Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2018

Intervención del Trabajador Social, en situaciones de lesiones no intensionales por causa externa en el ámbito doméstico, en el sector de Pediatría, Moderados A, del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti", durante la práctica institucional supervisada, MDP 2015.

Roldán, Romina Noelia

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/61

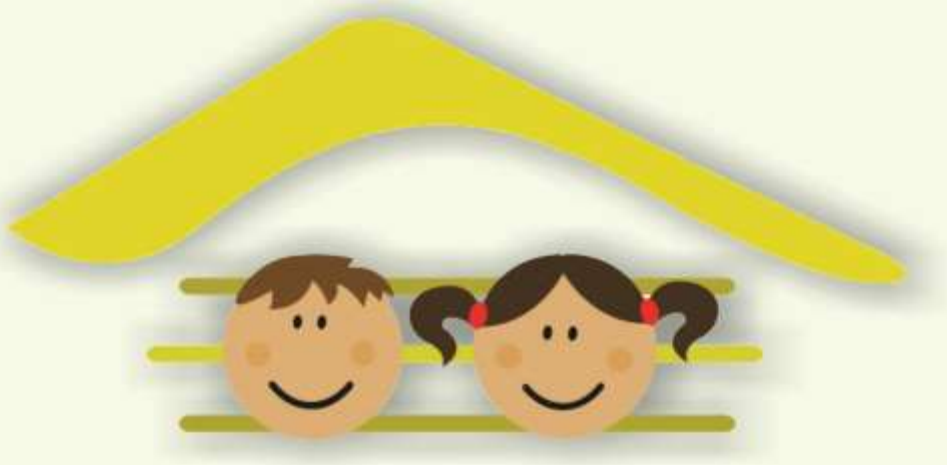
Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

UNIVERSIDAD NACIONAL de MAR DEL PLATA

Departamento de Trabajo Social.
Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Grado



Intervención del Trabajador Social, en Situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa en el Ámbito Doméstico, en el sector de pediatría, Moderados A, del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti", durante la práctica institucional supervisada, MDP, 2015.

Directora: Lic. Abraham, Yasmin.

Autora: Roldán Romina Noelia. Matrícula: 11199/10

Fecha de entrega: Julio 2018

No soy maga

No soy Maga.

No encuentro la paz sino la busco.

No hago lo que quiero sino me muevo.

No construyo sino tengo los ladrillos en la mano.

No hago Magia.

Miro al Cielo muy seguido, pero sólo para contemplarlo en su belleza y no para que me lluevan polvitos mágicos en la cara.

Yo busco, golpeo, averiguo.

Si tengo alguna duda no invento, pregunto.

Si extraño, llamo.

Si necesito, pido.

Si deseo, se nota.

Es que nunca quise ser Maga.

Si algo me lastima no quiero intentar otra vez.

Si alguien me duele no espero cambiarlo.

Si algo no me gusta me levanto y me voy.

Yo no quiero cambiar a nadie. Ni a nada. No hago magia.

Quiero golpearme el pecho tres veces, respirar profundo y caminar sin titubear hasta tener en la mano lo que quiero.

Quiero poder. Puedo querer. Deseo Ser y tener.

Me gusta la adrenalina burbujeando en las venas mientras huelo que estoy cerca del punto de llegada.

No me importa lo que pasa cuando llego. Para nada.

Me importa saber que llegué. Como pude. Cansada, sucia y despeinada.

Nunca me importó irme al pasto y mucho menos si caigo embarrada.

Prefiero saber que llegué porque Yo pude.

Y no por Maga.

Lorena Pronsky

Dedicatorias

Dedico esta tesis, a mi hijo, que me motivo a finalizar una etapa de mi vida, para comenzar una nueva, con más fuerza. Por comprender a tan temprana edad, que necesitaba más tiempo de lectura, postergando nuestras salidas y paseos. Por ser mi compañero incondicional, te amo, Lu.

Mi agradecimiento especial a Leandro, mi compañero, mi amigo, que elijo y sigo eligiendo incondicionalmente. Nos demostramos que a pesar de los días nublados, siempre sale el sol, y que todo lo que se construye con amor, vale la pena. Gracias, por tu inmensa paciencia, por creer y confiar en mí, sigamos amando los pequeños y grandes momentos.

Agradezco con el alma, a mi mamá. Gracias, por no bajar los brazos, por tu alegría, por tu ejemplo de responsabilidad y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro, por tus largos y dulces mates, firmes cada vez que llegaba de la facultad, por tu incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Por ser simplemente vos. Por nuestros logros.

A mi hermana, por ser el ejemplo de una hermana mayor, por tus palabras de aliento,y a mis hermanos por respetar mi proceso, por enseñarme a transitar el camino con honestidad y decisión.

A mis amigas y amigos de siempre, que me acompañaron, y aportaron su granito de arena en este trabajo, sepan que ocupan un lugar importantísimo en mi vida y en mis días. Y por supuesto agradezco a Adri, Olgui, Vale, y Vir, por estar siempre, por el apoyo durante todos estos años. Las quiero mucho, y doy gracias a la vida por esta amistad tan sincera que supimos construir.

A mi papá, y a mi tío, que aunque ya no estén para compartir esta gran felicidad conmigo, tengo la certeza de que estarán muy felices. Hago presente todo el amor recibido, la dedicación y la paciencia, guardo en lo más profundo de mi corazón, cada charla y complicidad.

Gracias por enseñarme que la belleza está en la simpleza, siempre serán los seres más maravillosos del mundo, y estoy segura que al desplegar sus alas, estarán orgullosos de mí.

Agradecimientos

Al concluir este trabajo, me brota un sentimiento de agradecimiento y descubro que es muy grande mi deuda con todas las personas que formaron y forman parte de mi vida, y no exagero cuando afirmo que recuerdo a cada una de ellas. No puedo nombrar a todas, pero agradezco la colaboración, y el apoyo de todas aquellas personas que dedicaron su tiempo y formaron parte del proceso de la presente tesis.

Agradezco principalmente a Yasmín Abraham, mi supervisora institucional y mi directora de tesis, por haber sido parte de esta etapa, por compartir su tiempo conmigo, y trasmitirme sus conocimientos y experiencia. Por cada palabra, por guiarme, por respetar mí proceso, y comprender mi ansiedad. No hubiese podido sin vos, supiste transmitirme calma, confianza y seguridad.

Gracias por tu empatía, y generosidad, y por esos momentos de charlas, que hacen bien al corazón. Me siento muy afortunada por haber transitado por el Servicio Social del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, y conocer personas maravillosas.

ÍNDICE

Fundamentación…….....pág.7

Objetivo General y Objetivos Específicos pág.12

Metodología y Técnicas de Recolección de Datos pág.13

Primera Parte Pág.18

Marco Teórico Referencial

CAPÍTULO I pág.19

Definición de Salud.....pág.20

Modelo Médico Hegemónico pág.24

Salud Pública pág.26

Derecho a la Salud pág.27

Políticas Públicas-Políticas de Salud pág.28

- Gestión de la Política Social…….pág.29

Sistema de Salud pág.31

- Niveles de Atención de la Salud pág.32

Promoción y Prevención de la Salud pág.37

Equipo de Salud pág.40

Interdisciplina pág.42

CAPÍTULO II pág.44

Pensamiento Complejo pág.45

Intervención Profesional pág.48

El Método y la Metodología pág.53

El Trabajador Social en una Institución Hospitalaria pág.58

CAPÍTULO III.....pág.61

Lesiones Intencionales y no Intencionales.....pág.62

Ámbitos de ocurrencia pág.63

Variables intervinientes pág.65

Medidas de prevención pág.70

Vida Cotidiana, Representación Social, Familia y Estado pág.87

Segunda Parte..... pág.92

Marco Institucional

CAPÍTULO IV.....pág.93

Reseña histórica de la institución.....pág.94

Encuadre institucional.....pág.95

- Caracterización y objetivos del Servicio Social del Hiemi.....pág.98

Tercera Parte..... .pág.104

Práctica Institucional Supervisada

CAPÍTULO V.....pág.105

Práctica Pre-Profesional Supervisada pág.106

Intervención del Trabajador Social, en situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa pág.113

Sistematización de situaciones de intervención pág.117

Reflexiones sobre las situaciones abordadas pág.138

Conclusiones y propuestas pág.145

Bibliografía pág.152

Anexos pág.159

Fundamentación

El interés en realizar esta sistematización, surge a partir del trabajo realizado en el marco de la cátedra de Supervisión de la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), la cual, propone como parte del proceso de aprendizaje, la realización de una Práctica Pre Profesional Supervisada en los Campos de: Acción Social, Educación, Justicia y Salud.

Las Prácticas Pre- Profesionales articulan la formación académica y el ejercicio profesional.La Supervisión de las prácticas posibilita a los estudiantes apropiarse gradualmente de la Intervención Profesional en los distintos Campos de Acción.

La presente Tesis de Grado, tiene por finalidad realizar una sistematización en el Campo de la Salud, a partir de la descripción de la Intervención del Trabajador Social en una institución hospitalaria, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil(HIEMI) "Victorio Tetamanti" entre los meses de junio a diciembre de 2015.

El proceso de inserción, tuvo lugar en uno de los sectores de Pediatría, Cuidados Moderados "A"[1]. El HIEMI es un hospital especializado e interzonal, es decir, que absorbe no sólo la población de General Pueyrredón sino también las poblaciones de los distintos Municipios pertenecientes a la Zona Sanitaria VIII, a la cual pertenece dicho establecimiento y atiende personas de una determinada franjaetaria: niños de 0 a 14 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o embarazos de alto riesgo.

Dicho trabajo se propone distinguir dentro del tercer nivel de atención de la Salud, las intervenciones concretas del Trabajador Social, y su articulación como parte integrante del equipo

[1] En adelante CMA.

de salud del servicio de Pediatría, poniendo el foco de atención , en las situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa en el Ámbito Doméstico[2], teniendo en consideración, que los mal llamados “accidentes”, son el principal motivo de internación, en el sector de pediatría, abarcando la franja etaria: niños de 0 a 5 años de edad.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud(OMS, 1958) define el accidente como un "Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, como acontecimiento independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental".

En la actualidad, la OMS propone sustituir el término "accidente" a favor de otro más preciso como es el de incidente que genera una "Lesión no Intencional por Causa Externa"[3].

Esto representa un importante cambio conceptual desde la idea de accidente como un fenómeno no controlable, ligado a un inexorable y, en ocasiones, fatal destino, al reconocimiento de las lesiones como condiciones perfectamente descriptibles desde el punto de vista epidemiológico, que pueden ser controlables y previsibles. La gran mayoría de las lesiones están ligadas a factores de riesgo claramente identificados desde hace décadas.

Los incidentes en las niñas /os, constituyen una problemática de salud pública y desarrollo en todo el mundo, que se caracterizan por la falta de intencionalidad, las consecuencias que producen, y la rapidez con que ocurren, constituyendo además, la principal causa de muerte en la niñez. Además de las muertes anuales, millones de niños/as sufren lesiones no mortales que a menudo necesitan hospitalización y rehabilitación prolongadas, pudiéndose persistir los efectos

[2]En adelante LNICEAD.
[3] En adelante LNICE.

toda la vida, tal situación provoca un costo de esos tratamientos, que no siempre la familia puede afrontar y repercute en la organización dinámica de la misma.

Fue a partir de la observación en los partes diarios del sector de pediatría del año 2015, que surge en mí, el interés y diversos interrogantes en relación a la temática elegida con respecto al diagnóstico de ingreso a la internación, la prevalencia del ámbito de ocurrencia doméstico, y las variables intervinientes en el mismo. A partir de los datos relevados, se constató que el Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) es el diagnóstico que más predomina, originado en diferentes tipos de caídas según la edad evolutiva del niño/a. Otros diagnósticos son Politraumatismos, Traumatismos, Fracturas, Intoxicación, Quemados, entre otros.

Resulta importante señalar que se realizó un recorte de franja etaria niños/as de 0 a 5 años de edad, dado que es el período de mayor dependencia de los niños/as con respecto a los adecuados cuidados parentales.

En este punto, es importante visualizar y problematizar que existe la creencia generalizada en las personas que el hogar es el lugar más seguro para los niños, en contraposición, las estadísticas muestran que es donde se producen lesiones con mayor frecuencia, afectando a las poblaciones más vulnerables, que por sus condiciones vitales, permanecen mucho más tiempo en el hogar.

Para ello se sistematizarán dos situaciones, que pretenden reflejar las características de la problemática de lesiones,siendo en el HIEMI, la principal causa de ingreso a la internación.

Esta realidad visibiliza la dimensión de este tipo de incidentes, y la necesidad de un abordaje estratégico por un lado, individual y familiar, y por el otro la promoción de acciones

preventivas colectivas, en el marco de una lógica interdisciplinaria, e intersectorial, generando un contexto más adecuado en términos de prevención de las lesiones y promoción de la Salud.

Por lo tanto, se considera que la prevención constituye la medida más eficaz para evitar la morbimortalidad de las lesiones no intencionales. Por ello su divulgación es tan importante o más que su tratamiento.

Se estima que es fundamental para el accionar del equipo de Salud, desarrollar un enfoque integrado que permita abordar los problemas en su conjunto, e internalizar una perspectiva que incluya a los individuos y a las comunidades a fin de evitar la ocurrencia de futuros eventos.

Por lo expuesto, se considera necesario configurar espacios interdisciplinarios, capaces de abordar la problemática en su complejidad, y no sometida a fronteras disciplinarias; el reto es constituir equipos interdisciplinarios para el abordaje y búsqueda de alternativas de solución a los mismos; pero se debe tener en cuenta que el trabajo interdisciplinario es un posicionamiento, no una teoría unívoca.

Dicha actividad se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos. Requiere de apertura para la construcción de nuevos métodos y técnicas de trabajo que dejen de lado actitudes dogmáticas, y fundamentalmente tener siempre presente que la relación entre las distintas especialidades debe ser provocada, no un mero encuentro fortuito.

Entendiendo a la sistematización como un proceso complejo que rompe con los clásicos paradigmas de la investigación científica, cuyos métodos, propósitos y resultados pocas veces dan cuenta de la dinámica y la subjetividad características de los fenómenos sociales, es que se pretende elaborar un documento que estimule, amplíe y profundice los conocimientos teórico-prácticos, y

que propicie espacios de debate y reflexión, en relación a la intervención del Trabajador Social en las situaciones de LNICE.

Cabe destacar que la presente sistematización implica una mirada compleja con perspectiva de género[4], la cual, permite reconocer la diversidad y comprender la complejidad, ignorada por otros enfoques, con el fin de abordar la problemática de lesiones desde todos los niveles de intervención que nos sea posible como profesionales.

El trabajose articula en tres partes, que constituyen los ejes principales. Laprimera parte, se inicia con el Marco Teórico Referencial, el cual contiene el capítulo I, II y III, con los conceptos fundamentales en relación a la Salud, el Trabajo Social, y la temática elegida.

En la segunda parte, se presenta el Marco Institucional, conformado por el capítulo IV, en el cual se detalla una descripción de los aspectos institucionales donde se llevó a cabo la práctica, haciendo especial hincapié en el Servicio Social.

La última parte de esta tesis, está dedicada a la Práctica Pre Profesional Supervisada, el capítulo V, comparte la experiencia de dicha práctica, y la Intervención del Trabajador Social en las situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa- LNICE, a su vez se presenta la sistematización de dos situaciones que dan cuentalas intervenciones realizadas. Dicho capítulo finaliza con las conclusiones que surgieron a partir de la reflexión de esta experiencia, como así también las propuestas sugeridas a tener en cuenta, en la elaboración de acciones y estrategias de intervención, tendientes a reforzar y fortalecer las respuestas, ante situaciones de lesiones.

Por último, se adjunta la bibliografía utilizada, y los anexos.

[4]Perspectiva de género es sinónimo de enfoque de género, visión de género, mirada de género y contiene también el análisis de género.

Objetivo General

Describir la Intervención Profesional del Trabajador Socialen situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa en el Ámbito Doméstico, en el Sector de Pediatría, Cuidados Moderados A, del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti", de la ciudad de Mar del Plata, en el marco de una Práctica Pre Profesional Supervisada, durante el período de Junio- Diciembre del año 2015.

Objetivos Específicos

Identificar el proceso de intervención del Trabajador Social, dentro del equipo de salud del servicio de pediatría del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti, en la temática de lesiones no intencionales por causa externa en el ámbito doméstico.

Caracterizar las modalidades de abordaje del Trabajador Social, en situaciones de lesiones no intencionales por causa externa en el ámbito doméstico, dentro del equipo de Salud Interdisciplinario de Pediatría, Moderados A.

Realizar un análisis retrospectivo, de dos situaciones de lesiones no intencionales por causa externa en el ámbito doméstico, que permitan dar cuenta de las intervenciones realizadas.

Metodología y Técnicas de Recolección de Datos

La metodología está basada en la sistematización de un proceso de aprendizaje experimentado, durante la práctica pre profesional supervisada, realizada en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti" de la localidad de Mar del Plata, durante los meses de Junio- Diciembre del año 2015.

Mediante la producción de este trabajo, y entendiendo a la sistematización como una forma de construcción de conocimiento no positivista en Trabajo Social, es que se pretende describir la intervención del trabajador social en situaciones de LNICE desde el ámbito hospitalario, teniendo como eje la articulación del trabajador social, con el equipo de salud, en relación a dicha temática específica.

La sistematización de experiencias trata de ir más allá, se trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte.(Jara, 2001)

Existen múltiples procedimientos para la producción de conocimientos, y la sistematización es sólo uno de ellos, lo cual no implica únicamente las operaciones de descripción y explicación de una práctica sino que, además, implica una reflexión profunda de quien sistematiza, entendiéndose como parte de una época y contexto en particular, que son a la vez alcance y límite de la producción e interpretación de aquello que se está sistematizando. (Sandoval Ávila, 2001)

La sistematización se trata de un "proceso de reflexión e interpretación crítica de una Intervención Profesional o de un aspecto de ella, que parte de la explicitación del marco

epistemológico, teórico y valorativo desde el cual se intervino y desde el cual se realizará la reflexión".(De Quiróz, M. y Rodríguez, 2004; 11)

Dicho proceso de reflexión e interpretación puede realizarse para mejorar la intervención, compartir la experiencia o generar conocimiento.

En palabras de Sandoval Ávila (2001), la sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórica social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida en que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio.

Se trata de entender situaciones, procesos o estructuras sociales, y de conocer cómo se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras.

El ejercicio investigativo a través de la sistematización busca abordar la realidad a partir de los rasgos cualitativos de una situación particular; el objetivo primordial es el de: "confrontar y modificar el conocimiento teóricoexistente, contribuyendo a convertirlo en una herramientarealmente útil para entender y transformar nuestra realidad" (Capelástegui, 2003). Las experiencias objeto de sistematización son producto de una construcción colectiva, dinámica, antagónica en ocasiones, con multiplicidad de escenarios comunicativos, es decir, que obedecen a procesos complejos e indeterminables, dada la naturaleza subjetiva que caracteriza todo hecho social.

La experiencia y su sistematización sólo son posibles en el lenguaje y la cultura configuradores de los significados que los actores le otorgan a la práctica al producir conocimiento

para transformarla, y es en este proceso y contexto donde se originan cambios en la descripción, expresión, explicación, comprensión y valoración del quehacer.

Siendo así, la sistematización rompe con los clásicos paradigmas de la investigación científica, cuyos métodos, propósitos y resultados pocas veces dan cuenta de la dinámica y la subjetividad características de los fenómenos sociales.

De las múltiples propuestas metodológicas para sistematizar la práctica, se ha optado por la de Antonio Sandoval Ávila.

Se trata de un esquema que propone una sucesión de momentos que organizan elmaterial y la forma de trabajarlo de manera flexible. Los momentos que integran lapropuesta metodológica de sistematización de este autor son los siguientes:

1. Justificación
2. Objetivos
3. Contextualización y reconstrucción de la práctica
4. Descripción. Elaboración del discurso descriptivo de la prácticareconstruida
5. Interpretación crítica de la práctica reconstruida
6. Conclusiones
7. Prospectiva
8. Socialización

A modo de síntesis, se puede concluir que la sistematización constituye una de las herramientas fundamentales para el ejercicio del Trabajador Social. La misma permite dar cuenta de las prácticas, reflexionar sobre ellas, repensarlas, reconstruirlas, estableciendo un diálogo permanente entre teoría y práctica.

Se debe tener en cuenta que no existe una única forma de realizarla, lo que interesa es poder adquirir un propio estilo según las circunstancias, las características de la institución, los objetivos que se quieren alcanzar, la experiencia que se quiere sistematizar, y el nivel de participación de los diferentes actores involucrados.

Técnicas de Recolección de Datos:

Las intervenciones que se realizaron, durante la práctica institucional, en dicho sector, son tanto directas como indirectas (De Robertis, 2006).

Dentro de las intervenciones directas, se pueden mencionar:

- El relevamiento diario: consiste en un instrumento de registro de datos de los pacientes internados en el sector, el cual facilita el contacto con los mismos y una aproximación a las características de la población atendida
- Entrevistas. (estructurada/ encuesta social, semi-estructurada, domiciliaria). Se utilizaron a fin de recabar los datos necesarios sobre las situaciones problemas.

Las intervenciones indirectas son de apoyo a la intervención directa, como:

- Registro de historia clínica, informes sociales.
- Lectura de historias clínicas.
- Pase de Sala con el equipo de pediatría.
- Elaboración de informe social.
- Derivación a Centro de Salud de Referencia.
- Derivación a instancia pre- judicial o judicial.

Resulta interesante señalar, que para registrar la información en forma completa, precisa y detallada, se realizaron anotaciones diarias en el cuaderno de campo, el cual es entendido como instrumento de recolección de datos, pero también como un soporte documental personal (individual) diario que se inició el primer día de prácticas e incluyó todas las actividades que se llevaron a cabo. Dicho instrumento es fundamental para el trabajo de campo, ya que en él debe incluirse toda la información que recopilamos para la elaboración de datos y de estrategias de intervención. En él deben registrarse:

- Las planificaciones de las actividades a realizar
- las notas de campo que de ellas resulten y
- la evaluación de las mismas.

Coincidiendo con Fuentes, (2001) la toma de registro en cuaderno de campo, es de suma importanciapara el proceso reflexivo que involucra el diagnóstico: “Reflexionar no es solamente la recolección de información, es saber comprender su desarrollo histórico y actual, sus interrelaciones, sus causas y consecuencias. (...) Para Habermas, la reflexión es el proceso de hacer consciente lo que ha sido objetivado. En el Trabajo Social, la reflexión permite reorientar permanentemente la estrategia profesional”.(Rozas, 1998: 86).

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Capítulo I

Definición de Salud

Un Poco de Historia y Actualidad Sobre el Concepto de Salud

Para la presente tesis, se define a laSalud como: una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multi-determinado, que ha variado a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales.

La evolución del concepto de Salud ha cambiado significativamente a lo largo de la historia, si bien al interior de cada sociedad y grupo social existen diferentes perspectivas de la salud, resulta necesario mencionar que en los distintos momentos históricos en todas las sociedades existen concepciones hegemónicas o dominantes de Salud.

Mientras que en la antigüedad, los griegos hicieron de la Salud un culto; en el momento en que la Ciencia helenística se instala en Europa, el interés se inclina hacia la enfermedad y lo normal, pasa a ser la ausencia de síntomas patológicos.

A partir del siglo XX, pueden reconocerse dos momentos principales en las definiciones de Salud:

El primer momento, transcurre en la primera mitad del siglo, cuando la medicina se subordina a la biología, considerando al sujeto como pasivo, sin incluir lo psicológico ni lo social. La enfermedad se la considera como tal, si es tangible, observable, verificable y fáctica.

El segundo momento, corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la Salud es concebida como un proceso dinámico y variable de equilibrio, entre el organismo humano y su

ambiente. De esta manera, se destaca la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales; y es aquí, donde se comienza hablar del proceso Salud–Enfermedad.

Esta nueva relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una concepción socio - ecológica de la salud y de allí derivo el concepto de la promoción de la salud; la cual destaca la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes.

En este sentido, y dada la continuidad que aún tiene el Modelo Biomédico en la sociedad, resulta pertinente centrarse en una de las concepciones de Salud que se mantiene vigente en la cultura occidental.

Una primera concepción, hace referencia a la salud como ausencia de enfermedad manifiesta, es decir, como una condición opuesta a enfermedad, en este caso la Salud se reduce a cuestiones biofisiológicas, se parte de un enfoque reduccionista, con una visión mecanicista, ya que no contempla el contexto social en la Salud.

Una segunda definición es propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), la cual define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamenteausencia de enfermedad”.

En contraposición a la visión anterior, dicho concepto plantea un cambio en términos de ver a la salud, como algo positivo, como ideal de bienestar (aspecto subjetivo), trasciende la dimensión física del ser humano, y toma en cuenta la dimensión social, y mental.

A pesar del intento por superar la mirada individualista del modelo biomédico y de tomar al individuo desde una perspectiva integral, esta definición ha sido altamente criticada por poseer

algunas limitaciones, especialmente por considerarse imposible lograr el “completo bienestar”, y por mostrar a la salud como un estado, ya que todo aquello que no sea "completo estado de bienestar" es decir, la cotidianeidad, pertenece al ámbito de la medicina. Sin embargo, es preciso destacar la invitación al trabajo interdisciplinario de dicha definición, ya que la misma plantea una visión holística, y la necesidad de ser abordada a través de diversas disciplinas que interactúen entre sí.

La siguiente perspectiva comprende a la salud como proceso, ya que la misma no es algo que se alcanza hoy y para siempre, sino que está influenciada por determinantes sociales, biológicos, culturales y ambientales.

El concepto de salud-enfermedadaparece así como un concepto multidimensional, ya que implica distintas dimensiones: cultural, física, social y psíquica, las cuales se encuentran íntimamente interrelacionadas entre sí, y en continua tensión.

“Hay una configuración de ideas, valores y normas generadas y aprendidas socialmente, a su vez condicionadas por características estructurales, de accesibilidad económica, cultural, jurídica, etc. que posibilitan o dificultan la adopción de conductas saludables por parte de la población”. (Kornblit, Mendes Diz, 2000:18)

Continuando con el análisis acerca del concepto de Salud Floreal Ferrara (1993), plantea que la misma, no puede ser considerada como un “estado”, como así tampoco la “enfermedad”, ya que ambas son parte de un proceso multidimensional. Durante el desarrollo de la vida, el sujeto se mueve sobre el eje Salud-Enfermedad (y muerte), acercándose tanto a uno como a otro de sus extremos; según se fortalezca o se quiebre el equilibrio entre los factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales que interactúan permanentemente.

De esta forma, se concibe al hombre como unidad y ser activo, siendo protagonista en el logro de su Salud y bienestar, que interrelaciona con el medio ambiente físico-biológico y sociocultural, recibiendo diferentes influencias; y en esta interacción permanente, es que se determina el nivel de Salud. Esta concepción se relaciona con la vida y con la lucha por mantenerla, con la capacidad y posibilidad de sobrellevarla y transitarla con el menor sufrimiento.

Si se analiza dicha definición, se observa que plantea a la Salud, como un proceso que está asociado a todo lo que ocurre; y asimismo, invita a comprender el proceso Salud-Enfermedad desde lo colectivo.

En efecto, la Salud está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo como un proceso histórico-social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto; y por otro lado, la Enfermedad, hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo, el cual implanta el estudio de lo individual sobre lo colectivo para la comprensión de la enfermedad y sus condicionantes, este paradigma no comprende totalmente al hombre, ya que no explica la complejidad de los fenómenos y aun menos intenta modificar su relación con la naturaleza de manera favorable.

Modelo Médico Hegemónico

En este sentido, el llamado Modelo Médico Hegemónico (MMH) constituye una perspectiva que se establece a partir del paradigma positivista desarrollado y expandido en las Ciencias a largo del siglo XIX[5]. Este ha tenido un acelerado desarrollo y prestigio basado en la evolución de la Biología y de las Ciencias Naturales sobre la base del llamado Método Científico y el diseño experimental.

El rol predominante del médico dentro de la institución hospitalaria desde un principio se encuentra íntimamente emparentado con lo que ha dado en denominarse biomedicina.

El Modelo, considera que los problemas de Salud son cuestiones estrictamente individuales; su perspectiva analítica, separa cuerpo y mente, realizando una operación de división para su estudio y tratamiento. Es así, que en la medicinade especialidades, el cuerpo pasará de ser considerado una suma de partes a ser reducido a una parteaislada, donde cada una tiene la denominación de la especialidad que se hace cargo de la misma (Menéndez, 2005).Esta interpretación del cuerpo humano y su tratamiento, cosifica al sujeto, y separa su padecimiento, de su historia y su cotidianeidad. No es casual el contexto histórico, económico y político en el que surge este modelo.

El autor plantea que este modelo, se instaura, en un contexto de expansión capitalista dónde la salud/ enfermedad de la población, más precisamente de la clase obrera, comienza a ser un problema de orden público, ya que un día de trabajo perdido por enfermedad, aparejaba grandes pérdidas en la producción, y además dificultades en la economía familiar.

[5]Proceso que permite explicar la realidad a partir de una visión del mundo y la identificación de problemas concretos. A saber existen tres grandes teorías epidemiológicas o paradigmas: unicausal, multicausales, histórico social.

De esta manera, el trabajador, frente a un problema de salud, encontraba respuestas reales e imaginarias en la medicina convencional. En consecuencia, este modelo es producto de los intereses de los sectores sociales hegemónicos, como del desarrollo científico y profesional de la biomedicina.

Las principales características estructurales del modelo médico hegemónico revelan una concepción patologista, reduccionista, que privilegia la idoneidad del médico (curativo), mediante una relación médico- paciente científica, donde el primero es la autoridad máxima (objetivo) mediante la utilización de procedimientos de tipo biológicos que contienen instrumentos de tecnología avanzada. (Vargas, 2003)

Este modelo articula el conjunto de los rasgos señalados y excluye las condiciones sociales, culturales, y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades; la historicidad de los sujetos, quedan excluidas, o en el mejor de los casos, convertidas en variables demográficas (sexo, edad, ingresos).

En definitiva, esta exclusión de lo social niega el papel que juegan los sujetos en su proceso de salud-enfermedad, tanto en la etiología de su sintomatología, como en la terapéutica y prevención de la misma, en efecto, tanto el saber cómo las instituciones médicas tratan de imponer la existencia de una mirada autónoma, profesional y científica, desprendida de un contenido social y subjetivo.

Se debe aclarar, que el MMH no sólo se sustenta en la práctica médica, sino que también, lo hace a través de los diferentes sujetos que intervienen en el Campo de la Salud: pacientes, familiares, trabajadores de la Salud, autoridades de todos los niveles; actuando como productores y reproductores, dentro de esta lógica biologicista en la cual se basa el Modelo.

Salud Pública

Desde las últimas décadas, el discurso de la Salud Públicay las perspectivas de redirigir las prácticas de salud se están manifestando en torno a la revalorización de la promoción de la salud, la cual, recupera, con un nuevo discurso, pensamiento medico social, cuyo fin apunta a fortalecer las relaciones entre salud y condiciones de vida[6]. Este movimiento también conocido como Nueva Salud Pública, refleja la necesidad de complementar el enfoque individual orientado hacia el cambio de conducta y el enfoque orientado hacia promover cambios en la sociedad mediante intervenciones poblacionales.

Al trabajar en Salud Pública, es muy importante tratar de conocer cuáles son las concepciones e ideas de salud de los grupos sociales con los cuales trabajamos, pues según estas concepciones e ideas, las personas actúan para cuidar y atender su salud y la de sus comunidades.

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

En definitiva, la Salud Pública es la construcción y defensa de la Salud como derecho fundamental y como bien público.

Con lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que la Salud, aparece como un concepto complejo y paradójico.

[6]La conformación del discurso de la "nueva salud pública" se produjo en un contexto de sociedades capitalistas neoliberales. Uno de los ejes básicos del discurso de la promoción de la salud es fortalecer la idea de autonomía de los sujetos y de los grupos sociales.

Derecho a la Salud

Finalmente, es fundamental, mencionar una conceptualización que plantea la Salud como Derecho humano fundamental. La Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por la ONU en 1948 hace un reconocimiento de la dignidad y derechos inalienables del hombre, entre ellos la salud y el nivel de vida adecuados, y compromete a los Estados al respeto de los mismos, y a su promoción y reconocimiento.

Esta definición es fundamental para pensar y diseñar estrategias de Salud Pública, pues remite a la necesidad de identificar y abordar las situaciones que impiden a determinados grupos sociales satisfacer este derecho. Dicho Derecho, obliga a los Estados a crear las condiciones en las cuales todos los individuos alcancen una forma de vivir lo más saludablemente posible, por lo cual debe abandonar la concepción paternalista, por una concepción jurídica y constitucional, en la que el auténtico sujeto político sea la persona, el ciudadano.

La Salud entendida como derecho humano, representa que todas las personas poseen el derecho, a los medios indispensables y suficientes en igualdad de condiciones para poder planificar su vida y promover contextos de trabajo saludables, tener los más altos niveles de Salud y acceso a condiciones sanitarias mínimas, acceso a una vivienda digna y a alimentos nutritivos, a tener educación e información adecuada y completa, la cual permita la adopción de comportamientos y estilos de vida más saludables.

Siguiendo esta misma línea, la OMS (2015) define al Derecho a la Salud como: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Políticas Públicas- Políticas de Salud

A cada modelo económico, le corresponde un modelo social, y una forma de intervención del Estado en lo social.

Cuando se habla de política, la misma es entendida como una herramienta de transformación social, y, a su vez, cómo el conjunto de decisiones que permiten la organización de una comunidad haciendo viable la convivencia armónica entre sus integrantes.La política está identificada con la idea de fortalecimiento de la sociedad, expansión de la ciudadanía y construcción de actores sociales portadores de derechos.

Es por ello que una política pública se refiere al "conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. (Ministerio de Salud de la Nación, 2007: 18)

Cabe destacar que los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones, ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etc.; que combinan recursos normativos, humanos financieros, tecnológicos y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr impactos sociales, políticos y económicos.

Carballeda (2002) plantea que las Políticas Públicas involucran una estrategia de recuperación de capacidades, habilidades y básicamente de formas constitutivas de la identidad, brindando respuesta a los efectos de las crisis. Deben ser flexibles y tener la capacidad de adaptarse a situaciones de carácter singular, sin perder la centralidad que les da sentido total y perspectiva

enfunción del Estado y la Nación. El autor explica que un abordaje transversal desde las políticas públicas, implica una aproximación a la subjetividad del otro, es decir, a sus problemas, necesidades, padecimientos, y expectativas, de ahí la importancia de acceder a la historia, la trayectoria y potencialidad del sujeto.

Desde este punto de vista, las Políticas de Saludrepresentan una serie de valores entre los cuales se encuentran: equidad, eficiencia y solidaridad; sobre éstos, se asignan recursos para satisfacer las necesidades de Salud de la comunidad, en efecto, resulta necesario señalar que la formulación de políticas de salud, que apunten a reducir la inequidad constituyen el mayor de los desafíos de todos los sistemas de salud.

La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado, además en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión. Los incidentes, los traumatismos y la violencia, al igual que muchas enfermedades no transmisibles y otros factores de riesgo, se concentran también de manera desproporcionada en las poblaciones más vulnerables.

En síntesis, una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explicito. Para operativizar cualquier tipo de Política de Salud, es necesario implementar diferentes planes, programas y proyectos.

Gestión de la política social

Los estudios, el debate y las experiencias sobre la participación son relativamente nuevos en la historia socio-política.La participación es considerada como un valor de naturaleza política, es decir vinculada a la democracia. También puede entenderse como una necesidad básica, un fin en sí mismo o un medio para alcanzar otros fines.

En este aspecto vastas son las experiencias que denotan que las políticas o proyectos que no han sido consultados con los actores interesados, suelen ser ineficaces o más aún, resistidas y boicoteadas por quienes serían los principales interesados. (Poggiese H. 2000, Findling y Tamargo 1994)

La necesidad de trabajar participativamente, en aspectos problemáticos que atraviesan a la comunidad, se funda en entender que ello es, no sólo un valor vinculado a un proyecto societal democrático, sino que fundamentalmente, una condición necesaria para aquellos proyectos que intenten mejorar la calidad de vida de la población a la cual involucra.

Sin dudas la participación comunitaria tiene múltiples efectos sinérgicos, atender lo inmediato y trascenderlo, articular las visiones sobre el problemas, cohesionar sujetos diferentes.

La participación social en la formulación de políticas públicas ha adquirido un creciente auge en la última década, la aparición de nuevas formas participativas (cogestión) para producir conocimientos y realizar experiencias, implica la articulación de diferentes actores que deben consensuar en la determinación de los problemas y acciones mediante la elaboración de estrategias operativas.

De esta manera el enfoque teórico de la Gestión Asociada (entendida como corriente de pensamiento y como perspectiva metodológica) como escenario de acción profesional, se instala en los procesos decisorios de políticas públicas, e incentiva prácticas de cogestión que enriquecen la acción democrática y que crea actores colectivos que replantean e interpelan el proceso tradicional de toma de decisiones. Dicho enfoque intenta construir espacios de deliberación colectiva, en donde lo plural se ponga en escena, pero también en el cual las políticas sean contextos claros,

lugares co-construidos específicamente para la toma de decisiones políticas, a partir de la definición de reglas formales.

Sistema de Salud

La historia del Sistema de Saluden la Argentina, ha presentado diferentes características a lo largo del tiempo, vinculándose con la generación de Instituciones de caridad y con las creaciones relacionadas con la solidaridad, enlazadas con comunidades de inmigrantes y con grupos de obreros.

De tal manera se suma el aporte realizado por Susana López (2006), cuya definición del sistema de salud hace referencia a: "un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población; es el resultado de la articulación de tres componentes: político, económico y técnico." Asimismo agrega que se caracteriza por su excesiva fragmentación, por lo cual está compuesto por tres subsectores; el público, el de seguridad social y el privado. Cada sector tiene distintas fuentes de financiamiento, diversas coberturas, coseguros y copagos aplicados, y distintos regímenes y órdenes de fiscalización. Cada uno de estos subsectores presenta características propias:

- Subsistema Público: Está integrado por los Hospitales Públicos y los Centros de Atención Primaria de la Salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarias de las distintas jurisdicciones (Nacional, Provincial y Municipal) y presta servicios de provisión gratuita. Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de la población a través de sus ministerios.
- Subsistema de Obras Sociales: Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los

trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de las Obras Sociales Sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleado como del empleador.

- Subsistema Privado: Está conformado por Medicina Prepaga con fines de lucro, este subsector se financia a través del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos.

Es conveniente aclarar, que los distintos subsectores se encuentran fuertemente vinculados, lo cual no significa que estén en constante coordinación y articulación. Por ejemplo: Los hospitales públicos, por su parte, brindan cobertura a la población que así lo requiera y actúan como un reaseguro para las obras sociales, ya que también brindan atención sin cargo a la población asegurada.El sistema sanitario público se encuentra conformado por tres Niveles de Atención.

Niveles de Atención de la Salud

Primer Nivel de Atención

El primer nivel de atenciónes aquel destinado a cumplir con las funciones y acciones de prevención y promoción de la salud. Estas actividades se llevan adelante en los denominados centros de Atención Primaria de la Salud, salas de primeros auxilios, dispensarios, entre otros. El elemento principal es la participación comunitaria. Este nivel es considerado de bajo riesgo por su nivel de complejidad. El mismo “constituye la puerta de entrada al sistema”.

Alcances y objetivos para el área de Servicio Social en este nivel.Metodológicamente este nivel es el de mayor complejidad dado que requiere mayor despliegue de estrategias de intervención interdisciplinaria, intra y extra murales, intersectoriales, con mecanismos explícitos de referencia y contrarreferencia.

Aborda situaciones altamente vulnerables y de riesgo, mediante la intervención profesional, actuando (prioritariamente) en el lugar donde se genera la necesidad. Propicia el acceso a la red de servicios o sistema en gran parte de los casos. Interviene en la formación y articulación de redes sociales intersectoriales que contribuyen al cuidado y atención de la salud incidiendo en la disminución de la morbimortalidad.

La intervención del Trabajador Social generalmente se da dentro de equipos interdisciplinarios, en acciones de salud definidas, especialmente dentro de los "programas de salud materno infantil", los mismos tienen como ejes principales: el control del embarazo, parto y puerperio, el control del niño sano, asistencia alimentaria, vacunación, acciones de seguimiento de niños con alguna patología determinada, etc.

En la actualidad el impacto de la nueva cuestión social, muestra una serie de nuevas demandas que se expresan en el Primer Nivel de atención, las mismas son variadas y van desde la violencia en todas sus formas, hasta las adicciones, entre otras manifestaciones.

La intervención del Trabajo Social en este campo se lleva adelante a través de entrevistas, trabajos grupales y se singulariza en el trabajo comunitario, con el fin de generar actitudes de participación que faciliten la asunción de responsabilidades en el cuidado y atención de la salud entre los miembros de la comunidad.

Resulta pertinente destacar que a nivel Local La Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón cuenta con una importante Red de Atención Primaria de la Salud cuyo objetivo fundamental es contribuir a mejorar la salud de la población, favoreciendo la accesibilidad y la cobertura sanitaria.

Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel tiene su quehacer orientado a un segmento menor de la población, es decir, tiene una menor cobertura que el Nivel Primario y por lo general, no se contacta directamente con la comunidad.

Se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico de la Salud, los cuales brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias. Se subdividen en categorías:

- Atención integral ambulatoria y hospitalaria, en cuatro especialidades que pueden ser: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.
- Atención integral ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

Alcances y objetivos para el área de Servicio Social en este nivel.Allí, desde el Servicio Social, la intervención del Trabajador Social se vincula con las problemáticas de pacientes internados o que concurren a consultar al hospital. En algunos servicios se trabaja dentro de programas específicos como: maternidad adolescente, infección por VIH, Tuberculosis o desde los diferentes servicios

que existen dentro de cada hospital. En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo que se denomina referencia y contra referenciadentro de un área definida que generalmente es llamada Programática, coordinando con el Centro de Salud acciones de diversa índole, como por ejemplo, la realización de estudios complementarios[7].

Es decir, Cuando las personas consultan al Primer Nivel de Atención, con un problema de Salud y que no puede ser resuelto en dicho Nivel, se requiere de la interconsulta a otros profesionales, ya sea, para internación por parto o cirugías simples; en este caso se recurre al Segundo Nivel de Atención, el cual se relaciona con el Nivel Primario para devolver los casos resueltos, como también, crea nexos con el Nivel Terciario cuando la complejidad así lo requiere.

Dentro de éste Nivel se encuentran los Hospitales Generales, Hospitales Regionales, las Maternidades, Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General y Guardia y en Mar del Plata, también de reciente inauguración, se encuentra el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA).

Tercer Nivel de Atención

Constituido por Hospitales de Referencia cuya característica es contar con recursos tecnológicos de avanzada complejidad en relación con el sistema de salud al que pertenece, así como con recursos humanos de alta calificación y una estructura que le permite cumplir funciones de asistencia médica, docencia e investigación de alto nivel; poseen salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas (traumatología, neurocirugía, cirugía

[7]La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva y de mayor complejidad.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento.

cardiovascular, entre otras), infraestructura para la realización de estudios complementarios complejos, unidad de terapia intensiva y unidades coronaria. Articula las derivaciones del Segundo Nivel de Atención y pueden ser de jurisdicción Municipal, Provincial o Nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada.

El HIEMI se encuadra dentro del tercer nivel de atención en salud.

Alcances y objetivos para el área deServicio Social en este nivel.El servicio Social es la unidad responsable del estudio de las problemáticas sociales que influyen en los estados de salud de los individuos, grupos, y comunidades, así como su prevención y solución mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas, es decir, que se vincula con problemáticas de salud especificas.

La finalidad fundamental del Servicio Social es la de crear una actitud crítica respecto a las causales de los problemas sociales, contribuyendo a que las personas, grupos y comunidades, participativa y solidariamente, organicen las acciones y recursos que apunten a prevenirlas y/o solucionarlas.

Cabe al Servicio Social una participación destacada en los aspectos de prevención, recuperación, protección, y promoción de la Salud, Rehabilitación, organizando sus acciones para contribuir al objetivo de la Atención de la Salud.

Desde la dimensión de su construcción social los procesos Salud-Enfermedad-Atención, constituyen una trama de representaciones y prácticas en las que se articulan procesos económicos, sociales, políticos e ideológicos.

La atención de la salud está conformada por todas las acciones ejercidas sobre las personas directa o indirectamente por los profesionales, técnicos y personal auxiliar, que componen los

equipos de salud interdisciplinarios a través de la : Promoción, Prevención, Rehabilitación, Educación, Investigación y Administración.

Prevención y Promoción de la Salud

La Promoción tiene como fin favorecer y estimular al máximo las actividades de relación del hombre con su ambiente, favoreciendo su bienestar. Su principal instrumento es la Educación para la Salud.En el año 1986, se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, la cual es considerada como fundamental en lo que concierne al movimiento de Promoción de la Salud a nivel mundial.

La carta de Ottawa, define al concepto como: "*La Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente*"[8].

La promoción de la Salud es el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la Salud, y de ese modo, mejorar su estado de Salud. Esta concepción se apoya en cambios sobre los estilos de vida, articulando la autonomía personal y la responsabilidad social.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1996) la promoción de la Salud puede sintetizarse a través de los siguientes principios generales: implica trabajar con la gente, no sobre la gente, empieza y acaba en la comunidad local, está encaminada hacia las causas

[8]La Carta de Otawa ha sido formulada y adoptada por una conferencia internacional a la que asistieron doscientos delegados de 38 países que se reunieron en dicha ciudad, para intercambiar conocimientos y experiencias orientadas hacia la promoción de la Salud, con el fin de definir objetivos futuros y prioridades para reforzar el compromiso individual y colectivo y acercarse a la meta de Salud para Todos en el año 2000.

de la Salud, valora tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente y subraya las dimensiones positivas de la Salud, y afecta a todos los sectores de la sociedad.

Dina Czeresnia (2006), expresa en palabras de Ferreira (1986) que promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar. Uno de los ejes fundamentales de la Promoción de la Salud, es fortalecer la autonomía de los sujetos y de los grupos sociales para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud. (Pág.54)

Todas las concepciones mencionadas señalan como prioridad, la formulación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la participación de la comunidad, el compromiso individual, y la reorientación de los servicios de Salud. Es importante destacar que el fomento de ambientes y comportamientos saludables es una responsabilidad primordial del Estado, pero su acción debe plantearse concertadamente con los grupos más representativos de la sociedad, es decir, que tanto los profesionales de Salud, como los actores comunitarios tienen un rol destacado en su difusión y desarrollo con la finalidad de influir positivamente, en un espacio geográfico, sobre la Salud de la población.

Tradicionalmente, Promoción de la Salud, se define de forma más amplia que Prevención, ya que se refiere a formas que no se rigen a una determinada Enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la Salud y el bienestar general.

Continuando con el planteo de los autores, el término Prevenir, significa "preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice”. La Prevención en Salud requiere una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural con el fin de hacer improbable la expansión posterior de la Enfermedad. Las acciones de Prevención, son

intervenciones orientadas a evitar la aparición de Enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevaleciendo en las poblaciones.

El discurso preventivo se basa en el conocimiento epidemiológico moderno; tiene como objetivo, el control de la transmisión de Enfermedades infecciosas y la disminución del riesgo de Enfermedades degenerativas u otros daños específicos.

Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa (2011) sostienen que la prevención en salud, constituye una serie de medidas destinadas a evitar la aparición de padecimientos, o la reducción de factores de riesgo que permitan detener su avance o atenuar las posibles consecuencias, si es que ya se ha adquirido.

La Prevención se Clasifica en Tres Niveles:

Prevención primaria.Es el conjunto de medidas y actividades orientadas a la prevención de la Enfermedad; tiene como objetivo, disminuir la incidencia del problema de Salud en la población, detectando y equilibrando las condiciones que implican riesgo.La incidencia, es definida como el número de casos nuevos de una Enfermedad en una población y en un período determinado.

Prevención secundaria.Es el conjunto de medidas y actividades destinadas a reducir la incidencia de un problema de Salud por medio de su diagnóstico precoz y una intervención segura, restringiendo las consecuencias que trae aparejada la Enfermedad.

Prevención terciaria.Es el conjunto de medidas y actividades que tienen como objetivo evitar consecuencias de los problemas de Salud sufridos, centrándose principalmente en la rehabilitación e integración a la comunidad de las personas.

Equipo de Salud

En la actualidad existe una nueva forma de pensar y actuar en salud ya que la medicina individualista y personalizada fue cediendo espacios al trabajo en equipo y a la medicina integrada, por lo cual se afirma que la capacidad de resolver problemas y de proponer soluciones en un equipo es siempre superior a la de una persona. Por ello es que se considera que el trabajo en equipo es una necesidad para actuar en la compleja realidad social que enfrenta el Trabajador Social.

Hector Fainstein,(1998) define Equipo como: "un conjunto de personas articuladas, con roles concretamente bien definidos para resolver una tarea. La esencia del equipo es la búsqueda de resultados. Estos resultados son el producto de la tarea, pero la tarea no es lineal, sino un camino sinuoso donde las personas ponen en juego aspectos que la movilizan y aspectos que la obstaculizan." (p.52)

Los integrantes del Equipo, deben recurrir a propuestas de cooperación y de ayuda mutua, de esta manera se intenta fortalecer el espíritu, la reflexión y el debate, como así también, la confrontación de experiencias y de expectativas al interior del mismo. (Motta, 1993)

La existencia y la acción de un equipo, son independientes de las intenciones y deseos particulares de cualquiera de sus miembros, pero el hecho de ser parte integrante del mismo no reduce las intenciones individuales en relación a la profesión o el trabajo, es decir, que las expectativas y los conflictos también están presentes en los equipos de trabajo[9].

En este sentido, es imprescindible plantear una misión u objetivo común a alcanzar a partir de las distintas miradas de los integrantes, y definir estrategias de prevención y promoción. Es

[9] El conflicto es inherente al encuentro entre personas, entre intereses de la comunidad y el equipo de salud, lo ideal no es la ausencia de conflictos, sino la posibilidad de explicitarlos, manejarlos y resolverlos en el encuentro entre la comunidad y el equipo de profesionales.

fundamental para el accionar del profesional de la Salud, conocer las características del contexto socio-cultural, y de este modo poder comprender la vida de la población y las condiciones que determinan el estado de Salud y Enfermedad; como también, saber interpretar las demandas de los miembros de la comunidad. Por tanto, se requiere desarrollar un enfoque integrado que permita abordar los problemas en su conjunto.

Las comunidades con las cuales mayormente se trabajan presentan problemáticas que se han construido, más rápido que su posibilidad de estudiarlas, esta situación requiere reordenar los saberes, construir y reconstruir nuevos problemas con el resto de los integrantes del equipo de salud, aportando herramientas para la transformación, debido a los distintos perfiles profesionales y experiencias personales.

Es importante destacar la participación simultánea de la comunidad, los agentes sanitarios y administrativos, ya que sus aportes y percepciones enriquecen al resto del equipo, el cual emprende un desafío constante al integrar esos saberes a una tarea compartida y articular estas competencias diversas.

La tarea del equipo de salud debe permitir de manera interrelacionada cumplir los objetivos generales de la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud.

En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. Suelen ser equipos flexibles, horizontales y no con jefaturas asignadas según profesión.

Interdisciplina

LaInterdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos.(Stolkiner, 1987)

La autora argentina en dicho trabajo, expresa la existencia de una tendencia o movimiento, en configuración, que comprende que las situaciones problemáticas no son abordables desde un campo disciplinar específico, siendo evidente la crisis del paradigma hegemónico positivista y la caída de las explicaciones mono y multicausales. En la base de ese movimiento, esta la transformación de las formas de representar el pensamiento científico y su relación con las prácticas que solo puede comprenderse en un contexto donde la tendencia sea a la integración.

En este sentido, la Interdisciplina significa situarse en un paradigma pos positivista, que comprende que los problemas sociales sólo pueden concretarse dentro de una metodología que trascienda una disciplina particular; de esta forma, corresponde abordarlos a través de un equipo interdisciplinario. El trabajo interdisciplinario es en sí una forma de articulación, ya que posibilita la comprensión de la realidad compleja y el reconocimiento de los recursos disponibles.

Es así que la interdisciplinariedad proporciona interesantes motivaciones y desafíos, constituye una perspectiva insoslayable y difícil, que permite la apertura de los campos disciplinares. Su punto de partida son las demandas sociales.

Además, nos aporta una visión global e integral para su mejor comprensión. El simple planteo de ella atenta contra la fragmentación del tema a abordar, implica considerar el aporte de otros campos disciplinares, y el intercambio y construcción de nuevos métodos. Se flexibilizan los

límites entre las disciplinas por el continuo cambio de los conocimientos. Esto requiere un proceso, una continuidad, intencionalidad y corresponsabilidad.

Tan necesario consideramos la necesidad de configurar espacios interdisciplinarios, capaces de conceptualizar los problemas de forma compleja y no sometidos a fronteras disciplinarias; como la de constituir equipos interdisciplinarios para el abordaje y búsqueda de alternativas de solución a los mismos; pero debemos tener en cuenta que el abordaje interdisciplinario es un posicionamiento, no una teoría unívoca. La actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de apertura para la construcción de nuevos métodos y técnicas de trabajo que dejen de lado actitudes dogmáticas, y fundamentalmente tener siempre presente que la relación entre las disciplinas debe ser provocada, no un mero encuentro fortuito.(Calienni, Martin y Moledda, 2009)

"…Pensar la Interdisciplina en un escenario atravesado por la incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social, implica, de alguna forma revisar una serie de aspectos. Los mismos, pueden ser útiles en función de, si se permite una indefectiblemente exploración del concepto de Interdisciplina, que implica, así también la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber, dadas las características de los escenarios actuales. Diálogo que en definitiva se traduce en Intervención en Lo Social…" (Carballeda, 2006).

Calienni y colaboradores (2009) citan en palabras de Edgar Morin (2005) que: "la interdisciplinariedad es la clave para entender la complejidad del mundo que nos ha tocado vivir, que no admite explicaciones simplistas…", sosteniendo además: "que otra forma significativa de enfrentar la crisis de los tiempos actuales es reafirmando la significación de la interdisciplinariedad.

CAPÍTULO II

Pensamiento Complejo

Se considera que el ejercicio profesional del trabajador social, debe encuadrarse desde una perspectiva que no sólo incluya al sujeto, sino que lo adopte como eje de la intervención, es por ello que se adhiere al enfoque de la complejidad para realizar el presente trabajo.

El pensamiento complejo es pasar de modelos estáticos a descripciones dinámicas, nos invita a pensar el problema del conocimiento de una manera completamente distinta a las clásicas. Un primer paso para lograrlo es dejar de utilizar el sustantivo "objetividad" y comenzar a pensar en términos de un verbo: "objetivar". Este desplazamiento lingüístico - conceptual nos permite dejar de pensar en el conocimiento como algo instantáneo, imagen especular de una realidad independiente; para pasar a pensar en términos de procesos activos de objetivación. Estos procesos son producto de la actividad de las comunidades humanas".

La dicotomía sujeto/objeto estalló para dar lugar a la complejidad, que en su bucle de objetivación, encuentra siempre al sujeto y entramado con su comunidad. Desde esta mirada que da lugar a la complejidad y que implica siempre descripciones dinámicas tanto la objetivación como la subjetivación son procesos que el pensamiento Moderno cortó arbitrariamente para separar productos llamados "sujeto" y "objeto".

Desde una perspectiva que da lugar a la complejidad, los sujetos humanos son capaces de objetivar y a la vez se van constituyendo en sujetos en estos procesos sociales de significación compartida.

Susana Cazzaniga (1997), plantea un abordaje desde la singularidad y considera al sujeto como un ser pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de esa misma historia. A decir de Castoriadis (1998) "... el sujeto es eso, flujo

representativo - afectivo - intencional donde ha emergido la posibilidad de la reflexión y donde la espontaneidad bruta de la imaginación radical se ha convertido en parte en espontaneidad reflexiva..." Pensar en la singularidad, es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto.

Desde otro punto de vista, pero aportando en la misma línea de pensamiento, puede ser interesante entender al sujeto como un entrecruzamiento de aspectos universales (o genericidad, según Agnes Heller), particulares y singulares. Lo universal o genericidad expresa la condición de seres humanos, con derechos y capacidades; universal en tanto horizonte de sentido, el "deber ser".

Lo particular, comprende al sujeto en sus condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, su historia social familiar, lo que "hace ser". Lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del "es" como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular.

Siguiendo a Osorio (2002), el paradigma de la simplicidad defendido y aplicado en la modernidad (Siglo XVI al XIX) y que tiende al reduccionismo de todo lo complejo, da paso en la postmodernidad (a finales del Siglo XIX y principios del XX) al desarrollo de una nueva alternativa: el pensamiento complejo. Frente a las características del reduccionismo (universalidad, la unificación, el discurso hegemónico, la pureza de los géneros, la desarticulación y división del todo en partes que son comprensibles dentro de realidades cognoscitivas abstractas, el análisis lineal, la objetividad, la verticalidad), se comienza a ver que la realidad es incompleta e imperfecta.

El sistema no se puede reducir a la suma de las partes, o sea que es más que ésta. Lo reinante es la diversidad (Demian, 2008).

Tal cual lo plantea Demian (2008), el Paradigma de la Complejidad, como forma de ver el mundo, crea un proceso de pensamiento sistémico que nos muestra la realidad como un enorme conjunto de sistemas con una difícilmente cuantificable cantidad de variables polares que interactúan entre sí.

Un pilar básico de este marco epistemológico son las aportaciones del investigador francés Edgar Morin (1974). Según Moreno (2002), Morin (Padre del Pensamiento Complejo) desarrolla este paradigma apoyándose en la teoría sistémica, teoría cibernética y teoría de la información y comunicación. A diferencia de perspectivas clásicas, no sólo sirve para entender la complejidad de la naturaleza, sino que se concentra en la complejidad humana y social, realidad en la que se encuentra el mayor grado de complejidad.Morin mira las ciencias desde un enfoque transdisciplinar, cuya base epistemológica es la incertidumbre, y propone una ciencia con conciencia, es decir, ordenada al humanismo.

Se puede observar que el mundo actual se presenta de manera compleja, y esta complejidad es difícil de revolver porque la incertidumbre que lo identifica presenta características de lo viejo, conviviendo a veces, en conflicto con lo nuevo. Se advierte que la complejidad no elimina la simplicidad, sino que aparece donde el pensamiento simplificador falla, pero integra en sí misma todo aquello que pone orden, claridad, distinción, precisión en el conocimiento.

El reto para aquellos que quieran introducirse al mundo complejo es un reto a la vez teórico, social e individual, político y ético.

Intervención Profesional

La Intervención Profesional (Travi, 2006) tiene lugar a partir de la recepción de una demanda, que lleva en sí misma un pedido de ayuda, ya sea de información, de orientación, de asesoramiento o gestión, enunciado a través deun discurso cuyo contenido incluye:la evidencia de un problema o situación adversa, una interpretación respecto del problema, o un pedido de solución. A su vez, exige un esfuerzo de construcción teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado.

La persona que recurre al profesional detrabajo social, expresa su solicitud mediante un discurso cargado de subjetividad, dehistoria, de sentimientos, y espera ser escuchada atentamente por el profesional. Portal motivo, la Intervención en lo Social se presenta como un "espacio de libertad", yaque se construye en pequeñas grietas, fracturas, lugares, donde es posiblereconstruir historicidad, comprender a ese "otro" como un portador de historia social,de cultura, y de relaciones interpersonales; y no como un sujeto a modelar(Carballeda, 2002).

Cada situación particular dará los contenidos de los aspectos a indagar. Una entrevista, tendrá para el Trabajador Social un doble valor: conocer la trayectoria del sujeto, pero a la vez producir la autoreflexión de ese sujeto sobre su vida.Los registros tendrán que dar cuenta de los relatos, los que el trabajador social deberá analizar en función de los objetivos perseguidos.

Carballeda (2007) sostiene que la intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese "otro" sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la intervención como campo es un lugar de construcción de creencias, hábitos, modalidades de hacer y es también un lugar de certezas e incertidumbre, de allí que

involucre un compromiso ético. Debido a que se interviene sobre los problemas sociales, y en función del padecimiento que éstos generan sobre los sujetos.

En este sentido, "la reflexión también se orienta hacia los condicionantes de la intervención, desde diferentes aspectos, pero esencialmente a partir de prácticas, representaciones sociales y construcciones discursivas que la preceden. De algún modo le imponen un orden, una ley que le confiere dirección al "hacer", de allí que la intervención envuelve una reflexión ética, donde las prácticas requieren mirarse hacia dentro, dialogar con su propia historia, con los atravesamientos del contexto.

El autor considera a la Intervención en lo Social como un instrumento de transformación de las circunstancias donde se actúa, y como un dispositivo de integración y facilitador del diálogo entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales, de allí la importancia de que la palabra, la mirada y la escucha sigan siendo los elementos que sostenga en su hacer diario el Trabajador Social.

De este modo, se enuncia como posible dispositivo de reconstrucción de subjetividades, entendiendo a la necesidad como producto de derechos sociales no cumplidos.

En relación a ello Travi (2006) plantea que en la actualidad, luego de años de intensos debates, (y como producto de la madurez que va logrando nuestra disciplina), hemos llegado a consensos generalizados, en el sentido de que la Intervención Profesional debe basarse en el conocimiento de aquello que se pretende transformar. Por lo tanto, más allá de las diversas posturas, posiciones o perspectivas que adoptemos, hoy coincidimos acerca de la estrecha e inseparable relación entre conocer/comprender- intervenir – transformar, siguiendo la necesaria mirada a la comprensión de lo social, o del sentido de la acción, a pesar tengamos posturas disímiles en diversos aspectos.

Asimismo en tanto profesión y práctica especializada, el Trabajo Social requiere del despliegue de una serie de técnicas e instrumentos que permitan pasar de la "idea a la acción "a la vez que cada decisión y elección de procedimientos a realizar están indisolublemente vinculados con los valores principios y una concepción acerca de los sujetos y del rol político que el Trabajo Social debería asumir en la sociedad actual.

Al tomar decisiones estamos poniendo en juego la dimensión ética[10], como expresa Susana Cazzaniga (2007) "Cada alternativa implica consecuencias respecto de otros, sus derechos, autonomías y libertades, y supone un "responder" por tales decisiones por parte del profesional".

Desde este punto de vista, es pertinente mencionar la inserción de la perspectiva histórico-crítica[11], la cual se fundamenta en la necesidad de establecer relaciones con el tema instrumentalidad, rescatando las visiones de otros conceptos que se entrecruzan con relación a la Intervención Profesional, como son los temas de cotidianidad e inmediaticidad de la práctica profesional (Guerra y Coelho, 2011).

Desde esta perspectiva, debemos definir a las instrumentalidades de la disciplina, como aquellos procedimientos profesionales socialmente reconocidos, que son parte de su acervo cultural y forman parte de la dimensión técnico instrumental de la misma. Este saber hacer, se ha construido a través del tiempo en su inserción en el medio laboral y al ser un conocimiento referido a la práctica, se inscribe siempre dentro de una epistemología, por lo cual refiere a lo teórico y a lo político ideológico. (Travi, 2006:25)

Las instrumentalidades refieren a un instituido social (qué y cómo hace nuestra profesión), pero a su vez es un elemento instituyente de las capacidades profesionales en una sociedad

[10]La ética constituye una dimensión del ejercicio profesional articulada con las dimensiones políticas, teóricas y prácticas.

[11]La perspectiva histórico-crítica piensa el Trabajo Social en el contexto histórico y a partir de los determinantes históricos como un producto de la historia de la sociedad capitalista.

determinada. Es así que se considera que ellas son un eje medular para reflexionar y problematizar el ejercicio y su espacio socio profesional.

Por otro lado este hacer, al ser instituido, muchas veces termina siendo naturalizado, lo que implicaría serias restricciones epistemológicas y teóricas. Sin embargo, también se convierten en una posibilidad de generar nuevos saberes y convertirse en mediaciones hacia otros espacios de ejercicio profesional.

Dicho enfoque es desarrollado por Yolanda Guerra, quien partiendo de hacer consciente estas tensiones propone superar de este modo la mera razón instrumental, otorgándole así al Trabajo Social, un carácter emancipador, mediante la construcción de nuevas instrumentalidades, que aporten al desarrollo de la práctica, de la profesión desde todas sus dimensiones, de un proyecto societal más amplio, más complejo.

La identidad del Trabajo Social y que se liga al anterior proceso de construcción de la disciplina, ha sido constantemente revisada por los colectivos profesionales de las distintas etapas históricas de su proceso. Actualmente, las obligaciones del Trabajador Social persiguen objetivos emancipatorios, teniendo como principios rectores los derechos humanos, la construcción de ciudadanía social, el desarrollo de planificaciones participativas, y de una forma de vida democrática, entre otros[12].

La intervención, implica encontrar por fuera de los esquematismos pseudo-académicos, el lugar y el espacio para que ese otro logre sentido, entendiendo que detrás de cada problemática social, hay un sujeto que padece. Las diferencias, que se soportan en las distintas perspectivas de la profesión y las racionalidades que orientan el actuar en la sociedad, tienen en la intervención un

[12] Ver Ley de Trabajo Social en anexos.

punto que las relaciona en la diferencia y del que se desprenden debates que han acompañado las visiones antagónicas de los conocimientos y saberes práctico-interventivos.

El ejercicio profesional está soportado en un conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social y su uso no puede aislarse de los contextos donde se aplican, ni de los postulados teóricos o metodológicos que los fundamentan. Cuando el instrumental se coloca en el terreno de la formalidad burocrática sin permitir la comprensión o explicación reflexiva de la realidad, invocando la cuestionada "neutralidad" del profesional y el poder omnipotente de los instrumentos que utiliza, pierde su capacidad potenciadora.

El alcance y proyección de dicho instrumental depende en gran medida de la postura crítica y de la creatividad de los sujetos profesionales e institucionales que lo implementan.

Nuestra profesión fue fundada en la intervención, y es la que posiciona el accionar del Trabajador Social, y eso es lo que ese "otro" que se presenta cotidianamente en cada servicio social demanda, generando nuevas preguntas, interpelaciones, en cada intervención, articulando pasado y presente en ese sujeto que reclama su lugar desde su historia y desde los saberes que lo fragmentaron y dominaron.

Por todo lo expuesto, se afirma que toda intervención requiere reconocer la importancia de la revisión crítica y constante del ejercicio profesional,avanzando así, sobre nuevos conceptos, para posicionarnos críticamente de cara a las nuevas realidades que enfrentan los profesionales en el hacer cotidiano.

El Método y la Metodología

La cuestión del método en Trabajo Social, desde sus origenes con Mary Richmond hasta la actualidad, constituye uno de los debates principales en la disciplina. "Método" proviene del griego *metús*, proposición que da idea de "movimientos"; y *odos*, que significa caminos.

La misma, fue la precursora de las primeras sistematizaciones en relación a las Intervenciones Profesionales basadas en el eje de su metodología (estudio - diagnóstico - tratamiento). Esta propuesta metodológica apunta a obtener una amplia información y comprensión acerca de la persona y su problemática social, llevando a cabo una serie de pasos que produzcan la modificación de los comportamientos individuales.

Susana Cazzaniga(1995), sugiere repensar el método, entendiendo que la configuración del mismo es una mediación que se basa en un entramado de supuestos, en que se inscribe el Trabajador Social, en el contexto de las distintas corrientes teóricas que atraviesan a la disciplina.

El método, se define como una estrategia que se sigue para abordar un recorte de la realidad (fenómeno, situación, etc.) desde una perspectiva teórica (entramado de supuestos) que establece los criterios de selección de técnicas y procedimientos específicos a usar, teniendo en cuenta sus características particulares y la forma particular en que debe ser abordado.

Cabe aclarar que la estrategia[13], comprende llevar a cabo tareas de combinación, coordinación, distinción, distribución y aplicación de acciones, necesarias para alcanzar un objetivo.

Se plantea entonces que el método, configura una mediación entre teoría y realidad, que no se define anticipadamente, como dispositivo de axiomas y reglas a seguir, sino como construcción. Desde esta perspectiva, pensar en el método, implica pensar en el entramado de supuestos teóricos,

[13]En principio, cuando se habla de estrategia se está haciendo referencia a un término de origen militar, que designa los"comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones en que hayque superar obstáculos que se oponen al logro de un objetivo"

epistemológicos, ideológicos y éticos, desde donde se comprende la realidad a modificar y se determinan las formas de realizarlo

Se puede decir que "el método en Trabajo Social es la manera en que actúa el trabajador social desde su primer encuentro con el usuario, hasta que finaliza suacción con este" (De Robertis, 2006:111).

Por su parte, la Metodología "regula y ordena la actividad científicaproponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de lasacciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matricesteóricas que las rigen". (Velez Restrepo, 2003:58)

La metodología es una dinámica relación entre acción y reflexión, la multiplicidad de relaciones lógicas que conforman una realidad social específica sólo puede ser comprendida con el apoyo de la teoría.

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

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

Al respecto, Rozas Pagaza (2002) plantea que el proceso metodológico seconforma por tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación. Dichos momentos, no deben ser concebidos a modos de etapas que se suceden de forma lineal, forman parte de un proceso que se desenvuelve de manera dialéctica, y van acompañados de una evaluación permanente queredirecciona la intervención cada vez que sea necesario.

Para comprender la mencionada secuencia lógica, es necesario partir de la complejidad existente en la construcción del campo problemático en la intervención[14]. Esta complejidad es expresión de un conjunto de dimensiones de la cuestión social que, para el trabajador social, se expresa en la difícil y contradictoria relación entre sujeto y necesidad[15]. Esta relación es el eje que da direccionalidad a la Intervención Profesional. El inicio metodológico de la intervención comienza por un recorte geográfico y social del contexto en el cual el profesional inicia su práctica.

Se retoma a la autora Rozas Pagaza, quien plantea que los tres momentos del proceso metodológico pueden ser aplicados tanto en el nivel individual, grupal como en el nivel comunitario (Pagaza, 2002).

Los momentos del Proceso Metodológicoson:

- Inserción: Refiere el primer acercamiento a la realidad que es sometida a la intervención, donde se adquiere el conocimiento de los aspectos generales de la problemática. La adquisición de dicho conocimiento, permite la obtención de información que es analizada desde éste primer momento y durante todo el proceso metodológico.
- Diagnóstico: Un momento de síntesis de un proceso de conocimiento que se ha generado desde la inserción del profesional en el contexto particular de su intervención, con el fin de indagar sobre el campo problemático. Este diagnóstico adquiere relevancia cuando se incluye la perspectiva de los actores sociales en la problematización de la realidad, teniendo en cuenta la percepción que tienen acerca de sus propias vidas, su historia y sus

[14]Se define "Campo problemático" como una construcción que se desarrolla en el ámbito de relaciones establecidas entre las necesidades de los sectores excluidos y la distribución de recursos que usualmente se denominan servicios sociales.

[15]La autora Margarita Rozas Pagaza, desde una perspectiva marxista, plantea que el concepto de necesidad se encuentra vinculado al concepto de valor. La necesidad vinculada a la teoría del valor, crea necesidades que son parte fundante de las necesidades económicas, es decir, que se orienta la producción de dichas necesidades en función de la valorización del capital.

necesidades. Un diagnóstico que reúna éstas características permite una mirada crítica y desnaturalizada de los problemas sociales, posibilitando una intervención transformadora.

- Planificación: Es el proceso que permite decidir en forma anticipada qué se quiere lograr, cómo lograrlo, cuándo, con qué recursos, dónde y para quiénes. En este momento se diseñan ordenada y lógicamente las actividades destinadas a lograr los objetivos que se plantea la Intervención. Es en ésta etapa, en la que se construyen estrategias eficientes y eficaces para cada realidad particular.

También es posible referirse al Diagnóstico como "Evaluación". Cristina De Robertis prefiere este término por oposición al de diagnóstico, ya que la palabra diagnóstico lleva una impronta ligada al uso médico. El profesional de la medicina elabora su diagnóstico previo al tratamiento, puesto que la enfermedad no puede ser tratada antes de conocérsela; en cambio para el trabajador social "el conocimiento yla comprensión de la situación no constituyen una etapa separada de la acción" (De Robertis, 2006:163).

Vélez Restrepo (2003) considera que las operaciones básicas del método generalmente se han orientado hacia el estudio, diagnóstico y planificación de la acción profesional y es por ello que cree necesario considerar la sistematización como uno de los momentos constitutivos de los métodos del ejercicio profesional, como recuperación crítica del proceso para la comprensión de las complejas realidades sociales.Los momentos del método del ejercicio profesional no están precedidos mecánicamente, en la práctica hay un devenir permanente, por eso los mismos son enunciados de esa forma solo a fin de ordenar la presentación de las situaciones, pero de ninguna manera se las considera como algo estático.

Las acciones correspondientes a cada uno de los momentos presentes en los métodos de actuación profesional del Trabajo Social -estudio, diagnóstico, planificación, evaluación y

sistematización- conforman unidades y especificidades particulares de tal manera que ninguna de ellas está mecánicamente precedida por la otra.” (Vélez Restrepo, 2003: 60).

Resulta enriquecedor el aporte de Eroles (1998), en su libro “Familia y Trabajo Social”quien plantea como crítica que se habla de metodología única e integrada, y en la práctica, se ha seguido utilizando el marco referencial teórico tradicional, caso social individual, grupo y comunidad.

La perspectiva histórica- crítica entiende a la separación del método y metodología que se ha hecho en el contexto de la perspectiva tradicional como una “segmentación positivista”, plantean que el método no se resume a pauta de procedimientos, sino que integra los fundamentos y categorías de la realidad y se establece por valores y principios ético-políticos, en el marco de proyectos sociales” (Montaño, 2000: 31). Lo que se plantea, con respecto a lo metodológico, son en este caso estrategias de intervención que se enmarcan en las técnicas e instrumentos necesarios para alcanzar la finalidad buscada en el ejercicio profesional.

Los trabajadores sociales podemos realizar un aporte deincalculable valor en el proceso de dar 'existencia explícita' asituaciones naturalizadas de hecho, a la práctica cotidiana delos sectores populares, de hacer público lo privado, de hacervisible lo invisibilizado, de ponerle palabras a lo no dicho, a losilenciado, haciendo trascender a lo colectivo la práctica y lasexperiencias particulares, transformado situaciones dadas enproblemas sociales que entren en la agenda de los poderespúblicos.

Pese a estar tensionada por elementos estructurantes, la profesión en sí misma, tiene sólidos lazos con los Derechos Humanos y la democracia.

El Trabajador Social en una Institución Hospitalaria

El Trabajador Social en una institución hospitalaria, es capaz de visualizar el modo en que los discursos circulan, entre los miembros de un equipo de salud. Muchas veces, se plantea acerca de la instalación y naturalización de una forma de ver, sentir y pensar al otro, una resistencia a la otredad.

Tal como sostiene Menéndez (2005)…" Se advierte que dichas prácticas en los ámbitos hospitalarios son funcionales al modelo médico hegemónico, y, a su vez, retroalimentadas por el mismo. Por lo tanto, otro tipo de práctica sólo podrá arraigar en una comprensión del proceso de salud-enfermedad entendido como un proceso subjetivo, histórico y social esencialmente dinámico".

Las problemáticas sociales complejas, se encuentran en permanente diálogo con situaciones de vulneración de derechos y padecimientos subjetivos. A partir de los relatos de los sujetos, de sus narrativas, es que se accede a la comprensión del modo en que significan esta contingencia de salud, su impacto en la vida familiar, en su proyecto de vida.

Es importante destacar la relevancia que cobran los instrumentos de registro del trabajo social, ya que constituyen una estructura narrativa donde se ponen en juego los marcos referenciales de los profesionales.

Tal cual lo afirma Barg (2000)"…se intenta recuperar familias que reclamen y demanden, como sujetos de derecho, lo que podrá disminuir las intervenciones con predominio de modalidad tutelar.

La intervención que logre cristalizar en la institución de salud, el valor de la palabra, será capaz de vincular los padecimientos de los sujetos y las secuelas de una sociedad fragmentada, alejándose del tradicional lugar normativo, con el fin de acercarse al campo de los derechos que han sido socialmente vulnerados, y a la restitución de los mismos.

Al interior del equipo de salud el Trabajador Social debe enfocarse en la especificidad de su ejercicio, facilitando vínculos, es decir, creando puentes de encuentro para remover obstáculos, y prácticas tradicionales, siempre hacia una atención integral, tratando de llevar a la reflexión sobre estas cuestiones.

Es el objetivo delequipo de salud el acompañamiento educativo, ya que debe otorgar las herramientas necesarias para una adecuada calidad de vida.

Desde este ámbito el trabajador social interviene en pos de promover los derechos de las personas y su autonomía, se propone reconstruir la red socio familiar de las personas y que el período de internación del niño/a sea lo más breve posible[16]. A su vez, articula, asesora y brinda apoyo a la familia en cuanto a la realización de trámites correspondientes a fin de obtener el egreso hospitalario.

En este punto, Cazzaniga (2001) plantea: …"Persiste en el imaginario social una mirada que identifica y señala a nuestraprofesión como una práctica de resolución de problemas sociales; más aún el de hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás

[16]Es importante mencionar el aporte que realiza Chadi (2000) al hablar de redes sociales las cuales son un grupo de personas, que pueden ser familia, vecinos amigos, con la capacidad de aportar tanto ayuda como apoyo reales y duraderos a un individuo o familia. Estas redes pueden ser: Primaria , compuesta por familia, amigos y vecindario; Secundaria, incluye a los grupos recreativos, relaciones comunitarias y religiosas, relaciones laborales o de estudio y Redes Sociales Institucionales, se accede a ellas por necesidades especificas, están compuestas por la escuela, el sistema de salud, y el sistema judicial.

profesionales...". Desde esta perspectiva, la autora sostiene que pareciera que el trabajador social es el profesional destinado a "resolver todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión."

La categoría de paciente social, contradice el abordaje integral e interdisciplinario que la salud requiere, esta manera de categorizar a las personas, obstaculiza la accesibilidad de la población que requiere de nuestra intervención, pero esta no es la única barrera al momento del egreso hospitalario, la falta de respuestas institucionales, la escasez de recursos y/o políticas públicas que brinden alternativas y los requisitos establecidos para acceder a determinados programas o beneficios sociales se constituyen en sí mismos en barreras a la accesibilidad programática y administrativa.

También ciertas actitudes de profesionales de la salud, como personal de la institución, dificultarían el vínculo entre el sujeto y el servicio sanitario; imponen como requisito la posesión de DNI para iniciar o continuar gestiones.

"El DNI no es sólo un medio para acreditar la identidad, se trata de la puerta de acceso a derechos fundamentales, necesarios para llevar una vida digna y no es casual que la falta de DNI esté tan estrechamente vinculada con la exclusión social". (Poder ciudadano, 2008:1)

CAPÍTULO III

Lesiones no Intencionales por Causa Externa

Lesiones Intencionales y no Intencionales

Las lesiones y la violencia son una de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, es por ello que resulta imprescindible distinguir el criterio de clasificación de las lesiones con la intencionalidad en la producción de las mismas; de esta manera, se diferencian lesiones intencionales y lesiones no intencionales. Las lesiones intencionalesresultan de relaciones interpersonales violentas o bien de violencia autoinflingida, en el caso de los suicidios.

Según la OMS la violencia es "…el uso intencional de fuerza física o poder (a través de amenazas, intimidación, negligencia, actos de omisión y/o comisión), amenaza o acto contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que pueden tener una alta probabilidad de resultar en una lesión, muerte, daño psicológico, o problemas de privación del desarrollo". Todos los incidentes no intencionales están excluidos de esta definición. La violencia puede derivar de conductas cuya intención es causar dolor, daño, o destrucción de una persona, o contra uno mismo.

En cambio, en las situaciones de lesiones no intencionales por causa externa,si bien, no existe intencionalidad, el mal llamado "accidente", no debe ser asociado a las ideas de azar o error, debe ser entendido como la consecuencia de una cadena causal de eventos y circunstancias en la que el sujeto puede intervenir para evitarla o mitigar sus consecuencias; es decir, como un hecho prevenible.

Dicho de otra manera, el hecho de percibir las lesiones por causas externas como "accidentes" o hechos aislados de ocurrencia esporádica, constituye uno de los principales obstáculos para la prevención y la vigilancia.

La OMS (1958) define el accidente como un "Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, como acontecimiento independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental"

Actualmente el término "accidente" se está abandonando a favor de otro más preciso como es el de incidente que genera una "Lesión no intencional por causa externa"**.** Esto representa un importante cambio conceptual desde la idea de accidente como un fenómeno no controlable, al reconocimiento de las lesiones como condiciones perfectamente descriptibles desde el punto de vista epidemiológico, que pueden ser controlables y previsibles.

La definición de accidente incluye el concepto de suceso "imprevisto" que ocurre a las personas o a las cosas; suele ser confundido con "impredecible" y lleva a la errónea interpretación de que no se puede prevenir.

Ámbitosde Ocurrencia de Lesiones por Causas Externas no Intencionales

En el presente trabajo, si bien el foco de atención, esta puesto en el ámbito de ocurrencia doméstico y la franja etaria: de 0-5 años, no es posible dejar a un lado los distintos escenarios en pos de visibilizar la problemática de lesiones y profundizar el conocimiento a fin de brindar herramientas de prevención y disminuir la ocurrencia de las mismas.

1. Hogar o Doméstico

La creencia generalizada en las personas es que el hogar es el lugar más seguro para los niños. Sin embargo, las estadísticas muestran que es donde se producen lesiones con mayor frecuencia. Dentro de la vivienda familiar los lugares más peligrosos son:

- ✓ La cocina (es el lugar de la casa donde se producen más accidentes, por el fuego de las hornallas, del horno, preparaciones calientes, elementos filosos o productos de limpieza).
- ✓ el baño (El baño también resulta uno de los lugares más peligrosos. Las caídas son las más frecuentes, por las superficies resbaladizas. Quemaduras leves, al abrir el grifo de agua caliente, sobre todo en los niños ya que tienen una piel especialmente sensible. Los ahogamientos en la bañera).
- ✓ las escaleras
- ✓ ventanas y balcones
- ✓ el patio o jardín cuando existe.

Tipos de lesiones en el hogar:

- ✓ Asfixia
- ✓ Quemaduras (Producidas por Agentes Físicos / Agentes Químicos / Agentes Eléctricos)
- ✓ Traumatismos (politraumatismo/ traumatismo encéfalo craneano/ fx/ contusiones).
- ✓ Intoxicaciones (Por Medicamentos / Por productos de limpieza / insecticidas).

2. Espacios recreativos

Se entiende por recreativo aquellos ámbitos donde los niños desarrollan actividades de juego o recreación y que no se realizan en el ámbito doméstico. Ejemplos característicos son: plazas, campings, playas, clubes, espacios educativos, culturales, etc. Tipo de lesiones: traumatismos, heridas de animales, etc.

3. En la vía pública:

Son las lesiones ocurridas en la calle. Tipo de Lesiones: traumatismos, fracturas, etc.

Variables Intervinientes

Las lesiones en los niños varían según su causa, su gravedad, la edad del niño, la etapa de desarrollo, las actividades que realizan y el lugar donde vive. En la producción de incidentes que generan lesiones, existen tres variables importantes:

1. El comportamiento del niño según la edad evolutiva

Todos los niños y niñas se encuentran expuestos a incidentes, no son adultos pequeños, sus comportamientos y capacidades son distintas, lo cual los hace más vulnerables, pero de acuerdo a su evolución psicomotora las lesiones pueden variar sustancialmente. Por lo tanto, las lesiones de los niños/as están muy relacionadas con el tipo de actividades que realizan, lo que, a su vez, se relaciona con la etapa del desarrollo y las diferentes edades. En consecuencia, se encuentran expuestos a incidentes como: intoxicaciones en la etapa oral (donde todo lo lleva a la boca), caídas en la etapa de la marcha inestable, asfixias por inmersión, y quemaduras en tanto no hayan aprendido a desconfiar del agua y del fuego.

Lactantes: Existen pocos riesgos personales en el lactante pequeño, (dada la escasa autonomía del niño a esa edad) el cual depende estrechamente de los que lo rodean y en quien las lesiones están relacionadas con el cuidado de por parte de terceros: padres, hermanos, adultos responsables, etc. En esta edad se produce un gran número de lesiones mortales, pero no son ni mucho menos una de las primeras causas de muerte para este grupo. Se debe tener en cuenta que a los 45 días el bebe puede rolar, y a los seis meses puede comenzar a gatear. A partir de los seis meses aumenta el riesgo de incidentes, por su capacidad motora global y su habilidad para llevar objetos a la boca. Las causas de muerte por lesiones no intencionales son, generalmente,

sofocación, caídas, quemaduras e intoxicaciones. El lugar de los incidentes es casi siempre el hogar.

*Niños de 1 a 5 años***:** Diferentes autores plantean que el verdadero peligro de lesionarse comienza en la edad en que el niño da sus primeros pasos, cuando comienza a caminar empieza a explorar, observar, tocar, a descubrir el mundo, con una curiosidad insaciable y una coordinación motora imperfecta, su marcha es tambaleante, su observación fragmentaria, no ve más que una cosa a la vez, su independencia se va desarrollando a medida que crece, sin embargo su necesidad de experimentar no es compatible con su capacidad de distinguir, comprender y responder el peligro. Alrededor de los cinco años, los niños empiezan a tener mayor conocimiento del mundo y sus riesgos. El entendimiento del peligro parte cuando empiezan a tener experiencias como una caída y la asociación con el dolor. Entre los 1 y 2 años, comienza a comprender el significado del NO, pero no lo recuerda. A partir de los 2 años, desafían el NO, y no aceptan órdenes. El origen de la lesiones más frecuentes puede hallarse en caídas y traumatismos, heridas, ingesta de cuerpos extraños y quemaduras. Otra variable que afecta de modo importante es el sexo: son mucho más frecuentes las lesiones en los niños que en las niñas a partir del primer año de vida. La explicación ofrecida para ello es diversa: el carácter más intrépido del varón frente a la niña lo predispone más a los incidentes, este carácter no aparece de manera innata, sino que el trato diferenciado entre niños y niñas son el origen de ello.[17].

2. La conducta de cuidado del adulto responsable

Las dificultades en la organización familiar con respecto al cuidado de los niños podrían incidir en una mayor ocurrencia de lesiones no intencionales. Esto se relaciona con:

[17] Universidad nacional de córdoba facultad de ciencias médicas escuela de enfermería programa de educación a distancia. Cátedra taller de trabajo final proyecto de investigación características de los accidentes domésticos estudio a realizarse en el hospital de niños Jesús de Praga. durante el año 2010.

El papel de la mujer como cuidadora principal. Lasituación de la mujer como responsable principal en el cuidado de sus hijos y tareas del hogar: Con la evolución de la familia, la mujer sale del ámbito privado para insertarse en el mundo laboral, en los espacios y actividades sociales, lo cual, le da mayor autonomía, pero produce un sobre agotamiento físico y mental, al no abandonar sus "roles" tradicionales, y debe combinar el trabajo remunerado con el trabajo doméstico de cuidado sin remuneración , estas situaciones que aparecen en la cotidianidad como naturales, estereotipadas, muestran y reproducen una distribución desigual, no sólo entre hombres y mujeres, sino también desigualdades entre mujeres de distinta clase social (entre las que pueden comprar servicios de cuidado mercantilizados y las que no tienen recursos para hacerlo). Normativamente, se espera que sean las mujeres quienes se ocupen del cuidado cotidiano de las niñas y niños, dichas tareas se llevan a cabo en el ámbito doméstico, y durante mucho tiempo han permanecido invisibles y no reconocidas públicamente (consideradas como parte "natural" de la condición femenina, como parte "natural" de la división del trabajo por género).

Maternidad y paternidad adolescente. Dificultades para asumir responsabilidades de cuidado. Por ser un periodo de la vida de cambios, de interrogantes, donde se necesita de una reflexión conjunta con algún adulto para la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades.

Condiciones socio-económica. Los riesgos se encuentran aumentados en las familias de condiciones socio-económicas modestas/bajas. Circunstancias como sobre población del hogar y la falta de espacio para guardar productos peligrosos.

La precariedad económica. Condiciona el acceso de los niños a instituciones de cuidado, quedando bajo la protección de otros niños (hermanos, vecinos, parientes), personas mayores, u otras personas sin vínculo cercano a la familia. Entre los sectores más pobres, las mujeres viven el

cuidado como una responsabilidad femenina, algunas de ellas, con el apoyo de redes de mujeres de la familia sin imaginar que podrían recurrir al Estado, demandando derechos propios y de sus hijos/as, por ejemplo, para ingresar a un jardín maternal gratuito.

Conocimiento y apreciación de los factores de riesgo. Escaso Registro de pautas de alarma.

Conductas protectoras del cuidador hacia el niño. Escolaridad, vacunación, controles de salud, etc.

Sin embargo, "la supervisión parental es fundamental, pero no es materialmente posible y mucho menos deseable ejercerla en forma directa las veinticuatro horas (24 hs) del día en un ámbito con múltiples amenazas". (Ministerio de Salud de Neuquén, 2010)

3. Las condiciones materiales de existencia.

Las condiciones materiales de existencia son un aspecto relevante a tener en cuenta en las situaciones de LNICE.

Según Jelin Elizabeth, la organización social de las actividades domésticas incluye la producción y el consumo cotidiano de alimentos y otros bienes y servicios de subsistencia, así como el cuidado de los hijos, la educación, y la atención de los ancianos. Las relaciones familiares constituyen los vínculos fundamentales. Para llevar adelante estas tareas, toda unidad doméstica requiere tener acceso a recursos, su adquisición es problemática y la unidad doméstica debe desarrollar los mecanismos para su obtención. Los padres y las madres son, en términos de expectativas sociales y legales, los responsables de dar protección y cuidado a sus hijos.

En esta categoría es de particular relevancia el acceso a una vivienda digna, lo que se encuentra mencionado en el principio Nº 6 de la Declaración Universal de los Derechos del Niño, así como la

obligación de las autoridades públicas de brindarles cuidados especiales a ellos y sus familias. El derecho a una vivienda digna, es esencial, implica acceder a un hogar y a una comunidad seguras, y garantizar el derecho a la familia, a una vivienda adecuada, a la seguridad personal, a la salud, y en definitiva, asegurar el derecho a la vida, y a su vez, permitir el acceso a otros derechos.

La Comisión de Asentamientos Humanos y la Estrategia Mundial de Vivienda, incorpora al concepto de vivienda digna y adecuada, que las mismas se construyan en espacios plenamente equipados, en barrios dotados de servicios urbanos accesibles (agua potable, gas natural, desagües cloacales, alumbrado público), con espacios intermedios de relación que permitan la comunicación vecinal (establecimientos educativos, de salud, de seguridad, recreativos) viviendas en ciudades donde es posible el desarrollo familiar y personal en todos los niveles que la sociedad avanzada demanda.Para que una vivienda sea digna y adecuada, además, debe ser:

- ✓ Fija y habitable
- ✓ De calidad
- ✓ Asequible y accesible
- ✓ Con seguridad jurídica de tenencia

La precariedad habitacional afecta a las poblaciones más vulnerables, como niños menores de cinco (5) años, que por sus condiciones vitales pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda, expuestos a un ambiente inseguro. (Construcciones antiguas, instalaciones inadecuadas, ubicación de terreno inseguro, falta de espacio, hacinamiento, pozos y almacenamiento de agua mal protegidos, falta de ventilación, servicios básicos inadecuados, etc.)[18]

Medidas de Prevención Según Incidentes

[18] Para su mejor comprensión ver concepto de Vivienda Saludable.

1. Caídas

Es el motivo de consulta más frecuente en todos los servicios de guardia. Los menores de un año caen de los cambiadores, cama o mesas. Cuando son más grandes las caídas se producen desde los techos, escaleras, árboles ya sea jugando o practicando deportes. Las lesiones dependen de la altura y de la superficie sobre las que caen. La consecuencia más importante es el traumatismo encéfalo craneano (TEC) que puede ser leve o grave y causar diferentes discapacidades**.**

Caída de cuna: Las cunas con patas firmes y "fijas", son más seguras que las cunas con ruedas.

*Prevención:*La distancia entre los barrotes laterales debe ser tal que no permita el pasaje de la cabeza de un bebé, aun de pocos meses (6 cm). La altura de la baranda debe ser igual a la de un bebé "parado" sobre el colchón (60 cm).

Si los barrotes laterales no son fijos, su mecanismo de ascenso y descenso debe ser tal que solo pueda operarlo un adulto y no pueda ser realizado por el niño.

El momento de pasar de la cuna a una cama para niños es muy variable, aunque se puede tomar como referencia que cuando el niño alcanza los 90cm de altura es conveniente pasarlo a la cama. La cama debe cumplir condiciones de seguridad. La cama no es un lugar de juegos. Preferentemente colocar una manta en el piso para que el niño juegue sobre ella.

***Caídas desde camas cuchetas*:** Son de uso común por la falta de espacio, en ambientes pequeños, pero las caídas pueden producir lesiones de gravedad.

*Prevención:*En caso de que su uso sea inevitable, enseñar al niño sobre los cuidados que debe tener al subir y bajar, explicarle que no debe asomarse. Es fundamental colocar una baranda protectora.

La cama de los padres: Las caídas desde allí son un incidente muy frecuente, tanto de bebés como de niños pequeños.

Prevención: La cama de los padres no debe usarse como "cambiador" de pañales o vestidor nitampoco dejar solo a un bebé de cualquier edad sobre ella, aunque sea por sólounos segundos y parezca profundamente dormido.

Caídas de escaleras: Muchas veces las escaleras son tomadas como un lugar de juego por los niños generándose situaciones de mucho riesgo.

*Prevención:*Las escaleras y sus accesos nunca deben ser un lugar de juegos.

Impedir el libre acceso de los niños a una escalera colocando un mecanismo de barrera adaptado a cada necesidad. La valla o barrera debe colocarse en ambas bocas de acceso (superior e inferior) y su mecanismo de apertura debe tener cierto grado de dificultad para que un niño menor de 4 años no pueda abrirlo. Si el tipo de baranda permite que un niño pase entre sus barrotes, es conveniente colocar un sistema de red paralelo al recorrido de la baranda. Es fundamental enseñar a los niños el uso correcto de los pasamanos, puntualizando especialmente el peligro que corren si lo usan para deslizarse.

Los escalones deben tener los bordes sanos y en lo posible con bandas de material antideslizante.

Evitar las escaleras “caracol” y en caso de que la escalera tenga curvas, lo ideal es que sea con rellano (descanso plano) y no con escalones asimétricos.

Los niños pequeños deben bajar o subir de la mano de un adulto físicamente apto para auxiliarlos.

Si bajamos las escaleras con un bebé en brazos, lo debemos sujetar con un brazo mientras con el otro nos tomamos del pasa manos. Este traslado debe hacerlo una persona físicamente apta para esta tarea.

Caídas desde balcones o terrazas: La caída al vacío produce por lo general traumatismos muy graves.

*Prevención:*En cualquier edificio colocar una protección metálica para cerrar los balcones y terrazas. En caso de utilizarse redes en lugar de protección metálica es necesario controlar habitualmente la firmeza y las condiciones seguridad que estas ofrezcan.

Los niños no deben permanecer solos en balcones y terrazas. Conviene impedirles la llegada bloqueando los caminos de acceso.

Controlar que las barandas se encuentren en perfectas condiciones y que cerca de ellas no exista ningún elemento sobre el que el niño pueda treparse para superar el cerramiento.

Las barandas no deben permitir el paso de la cabeza, los brazos o las piernas de los niños pequeños.

La terraza no debe ser un lugar de juego para los niños, ya que a los riesgos habituales de un patio a nivel, se agrega la posibilidad de caídas, aun en presencia de adultos.

Cuando para llegar al techo o la terraza sea necesario utilizar una escalera móvil, no deje que los chicos, aunque todavía no caminen, tengan acceso a la misma cuando esté en posición vertical. Si la escalera es fija (de material o de hierro) su acceso debe estar cerrado por una puerta no operable por los niños.

Muchas veces los niños se identifican con los "superhéroes" de la televisión, e intentan imitarlos realizando algunas de sus proezas como por ejemplo saltar al vacío para volar. Es importante conversar sobre estos temas con los niños, resaltando el carácter de ficción que tienen estos personajes.

Caídas desde el huevito*:* Son frecuentes las caídas de los huevitos.

*Prevención:*Siempre debe atarse al niño con el cinturón del huevito

No colocar el huevito en superficies altas o inestables como el sillón, cama, mesa, silla,etc.

Se sugiere colocar el huevito en el piso.

Caídas por el uso de andadores: Debido a que el niño se desplaza libremente por superficies que sin andador no lograría acceder, es que son muy frecuentes las caídas en superficies inestables o desniveladas.

*Prevención:*El uso del andador no es aconsejado por los pediatras por los riesgos que implican su movilidad y una velocidad exagerada. Los niños suelen caerse por las escaleras o en ambientes con desniveles.

***Caídas en patios, jardines y plazas*:** El patio mojado, sucio o con objetos tirados en el piso puede causar resbalones y caídas. Así también fuera del ámbito doméstico las baldosas levantadas o rotas en la vía pública pueden provocar tropezones fácilmente. Los pozos mal tapados o abiertos y/o

desagües sin rejillas, los desniveles (aun leves) y escalones también pueden ser factores de riesgos que pueden causar graves traumatismos.

Para los niños las ramas de árboles o arbustos bajos son objetos de juegos que puedan lesionar a quien pasa, trepa o juega debajo de ellos.

*Prevención:*Secar el patio después de baldear o de una lluvia. Mantener el patio ordenado y despejado de objetos.

Reparar las baldosas levantadas o rotas.

Verificar que macetas y maceteros no tengan una ubicación peligrosa para los niños.

Evitar los diseños con bordes marcados o filosos.

Podar los árboles que tengan ramas bajas. Controlar que todas las ramas queden por encima la cabeza de un adulto. En caso de tener árboles a los que se pueda trepar, dialogar con los niños para que no lo hagan sin la supervisión de un adulto.

Tapar correctamente los pozos y desagües de patios y jardines. Si por alguna razón deben permanecer destapados, cercar la zona de modo tal que nadie pueda acercarse.

2. Quemaduras

Las quemaduras pueden ser ocasionadas por el contacto o proyección de objetos, partículas o líquidos a temperaturas elevadas y ocurren al situar objetos calientes (estufas eléctricas, lámparas, hornos, tostadores de pan, etc.) en lugares accesibles a los niños o no protegidos adecuadamente. Los menores de 5 años se queman con: líquidos calientes (agua, ropa, café, teteras) accidente

sufrido en el hogar y más específicamente en la cocina y en el baño. La mejor prevención, es la supervisión constante de un adulto responsable.

*Prevención:*No dejar nada sobre mesadas que pueda ser visto por los niños desde abajo.

Cocinar y calentar siempre en las hornallas de la parte posterior de la cocina

Los mangos o manijas de los recipientes que están en el fuego deben orientarse hacia adentro para que los niños no puedan alcanzarlos.

Cerrar la llave de entrada de gas en la cocina cada vez que no se la esté utilizando.

Cuando se utiliza agua caliente y se vuelve a abrir el grifo, parte del agua queda retenida en el mismo. Para evitar quemaduras se debe dejar correr el agua fría después de utilizar el agua caliente, hasta que la temperatura se estabilice.

Colocar protección contra descargas eléctricas de la instalación (disyuntores).

Los fósforos y encendedores de llama o de chispa deben estar fuera del alcance de los más pequeños.

La cocina no debe ser lugar de juegos ni de “paso obligado” para los niños (en la medida que exista otra alternativa) y menos aún durante el tiempo de preparación de las comidas.

No permitir que los niños jueguen en la cocina o entren mientras se prepara la comida o se manipulan elementos calientes.

No permita a los niños menores salir al patio en horas de mucho calor ya que no advierten la temperatura del suelo y pueden sufrir graves quemaduras en la planta de sus pies u otras partes del cuerpo.

Cuando se utiliza la parrilla vigilar que los niños jueguen cerca. Al terminar no dejar brasas encendidas.

Para encender o avivar el fuego no use ningún líquido combustible (nafta, kerosén, alcohol, etc.).

No prenda carbón sobre el piso de cemento, ni siquiera sobre una chapa apoyada ya que el piso demora mucho en perder el calor y si el niño camina sobre él se quemará la planta de los pies.

El hogar a leña debe tener una pantalla "antichispa" de altura y ancho adecuados, en lo posible fija para que no pueda ser retirada por los niños. Los hogares de gas natural o envasado requieren también de una protección similar.

3. Intoxicación

Intoxicación medicamentosa o productos tóxicos: Dentro del ámbito doméstico existen varios factores de riesgo que inciden en la posibilidad de provocarse intoxicaciones: medicamentos o elementos tóxicos (plaguicidas, venenos para insectos, fertilizantes para plantas, artículos para limpieza, etc.), los cajones de la mesa de luz, bajo mesadas, garage, medicamentos guardados en la heladera al alcance de los niños entre otros. Envases variados (especialmente de gaseosa o de jugo) usados para almacenar productos potencialmente tóxicos por ingestión o por contacto, que los más pequeños pueden agarrar o tomar por error. Algunas plantas representan también un factor de riesgo.(con espinas, con frutos, etc)

*Prevención:*Los medicamentos deben guardarse en armarios cerrados con llave y ésta no debe quedar a la vista del niño. La mesa de luz de los padres no debe contener objetos que sean peligrosos para los niños.

Si es preciso administrar al niño un medicamento durante las horas de la madrugada, deje solamente el que tenga indicado para esa hora y guarde los demás en un lugar seguro, ya que a estas horas la somnolencia del adulto podría llevar a la administración de un remedio equivocado.

Guardar los envases de productos potencialmente tóxicos (de cualquier tipo) en lugares altos y en lo posible bajo llave. Es importante mantener los productos tóxicos en su envase original. No usar envases de gaseosa o vasos para guardarlos.

Los remedios que exijan conservación en la heladera deben ser guardados en lugares inaccesibles para los niños y en lo posible lejos de su vista.

No consumir medicamentos frente a los niños, ya que suelen imitar las conductas de los adultos.

Averiguar antes de colocar una planta si es peligrosa o no. En caso de tener una planta venenosa o tóxica sacarla del jardín cuanto antes. No colocar plantas con puntas filosas. Si las tenemos deben ser retiradas o podadas para quitarles las puntas. Las plantas con frutos de un tamaño que puedan ser ingeridos o introducidos en la nariz o el oído de niños pequeños deben erradicarse totalmente del jardín.

Intoxicación por monóxido de carbono: Son especialmente riesgosas las estufas de gas o kerosén en ambientes cerrados, al igual que los braseros pueden producir intoxicaciones por los gases que desprenden.

*Prevención:*Mantener las estufas en buen estado y ventilar las habitaciones al usarlas. Colocar las estufas lejos de los niños y de productos inflamables.

Deben limpiarse anualmente chimeneas, calefactores y salamandras.

Las llamas de la cocina, calefactor y calefón deben ser de color azul.

4. Asfixia y Atragantamiento

Al ingerir algún alimento u objeto, este puede obstruir la vía aérea y ocasionar asfixia o trastornos bronquiales y pulmonares. O si en cambio sigue la vía del aparato digestivo, puede producir lesiones o intoxicaciones. De los alimentos en general, los más peligrosos son los caramelos y las pastillas pequeñas, las frutas secas, los pochoclos y los maníes. Cualquier alimento sólido "mal cortado" (en trozos grandes) o "poco masticado" es potencialmente riesgoso. Cualquier objeto pequeño que se pueda introducir por completo en la boca del niño representa un riesgo potencial.

Las pilas o baterías de reloj, computadoras o juegos son sumamente atractivas para los más pequeños. Su ingesta puede producir además de ahogamiento, quemaduras en el tracto gastrointestinal, principalmente en el esófago o el estómago. Los globos también representan un riesgo, así como todo objeto de goma que sea de tamaño pequeño, incluyendo la goma de los chupetes.

*Prevención:*Hasta los seis meses, el bebe debe ser acostado boca arriba, sin almohada, con la cabeza ampliamente descubierta y sus pies "apoyados" en la parte inferior de la cuna.

Las sogas o hilos de los juguetes colgantes (móviles, cajas de música, etc.) pueden producir lesiones e incluso autoestrangulamiento.

No ofrecer al niño para jugar bolitas, monedas, dados, botones u otros objetos pequeños que pueda ingerir. Evitar el uso de prendedores, broches de gancho, alfileres, dedales, etc.

No dar a los niños pequeños muñecos u ositos con ojos o adornos de vidrio o plástico que puedan desprenderse. Tampoco se les debe ofrecer para jugar juguetes a pilas.

Recordar que cualquier medicamento para adultos en la forma farmacéutica de comprimidos, grageas o cápsulas puede actuar como un cuerpo extraño para el niño, además de las acciones farmacológicas que la droga pueda producir si se absorbe en el estómago o intestino.

Nunca deje al lactante tomar solo el biberón. Si lo hace, permanezca a su lado. No deje tampoco al niño comiendo solo. Aunque sepa hacerlo es necesaria la supervisión de un adulto, si es posible sentado junto a él.

Se debe tener mucho cuidado con la pata de pollo que muchas veces se le ofrece a los más pequeños para que coman solos, ya que esta posee un hueso finito que si es ingerido puede causar una perforación intestinal, al igual que los palillos.

Las espinas de pescado (especialmente los de río) son de gran riesgo a cualquier edad. Es importante no confiarse de los “filetes” denominados “sin espinas”.

Vigile las tetinas del biberón, en especial las de goma y si están rajadas o muy blandas cámbielas rápido; el bebé puede ingerirla y le puede ocasionar una obstrucción intestinal.

Evitar que los niños corran con chupetines en la boca, ya que de caerse podrían clavárselo o atragantarse con él.

5. Ahogamiento

Es importante saber que un niño pequeño puede ahogarse en muy pocos centímetros deagua, sin ruido y en pocos segundos. El ahogamiento en piletas o estanques es una causa frecuente de muerte en niños de 1 a 5 años, aunque ocurre en todas las edades.

*Prevención:*Es conveniente –sin dejar de resguardar la privacidad– bañarse con la puerta

"entornada". Debe prohibirse que los niños cierren la puerta del baño con llave desde adentro a cualquier edad ya que en caso de accidentes esto dificulta la ayuda exterior.

Tener a mano todos los elementos necesarios para la higiene del pequeño antes de comenzar, para no dejar al niño solo durante el baño, ni al cuidado de otro niño.

Vaciar por completo la bañadera inmediatamente después de usarla.

Utilización de chalecos salvavidas o similares en piletas.

Los salvavidas grandes inflables generan caídas frecuentes. Los niños deben montarse a ellos bajo estrecha vigilancia adulta y lejos de los bordes de la piscina.

Ante el menor indicio, aunque sea dudoso, de que un niño tiene algún tipo de dificultad en el agua, la conducta inmediata debe ser sacarlo. Jamás dilatar esta maniobra preguntando qué le pasa. Eso se hará una vez que el niño esté fuera del agua.

Enseñar a los niños a pedir auxilio y a respetar las indicaciones de los guardavidas sea en la pileta, el mar, un lago, etc.

Si un pequeño cae al agua, el rescate debe ser realizado sin zambullidas por cuanto el desplazamiento del agua puede alejar a los niños del lugar donde se los vio. Es necesario entrar al agua con suavidad.

Toda pileta debe tener un cerco que la rodee por completo de una altura mínima de 1 m (óptimo 1,5 m), con una puerta de acceso que no pueda ser abierta de ninguna forma por los niños.

No deje objetos que llamen la atención dentro de la pileta ya que probablemente los chicos intenten entrar para buscarlos.

6. Electrocución

En las viviendas existe un riesgo general de electrocución. La utilización de energía eléctrica es indispensable, pero debemos reconocer también los riesgos que implica:

Cortocircuitos y pérdidas de energía: Utilización de artefactos que debieran tener conexión a tierra pero no la tienen, o está mal hecha.

Tocar o manipular artefactos eléctricos.

Cambiar una lamparita con el artefacto enchufado y sin "cortar" la corriente.

Instalación o arreglos del sistema eléctrico por personas no idóneas para dicha tarea.

Cables u otros elementos en mal estado.

Tomacorrientes al alcance de los niños.

Los enchufes "triples", múltiples o "zapatillas" y los cables alargadores (en general todos con colores llamativos) despiertan la curiosidad de los más pequeños.

Carencia o mal funcionamiento del disyuntor.

*Prevención:*El ingreso de la energía eléctrica a nuestra vivienda debe ser el adecuado. Como primer elemento de protección es preciso colocar un disyuntor y llaves termomagnéticas. La función del disyuntor es cortar la energía de inmediato cuando una persona se pone en contacto con la electricidad y esta se descarga a tierra.

Si alguien conecta un cable negativo con uno positivo y se produce un cortocircuito, será la llave termomagnética la que corte el suministro.

Los artefactos que así lo necesiten deben tener siempre conexión a tierra y no utilizar adaptadores de enchufes (de tres a dos patas).

No utilizar ni tocar artefactos eléctricos con los pies descalzos o mojados.

Para el cambio de una lámpara de luz debe cortarse la electricidad o desenchufar el artefacto.

Para hacer algún arreglo de la línea eléctrica se debe llamar a un especialista.

Si es inevitable utilizar “triples” o “zapatillas”, colocarlos en un lugar totalmente inaccesible para los niños pequeños.

Nunca desconectar artefactos enchufados tirando de los cables.

Controlar el estado de los cables y enchufes de los artefactos eléctricos, las mínimas imperfecciones pueden causar graves incidentes.

Si existe un cable con imperfecciones debe cambiarse en su totalidad, ya que los parches con cintas aisladoras no son seguros.

Las tapas de cajas de tomas o llaves de electricidad no deben tener roturas o rajaduras.

Cuando en el domicilio haya niños, no se deben utilizar prolongadores de cables. Si no existe otra posibilidad, colgarlos a una altura a la que ellos no puedan llegar.

Todos los tomacorrientes deben estar a una altura mayor de un 1.20 m del piso para evitar que el niño tenga acceso a ellos.

Las “tapas” de tomacorrientes deben ser seguras.

Para tener en cuenta:

En caso de asistir a una persona electrocutada nunca la toque en forma directa porque usted quedará “pegado” y entonces tendremos dos afectados: la víctima y usted.

Durante las tormentas trate de no salir, especialmente de noche. Desconecte los electrodomésticos. Evite usar artefactos de comunicación eléctricos, por ejemplo teléfonos inalámbricos. Si un cable cae sobre su vehículo no toque las partes metálicas y permanezca en su interior hasta recibir ayuda.

En caso de inundaciones utilice siempre calzado aislante para desplazarse.

Desconecte el ingreso de energía eléctrica a su domicilio.

7. Herida con objeto cortante

Cubiertos y Mangos de utensilios de cocina asomando de las mesadas o cajones malcerrados. Frascos, envases y vasos de vidrio al alcance de los niños. Mesas cubiertas con vidrio y puntas filosas de las mismas. Uso de los cajones de la mesa de luz para guardar tijeras, alicates, etc. Las puntas de las cunas pueden ser filosas y pueden provocar cortes y heridas ante un movimiento brusco o caída.

Prevención: No dejar objetos cortantes al alcance de los niños.

Guardar lejos del alcance de los niños vasos y botellas de vidrio, así como también cubiertos, abrelatas, sacacorchos, etc.

Las mesas de luz no deben contener objetos peligrosos para los niños.

Es conveniente evitar el cristal en la parte superior de las mesas.

Es conveniente que los ángulos de las cunas sean redondeados.

8. Aplastamiento

Los niños pueden sufrir aplastamiento de dedos con cochecitos, puertas o cajones, o aplastamiento de distintas partes del cuerpo con objetos pesados. Puede ocurrir que se cierre la puerta del auto o portón sobre la mano o el cuerpo de una persona.

Si se deja mal estacionado un rodado como moto o bicicleta puede caer sobre una persona. Si se maniobra el auto sin mirar se puede aplastar a una persona, ya sea por detrás, por debajo o por los costados del mismo.

*Prevención:*Plegar los cochecitos con cuidado.

Las mesas plegadizas o rebatibles amuradas en la pared deben ser accionadas solo por adultos.

Los cajones con sistema de riel no deben usarse como juego. Son preferibles los estantes a los cajones para evitar el riesgo de aprisionar los dedos.

Mantener las puertas trabadas o cerradas.

Correcta colocación de muebles, piletas de lavar, televisores, y amurar los mismos si corresponde.

Cualquiera sea el lugar donde este colocado el televisor (cómoda, modular, mesa rodante) debe estar sólidamente afirmado para evitar caídas.

Cerrar las puertas sin apuro y mirando donde están los niños.

Buscar un lugar seguro y firme para estacionar las motos y bicicletas.

Antes de arrancar el auto controlar que no haya nadie cerca del vehículo. Poner elfreno de mano y dejar el auto en cambio para que no se mueva.

9. Incidentes con Mascotas

Dado que los niños comparten espacios privados y públicos con los animales, es muy importante que aprendan a interactuar con sus mascotas o con los animales ajenos.

Las lesiones producidas por animales no siempre se deben a una agresión o ataque, muchas veces pueden ser consecuencia de juegos o sin intención de causar daño.

*Prevención:*Las mascotas deben recibir controles veterinarios periódicos, porque un animal enfermo o con dolor puede reaccionar en forma agresiva. Además deben tener las vacunas al día.

Ser especialmente cuidadosos con los gatos no castrados puesto que tienen más posibilidades de arañar o morder a sus propietarios debido a influencias hormonales que los tornan irritables.

Para evitar animales sueltos sin propietario en la vía pública es preciso tomar conciencia sobre la reproducción de nuestras propias mascotas. No debemos permitir que se reproduzcan sin

control. Las autoridades gubernamentales deben también implementar planes de esterilización de animales.

Los animales deben pasear junto a sus dueños, con collar, correa y bozal, ya que una situación imprevista puede hacer que la mascota ataque a una persona.

No permitir que los animales vivan sueltos en la calle.

Enseñe a sus hijos a jugar con la mascota y a conocer sus hábitos.

10. Incidentes con Armas

Usar los cajones de la mesa de luz para guardar armas es muy peligroso. Utilizar las armas como artículos decorativos puede ser un riesgo.

Prevención: La mesa de luz no debe contener objetos que sean peligrosos para los niños.

Las armas no deben estar al alcance de los niños.

Vida Cotidiana, Representación Social, Familia y Estado

Resulta interesante definir el concepto de Vida Cotidiana a partir de los aportes que realiza la autora, AgnesHeller,… "La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social"…"en toda sociedad hay una vida cotidiana y todo hombre, sea cual sea su lugar ocupado en la división social del trabajo, tiene una vida cotidiana…". Según Netto (2012) es insuprimible, y presenta tres aspectos fundamentales:

1. La heterogeneidad: la vida cotidiana configura el mundo de la heterogeneidad. Intersección de las actividades que compone el conjunto de objetivaciones del ser social, el carácter heterodoxo de la vida cotidiana constituye un universo donde, simultáneamente, se mueven fenómenos y proceso de naturaleza compuesta (lenguaje, trabajo, interacción, juego, vida política y vida privada).
2. La inmediaticidad: como los hombres están actuando en la vida cotidiana, y esta acción significa responder activamente, el padrón de comportamiento propio de la cotidianeidad es la relación directa entre pensamiento y acción; la conducta especifica de la cotidianeidad es la conducta inmediata, sin la cual los automatismos y el espontaneismo necesarios a la reproducción del individuo en cuanto tal serian inviables.
3. La superficialidad extensiva: la vida cotidiana moviliza en cada hombre todas las atenciones y todas las fuerzas, pero no toda la atención y toda la fuerza; su heterogeneidad e inmediaticidad implican que el individuo responda teniendo en cuenta la sumatoria de los fenómenos que comparecen en cada situación precisa, sin considerar las relaciones que los vinculan.

La vida cotidiana está repleta de significados, contenidos, prohibiciones, estructurada sobre las normas de género, cargadas de estrategias en la elección de caminos conforme a las vivencias, interpretadas por el sentido común.

En este punto, es importante contemplar el concepto de Representaciones Sociales, definiendo al mismo como: el conocimiento que la población posee bajo el nombre de "sentido común" (Araya, 2000; Banchs, 1986; Jodelet, 1984), el cual es compartido por una población determinada, en un momento histórico particular. Esta forma de dar cuenta de la realidad, influye en el accionar de las personas, y en la toma de decisiones.

Dentro de la temática abordada, es elemental, que se tome en cuenta este concepto, ya que si una lesión no intencional es asumida como un accidente, que no se puede prevenir, cualquier acción será innecesaria para anticiparse al evento. La representación tiene influencia sobre la determinación de las conductas, pero también es un conocimiento construido socialmente y por lo tanto involucra a la comunicación de la vida diaria, en el interior de la familia y, es desde esta vertiente que podemos influir sobre la representación actual de estos eventos, incorporando desde nuestro rol social una percepción distinta de los mismos[19].

En este sentido, la autora Jelin (2008) hace referencia al concepto básico de Familiacomo la institución social, ligada a la sexualidad, la procreación y la convivencia cotidiana entre sus miembros[20], Barg (2012) sostiene en que esto no es precisamente así, al hablar de familias, hablamos necesariamente de diferentes vínculos, plenos de historicidad. Se debe partir de reconocer que cada miembro tiene un pasado, una tradición, una historia que lo constituye y los tres

[19]Datos obtenidos de resumen de proyecto de Lesiones. Unidad de residencia de Trabajo Social. Hiemi. 2012-2014.

[20] Para más información, ver: Jelin, E. "Familia: crisis y después…" en *Vivir en familia.* Editorial Losada, Buenos Aires, 1994, p.24.

ejes planteados se han transformado significativamente a partir de las condiciones materiales y de la significación que para las personas adquieren las relaciones familiares actuales.

Coincidiendo con Liliana Barg, la familia puede ser comprendida como un conjunto de individuos emparentados por alianza, matrimonio, filiación, adopción y que viven bajo el mismo techo. Las familias cambian y seguirán cambiando, se presentan en la actualidad de formas dinámicas y variadas, se debe trabajar desde las nuevas conceptualizaciones de familia con las instituciones, porque en su mayoría parten de modelos fuertemente instituidos socialmente, y desde su imaginario se espera que la familia cumpla con ese modelo instalado, lo que resulta frustrante, porque genera daño a quienes acuden buscando una solución.

Necesariamente, es preciso destacar, el papel del Estado**,** en relación a las formas de concebir a la niñez, en nuestro país han ocurrido importantes trasformaciones a partir del año 1990, momento en que Argentina adhiere a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN)[21], y luego con la sanción de la Ley 26.061 de Protección integral de los Derechos del Niño/a y adolescente en el año 2005. Previamente regía la Ley de Patronato (Nº 10.903) la cual implantaba una función tutelar del Estado, donde eran los Jueces de Menores, quienes disponían de los niños en los casos, entre tantos, en que se encontraran en situación de abandono moral o material, siendo dicha autoridad quien tomaba las decisiones que considerara más adecuadas en relación a los casos particulares.

Cabe destacar que tal como lo menciona Scandizzo (2002) dicho marco legal hacía referencia a los niños y jóvenes como objetos de control y asistencia , donde la medida de protección era la internación en institutos de menores, legitimando las prácticas jurídicas y

[21] En relación a la salud, ver art.24 de la CIDN.

convirtiendo la judicialización de situaciones sociales, en su mayoría asociada a la pertenencia de las familias a sectores desfavorecidos económica y socialmente, por lo cual dicho mecanismo se convertía en el principal método de control social autoritario y estigmatizante. El Estado moderno ha tenido un poder de "policiamiento" sobre la familia. (Jelin, 2008)

Este cambio de enfoque contiene diferentes ejes los cuales son: corresponsabilidad, interdependencia e interés superior del niño y la protección de derechos, implica evolucionar del "menor objeto" al "niño como sujeto de derecho", de "medidas de control social" hacia "acciones de protección de derechos", de "mecanismos judiciales" hacia "políticas públicas", de "lógicas de disposición discrecional" hacia "derechos y garantías", de "opinión del menor no considerada" hacia el "derecho de participación del niño" y de "la familia pobre estigmatizada" a la "convivencia familiar como derecho". Dicho en otras palabras, implica concebir al niño/a como "sujeto de derecho" ampliando la noción de ciudadanía a toda la infancia, promoviendo la protección integral del niño dentro del medio familiar y local y reservando la intervención del Estado a la defensa de sus derechos vulnerados.

En la convención, se afirma que todos los niños/as tienen derecho a disfrutar de un ambiente sin riesgos, al abrigo de las lesiones, y que la familia, debe recibir la protección y asistencia necesaria para poder asumir plenamente sus responsabilidades, se declara que las instituciones deben ajustarse a las normas establecidas, en los ámbitos de Seguridad y Salud.

En efecto, cabe señalar e insistir en que la falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas y niños, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza bajo ningún punto de vista, la separación de su familia nuclear, reconstituida, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.

De este modo, el Estado diseña un Sistema de Protección Integral de los Derechos de los Niños, con el fin de eliminar toda violación, restricción, limitación o amenaza de dichos derechos, por lo cual establece un sistema descentralizado, a través de programas de prevención, asistencia, e inserción social, procurando la contención del niño en su núcleo familiar, evitando la judicialización de causas sociales[22].

[22]Ver resumen de Ley 13.298 en Anexos.

SEGUNDA PARTE

Marco Institucional

CAPÍTULO IV

Reseña Histórica de la Institución

El Hospital Materno Infantil de Mar del Plata remonta su origen al 15 de febrero de 1903 cuando una comisión directiva de vecinos, encabezada por quien fue su fundador, Victorio Tetamanti, se decide a concretar la construcción de un gran Hospital.

En la década del 60, funcionaban aproximadamente 30 servicios; en el año 1967 se abre el servicio de Damas Rosadas[23]. Años más tarde, en 19721, comienza la Residencia de Pediatría y Obstetricia en el HIEMI. En julio de 1977, se anunció la transformación edilicia y asistencial del establecimiento y pasó de ser Hospital General a Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI).

En la actualidad, el establecimiento cuenta con una compleja organización para satisfacer las constantes demandas de la creciente población de la ciudad y la zona. Su característica de Interzonal y especializado lo convierte en un hospital de derivación, ya que recibe pacientes de una extensa zona de influencia, principalmente del resto de los partidos que conforman la Región Sanitaria VIII: Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga; Gral. Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil, Villa Gesell.

[23] Damas rosadas consiste en un servicio de voluntarias para hospitales que brinda ayuda material y espiritual a los pacientes internados junto a sus familias.

Encuadre Institucional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti"

Tipo de institución: pública

Dependencia: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Calle: Castelli

Calles adyacentes: entre Santiago del Estero y Santa Fe.

Número: 2450

Código postal: 7600

Localidad: Mar del Plata

Barrio: Primera Junta.

Municipio: Mar del Plata.

Partido: General Pueyrredón.

Provincia: Buenos Aires.

Teléfono de dirección: 4949995// líneas rotativas:4991100

Teléfono del Servicio Social: 4991104.

E Mail: serviciosocialhiemi@gmail.com

Accesibilidad: Líneas de transporte público, 531, 532, (empresa 12 de Octubre) 541, 542, 543 (empresa 25 de Mayo). 562 (empresa El Libertador)

Días y horarios de atención: Atención por guardia todos los días de la semana y atención por consultorios externos de lunes a viernes con turno programado.

Acceso: La entrada principal se sitúa hacia el nordeste, frente a la Asociación Bonaerense de Enfermeros (ABE, Núcleo Mar del Plata), Salón Cooperadora del Hospital.

La entrada de urgencias está situada por la calle Alvarado, paralela a la calle Castelli, con zonas delimitadas de aparcamiento de vehículos de urgencias. Posee el área de consultorios externos, cuya entrada se sitúa por la calle Alvarado.

La fachada está construida con ladrillo a la vista y amplias ventanas, algunas con cristales opacos, que impide la visión desde el exterior. En la manzana del hospital hay una Capilla y un Jardín de Infantes municipal.

Es un nosocomio de complejidad 8, que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La conducción del Hospital se realiza a través de un Director Medico Ejecutivo y dos Directores Asociados, de quienes dependen las diferentes áreas y servicios.

El HIEMI es un hospital especializado que atiende personas de una determinada franja itárea:

- Niños de 0 a 14 años de edad. (Cumplidos los 15 años de edad, deben dirigirse al Hospital Interzonal General de agudos, HIGA)
- Mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o embarazos de alto riesgo.

La institución cuenta con aproximadamente 320 camas disponibles para la internación en Pediatría, Obstetricia, recién nacidos sanos, Neonatología, Hospital de Día, Sala de Observación de Guardia Pediátrica. Es un establecimiento de primera línea en Pediatría, Obstetricia, Neonatología,

Diagnóstico por imagen, Laboratorio, Hematología, Odontología Cirugía Infantil, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía, Neurología, Psiquiatría, Dermatología, Alergia, Cardiología, Endocrinología, Nefrología, Nutrición, Terapia Ocupacional, Psicología, Oncología y Servicio Social.

El HIEMI tiene como referencia y lugar de derivación al Hospital Nacional de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". Asimismo se articula con las instituciones de salud nacionales como son: Instituto Nacional de Epidemiologia (INE) e Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS), ambos en la ciudad. A su vez, se trabaja articulando con el primer nivel de atención que depende de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, representado por los 32 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) emplazados en los barrios de nuestra ciudad.

Además de ser un hospital de referencia zonal, es un hospital de docencia, lo que posibilita que se lleven a cabo residencias de medicina, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, etc.

Efectores de Salud en elPartido de General Pueyrredón

A nivel local el Sistema de Salud está conformado por instituciones de:

- Dependencia Nacional:

  I.N.E. Instituto Nacional de Epidemiologia. "Dr. Juan H. Jara"

  I.Na.Re.P.S. Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur.

- Dependencia Provincial:

  H.I.E.M.I. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti".

  H.I.G.A. Hospital General de Agudos "Dr. O. Allende".

Casa del Niño.

Centro Regional de Hemoterapia.

- Dependencia Municipal:

Actualmente, el Sistema Municipal de Salud se encuentra conformado por 34 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), cada uno con sus respectivas Áreas Programáticas de cobertura.

Los Centros de Salud se articulan con el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (C.E.M.A), el cual fue inaugurado en el año 2012, con el objetivo simultáneo de fortalecer el servicio que brindan y mejorar el trabajo de referencia y contrarreferencia con los hospitales públicos provinciales con presencia en la ciudad. Los CAPS, y el CEMA son dependientes de la Secretaria de Salud de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón.

Caracterizacióndel Servicio Social del Hiemi

-Horario de atención:Lunes a viernes de 8.00 a 17.00 hs y sábados de 8.00 a 13.00 hs.

-Guardias Pasivas.

-No se otorgan turnos para la atención, la misma se lleva a cabo asolicitud (interconsulta) o espontáneamente.

El Servicio Social es de fácil reconocimiento, se sitúa en la planta baja de la institución, a la derecha de la entrada por emergencias, posee un ambiente dividido, una oficina para uso de la dirección, la cual también funciona como espacio destinado a entrevistas previamente pactadas, y un ambiente de uso común en donde se encuentran, las computadoras, guardarropas, entre otros

elementos. Cuenta en su estructura, con un recurso humano de 29 personas, entre los mismos se encuentra personal de planta, residentes, empleados administrativos y la jefa del Servicio Social.

Los profesionales del Servicio Social comienzan su actividad a las 8.00 hs diariamente.

Como parte de la metodología de trabajo, los días miércoles se llevan a cabo los Ateneos[24].

Durante el periodo de Junio a Diciembre de 2015, se llevaron a cabo ateneos en los que se abordaron las siguientes temáticas:

- Informe Social
- Maltrato infantil
- Adicciones. Centro preventivo local de adicciones (CEPLA)
- Lesiones no Intencionales por Causa Externa. (Comité de Lesiones)
- Rotación de residentes.

Los profesionales del Servicio Social adhieren a un trabajo interdisciplinario, por lo cual, integran comités conformados por diversas disciplinas:

- Comité de Bioética.
- Comité de Lesiones.
- Equipo interdisciplinario de Fibrosis Quística.
- Equipo de VIH/SIDA.
- Equipo interdisciplinario de Mielomeningocele (MMC).

[24] El ateneo es un espacio, que tiene una duración aproximada de dos horas, en los que se reúne todo el equipo, para la socialización de información, y /o debates sobre temas propios de la profesión o en relación a la salud, capacitación profesional con invitados de otras instituciones y/o sectores de trabajo, intercambio de experiencias y situaciones de intervención, entre otros.

El servicio Social interviene en tres grandes servicios del Hiemi. El Servicio de Neonatología, el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Pediatría, este último se divide en sub-sectores:

Moderados "A": Las habitaciones comprendidas en dicho sector son desde la 117 a la 123 inclusive.

Moderados "B": Las habitaciones comprendidas en dicho sector son desde la 200 a la 210 inclusive. Quemados: 211 y 212.

Moderados "C": Las habitaciones comprendidas en dicho sector son desde la 132 a la 139 inclusive.

Moderados "D": Las habitaciones comprendidas en dicho sector son desde la 124 a la 131 inclusive.

El Trabajador Social en el servicio de pediatría, diariamente realiza relevamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, lo que permite conocer a todas las familias y detectar circunstancias que pongan en situación de vulnerabilidad al niño.

Se realizan entrevistas cara a cara con el referente del niño a fin de poder confeccionar la historia social: su historia, sus vínculos familiares, aspectos socio económicos de su entorno, entre otros, a fin de trabajar pautas de alarma para prevenir futuras lesiones.

Objetivos del Servicio Social en la Institución

Objetivos Generales

- Participar como profesional de la salud, desde lo específico de la disciplina, en la organización de estrategias sanitarias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida

de la población en el marco de la vigencia del Derecho a la Salud (población asistida en el HIEMI).

- Analizar los procesos de salud- enfermedad- atención, desde los aportes de las Ciencias Sociales como campo de intervención del Trabajo Social, integrando Equipos Interdisciplinarios.

Objetivos Específicos

- 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.
- Favorecer la adecuada información, acceso y aprovechamiento de los recursos de la institución y de la comunidad, mediante la articulación intra y extrahospitalaria.
- Lograr una eficiente coordinación con los centros de salud y otras instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar continuidad al tratamiento y prevenir reingresos.

Políticas Públicas de la Institución

La implementación de políticas sociales de Salud tanto a nivel nacional, como provincial y local, forma parte del ejercicio profesional en el Servicio Social Hospitalario. Gran parte de la intervención del Trabajador Social se encuadra en el asesoramiento y cumplimiento de Planes y Programas que se ejecutan en los centros de Salud.

Políticas Sociales Nacionales.

Plan Nacer. Es un proyecto de inversión en Salud, que brinda cobertura Materno- Infantil de Salud para embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no posean

Obra Social, funciona en hospitales, maternidades y centros de atención primaria. Tiene como objetivo:

- Reducir la mortalidad materno-infantil en la Provincia de Buenos Aires.
- Aumentar el acceso y la cobertura formal de la población en materia de Salud.
- Fortalecer la capacidad del primer nivel de atención en las jurisdicciones asistidas.
- Promover la participación social

Políticas Sociales Provinciales

Los programas provinciales con los que se trabaja son los siguientes:

Sumar. Este programa es una ampliación del Plan Nacer. Comenzó a implementarse a partir del año 2005; además de brindar cobertura a la población materno-infantil, incorporó a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años sin obra social.

*Programa de Prevención Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA).*Es un Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético. Está dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y que no tengan cobertura de Obra Social ni recursos para acceder a los medicamentos necesarios. Brinda insulina inyectable y en comprimidos. Anualmente, entrega jeringas, agujas para la aplicación de insulina, tiras reactivas para determinar el nivel de glucosa, etc. Para contar con los beneficios del programa sólo hace falta concurrir al servicio social de cualquier hospital público provincial o municipal. Allí, se les solicitará a los interesados completar una encuesta en la que se deje constancia de la carencia de cobertura social.

Programa de Prevención de la Epilepsia (PROEPI). Se dirige a las personas que padecen esta enfermedad y no tienen cobertura social ni recursos para acceder a los medicamentos. Para ser beneficiario del PROEPI el paciente debe iniciar su gestión en el Servicio Social del Hospital Provincial o Municipal más cercano a su domicilio. Allí completará con el trabajador social una encuesta en la que deje constancia de su imposibilidad de adquirir medicamentos y de la falta de cobertura de obra social. Se le adjuntará fotocopia de primera y segunda hoja del DNI. Con todo esto, más la prescripción de los medicamentos en un carnet especial el paciente retirará la medicación de la farmacia.

TERCERA PARTE

Práctica Institucional Supervisada

CAPÍTULO V

Práctica Pre Profesional Supervisada Realizada en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti"

Para este trabajo, se plantea como se llevó a cabo la experiencia en sede, privilegiando la dimensión vivencial y subjetiva.

La experiencia que se sistematiza comprende el período Junio / Diciembre del año 2015, en cumplimiento con lo propuesto por la Cátedra de Supervisión, con una concurrencia de 16 a 20 horas semanales, dando cuenta del proceso vivido y las acciones que se desarrollaron en el tercer nivel de atención de la Salud, por el equipo de trabajo de la institución y específicamente desde Servicio Social en la temática planteada.

En principio, se realizó el procedimiento formal con la elección de la institución, la presentación de legajos en sede en tiempo y forma, conjuntamente con una entrevista previamente pactada, con la jefa del servicio social.

Este acercamiento previo, permitió exponer la formación académica, la experiencia previa en el campo de la Salud, y las expectativas con dicha institución. Paralelamente, a modo personal, mediante la técnica de observación directa, fue posible conocer la infraestructura edilicia, sus áreas, y la localización de las mismas.

Se mantuvo una segunda entrevista, con el fin de informar la incorporación a dicha institución y, a su vez, acordar pautas de trabajo, objetivos a alcanzar, días y horarios de concurrencia.

En relación a las motivaciones para la elección del campo de la Salud, se puede destacar la inquietud y la necesidad de conocer el ejercicio profesional del trabajador social en una institución

hospitalaria, conocer las problemáticas abordadas diariamente, la modalidad de trabajo, la dinámica de interacción entre el equipo de salud y los recursos existentes intra y extra muro con los que se cuenta, entre otros.

Proceso de inserción

La fase de inserción implico llevar adelante un conjunto de acciones, que permitieran una aproximación al campo de la salud, y a la institución elegida, con el propósito de lograr una orientación inicial de la supervisada. (Aguilar, 1994)

La experiencia, estuvo enmarcada, en el servicio de pediatría, Cuidados Moderados A, a cargo de la referente del sector, la cual generó un espacio de aproximación sobre el ejercicio del Trabajador Social, modalidades de abordaje, e instrumentos de registro, en relación a la parte habitual del trabajo y procedimientos administrativos internos cotidianos, permitiendo la comprensión sobre aspectos fundamentales de la dinámica institucional, para luego poder asimilar procedimientos rutinarios como parte del ejercicio profesional.

Es necesario aclarar, que en esta fase de inserción inicial, toda la actividad, se realizó en primer lugar con la supervisora asignada, pero también con la colaboración de residentes y personal de planta permanente.

Es importante mencionar la inclusión en todas las reuniones y ateneos que se realizaron, con la presentación de determinadas personas claves de la comunidad para una mejor comprensión del funcionamiento del lugar, a su vez, se facilitaron materiales simples y claros, informes, folletos explicativos, entre otros documentos.

Se puede reconocer y afirmar que fue un proceso de adaptación, de conocimiento y comienzo de trabajo como observadora participante de las intervenciones realizadas por la referente.

Este momento, fue experimentado con ansiedad, no solo por el desconocimiento en lo referente a la institución, sino también por ser la nueva integrante de un equipo de trabajo numeroso y ser reconocida por los mismos profesionales. A medida que la relación supervisora-supervisada se fortaleció a través del diálogo, y la comunicación, comenzó a establecerse un vínculo de confianza, con el equipo de trabajo del Servicio Social.

De esta manera, se dio inicio para conocer el ejercicio profesional del Trabajador Social en el sector de pediatría, este momento implicó: participación en los pases de sala, asistir a las reuniones interdisciplinarias, interconsultas, relevamientos diarios, demanda espontánea, entrevistas en sede, en domicilio, lo cual permitió visualizar diferentes problemáticas.

Proceso de intervención en el sector

Dicho momento, tuvo como finalidad lograr una progresiva autonomía, la supervisora, propuso pequeñas tareas que tenían altas posibilidades de realizarse; tratando de que se lograra identificar métodos y técnicas utilizadas, para luego, analizar e interpretar críticamente la práctica. Se puede afirmar que este momento, también fue experimentado con ansiedad, dejando atrás el temor y el miedo, ya que se logró aprehender lo indispensable para realizar determinadas actividades propias del ejercicio profesional, al mismo tiempo, que iba adquiriendo autonomía relativa dentro del sector, y un espacio para plantear dudas e interrogantes.

En este punto, es conveniente mencionar el vínculo de respeto y alianza positiva entre ambas, lo cual resultó indispensable durante todo el proceso.

En esta etapa, se participó acompañando a la referente en todas sus intervenciones desde una observación participante, luego en la rutina diaria, comenzó con el relevamiento de los pacientes internados en el sector, donde además surgían interconsultas en donde la estudiante se referenciaba con la Licenciada del sector, y en la medida de sus conocimientos, intervenía en caso que así lo requerían.

Entre las acciones realizadas , se pueden mencionar: comunicaciones telefónicas, tanto con familiares de pacientes internados, como con profesionales de otras instituciones, elaboración de informes, solicitud de recursos, y cierta autonomía para trabajar por detección durante el relevamiento, asistiendo a las interconsultas realizadas por otros miembros del equipo de salud.

Esta etapa fue imprescindible y enriquecedora, ya que dio origen y despertó el interés sobre la temática elegida, debido a la cantidad y particularidad de casos de niños/as internados/as por situaciones de LNICE, teniendo en cuenta, que esta problemática constituye el primer motivo de internación de niños/as de 0 a 5 años de edad, y constituyen la primer causa de muerte.

Si bien la temática es de LNICE, es necesario mencionar, que durante el proceso de aprendizaje, se intervino en situaciones de vulnerabilidad de derechos o riesgo de los niños, niñas y adolescentes, con derivaciones a los organismos pertinentes según cada caso en particular. Es decir, que el equipo de Salud solicitó la intervención del Sistema de Promoción y Protección de Derechos del Niño/a y Adolescentes, o se derivo al Equipo de atención al niño en riesgo, en aquellas situaciones donde se identificaron, ciertos signos y factores de riesgo, que podían sugerirle a los profesionales, una situación de maltrato, pues el niño/a ingresa a la guardia del hospital con una lesión, un indicador, una marca o un llanto espontáneo que si bien no remiten, necesariamente a una situación de maltrato, lo que se tiene es un diagnóstico presunto, que luego deberá

profundizarse para esclarecer la situación y la confirmación del diagnóstico, a través de una evaluación clínica, psicológica y social.

En este último momento, y tras tener un mayor conocimiento sobre el ejercicio profesional, las experiencias han sido sumamente enriquecedoras a nivel personal, ya que se pudo dar cuenta de los conocimientos adquiridosdurante los años de formación académica, ponerlos en práctica durante todo el proceso, y enfrentar las dificultades que se sucedieron intentando solucionarlas.

La construcción de un vínculo positivo y de confianza con todo el equipo, permitió, a su vez, aceptar la supervisión por parte de otros miembros del servicio social, lo cual favoreció e enriqueció la experiencia y la reflexión sobre la práctica misma.

Se considera necesario señalar, que se logró construir un vínculo con los profesionales médicos de planta permanente del sector de pediatría, así como adquirir herramientas de trabajo y de manejo de relaciones interpersonales con otros profesionales, lo cual permitió percibir la Interdisciplina. A su vez, debido a la dinámica acelerada de intervención, el escaso tiempo de diálogo formal e informal, y las rotaciones constantes de los residentes, no se pudo completar, en ningún momento, la construcción de un vínculo o relación con el resto del equipo de salud. (Residentes médicos/as, psicólogas, enfermeros/as, etc.).

Facilitadores

- La buena predisposición y claridad de la supervisora al transmitir la información perteneciente a la institución y a dicho sector donde se realizo la práctica institucional.
- La predisposición y la apertura de los profesionales del Servicio Social (de planta, residentes, personal administrativo) en el acompañamiento y asesoramiento constante durante el proceso de aprendizaje.

- La apertura del equipo de profesionales de planta permanente de pediatría de moderados "A", quienes respetaron el proceso de inserción de la estudiante.
- El acompañamiento y la supervisión de la Jefa del Servicio Social, en los momentos que fueron necesarios (vacaciones de la Referente) o en los momentos solicitados.

Obstaculizadores

- Espacio físico reducido donde funciona el Servicio Social, el cual obstaculizó, en algunas oportunidades, el área para realizar las entrevistas, trabajar con diferentes profesionales o para responder a las demandas espontáneas, debido a los ruidos e interferencias en la comunicación[25].
- Limites institucionales, que se traducen en prácticas donde casi no se puede realizar seguimiento.
- Burocratización por la cual todo tiene que pasar por autorizaciones, que muchas veces obstaculizan el acceso a la Salud, provocando demora y situaciones no deseables no solamente para el paciente y su grupo familiar, sino también que dificultan y cotidianizan las prácticas profesionales.
- La misma dinámica de intervención, y los tiempos acotados, dificultó el vínculo con los residentes del área de pediatría, lo cual se tradujo en la imposibilidad de mantener un intercambio, dificultando la integralidad en el proceso de aprendizaje, durante la intervención misma.

[25] Durante el periodo de Práctica Pre-Profesional, el Servicio Social, se encontraba en la primera puerta, a la izquierda de la entrada por emergencias.

Intervención del Trabajador Social, ensituaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa

El servicio social de la institución (HIEMI) aborda situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa (LNICE) sistemáticamente en los sectores de internación, desde el año 2007. Casi el 70% de las lesiones, corresponden a niñas y niños, menores de 5 años de edad, y alrededor del 70% de las mismas, ocurren en el ámbito doméstico.

A partir de su incremento anual, es que desde el Trabajo Social, se comenzó a visualizar como una problemática que requiere un abordaje en profundidad a fin de poder dimensionar con mayor certeza el impacto real de ésta, en el ámbito cotidiano de trabajo. Para ello, se confeccionó un instrumento particular de registro en la intervención, donde se busca determinar el tipo de incidente y las variables intervinientes desde el contexto material y de organización familiar en el cual se produjo[26].

Actualmente, se aborda la problemática, desde una estrategia de prevención secundaria, es decir, cuando el niño/a ingresa a la guardia del hospital, el equipo médico lo trata inmediatamente para evitar la profundización de las secuelas, dependerá del diagnóstico y la gravedad de la lesión, que se decida la internación del niño/a y a partir de esa situación actual, evitar su repetición, es decir, el niño/a ingresa a la guardia del hospital con una lesión específica, sobre la cual hay que intervenir. Es necesario destacar, que el HIEMI, es un hospital del tercer nivel de atención dentro del sistema público aun así, asume, también, una estrategia de Atención Primaria de la Salud, haciendo uso de los recursos y la información con la que se cuenta, para enriquecer el abordaje.

[26]Datos extraídos de: *¿Accidentes o incidentes?* Repensando la Intervención. Proyecto Lesiones No Intencionales por Causa Externa. Residencia. HIEMI. Mar del Plata. 2012-2014.

La forma de acceso a las situaciones sociales, se da por demanda espontánea, (solicitud de la propia familia) relevamiento diario o por derivación desde los profesionales mayoritariamente del área de pediatría (interconsulta). Las demandas más frecuentes surgen cuando se detectan posibles circunstancias que pongan en situación de vulnerabilidad[27] la salud de los niños/ as a los que se asiste durante el periodo de internación.

Las acciones concretas realizadas durante la cotidianidad del ejercicio profesional, permitirán que las mismas tiendan a brindar pautas de alarma, medidas de protección y seguridad para la prevención de lesiones, y que dichos mensajes emitidos por parte de los profesionales de la salud, encuentren personas propensas a dar espacio de escucha al mensaje recibido.

Luego de haber tomado conocimiento del problema, el trabajador social realiza intervenciones indirectas, antes de tomar contacto con la familia o los adultos que acompañen al niño o niña durante la internación. Entre estas intervenciones se encuentran: la lectura de la historia clínica, en la cual figura el motivo de internación, la duración de la misma, internaciones previas (si es que acontecieron), estudios complementarios (en caso de ser necesarios) y otros datos relevantes por parte del equipo de salud.

Conjuntamente con la lectura de la Historia Clínica (HC), el trabajador social participa durante los pases de sala, en el cual se presentan a diario los casos de todos los pacientes internados en el sector, y expone las diferentes intervenciones realizadas aportando una mirada integral de las diferentes situaciones y entornos que rodean al niño/a el cual se encuentra internado.

[27]Se considera que una persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad cuando los ingresos familiares son medios- bajos, el capital humano- social- cultural es medio- bajo, los lazos sociales son débiles, la cobertura es pública y poseen difícil acceso a los servicios básicos de educación y salud.

En este punto, es imprescindible y necesario valorar esa información, sin elaborar juicios previos o inferencias ingenuas, pues esto, podría obstaculizar el objetivo del proceso de intervención.

Además de la observación documental de los diferentes ámbitos donde se desenvuelve la vida cotidiana de los sujetos, el trabajador se vale de otra herramienta durante su intervención: la entrevista.

La entrevista le permite al trabajador social no solo comprender el significado que los sujetos asignan a las situaciones que vivencian y a las prácticas que realizan, sino que a través de la palabra es que los adultos, y los niños y niñas en la medida de sus posibilidades, reconstruyen el relato del incidente que ha dado origen a la intervención.

La primera entrevista se realiza en la misma sala de internación, el objetivo es poder obtener la información necesaria respecto al episodio que motivo la internación, trabajar sobre pautas de alarma y prevención secundaria de futuras lesiones.

Luego, de este primer encuentro, el Trabajador Social, evaluará si es pertinente realizar otras entrevistas a miembros del grupo familiar, conviviente o no conviviente, al mismo tiempo, tomará la determinación de realizar entrevistas domiciliarias[28], o tomar contacto con referentes institucionales como pueden ser la institución educativa donde asiste el niño/a, el CAPS donde realiza sus controles, u otras instituciones donde concurra el paciente y el trabajador social pueda obtener datos de interés para la investigación diagnóstica, seguida de su apreciación profesional.

[28] La entrevista domiciliaria es entendida como una técnica del Trabajador Social que se desarrolla en el ambiente en donde la persona lleva a cabo su vida cotidiana.

El conocimiento de la dinámica familiar es central en la intervención del trabajador social, la cual se justifica en acciones, destinadas a la promoción de la Salud, prevención de incidentes, y a la atenuación de los factores de riesgo, considerando las LNICE como una problemática de Salud Pública.

Dicho a modo de ejemplo, en cuanto al aspecto habitacional, es de suma importancia tener en cuenta la ubicación geográfica de la vivienda y las condiciones de la misma, así como conocer los servicios que posee la misma, a tal fin de trabajar las variables intervinientes en determinado contexto.

Confirmado el diagnóstico de la situación de lesión no intencional, a través de los datos obtenidos, en relación a la información de diversas fuentes[29], y de la interpretación que el profesional haga desde su saber, el Trabajador Social, requiere la utilización de diversas estrategias de intervención, que superen la inmediatez, y la superficialidad cotidiana. Se entiende, que este ejercicio llevado a cabo por el Trabajador Social, se realiza de manera articulada con las demás disciplinas.

Dicha intervención tiene como ejes de trabajo, por un lado el abordaje individual y familiar durante la internación y por el otro la promoción de acciones preventivas en el marco de una lógica interdisciplinaria e intersectorialmente, a fin de superar las respuestas individuales y profundizar la prevención en forma colectiva, evitando así la ocurrencia de futuros eventos, pues al Egreso Hospitalario, el Trabajador Social, coordina seguimiento con el Centro de Salud de Referencia, de los casos que se consideren necesarios.

[29] Cabe destacar que el Trabajador Social, también se vale de informes y registros de otros Trabajadores Sociales, o documentos generados por otras instituciones.

Como parte de la intervención, el Trabajador Social, debe elaborar un "informe Social", el cual constituye un acto comunicativo, donde se debe ser cauteloso en su elaboración, y debe ser escrito con un lenguaje técnico con la intención de dar a conocer los problemas sociales que afectan a un sujeto y con la intención de poder generar acciones al respecto. (Giribuela y Nieto, 2009). Los informes sociales se elaboran por diferentes motivos, como gestión de recursos y/o informar vulnerabilidad de derechos o situaciones de riesgo.

Sistematización de Situaciones de Intervención

A continuación se presentan 2 situaciones de intervención durante el período de práctica institucional supervisada en el año 2015.

Descripción de la situación de intervención Nº 1:

- Diagnóstico de ingreso: intoxicación medicamentosa.
- Institución receptora de la demanda: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil HIEMI "Victorio Tetamanti". La demanda fue emitida por el Sector de Pediatría, Cuidados Moderados A al Servicio Social del hospital.
- Origen de la demanda: el niño ingresa por guardia del HIEMI.
- Organismos intervinientes:
    - HIEMI.
    - Centro de Protección de Derechos de la Niñez. (CEPEDEN)

- Datos Personales del paciente.

Nombre y Apellido: J.C.

Edad: 3 años.

Fecha de Nacimiento: 6/09/2012.

DNI: 54.XXX.XXX

Obra Social: No posee

Domicilio: Posadas XXXX

Barrio: Villa Lourdes.

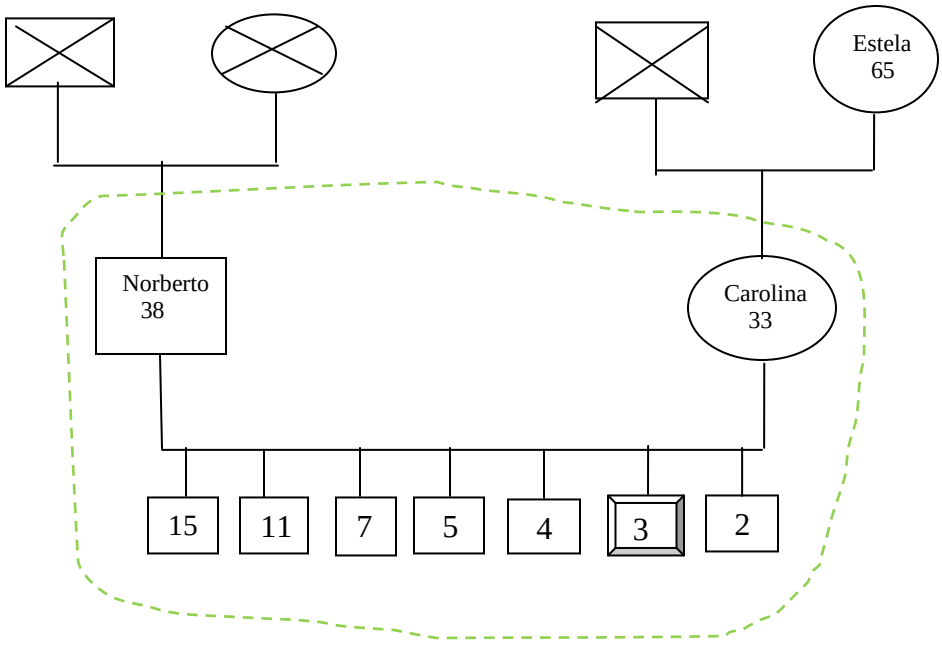
Localidad: Mar del Plata.

Teléfonos de contacto: (0291) – xxxxxx (madre).

Centro de Salud de Referencia: Centro de Salud N° 2. "Guanahani".

En el siguiente genograma familiar[30] se reflejan los datos del grupo familiar conviviente y no conviviente.

[30]El genograma es la representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional (tres generaciones) que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar y exponer , categorías de información del sistema familiar , en un momento determinado de su evolución y utilizarlo para la resolución de problemas". Dr. Ricardo Ramos Martínez. Medico y Psicoterapeuta Familiar Coord. Enseñanza e Investigación UMF/UMAA No. 53. IMSS DURANGO.



- Situación socio- económica

La familia C.es oriunda de Bahía Blanca, habiéndose radicado en nuestra ciudad, hace aproximadamente dos meses, permaneciendo los primeros días en casa de un familiar, alquilando posteriormente la vivienda donde actualmente habitan. Ningún miembro de la familia ha realizado el cambio de domicilio.

La Sra. Carolina de 33 años de edad,es Ama de Casa y percibe la Asignación Universal por Hijo (A.U.H) por 4 de sus 7 hijos, dado que los restantes no se encuentran por el momento escolarizados. La progenitora posee conocimiento del derecho a la pensión no contributiva correspondiente a madre de 7 hijos, la cual no ha sido gestionada, por falta de documentación actualizada.

El Sr C. Norberto de 38 años de edad, realiza changas y se encuentra actualmente desocupado.

- Situación habitacional

El paciente convive junto a sus padres, y sus 6 hermanos en una vivienda alquilada, ubicada en la calle Posadas XXXX en un asentamiento conocido como "paseo Villa Lourdes". La misma posee cocina-comedor, baño y dos habitaciones. Según refieren desde el programa Envión Puerto, quienes han realizado una visita domiciliaria, la vivienda presenta déficit en los materiales de construcción, falta de ventilación, falta de espacio, así como en su mantenimiento general.

Servicios: luz- agua- gas envasado- pozo ciego.

- Situación de Salud

El día 14/10/2015, el niño J.C. de 3 años de edad, registra su primera internación en el Sector de Pediatría, ingresado por la Guardia del HIEMI, acompañado por su madre, la Sra. Carolina. Luego de la evaluación clínica correspondiente, se decide su internación en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A (Hab. 118), con diagnóstico de ingreso: "Intoxicación medicamentosa".

Cabe señalar, que el niño ingresa a la guardia junto a sus dos hermanos I.C. de 4 años de edad, y R.C. de 2 años de edad con mismo diagnóstico, quienes también ingirieron medicación hallada en la habitación de la casa.

Actualmente de los 3 hermanos C., solo el niño J. continúa internado.

- De las entrevistas mantenidas con la señora Carolina, madre del paciente, surge la siguiente información:

- Que convive con el Sr Norberto, progenitor de los niños, hace muchos años, refiriendo tener un buen vínculo.

- Que ambos son de Bahía Blanca, y se mudaron a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida.
- Que en la ciudad solo vive la abuela materna de los niños, Estela, de 65 años de edad.
- Manifiesta que el grupo familiar no tiene acceso a la atención sanitaria, del centro de salud correspondiente, por no poseer la constatación de domicilio.
- Que desde el programa envión conocen la situación familiar y le sugirieron contención institucional, tal como: "la casa del niño".
- Que recibió visitas en su domicilio, por parte del programa envión, invitándola a talleres, a los cuales nunca asistió.
- En relación al comportamiento del niño, refiere que J.C. es muy cambiante, que tiene sus días, que está constantemente señalándole que hay cosas que no se tocan, pero no le hace caso, por lo que se infiere que el relato coincide con la etapa evolutiva del niño, y el origen de la lesión.

➢ Relato del episodio (motivo de internación)

- <u>De la entrevista mantenida con la progenitora del niño, en relación al motivo de internación surge lo siguiente:</u>

- Manifiesta que siendo el día Miércoles 14/10/2015 por la mañana, el niño se encontraba jugando en la habitación, junto a sus dos hermanos de 2 y 4 años de edad, mientras ella se encontraba lavando ropa en el patio.
- El episodio de intoxicación no fue observado por ningún adulto responsable.
- Además manifiesta que ese mediodía J.C. y sus dos hermanos no quisieron almorzar.

- Cuando el progenitor regresa al hogar, siendo las 13:30 horas, observa que los niños se encontraban tambaleantes, y con sueño.
- Durante el transcurso de la entrevista, manifiesta que en ocasiones, los niños más pequeños quedan al cuidado de sus hermanos de 5 y 11 años de edad.
- Que el Sr Norbertopasa muchas horas fuera del hogar, haciendo changas.
- Siendo las 14:00 horas del mismo día, la progenitora llama a un remis, para concurrir con el niño, y sus dos hermanos al HIEMI, considerando que los mismos se encontraban con síntomas de somnolencia, visión borrosa y dolor.

- <u>En relación a la intoxicación que padece el niño, la madre manifiesta al respecto lo siguiente:</u>

- Que en reiteradas oportunidades el niño, y sus hermanos intentaron consumir medicación que se encontraba en la parte superior de la mesa de luz, observado esto por el progenitor.
- Que ambos progenitores toman medicación, de acuerdo, a diversos tratamientos.
- Que la medicación, siempre está guardada en la mesa de luz, porque es de fácil acceso, que los niños saben que no tienen que tocar, pero no hacen caso.

➢ Objetivos de la intervención

- Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al momento del ingreso hospitalario.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores y/o compensatorios.Poner en conocimiento de la situación actual del paciente al Centro de Protección de Derechos de la niñezcorrespondiente, a fin de arbitrar las medidas que crean convenientes para superar la

vulneración de los derechos afectados del niño, así como cualquier otra estrategia o recurso que se considere oportuno.

- Factores de riesgo identificados por la trabajadora social:

- El diagnóstico de ingreso y su corta edad.
- El episodio que motivó la internación no fue presenciado por un adulto.
- Según refieren desde el programa Envión Puerto, durante la visita domiciliaria, se observa la presencia de medicamentos al alcance de los niños.
- Escaso registro de pautas de alarma.

- Factores protectores identificados por la trabajadora social:

- La presencia de la madre del paciente, que acompaña al niño durante el período de internación.
- Durante las múltiples entrevistas que se realizaron con la señora Carolina se mostró siempre predispuesta y abierta a las sugerencias brindadas por los profesionales del equipo de salud.
- Se la observa angustiada por no contar con una red de contención familiar.
- Compromiso y responsabilidad por parte del equipo de salud, en brindar asesoramiento e información en relación al incidente que causó el motivo de internación.

- Intervenciones realizadas desde el Servicio Social durante el proceso de internación en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A.

- Entrevistas mantenidas con la madre del paciente, la Sra. Carolina.
- Se brinda contención y acompañamiento durante el proceso de internación.

- Se ofrece información pertinente y pautas de alarma en relación al incidente.
- Se brinda, información necesaria para la realización del trámite del D.N.I., actualización del domicilio, y se asesora sobre la importancia del derecho a la pensión no contributiva, correspondiente a madre de siete hijos.
- Se mantuvo comunicación con Estela, abuela materna del paciente, a fin de comunicar la situación actual, y ampliar datos del grupo familiar.
- Se mantuvo comunicación telefónica con el Servicio Social del Centro de Salud correspondiente al domicilio actual, a fin de informar la situación del niño, y su grupo familiar y acordar la accesibilidad del grupo familiar a la atención sanitaria.
- Se mantuvo comunicación telefónica, con directora del programa Envión Puerto, a fin de informar la situación actual del niño y su grupo familiar y ampliar datos para evaluación diagnóstica.
- Elaboración del Informe Social que ponga en conocimiento la situación del niño y su grupo familiar y de intervención al Centro de Protección de Derechos de la Niñez correspondiente.

➢ Diagnóstico Social

A partir de las entrevistas realizadas a la madre del paciente, que acompaña al niño, se evalúa lo siguiente:

- Ingresos económicos de la familia escasos e inestables, que cubre mínimamente las necesidades básicas.
- Condiciones habitacionales desfavorables que podrían exponer al paciente y hermanos a múltiples factores de riesgo.

- Vulneración del Derecho a la Educación, considerando el ausentismo de todos los niños en edad escolar durante el corriente ciclo lectivo.
- Escasa red de contención y acompañamiento familiar.
- Las pautas de crianza y cuidados no serian las adecuadas, puesto de manifiesto en niños muy pequeños al cuidado de sus hermanos, y la permanencia de los mismos durante varias horas en la vía pública, sin supervisión de adultos.

➢ Estrategia de intervención.

Dada la situación planteada, se toma como estrategia viable, no demorar el egreso de este hospital, y articular la accesibilidad a la atención sanitaria y el seguimiento del grupo familiar a través de la Licenciada en Trabajo Social, referente del Centro de Salud n° 2, "Guanahani" con quien ya se ha acordado esta estrategia.

Por otro lado, el Programa Envión- Puerto también se ha comprometido a colaborar con este seguimiento, y apoyo familiar. Actualmente se encuentran trabajando para poder escolarizar a los niños.

➢ Evaluación.

- Se pudo entrevistar a la madre del paciente durante el período de internación, lo cual permitió tener una aproximación a la cotidianidad del niño y la dinámica familiar. Esto fue de suma importancia, puesto que la distancia del lugar de origen, la falta de una red de contención familiar, y el no tener acceso a la atención sanitaria de la sala correspondiente al domicilio, constituyó el mayor obstáculo en la intervención hospitalaria.

- Se pudo mantener comunicación telefónica, con Estela, abuela materna del paciente, la cual manifestó su preocupación por la situación actual, y se comprometió a colaborar en el cuidado de los niños, dentro de sus posibilidades.
- El equipo de salud interviniente del HIEMI logró acordar con la Licenciada referente del Centro de Salud n° 2, "Guanahani", la atención sanitaria y el seguimiento del grupo familiar. En este sentido, se destaca la articulación coordinada entre las instituciones que posibilitó la instrumentación de un dispositivo de egreso que garantice el bienestar del niño.
- Se lograron los objetivos propuestos para la intervención.

Descripción de la situación de intervención Nº 2:

- Diagnóstico de ingreso: Traumatismo Encéfalo Craneano- TEC. (Caída de huevito).
- Institución receptora de la demanda: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti"–HIEMI. La demanda fue emitida por el Sector de Pediatría, Cuidados Moderados A al Servicio Social del hospital.
- Origen de la demanda: el niño ingresa por guardia del HIEMI.
- Organismos intervinientes:
    - HIEMI.
    - Juzgado de Familia Nº1.
    - Equipo de atención a la niñez en situación de riesgo- EANSR

- Datos Personales del paciente

Nombre y Apellido: K.S.

Edad: 1 mes y 3 semanas

Fecha de Nacimiento: 16/09/2015

DNI: 55.XXX.XXX

Obra Social: No posee

Domicilio: Rio Negro XXXX

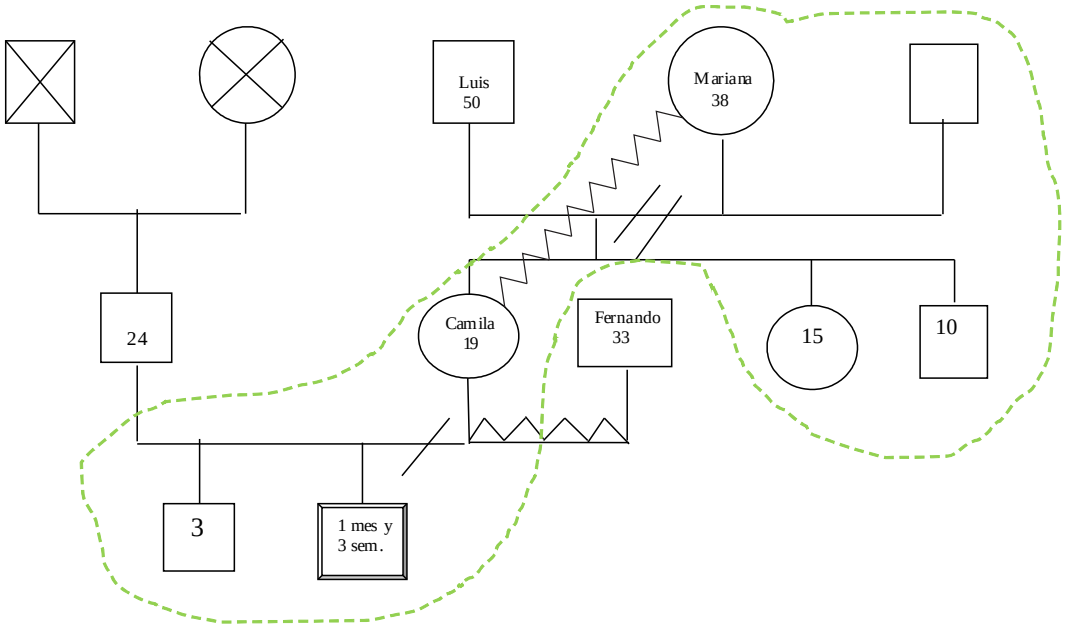
Barrio: Los Pinares

Localidad: Mar del Plata

Teléfonos de contacto: (0223)- 155xxxxxx (abuela materna)// (0223)-156xxxxxx (abuelo materno).

Centro de Salud de Referencia: CAPS “APAND”

En el siguiente genograma familiar se reflejan los datos del grupo familiar conviviente y no conviviente.



- Situación socio- económica

La joven Camila percibe la Asignación Universal por Hijo (A.U.H) y es ama de casa. La progenitora no refiere datos precisos del padre biológico del niño K.S.

El paciente no posee obra social.

- Situación habitacional

El paciente habita con su progenitora, su hermano de 3 años de edad, su tía de 15 años de edad, su tío de 10 años de edad, su abuela materna y la pareja de esta última, en una vivienda ubicada en el barrio los Pinares. La misma posee cocina-comedor, un baño, y dos habitaciones. Según refiere la joven madre, la casa es una construcción vieja, y aún no está terminada.

Servicios: luz – gas envasado - pozo ciego.

Nota:

El niño comparte la cama con su progenitora, manifestando ésta última que no posee cuna, asumido esto como indicador de riesgo para futuros traumatismos.

- Situación de Salud

El niño ingresa por el Sector de guardia del HIEMI, el día jueves 05/11 del corriente, acompañado por su progenitora, donde luego de la evaluación clínica, se decide su internación en el Sector de Pediatría de Cuidado Moderados A (habitación 119), permaneciendo hasta el día de la fecha, con diagnóstico clínico de ingreso TEC, el mismo sufrió traumatismo al caer de 50 cm de altura. (Caída de huevito)

- De las entrevistas mantenidas con la joven Camila, de 19 años de edad, madre del paciente, surge la siguiente información:

- Que se encuentra separada del padre del niño, mientras cursaba los últimos meses de su embarazo.
- Que no mantiene vínculo con el progenitor del niño.
- Que el progenitor del niño, de 24 años de edad, habita una vivienda en el barrio "Malvinas Argentinas", no manteniendo este ni su familia contacto con el mismo, se observa relato confuso y contradictorio por la joven madre.
- Que consumió marihuana, y otras sustancias durante los primeros meses de embarazo.
- Que se encuentra en pareja con el Sr. Fernando de 33 años de edad, hace aproximadamente 4 meses, quien habita una vivienda, en el barrio "Malvinas Argentinas".
- Que se encontraba en concubinato con el Sr. Fernando cuando nació K., de 1 mes y 3 semanas de vida.

- Según refiere la joven madre, su pareja posee una restricción de acercamiento hacia los niños K. y E., así como también al domicilio de la abuela materna de los mismos.
- Refiere además que nunca vivió una situación de violencia, que es un invento de los vecinos y de su mamá, para separarla de su actual pareja.
- Que posee un vínculo conflictivo con su madre, la Sra. Mariana manifestando que esta última no acepta a su pareja, refiriendo tener intenciones de abandonar el domicilio de su madre, con el fin de poder permanecer en el domicilio del Sr Fernandoy visitar a sus hijos los fines de semana.
- Refiere que la relación con su padre, el Sr luis de 50 años de edad, es buena, que no mantienen contacto muy seguido, y la ayuda económicamente.

- De las entrevistas mantenidas con la Sra Mariana de 38 años de edad, abuela materna del paciente, surge la siguiente información:

- Que tanto su hija Camila como su pareja poseen consumo problemático de sustancias, tales como cocaína, marihuana, entre otros.
- La Sra. Mariana manifiesta que su hija se encontraba en concubinato con el Sr. Fernando, cuando nació K. de 1 mes y 3 semanas de vida.
- Que realizó una restricción de acercamiento hacia la pareja de su hija, cuando tomó conocimiento de que esta última sufría agresiones físicas, por parte del Sr. Fernando.
- Refiere que en reiteradas oportunidades, la joven madre, apareció en la vivienda, con moretones en los brazos.
- Que tanto su hija, como la pareja de esta, no han cumplido con lo pactado en el juzgado de familia Nº1.

- Que en varias oportunidades, la joven madre, se fue con los niños al domicilio del Sr. Fernando y este último se presentó en la vivienda bajo los efectos de sustancias y con un comportamiento inadecuado.
- Además manifiesta que en reiteradas ocasiones, la progenitora se ausenta de la vivienda, por varios días.
- La Sra. Mariana ha manifestado tener intenciones de cuidar al nieto, a su egreso hospitalario.
- Que no tiene relación con su ex pareja, progenitor de la joven madre.

➢ Relato del episodio (motivo de internación)

- De la entrevista mantenida con la progenitora del niño, en relación al motivo de internación surge lo siguiente:

- Manifiesta que siendo el día jueves 05 del corriente, siendo las 10.00 horas aproximadamente, K.S. y su hermano se encontraban bajo su cuidado en el domicilio de su pareja actual.
- Que el niño, se encontraba en un huevito, ubicado arriba de la mesa del comedor, y al tener la intención de trasladar al niño a la cama de la habitación, el niño cae e impacta contra el suelo, situación ante la cual, la joven refiere "quedar paralizada".
- Que el niño, no tenía el cinturón colocado.
- Que el episodio de la lesión solo fue observado por ella.
- En el transcurso de otra entrevista, refiere que estaba apurada, y no recuerda como fue el episodio de la caída.

- En otro momento de la entrevista, la joven madre manifiesta que minutos antes del "accidente", había mantenido una discusión con su pareja en la vereda del domicilio, permaneciendo en su interior, K.S al cuidado de su hermano de 3 años de edad.
- Que ante el llanto espontáneo del niño, decide dirigirse a la salita de su barrio "Apand".
- Que es atendida por los pediatras, y ante el incidente, deciden inmediatamente su derivación a la guardia del HIEMI.
- Siendo las 11.30 horas aproximadamente, la progenitora llama un remis, para concurrir con el niño al hospital, donde previa evaluación clínica se decide su internación.

➢ Objetivos de la intervención

- Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al momento del ingreso hospitalario.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores y/o compensatorios.
- Poner en conocimiento de la situación actual del paciente al Equipo de Atención a la Niñez en Riesgo, considerando el diagnóstico de ingreso del niño, su corta edad, y los derechos vulnerados que se advirtieron no solo de él, sino de su pequeño hermano.
- Identificar miembro de la red familiar que pueda colaborar en el cuidado y contención del paciente, tanto en el proceso de internación como al momento del egreso.

➢ Factores de riesgo identificados por la trabajadora social:

- El diagnóstico del niño, y su corta edad.
- Relato confuso de la progenitora del paciente en relación al episodio que motivó la lesión.

- Naturalización del consumo de la progenitora y la relación de dicha problemática, con respecto a los adecuados cuidados parentales.
- Incumpliendo de la progenitora y su pareja, en lo dispuesto por el juzgado Nº 1.

➢ Factores protectores identificados por la trabajadora social:

- La presencia de la abuela materna, estando en todo el proceso de internación presente, y predispuesta a cuidar al paciente y su hermano, con posterioridad al egreso.
- Se observa a la abuela materna muy preocupada y angustiada, por la salud de su hija, y nietos, teniendo en cuenta la compleja situación en la que su hija se encuentra.
- La posibilidad de que la joven madre comience tratamiento psicológico, manifestando voluntad de asistir al mismo.

➢ Intervenciones realizadas desde el Servicio Social durante el proceso de internación en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A.

- Entrevistas mantenidas con la joven Camila, madre del paciente.
- Entrevistas mantenidas con la Sra. Mariana, abuela materna del paciente.
- Contacto telefónico con el Servicio Social del Centro de Atención Primaria de la Salud - CAPS “Apand” a fin de obtener información pertinente con respecto a la situación socio-familiar.
- Se hizo hincapié en la importancia del acompañamiento en el cuidado del paciente y hermano pequeño, por parte de la Sra. Mariana (abuela materna), quien constantemente ayudaría y apoyaría en el cuidado de los niños, principalmente cuando la joven madre se ausenta de la vivienda.

- Se ofrece información pertinente y pautas de alarma en relación al incidente, que género la lesión en el niño.
- Se trabajó en relación a los adecuados cuidados del paciente al egreso de su internación, teniendo en cuenta la situación de Consumo de la progenitora y su pareja.
- Reuniones con el equipo de salud para evaluar la situación y sugerir un dispositivo de egreso que garantice el bienestar del niño y su hermano.
- Se realizó gestión y articulación con el Centro preventivo local de adicciones-CEPLA (barrio Libertad), para el inicio de tratamiento de consumo problemático de la progenitora.
- Durante la internación se gestiona cuidados del Grupo de voluntariado "Kumelen" en diferentes oportunidades, acordando con la abuela materna los cuidados del niño en la internación.
- Se acuerda con el Equipo de Salud interviniente, realizar una presentación de informes al Equipo de atención al Niño/a en situación de riesgo- EANSR, a fin de poner en conocimiento la situación actual del niño y su grupo familiar.

➢ Diagnóstico Social

Desde el Servicio Social del HIEMI, se evalúa:

- Vulneración del Derecho a la integridad física, y emocional del paciente, considerando el diagnóstico de ingreso y su corta edad.
- Escasa implicancia en el ejercicio de la responsabilidad parental por parte de la joven madre, en relación al adecuado cuidado de su hijo.

- Se observa discurso contradictorio y dudoso por parte de la joven madre, en relación al motivo de internación.
- Tanto el niño como su hermano E.S, se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo que ponen en peligro el normal crecimiento y desarrollo de los mismos.
- Vínculo conflictivo entre la progenitora y su pareja actual.
- Escasos registros y pautas de alarmas de la progenitora en relación al adecuado cuidado de su hijo.
- Consumo problemático de sustancias, por parte de la progenitora y su actual pareja, el SR. Fernando.
- Situaciones de violencia familiar.
- Naturalización de episodios de violencia por parte de la progenitora.
- Paciente y hermano expuesto a múltiples factores de riesgo, que ponen en peligro su integridad.
- Desorganización en la dinámica familiar.
- Intervención del juzgado de familia Nº 1, de la ciudad de Mar del Plata.

➢ Estrategia de intervención

Considerando la compleja situación socio-familiar del niño, las múltiples vulneraciones de derechos, sumado a su extrema desprotección, el Equipo de Salud del HIEMI decide informar al Equipo de atención al Niño/a en situación de riesgo-EANSR (102), a fin de arbitrar las medidas de protección que se consideren necesarias para garantizar el bienestar psíquico, físico, emocional y social del paciente y su hermano de 3 años de edad, considerando que ambos se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo que ponen en peligro su integridad.

El equipo de salud aguarda la estrategia de intervención y/o medida de protección a ser tomada por elEquipo de atención al Niño/a en situación de riesgo- EANSR (102) para otorgar egreso hospitalario del niño.

- Evaluación.

- Se evalúa como aspecto positivo, la presencia de la abuela materna durante la hospitalización del niño, y su compromiso en relación al cuidado del paciente al egreso hospitalario.
- Se evalúa como aspecto negativo la relación conflictiva y en permanente tensión de Camila y el Sr Fernando con la Sra. Mariana, abuela materna del paciente, durante toda la hospitalización.
- Se lograron los objetivos propuestos para la intervención.

Reflexiones sobre las Situaciones Trabajadas

En esta tesis de grado se decidió sistematizar la Práctica Institucional Supervisada llevada a cabo en el Sector de Pediatría, Cuidados Moderados A, del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti", tomando como eje la problemática de Lesiones no Intencionales por Causa Externa en el Ámbito Doméstico . En dicho trabajo, se recuperan dos experiencias, que dan cuenta del proceso de intervención y las modalidades de abordaje del Trabajador Social, no sólo en relación a la temática elegida, sino a otras problemáticas sociales, propias del campo de la Salud.

Los contenidos teóricos expuestos se realizaron a partir de una selección bibliográfica de autores que posibilitó la construcción del presente trabajo, permitiendo problematizar, profundizar y continuar elaborando interrogantes, que lejos de poder dar una respuesta cerrada, permitieron complejizar la mirada sobre las Lesiones, repensando y cuestionando categorías conceptuales.

El paradigma de la complejidad fue el punto de partida de las intervenciones, tomando la visión desde la multidimensionalidad de las problemáticas a abordar. Concluyendo que las mismas, no se pueden abordar desde una sola disciplina ni desde una sola institución, sino de una forma integral.

Estas problemáticas sociales complejas se presentan en el Campo de la Salud y pueden ser visualizadas a través de las distintas manifestaciones que adquieren nuevos significados en dicho Campo, siendo necesario abordar las problemáticas de salud desde una perspectiva integral de hombre, sujeto de su propia vida y salud, dado que las dificultades que hoy enfrentamos no se resuelven exclusivamente desde la medicina, sino desde la interacción, articulación e intervención de las diferentes disciplinas.

Resulta necesario considerar el ejercicio profesional del Trabajador Social como pieza esencial en la conformación de equipos de trabajo, a fin de tomar la concepción global del ser humano, y lo que ello representa. Uno de los rasgos distintivos de nuestra profesión es la multiplicidad de caminos en que se puede abordar una problemática, proporcionando al equipo, la realidad concreta, cambiante, turbulenta dueña del paciente, y su grupo familiar, siendo esta el elemento activo en el proceso de transformación, en la que se enfatiza y se trabaja constantemente.

En primer lugar, se destaca la importancia de concebir al niño como un sujeto pleno de derecho, priorizando el interés superior de la niña, niño y/o adolescente, siendo este el pilar principal a tener en cuenta al momento de iniciar toda intervención.

En segundo lugar y focalizando en la temática en cuestión, es menester destacar e insistir sobre este punto: las lesiones no intencionales por causa externa, son una de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, el hecho de percibirlas como "accidentes" constituye uno de los principales obstáculos para la prevención y la vigilancia. Abandonar el concepto de "accidente", a favor de otro más preciso como el de incidente, representa un importante cambio conceptual que se convierte en un desafío a superar cada día, pues, en la actualidad dicha problemática continúa siendo abordada como un suceso imprevisto sin tener en cuenta las variables intervinientes, es elemental, que se tome en cuenta este concepto, ya que si una lesión no intencional es asumida como un accidente, que no se puede prevenir, cualquier acción será innecesaria para anticiparse al evento.

En este sentido, el HIEMI, es un hospital del tercer nivel de atención, por lo cual la problemática se aborda desde una estrategia de prevención secundaria, es decir, tratando inmediatamente a la niña/o lesionada/o para evitar la profundización de las secuelas (equipo

médico) y, a partir del análisis de la situación actual, en la posibilidad de evitar la repitencia de un hecho similar, sin embargo la institución también asume una estrategia que privilegie la prevención primaria, lo cual no significa negar el nivel de complejidad al que se pertenece, sino que se busca aprovechar los recursos, y la información disponible, para enriquecer los abordajes actuales, a través de distintos dispositivos: talleres, folletería, guía de prevención, spots publicitarios; y así trascender la respuesta institucional aislada.

Desde el Servicio Social, se intervino sobre las pautas de cuidado, prevención primaria, secundaria, dinámica familiary cuidados clínicos.

Se observan ciertas características, que permiten visualizar situaciones de vulneración de derechos, en relación al empleo, la educación, y el acceso a una vivienda digna. En las situaciones sistematizadas anteriormente, adquieren mayor presencia las transferencias del Estado, por medio de la Asignación Universal por Hijo (A.U.H), y se observa que dichas familias carecen de obra social. Las condiciones habitacionales son precarias, con ausencia de uno o más servicios básicos, a lo cual se le suma la cantidad miembrosfamiliares. Este aspecto cobra relevancia teniendo en cuenta la precariedad habitacional afecta a las poblaciones más vulnerables, como niños menores de cinco (5) años, razón por la cual se decidió recortar la mirada a dicha franja etaria, ya que por sus condiciones vitales pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda, muchas veces, expuestos a un ambiente inseguro y bajo la responsabilidades de miembros de la familia de corta edad. Estas situaciones ponen de manifiesto e interpelan la creencia generalizada de que el hogar, es el lugar más seguro para los niños.

A su vez, se identifican factores de riesgo que permiten inferir dificultades en relación a los adecuados cuidados parentales que los niños deben tener conforme a su edad, pero también se observó que la vulneración de los derechos mencionados anteriormente, están atravesados por

acciones y omisiones que, directa o indirectamente, también responsabilizan a los organismos de Salud, a la sociedad civil, y al Estado mismo, invisibilizando estas situaciones.

El acceso a una vivienda digna es esencial, ya que implica acceder a un hogar seguro, y permite el acceso a otros derechos, evitando factores de riesgo que puedan comprometer la salud integral del niño. Así mismo, es necesario comprender que si bien la supervisión parental es fundamental, y la familia en términos de expectativas sociales y legales es la responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y/o adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías, tal como se afirma en la Convención sobre los Derechos del Niño, en la ley 26.061 y en la ley 13.298, la familia debe recibir la asistencia y protección necesaria, para poder asumir plenamente estas responsabilidades.

Sin embargo, éstos aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema de salud, ya que no siempre es visualizado por los profesionales que integran los equipos de salud, obstaculizando nuestra intervención profesional, lo cual interrumpe la calidad de la atención sanitaria, perjudicando y propiciando ruidos en la comunicación entre el equipo de salud interviniente y el Trabajador Social.

Los Equipos de Salud, aún, tienden a tomar el discurso que hace a estas madres como “malas madres”, y al hacerlo convalidan un conjunto de respuestas institucionales excluyentes y/o represivas. Esta visión no establece una mirada crítica de la institución de salud y del papel que cada uno de los integrantes del Equipo de Salud debería tener frente a estas madres a fin de que salgan adelante o puedan desarrollarse en su rol materno. Esta visión del otro, implica la dificultad de comprender la totalidad de los componentes que desencadenan la situación actual, sin embargo,

el asombro aparece cuando estas familias reclaman, se quejan, y no se someten a la voluntad del profesional.

Son prácticas que se repiten, se reproducen, en la apresurada dinámica diaria, dejando poco espacio para la Interdisciplina. En otras palabras, se solicita la intervención del profesional especializado en resolver "problemas sociales", cuando entra en escena la categoría de "paciente Social". La supuesta imposibilidad de establecer un vínculo con las familias, en función de ser portadoras del estigma"caso social" convoca al trabajador social para intervenir y diseñar la solución urgente al problema planteado.

Otro punto importante a citar es que cuando el Trabajador Social, interviene en situaciones de lesiones, debe acceder a la vida cotidiana de las familias, así como a su mundo íntimo, a las formas de comunicación y de vínculo entre sus miembros sean convivientes o no, a las formas en que se ejecutan las tareas cotidianas, por donde circula el poder, los mandatos culturales, las representaciones sociales y familiares. También pretende interiorizarse en los aspectos y condiciones habitacionales, factores socioeconómicos, ingreso, satisfacción de necesidades básicas; aspectos de salud, de educación, culturales, religiosos, redes de contención, entre otros factores, que se encuentran detrás de la demanda inicial, y pueden traer consigo situaciones de vulnerabilidad de derechos' donde el diagnóstico constituye un elemento más a la sumatoria de todas esas cuestiones.

En la situación del niño J.C., la progenitora manifestó que los niños más pequeños, quedan al cuidadode los miembros más jóvenes de la familia, y que en reiteradas oportunidades intentaron ingerir medicaciones que se encuentran fácilmente al alcance de los mismos, estos y otros aspectos fueron considerados por la trabajadora Social. Sin embargo, no fueron utilizarlos para

estigmatizarla, puesto que se tuvieron en cuenta, las diferentes circunstancias enunciadas desde una sumatoria de variables, en cambio, si se consideró por la profesional trabajar con la progenitora intentando que perciba la situación que estaba atravesando su hijo, a fin de contenerla y evitar futuras lesiones, a su vez, se llevaron a cabo las intervenciones y gestiones necesarias mediante la articulación intra y extra muro con el objetivo de que se restituyan los derechos vulnerados.

En la situación del niño K.S, en un principio, el abordaje se fue dando de manera conflictiva, dado que la joven madre en diversas situaciones se mostraba reticente, aspecto que fue tenido en cuenta por la Trabajadora Social, sin embargo tampoco fue utilizado para estigmatizarla. Se dieron lostiempos necesarios durante el proceso de la internación para abordar la problemática de forma integral y dando espacios a la joven madre para su desenvolvimiento natural.

Cabe destacar que el diagnóstico del niño, (según lo expresado por los pediatras de la sala) no hubiera requerido de internación prolongada, si hubiesen sido otras las condiciones socio-familiares. La naturalización del consumo problemático de sustancias de C.S. por un lado, y la relación de dicha situación con respecto al adecuado cuidado de sus hijos, fue uno de los puntos principales a abordar desde el Trabajo Social, como se expresa anteriormente, el abordaje de consumo de la progenitora, se articuló con institución adecuada.

El énfasis con respecto al adecuado cuidado maternal y no así en la negligencia, apunta a una mirada desde las potencialidades de los sujetos con los cuales intervenimos, a su vez, se detectaron tanto los factores protectores, como los de riesgo.

Resulta indispensable tener en cuenta que los factores sociales pueden influir en la capacidad de los padres para supervisar a sus hijos, lo que incluye a las familias monoparentales, el

grado de madurez de los padres, la experiencia, la ausencia de una red de contención familiar que pueda acompañar la cotidianeidad.

Por otra parte, estos niños, no estarían "acompañados" dada su corta edad, por alguna institución de socialización secundaria, como sería el jardín de infantes o casa del niño, por lo cual el cuidado depende en forma exclusiva de la familia.

Es pertinente dedicar unas palabras a la importancia de la mirada de género al momento de la intervención. Tal como lo expresa Rosana Guber (2004), la realidad sólo habla cuando se la interroga, y es deber del trabajador social poner en práctica todo su bagaje profesional, y todo lo aprehendido durante su formación para poder elaborar un marco de referencia teórico que le posibilite tener una mirada aguda, y ver más allá de lo que perciben los sentidos. La problemática de lesiones, puede ser comprendida con mayor amplitud si se la toma desde una perspectiva de género.

En las situaciones trabajadas no se focalizó en la problemática inicial, brindando una respuesta lineal, sino que se atendieron múltiples dimensiones que se registraron durante la intervención.

Por último y con respecto a las situaciones trabajadas y de otras que acontecieron en el transcurso de la experiencia se asume que en ocasiones es difícil poder cumplir con los objetivos y metas planteados ya que el proceso puede interrumpirse por circunstancias ajenas al profesional, como por ejemplo falta de coordinación con otras instituciones o profesionales, políticas públicas inexistentes en relación a la problemática planteada, o bien por la negativa de la persona o familia a trabajar en determinadas cuestiones.

CONCLUSIONES

Y

PROPUESTAS

Para concluir, lo primero que estimo necesario afirmar es que los objetivos planteados para el desarrollo de la presente Tesis de Grado fueron cumplidos. Si bien dicha producción escrita es de carácter individual, no hubiera sido posible su realización sin los aportes y el acompañamiento de profesionales. Por tal motivo lo considero un proceso colectivo.

En el objetivo general me propuse, describir la Intervención del Trabajador Social en situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa en el Ámbito Doméstico en el HIEMI. A partir de mi experiencia en la institución en el año 2015, hoy, he logrado elaborar y finalizar este documento que refleja la intervencióndel Trabajador Social en el ámbito hospitalario, en relación a la temática tratada.

Luego de plasmarel aporte de los diferentes autores seleccionados para el marco teórico, en relación al Trabajo Social, la comprensión del ejercicio de la profesión, estuvo guiada por un enfoque más enriquecedor que el planteado como propuesta al inicio de la tesis, lo cual implicó una rigurosa y ardua lectura, favoreciendo la construcción de una visión más amplia, que la sugerida en su inicio.

A pesar del carácter legitimado de la categoría Intervención Profesional en Trabajo Social, es conveniente avanzar sobre nuevos conceptos más acordes con desarrollos teóricos y conceptuales, con propuestas democráticas. Es menester plantear críticamente nuestros paradigmas para posicionarnos estratégicamente de cara a las nuevas realidades, y así aportar a su comprensión.

En principio, pude observar que las intervenciones del Servicio Social se originan a partir de múltiples demandas, que van desde la interconsulta médica, la solicitud de ayuda en la demanda espontánea, y el relevamiento diario. Lo interesante fue vivenciar que, independientemente de la

forma en la cual se da inicio a la intervención, siempre se trató de procesos de construcción con otros, con un objetivo y una intención delimitada.

Con respecto a lo que fue mi proceso de inserción, al tratarse de una institución de Salud, es necesario reconocer que el modelo médico hegemónico, en todas sus manifestaciones y reproducciones, acompañó mi proceso de aprendizaje durante todo el período de práctica. Si bien dicho modelo está forzosamente institucionalizado y, al mismo tiempo, fuertemente cuestionado, el HIEMI, no escapa a esta contradicción de la "mirada médica", no obstante considero que el Servicio Social, busca interpelar este enfoque, y la coerción que dicho enfoque ejerce sobre las familias asistidas.

En este sentido, se observa que desde la prácticas cotidianas, muchas veces, los pacientes son fácilmente tipificados de "pacientes sociales" por el Equipo de Salud, dejando en muchos casos precisamente la intervención exclusiva del Trabajador Social, a fin de abordar diferentes cuestiones. Estas concepciones vislumbradas a la luz de las prácticas médicas, dejan muchas veces al Trabajador Social con pocas posibilidades para la Interdisciplina y a su vez cargan la situación de internación al profesional del Servicio Social, a excepción de los equipos interdisciplinarios de trabajo y/o comités.

Por otra parte, cabe destacar a los equipos que pese a las obstáculos intentan trabajar desde un abordaje interdisciplinario, y comprenden que como todo proceso, se va desarrollando paulatinamente, lejos está la Interdisciplina de ser un encuentro mágico, requiere una continuidad, una posición, y renunciar a la posibilidad de respuestas absolutas, por lo cual reconozco el esfuerzo interdisciplinario, y revalorizo el impulso de los profesionales que acompañan al paciente y su familia, y trascienden la mirada médica, con resultados innovadores.

Además la articulación con otras instituciones, resulta de suma importancia para efectivizar los ingresos, egresos y seguimiento hospitalario del paciente. El contacto personal o telefónico con el profesional de otra institución dispone y prepara la intervención en otro sentido que si se libra al azar la derivación de un paciente.La riqueza del trabajo interdisciplinario, y a nivel intersectorial nos permite pensar en la fundación de nuevas intervenciones, rompiendo así con intervenciones rígidas, inmediatas y estandarizadas.

Cabe destacar que se utilizaron con más frecuencia las técnicas de observación, entrevista y registro siendo fundamentales para la comprensión durante todo el proceso, como así también para la sistematización de las situaciones abordadas, a su vez, considero que el cuaderno de campo, fue el instrumento pilar de este trabajo.

Sin embargo, la necesidad de reflexionar acerca de la utilización de técnicas o instrumentos para conocer e informar problemáticas sociales complejas, se hace ya no desde la mirada de eficacia y eficiencia, sino en relación a la cuestión ética, la cual implica la responsabilidad de un posicionamiento desde los derechos humanos en relación a la acción y a los sujetos involucrados.

Hay múltiples formas de ejercer el trabajo social y dentro de esos diferentes caminos pueden haber diferencias (de eso se trata la diversidad).

En cuanto a la temática de este trabajo, considero que las situaciones de Lesiones no Intencionales por Causa Externa, pueden prevenirse mediante la articulación con otros ámbitos institucionales y sociales a través de la optimización de recursos y estrategias de visibilización de la problemática, pensadas cuidadosamente para no caer en señalamientos ni estigmatizaciones del grupo familiar, promoviendo conductas anticipatorias, y cambios de hábitos en el adulto, para que este último logre a través de un análisis del medio ambiente donde vive y juega el niño/a generar

un lugar seguro. Desde esta mirada holística de la problemática, nuestra intervención se enmarca en la perspectiva de los derechos del niño/a, abogando y trabajando para el cumplimiento de dichos derechos.

Por tanto es necesario que desde el Estado se promueva la construcción de una lógica de redes, y de gestión asociada, sobre la base de una ampliación democrática en la toma de decisiones, pensar mecanismos y escenarios participativos que incluyan a los diferentes actores y se garanticen los recursos, programas y políticas públicas con perspectivas de género diseñadas y pensadas en relación dicha problemática de Salud Pública.Al mismo tiempo, se deben generar otros espacios de participación y difusión, y coordinar con instituciones que favorezcan la toma de conciencia, y profundizar la formación de personal profesional y no profesional, en prevención de incidentes domésticos.

Entonces, lo significativo en la práctica hospitalaria, es la de trascender un modelo superador del biomédico, que incluya todos los aspectos que forman parte del ser humano, exigiendo una mayor apertura a actores de la comunidad que también deben ser considerados como claves para desarrollar una estrategia sanitaria exitosa.Considero que se deben fortalecer y multiplicar las acciones preventivas en los Centros de Salud desde una visión de género, considerando dicho lugar como estratégico al constituir el primer espacio de contacto del niño/a y su familia con el sistema sanitario público, a fin de brindar apoyo a las familias y disminuir la ocurrencia de lesiones, considerando el alto ingreso de pacientes en el Hospital.

Se advierte, a su vez, que las políticas públicas existentes no logran atender las necesidades básicas de la población como el derecho a una vivienda digna, y este punto es necesario problematizar, ya que repercute en la efectividad del trabajo de la institución, así como del

profesional interviniente, ya que de muy poco sirve realizar una buena práctica si el niño/a al llegar a su hogar, se encuentra expuesto nuevamente a factores de riesgo, y su familia no dispone del recurso material necesario para realizar prevención.

Posiblemente, en el presente escrito, no se encontraron respuestas unívocas, un saber total, mucho menos universal, respecto a cómo debe intervenir el Trabajador Social en la compleja realidad, más bien se debe apreciar como una propuesta de trabajo, con un rumbo preventivo, más allá de que en el hospital se trabaje la situación aguda del paciente.

En cuanto a la etapa de finalización de la práctica, destaco la construcción de un vínculo cercano con la supervisora, y la predisposición al recibirme como estudiante durante un período de su labor profesional, teniendo en cuenta la acelerada dinámica de trabajo, y su compromiso y flexibilidad durante mi proceso de formación pre- profesional, acompañándome desde el primer momento de mi incorporación al servicio, brindando espacios de intercambio y diálogos que ayudaron a disminuir la ansiedad y la tensión que provoca trabajar en presencia de otro y de otros.

En cuanto al nivel académico, considero que la cátedra de supervisión debería replantear la bibliografía utilizada, e incluir sistematizaciones realizadas por alumnos egresados, donde se pueda evidenciar el proceso de incorporación de conocimiento desde la experiencia vivida. Además, dichos trabajos brindarían y prepararían un marco teórico referencial con los principales conceptos, y problemáticas prevalentes desde los distintos campos de inserción, siendo la temática elegida, de interés disciplinar, debido a su escasa producción teórica desde el Trabajo Social.

Me llevo una experiencia sumamente enriquecedora, la cual me permitió reafirmar mi pasión por la profesión y mi compromiso con la problemática trabajada, la cual no se agota en esta tesis, sino que exige una revisión y difusión constante.

Se adjunta en este trabajo, un cd que contiene los spots publicitarios de difusión pública, “La prevención comienza en casa” presentados por Cola de Zorro y el Comité de Lesiones del Hospital Materno Infantil Victorio Tetamanti, en el mes de Noviembre del 2016, en el marco de la Campaña de Prevención de Lesiones Domésticas que pretenden visibilizar y socializar las principales causas de lesiones en niños, y niñas que se producen dentro del hogar y pueden ser evitadas.

Para finalizar, es menester aclarar que en el último tramo de la presente tesis, mi directora, la Lic. Burlastegui Marisa, en el mes de junio del presente, manifestó la no continuidad en la dirección de la tesis; sin poder comprender la totalidad de los motivos que la llevaron a dicha decisión, concurrí a la Comisión de Tesis de la UNMDP, para asesorarme acerca de los pasos a seguir, y para saber cómocontinuaba la dirección de la misma.

Los profesionales que integran dicha Comisiónsugirieron rápidamente, que la Lic. Abraham Yasmín, asuma en calidad de Directora detesis, sin tener la necesidad de buscar otro profesional idóneo, considerando su acompañamiento durante todo el proceso, y dado que el trabajo ya estaría en condiciones de ser presentado.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar M. J. (1994). “Introducción a la Supervisión”. Colección Política, Servicios y Trabajo Social. Ed. Lumen. Buenos Aires. Argentina.
- Araya Umaña, Sandra. (2002). “Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión”, enCuaderno 127 FLACSO. Sede Académica Costa Rica (Primera edición).
- Attardo, Clara. (2011) “Por qué Incluir la Perspectiva de Género en el Campo de la Promoción de la Salud”. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.
- Barcala Alejandra, Stolkiner Alicia, y equipo de investigación UBACyT PT 48. (2001) “Accesibilidad A Servicios De Salud De Familias Con Necesidades Básicas Insatisfechas: Estudio De Caso” VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, Buenos Aires.
- Barg, L. (2005) Los vínculos familiares: reflexiones desde la práctica profesional, Buenos Aires, Espacio.
- Calienni, M y Colaboradores. (2008). “Ponencia: Trabajo Social, Complejidad e Interdisciplina”. UNMDP.
- Calienni, M., Martin, A. M., & Moledda, M. (2009). sobre el trabajo social, la complejidad de los territorios de intervencion y la interdisciplina. Revista Plaza Pública, Tandil, 2(2), 37-47.
- Carballeda, A. (2002) “La Intervención en lo Social”. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Carballeda, A. (2003). “Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social”, ED. Espacio, Bs. As. Argentina.

- Carballeda, A. (2005). “Lo social de la Intervención. El proceso de análisis en Trabajo Social”. Revista Margen nº 38, Buenos Aires. Argentina.
- Carballeda, A. (2007) “Escuchar las Prácticas”. Buenos Aires, Ed. Espacio.
- Carballeda, A. (2008). “Salud e Intervención en lo Social”. Colección cuadernos de Margen. Buenos Aires. Ed. Espacio.
- Castoriadis, Cornelius (1998) *"Hecho y por hacer”.* Buenos Aires. Ed. Eudeba,
- Cazzaniga, S (1997) “El abordaje de la singularidad”. En: Desde el Fondo, Cuadernillo Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social. Ed. Mimeo.
- Cazzaniga, S. (2000). “Acerca del control, la autonomía y el reconocimiento dederechos”. Cuadernillo Nº 20. FTS Universidad Nacional de Entre Ríos. Argentina.
- Cazzaniga, S (2007): “Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”. Buenos Aires, Ed. Espacio.
- Cesilini, G. A., Guerrini M. E. y Novoa P. del L., (2007), La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía social, Buenos Aires. Ed. Espacio.
- Czeresnia, D (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción, en: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos. Promoción de la salud. Buenos Aires. Ed. Lugar.
- Chadi, M (2007), Redes sociales en el Trabajo Social, Buenos Aires, Ed. Espacio.
- Dabas, E. (2001) Redes sociales: Niveles de abordaje en la intervención y organización en red, Buenos Aires, Ed. Panorama.
- De Robertis, C. (2006). “Metodología de la intervención en trabajo social”. Buenos Aires. Ed. Lumen Hvmanitas.

- De Quirós, Ana M; Rodríguez M. Del Pilar (2004) "La Sistematización como Forma de Producción de Conocimiento Científico, desde una Perspectiva no Positivista". Revista Confluencia. Argentina.
- Eroles, C. (2002), Los derechos Humanos. Compromiso ético del Trabajo social, Buenos Aires, Ed. Espacio.
- Garcia Barthe, M. (2007) "Internación conjunta: un avance para la Pediatría argentina"en revista Hospital de Niños Buenos Aires v.49 n.225. Buenos Aires. Argentina.
- Giribuela, W. & Nieto, F. (2009). "El informe social como género discursivo. Escritura e intervención profesional". Buenos Aires. Argentina. Ed. Espacio.
- Guber, R. (2004). "El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento". Cap. IV. en El Salvaje Metropolitano. Editorial Paidós.
- Guerra, Yolanda (2007). La instrumentalidad del Servicio Social, sus determinaciones sociohistóricas y sus racionalidades, Sao Paulo, Brasil, Cortez Editora.
- Heller Agnes. (1984) "Sociología de la vida cotidiana" Editorial Península. España. Buenos Aires.
- Jara, O (1994) *"*Para Sistematizar Experiencias". Una propuesta Teórica y Práctica*"*. Tarea, Lima.
- Jara, O (2001). Dilemas y desafíos de sistematización de experiencias. Costa Rica. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
- Jelin, E. (1994)"familia y género: notas para el debate*"*. versión revisada del texto publicado en wainerman catalina. Buenos aires. Ed. unicef/losada.
- Jelin, E. (2005) Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Buenos Aires, CONICET UBA.

- Manual de prevención de accidentes (2013). Fundasap, Sociedad Argentina de Pediatría.
- Menendez, E. (2004) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). "Lesiones por causas externas" Boletín Epidemiológico Periódico. Nº37. Presidencia de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5: "Políticas de Salud". Presidencia de la Nación. Cuidad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 8: "Trabajo en Equipo en Salud. Presidencia de la Nación. Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007.
- Montaño, C. (2013) Trabajo Social, práctica, teoría y emancipación, Buenos Aires, Colegio de Trabajadores Sociales.
- Morin, Edgar. (1994). "Introducción al Pensamiento Complejo". Ed. Gedisa.
- Residencia Servicio Social (2016): Guía de prevención de lesiones no intencionales por causa externa. HIEMI. Mar del Plata. Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud (1999): Programación Local Participativa: metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud Nº 41. Canadá.
- OPS/OMS (2012). Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños.

- Orfila Pablo (2003) **"**Accidentes en el hogar de niños de 0 a 5 años". Sociedad Argentina de Pediatría. Argentina.
- Osorio, Sergio Nestor (2002): Aproximaciones a un nuevo paradigma en el pensamiento científico. En Velilla, Marco Antonio (Compilador). Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo, Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, Colombia. (37-58).
- Poggiese H. (2000) "Movimientos sociales, formulación de políticas sociales y redes mixtas socio-gubernamentales para un nuevo 'saber hacer' en la gestión de la ciudad", en 'Desarrollo urbano: viejo tema o exigencia del presente' Buenos Aires, Argentina, Editorial CLACSO.
- Restrepo, O. (2003). "Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas". Ed. Espacio. Bs. As. Argentina.
- Servicio Social del Hospital de Pediatría (1996): "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" trabajo Social Hospitalario "Práctica y quehacer profesional". Buenos Aires. Ed. Espacio.
- Sandoval Ávila, A. (2001). "Propuesta Metodológica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social". Buenos Aires. Ed. Espacio.
- Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. (1994). UAM Xochimilco - Fund F. Ebert, México.
- Travi, B. (1999) "Reflexiones en torno a la intervención profesional desde el Trabajo Social con mujeres pertenecientes a los sectores populares". En, *La Aljaba*, Revista de Estudios de la Mujer Nº4, (a).
- Travi, B. (1999) "La violencia hacia la mujer en el ámbito doméstico: un problema de salud pública. Reflexiones en torno al papel de la teoría en la elaboración de diagnósticos sociales". Artículo elaborado en el marco de la Maestría en Política Social, como trabajo

final del Seminario Estado, Política y Políticas Sociales, a cargo del Dr. Mario Róvere, Fac. de C. Sociales, UBA.

- UNICEF (2010). Temas claves en materia de protección y promoción de derechos de niños, niñas y adolescentes en la provincia de Buenos Aires. Instituto de Estudios Judiciales. Argentina**.**
- Vargas, Pilar (2003). "El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma". Módulo I Programa de Capacitación en Salud Pública y Ética Profesional. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.
- Vignolo, J; Vacarezza, M; Álvarez, C y Sosa. A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoamericana. Vol.33, n.1, pp. 7-11.Uruguay.

Sitios web consultados

- Página oficial de la OMS http://www.who.int/es/
- Centro de Salud el Progreso (2004). "Normas de Prevención de Accidentes durante la Infancia y la Adolescencia". Disponible en: www.monografias.com.
- Declaración de Alma-Ata. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- De Quiroz, Ana m; Rodríguez M. del Pilar. "La Sistematización como forma de producción de conocimiento científico, desde una perspectiva no positivista". Revista Confluencia. Mendoza. Argentina Disponible en www.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/327/Bernaldo%20y%20RodriguezConfluencia4.pd
- Dr. Rozas Villanueva, Luis *"Niveles de Atención"* www.udec.cl.ppt

- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf
- http://fotosviejasdemardelplata.blogspot.com.ar/2014/06/hospital-materno-infantil.html
- Frenz, Patricia. *"Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud"* www.redsalud.gov.cl
- http://www.fundami.com.ar/index.php/site/resena
- Ley Federal de Trabajo Social Nº27.072 disponible en: http://catspba.org.ar/ley-federal-de-trabajo-social-n-27072/
- Ley Nacional de Promoción y Protección de los derechos del niño 26.061 disponible en www.gob.gba.gov.ar
- Ley Provincial de Promoción y Protección de los derechos del niño 13.298 disponible en www.gob.gba.gov.ar
- López, Susana. (2006) El sistema de salud Argentino. Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social. UNLP. Disponible en www.ms.gba.gov.ar
- Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén (2010). "Guía para la atención y cuidado de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años". Neuquén, Argentina. Disponible en:http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/8.html
- Morin Edgar: "Sobre la Interdisciplinareidad" www.pensamientocomplejo.com.ar
- Municipalidad del Partido de General Pueyrredón: http://www.mardelplata.gov.ar/
- Stolkiner Alicia: "La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". Revista Campo Psi-Revista de Información especializada" Año 3, Nº 10, Abril de 1999, Rosario. Disponible en:www.campopsi.com

ANEXOS

Profesionales que Conforman Parte del Servicio Social del HIEMI

Primer Piso. Sector: Pediatría: Cuidados Moderados A.

Supervisión en Trabajo Social

De latín, supervisar significa "mirar desde arriba", "mirar desde lo alto". Hace referencia al acto de observar o estudiar algo con una visión global y una cierta distancia.

"Es un proceso sistemático de control, de seguimiento, evaluación, orientación, asesoramiento, y formación, de carácter administrativo y educativo, que lleva a cabo una persona en relación con otras, sobre las cuales tiene una cierta autoridad dentro de la organización, a fin de lograr la mejora del rendimiento del personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios". (Aguilar, 1994:32).

En el trabajo social, la supervisión tiene objetivos generales que se atribuyen al perfeccionamiento de la práctica profesional y a una mejor satisfacción en el ejercicio de la profesión. Sin embargo, se destacan 4 objetivos básicos:

- Enseñanza y formación permanente.
- Asegurar servicios de calidad.
- Socialización con el supervisor de los conocimientos
- Elevar el nivel teórico y práctico.

Según Aguilar Idañez (1994), para que el proceso de supervisión se desarrolle de forma gratificante y productiva, es necesario seguir una serie de principios, ellos son:

- Crear un ambiente adecuado que favorezca el trabajo de supervisión: las sesiones deben acordarse previamente. Debe existir un ambiente psicológico adecuado, para lograrlo se debe tener en cuenta que: la ansiedad es normal cuando se trata de aprender algo nuevo o cuando se enfrenta una nueva experiencia.

- Adaptabilidad y flexibilidad operativa en la tarea de supervisión.
- Iniciar el proceso de supervisión desde el nivel de conocimientos y experiencia del supervisado.
- Tener en cuenta las características específicas del aprendizaje adulto.
- Criticar constructivamente en un proceso de retroalimentación.
- Potenciar personal y profesionalmente al supervisado.
- Registrar la información.
- Confidencialidad.

El supervisor es aquella persona que en base a su capacitación está en condiciones de guiar un proceso de reflexión sobre la práctica. Esta es su función formativa. Debe tener capacidad intelectual y emocional, los cuales son los elementos en los que se fundamenta su autoridad en el ejercicio del rol en el plano horizontal.Al reflexionar junto a los supervisados sobre la información que este proporciona, coopera al intervenir para clarificar, realiza síntesis, señala, etc. Reynolds indica que el problema del supervisor es que pretende motivar lo que sabe del tema (instala temas) sin tener en cuenta que el centro de atención debe estar en la persona que debe aprender.

Una reflexión ordenada sobre los distintos grados de preparación para el aprendizaje y sobre las diferentes etapas por las que se atraviesa dentro del proceso de supervisión, puede ayudar a comprender y adaptarse mejor a cada persona que se supervisa. Se toma como punto de referencia el esquema propuesto por Bertha Reynolds, el cual establece las etapas del empleo de la inteligencia consciente en la medida que avanza el aprendizaje. Estas etapas o momentos, no deben considerarse como algo lineal, sino como un proceso en espiral de exigencia en aumento

La etapa de la conciencia agudizada de uno mismo, cuyo ejemplo clásico es el "temor a lo desconocido. El papel del supervisor es de dar seguridad, "ayudar al aprendiz a encontrar la base sólida de la adecuación personal que posee y a posicionarse ante la nueva experiencia"

La etapa de "nadar o ahogarse", donde el aprendiz está confuso y siente la necesidad de aferrarse a algo, de buscar en cada situación algo a lo que pueda responder. Lo importante es comprender que la mejor manera de aprender es haciendo cosas, y para aprender, el supervisado tiene que hacer algo. La relación con el supervisor puede ser tan estimulante como protectora, tranquilizando al trabajador en el sentido que no espera de él que lo logre inmediatamente.

La etapa de "comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella", el aprendiz comprende lo que debería hacer sin que le supervisor se lo diga. Este es el momento culminante del proceso de supervisión, ya que es en esta etapa cuando la situación de aprendizaje ofrece grandes oportunidades, puesto que una crítica constructiva puede aceptarse y aprovecharse mucho mejor que en etapas anteriores.

La etapa del "dominio relativo", en la cual uno puede tanto comprender como manejar la propia actividad en el arte por aprenderse. Se llega a un punto donde el espíritu autocrítico del trabajador social se pone en juego de manera positiva, creativa y transformadora. Es de suma importancia que el supervisor otorgue al trabajador un amplio campo para su desempeño independiente, con confianza y sin temor.

La etapa de "aprender a enseñar lo que se ha dominado", se concibe al supervisor con la suficiente libertad como para comprender cómo cada trabajador – aprendiz operará mejor; qué motivaciones estimularán su aprendizaje y cuáles lo obstaculizarán; en qué puntos necesita ayuda y dónde la ayuda ofrecida en realidad podría ser un impedimento.

Evolución Histórica de los Hospitales

Primera Etapa

El concepto fundamental será el hospital-caridad. En este tipo de centro, personal voluntario, generalmente a tiempo parcial, se ocuparía de los pacientes desde la perspectiva de "por el enfermo hacia Dios". Su supervivencia dependería de la generosidad de las donaciones recibidas.

Segunda Etapa

Aquí cabria hablar del hospital-beneficencia (institución de carácter humanitario). Su filosofía estaría representada por hechos como la Ley de los Pobres, promulgada en España en tiempos de Isabel II y en la que se hace recaer la responsabilidad de la atención a los desheredados sobre las parroquias.

Tercera Etapa

Corresponde al hospital-asistencial. Se trata de concreción a nivel asistencial de los logros sociales conseguidos por la Revolución Francesa. En esta etapa de la historia aparece, nítidamente, la responsabilidad de los diferentes Estados en la atención sanitaria a sus súbditos.

Cuarta Etapa

Se trata de la aparición del hospital-empresa. Se intenta aplicar a la institución hospitalaria las técnicas y métodos que se han demostrado rentables en otros campos de actividad.

Quinta Etapa

Se trata, de la última generación de hospitales, vendría a ser una variante de la anterior. En efecto, el hospital integral. Se trata de una institución jerarquizada, teniendo como objetivo la unidad asistencial, es decir, plantea la asistencia desde tres niveles:

- Preventivo
- Asistencial
- Rehabilitador de manera conjunta y simultanea en el tiempo.

Ley de la Promoción y Protección de los Derechos del niño/a y adolescente Nº 13.298

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 6: Es deber del Estado para con los niños, asegurar con absoluta prioridad la realización de sus derechos sin discriminación alguna.

Artículo 7: La garantía de prioridad a cargo del Estado comprende:

Protección y auxilio a la familia y comunidad de origen en el ejercicio de los deberes y derechos con relación a los niños.

Asignación privilegiada de recursos públicos en las áreas relacionadas con la promoción y protección de la niñez.

Preferencia en la formulación y ejecución de las políticas sociales públicas.

Preferencia de atención en los servicios esenciales.

Promoción de la formación de redes sociales que contribuyan a optimizar los recursos existentes.

Prevalencia en la exigibilidad de su protección jurídica, cuando sus derechos colisionen con intereses de los mayores de edad, o de las personas públicas o privadas.

Artículo 14: El Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños es un conjunto de organismos, entidades y servicios que formulan, coordinan, orientan, supervisan, ejecutan y controlan las políticas, programas y acciones, en el ámbito provincial y municipal, destinados a promover, prevenir, asistir, proteger, resguardar y restablecer los derechos de los niños, así como establecer los medios a través de los cuales se asegure el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, la Convención sobre los Derechos del Niño, y demás tratados de Derechos Humanos ratificados por el Estado Argentino.

El Sistema funciona a través de acciones intersectoriales desarrolladas por entes del sector público, de carácter central o desconcentrado, y por entes del sector privado.

Para el logro de sus objetivos el sistema de promoción y protección integral de los derechos de los niños debe contar con los siguientes medios:

a) Políticas y programas de promoción y protección de derechos;

a) Organismos administrativos y judiciales;

b) Recursos económicos;

c) Procedimiento;

d) Medidas de protección de derechos.

Artículo 15: Las políticas de promoción y protección integral de derechos de todos los niños, son el conjunto de orientaciones y directrices de carácter público dictadas por los órganos competentes, a fin de guiar las acciones dirigidas a asegurar los derechos y garantías de los niños.

Las políticas de promoción y protección integral de derechos de todos los niños se implementarán mediante una concertación de acciones de la Provincia, los municipios y las organizaciones de atención a la niñez, tendientes a lograr la vigencia y el disfrute pleno de los derechos y garantías de los niños.

A tal fin se invita a los municipios a promover la desconcentración de las acciones de promoción, protección y restablecimiento de derechos en el ámbito municipal, con participación activa de las organizaciones no gubernamentales de atención a la niñez.

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: (Texto según Ley 14537) 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, teniendo como mira el interés superior del niño.

d) Participar activamente en los procesos de declaración de la situación de adoptabilidad y de adopción, y colaborar en el trámite de guarda con fines de adopción, con los alcances establecidos en la Ley respectiva.

Artículo 29: La Autoridad de Aplicación debe diseñar, subsidiar y ejecutar programas de promoción y protección de los derechos de los niños.

Artículo 30: Los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos deben disponer, entre otros, de los siguientes programas de promoción:

a) Programas de identificación.

b) Programas de defensa de derechos.

c) Programas de formación y capacitación.

d) Programas recreativos y culturales.

e) Programas de becas y subsidios.

Artículo 34: Se aplicarán prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a todos los niños.

Cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, laborales o de vivienda, las medidas de protección son los programas dirigidos a brindar ayuda y apoyo incluso económico, con miras al mantenimiento y fortalecimiento de los vínculos familiares.

Artículo 35: (Texto según Ley 14537) Comprobada la amenaza o violación de derechos podrán adoptarse, entre otras, las medidas que a continuación se enuncian:

a) Apoyo para que los niños permanezcan conviviendo con su grupo familiar.

b) Orientación a los padres o responsables.

c) Orientación, apoyo y seguimiento temporarios a la niña, niño, adolescente y/o su familia.

d) Inscripción y asistencia obligatoria en establecimiento educativo.

e) Solicitud de becas de estudio o para guardería y/o inclusión en programas de alfabetización o apoyo escolar.

f) Asistencia integral a la embarazada.

g) Inclusión del niño, niña o adolescente y la familia, en programas de asistencia familiar.

h) Cuidado del niño, niña o adolescente en el propio hogar, orientado y apoyando a los padres, representantes o responsables en el cumplimiento de sus obligaciones, conjuntamente con el seguimiento temporal de la familia y del niño a través de un programa.

i) Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico del niño, niña o adolescente o de alguno de sus padres, responsables o representantes.

j) Inclusión en programa oficial o comunitario de atención, orientación y tratamiento en adicciones.

k) Asistencia económica.

l) Permanencia temporal, con carácter excepcional y provisional, en ámbitos familiares alternativos o entidades de atención social y/o de salud, de conformidad con lo establecido en el artículo siguiente.

Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes Nº 26.061

Artículo 4: Políticas Públicas. Las políticas públicas de la niñez y adolescencia se elaborarán de acuerdo a las siguientes pautas:

a) Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;

b) Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia;

c) Gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente;

d) Promoción de redes intersectoriales locales;

e) Propiciar la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Artículo 5: Responsabilidad Gubernamental. Los Organismos del Estado tienen la responsabilidad indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal.

En la formulación y ejecución de políticas públicas y su prestación, es prioritario para los Organismos del Estado mantener siempre presente el interés superior de las personas sujetos de esta ley y la asignación privilegiada de los recursos públicos que las garanticen.

Toda acción u omisión que se oponga a este principio constituye un acto contrario a los derechos fundamentales de las niñas, niños y adolescentes.

Las políticas públicas de los Organismos del Estado deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

La prioridad absoluta implica:

1.- Protección y auxilio en cualquier circunstancia;

2.- Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica cuando sus derechos colisionen con los intereses de los adultos, de las personas jurídicas privadas o públicas;

3.- Preferencia en la atención, formulación y ejecución de las políticas públicas;

4.- Asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que las garantice;

5.- Preferencia de atención en los servicios esenciales.

Artículo 6: Participación comunitaria. La Comunidad, por motivos de solidaridad y en ejercicio de la democracia participativa, debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes.

Artículo 7: Responsabilidad familiar. La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías.

El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos.

Los Organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones.

Artículo 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 y 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.

Artículo 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.

Ley Federal de Trabajo Social Nº 27.072

Artículo 4: Ejercicio profesional. Se considera ejercicio profesional de trabajo social la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

Artículo 9: Incumbencias profesionales. Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia,

niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;

b) Planes, programas y proyectos sociales;

c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;

d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.

2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

3. Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.

4. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.

5. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.

6. Intervención profesional en instancias o programas de mediación.

7. Intervención profesional como agentes de salud.

8. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.

9. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.

10. Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:

a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;

b) La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;

c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.

11. Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.

12. Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

Artículo 10: Derechos. Son derechos de los/as Licenciados/as en Trabajo Social los siguientes:

a) Ejercer la profesión a nivel individual, grupal, familiar, comunitario e institucional, en los ámbitos del desarrollo social, salud, educación, justicia, seguridad social, organizaciones sociales y otros ámbitos que tengan que ver con el pleno ejercicio de las competencias profesionales establecidas en la presente ley;

b) Negarse a realizar actos o colaborar en la ejecución de prácticas violatorias de los derechos humanos, que contravengan disposiciones de los códigos de ética profesional o que no se vinculen con las competencias profesionales establecidas en la presente ley;

c) Capacitarse y actualizarse en el campo disciplinario del trabajo social y de las ciencias sociales cuando ejerzan su profesión en relación de dependencia pública o privada, independientemente de la naturaleza del vínculo laboral-profesional incluyéndose aquí la obligatoriedad para la entidad empleadora, de asignar y/o autorizar hasta catorce (14) días por año destinados a la formación y actualización profesional, académica, de investigación y de sistematización de las prácticas profesionales;

d) Percibir honorarios, aranceles y salarios acordes con los nomencladores y aranceles establecidos por los colegios o consejos profesionales o por la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social;

e) Contar con las medidas de prevención y protección que fueren necesarias cuando el ejercicio de la profesión implique un riesgo para la integridad física de los profesionales o bien para su salud física o mental, independientemente de la naturaleza jurídica del vínculo laboral-profesional que se establezca con las instituciones públicas, privadas o mixtas en cuyo ámbito se lleve a cabo dicho ejercicio;

f) Contar con períodos de recuperación cuando el ejercicio de la profesión se lleve a cabo en relación a problemáticas o situaciones sociales que impliquen acelerados procesos de desgaste

profesional o afecten la salud física o mental de los profesionales; estos períodos de recuperación no serán mayores a catorce (14) días por año y no afectarán las condiciones del vínculo laboral-profesional en lo que hace a salario, antigüedad, adicionales, honorarios, funciones y tareas desarrolladas por los profesionales;

g) Concurrir a las asambleas, reuniones, congresos y otros eventos que se organicen a nivel local, nacional o internacional, en representación de las organizaciones profesionales de trabajo social, con justificación de las inasistencias laborales en el ámbito público o privado en que incurran por dicho motivo y sin que ello afecte el cobro de adicionales por presentismo laboral y otros de similar naturaleza;

h) Acordar honorarios y aranceles profesionales con obras sociales, servicios de medicina prepaga, asociaciones mutuales y otras, de manera individual o a través de los colegios o consejos profesionales o de la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social.

Datos Epidemiológicos de Lesiones, a Nivel Mundial, Nacional, y Provincial

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, durante el año 2012 se presentaron más de 3.5 millones de defunciones por lesiones no intencionales. De ellas, el 41.1 % correspondieron a caídas, ahogamientos, quemaduras y envenenamientos e intoxicaciones. Estas cuatro causas afectan principalmente a tres grupos vulnerables: población infantil, adolescente y adulta mayor. Tan solo en menores de 15 años y personas de 60 y más años se presenta el 62.2 % de las muertes por estas causas.

Por otro lado, se ha estimado que alrededor de 75 millones de personas sufren lesiones y sobreviven, algunas de ellas con consecuencias permanentes en su estado de salud. Todo ello

propicia que anualmente se pierdan prácticamente 51 millones de años de vida saludable por esta causa.

Según el Informe Mundial sobre prevención de lesiones, la carga de las lesiones en las niñas/os no se reparte uniformemente. Las niñas/os de los países más pobres y de las familias más pobres de los países en mejor situación son los más vulnerables. Más de 95% de todas las defunciones infantiles por lesiones tienen lugar en países de ingresos bajos y medianos, aunque la tasa de mortalidad por lesiones en la niñez es mucho menor en los niños de los países desarrollados, las lesiones son todavía una de las causas principales de muerte, dado que representan cerca del 40% de todas las defunciones infantiles.

En lo que respecta a la República Argentina, según los datos brindados por el Plan Federal de Salud, las lesiones no intencionales son la principal causa de muerte en la infancia, a partir del primer año de vida y permanecen ocupando ese lugar hasta la adultez.

Según el boletín epidemiológico (2007), las causas externas constituyeron, en 2004, la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), constituyéndose en un grave problema de Salud Pública.

En el mes de Agosto de 2007, se creó el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones. Dicho instrumento normativo le otorga sostenimiento a las actividades relacionadas con la prevención, y generación de información, a través de la consolidación de su status institucional y la integración al presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación.

En lo que respecta, al partido de General Pueyrredón , profesionales de la Universidad Nacional de Mar del Plata y del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” han desarrollado distintos proyectos en el área de las causas externas, con el objetivo de estudiar la

epidemiología de las lesiones en distintas ciudades de Argentina. En estos proyectos se determinaron prevalencia e incidencia, circunstancias más frecuentes relacionadas con las lesiones, se identificaron factores y grupos de riesgo y se efectuaron recomendaciones. Muchos de estos proyectos se han realizado con la participación de asociaciones científicas, entre ellas la Sociedad Argentina de Pediatría.

Los habitualmente mal llamados "accidentes" son a nivel mundial, nacional y provincial, la principal causa de mortalidad infantil.

Según el Informe Mundial sobre prevención de Lesiones (2012) además de las muertes por lesiones no intencionales, decenas de millones de niños requieren atención hospitalaria por lesiones no mortales. Muchos de ellos quedan con algún tipo de discapacidad, a menudo con consecuencias de por vida, debido a los traumatismos generados por la lesión[31].

Particularizando a la Región Sanitaria VIII, a partir del año 2010, se cuentan con cifras en términos absolutos de consulta por incidentes, representando la principal causa registrada en el ámbito doméstico. Al igual que lo ocurrido en la región, en el municipio de General Pueyrredón los incidentes en dicho ámbito son el principal motivo de consulta. Éste análisis evidencia la preponderancia de éste tipo de lesiones sobre los llamados accidentes de tránsito, en contraposición a la dimensión que éstos últimos adquieren en los medios de comunicación y en las acciones concretas desde las políticas públicas.

En lo que respecta al Hospital Interzonal Materno Infantil, en su área de pediatría según partes diarios generados por dicho servicio, para el período julio 2011-marzo 2012, de 2910

[31]Un traumatismo se define como "el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, cuando se ve privado de uno o más elementos vitales, como el oxígeno".

ingresos a internación, 647 correspondieron a incidentes, siendo porcentualmente el 22,23% de los mismos.

Es a partir de esta cantidad de ingresos a internación de niños y niñas con LNICE que promedian el 30%, y teniendo en cuenta que su incremento anual es del 5%, comienza a visualizarse desde el Trabajo Social como una problemática que merece un abordaje en profundidad.

A partir del año 2012 el espacio docente de la Unidad de Residencia de Trabajo Social del HIEMI comenzó a trabajar en la problemática de morbimortalidad provocada por las LNICE, siendo que desde el Servicio Social, la intervención en los casos de lesiones era sistemática desde el año 2007 por significar uno de los principales motivos de internación. Hacia el año 2015, respecto al diagnóstico de ingreso a la internación, se observó a partir de los datos relevados que el Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) es el que más predomina, originado en diferentes tipos de caídas según la edad evolutiva del niño. Otros diagnósticos son Politraumatismos, Traumatismos, Fracturas, Intoxicación, Quemados, entre otros.

Asimismo, es posible afirmar que casi el 70% de las LNICE corresponden a niños y niñas menores de 5 años de edad, y que alrededor del 70% de las mismas ocurren en el ámbito doméstico, observándose que la mayor cantidad de incidentes, se encuentra en el grupo de los varones.