niñez al estipular pautas en materia de atención de la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales. Los gobiernos nacionales se han comprometido a proteger y asegurar los derechos de la infancia y han aceptado que se les considere responsables de este compromiso ante la comunidad internacional. Los Estados parte de la Convención están obligados a estipular y llevar a cabo todas las medidas y políticas necesarias para proteger el interés superior del niño.

“Declaración Universal de los derechos del Niño de 1959”

Artículo 1º: El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Artículo 2º: El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Artículo 3º: El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Artículo 4º: El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Artículo 5º: El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular.

Artículo 6º: El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Artículo 7º: El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Artículo 8º: El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Artículo 9º: El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Artículo 10º: El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa, o de cualquiera otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

