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

2001

Trabajo social y atención primaria en salud : una propuesta en el área materno-infantil desde el nivel local

Amiel, Cecilia Laura

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

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/635

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

6.27.4.63.

Trabajo Social y Atención Primaria en Salud: una propuesta en el Área materno-infantil desde el nivel local

De: **Cecilia Laura Amiel** **Silvia Liliana Canedo**

Dirección: Lic. Alicia Ruszkowski

Codirección: Mag. Miriam Sícoli

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
2001- Mar del Plata- Buenos Aires

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 1749
top 364.46(043) A 546
Vol 2
Universidad Nacional de Mar del Plata

"Nada se edifica sobre la piedra, todo sobre la arena,
pero nuestro deber es edificar como si fuera piedra la arena..."

Jorge Luis Borges

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata de una sistematización del Programa Materno-Infantil municipal, más precisamente el Plan de la Embarazada, en un sector periférico marplatense —el que cubre el subcentro de Salud Juan Gregorio de Las Heras— vista desde una óptica integral del Trabajo Social.

Comenzamos dándonos cuenta de que poco sabíamos acerca del área de la salud, así es que le dimos especial importancia a la incorporación de conocimientos en la materia para luego tratar de conformar nosotras mismas un marco teórico importante y crítico (orientado –por supuesto— por los autores escogidos); importante porque desconocíamos el terreno y era menester ponernos en una instancia decorosa para hablar luego algo sobre la salud; y crítico porque –a medida que leíamos— muchas veces no estuvimos de acuerdo con algunos autores que, sin embargo, tienen una solidez que pareciera dejar en pretensión nuestra declarada mirada crítica. Así, el marco teórico es una pieza muy importante en este trabajo final.

Luego analizamos la problemática social de la ciudad para profundizar en el conocimiento del contexto en el que se desenvuelve la Atención Primaria de Salud local; este acercamiento –a modo de diagnóstico preliminar de la situación social— lo realizamos a través de estudios de diversos equipos de investigación local, en su mayoría de nuestra Universidad.

Otro paso previo fue profundizar en la historia de la salud en la ciudad para tratar de captar cómo fue cambiando la percepción social del concepto *salud*. Esto fue importante para nosotras por cuanto apuntamos a contribuir en la reafirmación de la salud como un derecho. Así comenzamos por historiar al concepto desde principios de siglo en Mar del Plata, para luego hacer un acercamiento al sector elegido para –entre otras cosas— escuchar qué piensan y quieren del tema salud, y para tomar la descripción de los barrios desde los propios vecinos; además de la descripción de la dinámica del subcentro hecha por algunos profesionales del equipo de A.P.S.

Finalmente, presentamos una sistematización del Plan de la Embarazada (que forma parte –junto con el Plan del Lactante— del Programa Materno-infantil), desde el

universo que representa el subcentro a lo largo de una semana de trabajo y desde algunos ítem que componen las historias clínicas de cada mujer que allí se atiende y que son los mismos instrumentos que usa el equipo profesional en el resto de los planes que conforman el Programa. Estos ítem –a modo de variable— fueron considerados relevantes desde el punto de vista del Trabajo Social, los cuales, sin que aparezcan demasiado atractivos, nos parecieron de interés, nos hablaron de algunas cuestiones que *la intuición de un social disimulado* nos dijo se entrelazaban con la posibilidad de advertir la justa y equitativa potencialidad del acceso a la salud.

Y –conjugando con esta sistematización, de manera adyacente y contextual—un análisis sistemático para conocer las posibilidades de la A.P.S. en la comunidad que rodea al subcentro, a partir de entrevistas llevadas a cabo durante el segundo semestre de 1999 en las instituciones (tanto de salud, educativas, sociales) de los tres barrios involucrados (Bosque Grande, Las Heras y Parque Palermo), como actores relevantes de la zona, en las que se desplegaron una serie de preguntas que abordaron cada tópico a modo de variable. Estos tópicos o variables se han desprendido, a su vez, de una serie de preguntas planteadas al finalizar el estudio que dio sus frutos en el marco teórico, desde donde también surgió la necesidad de esta sistematización. Así, lo que pretendimos es que a través de estos bloques temáticos –que conforman los seis ítem de la entrevista— quedaran reflejadas las posibilidades que pudieran tener estos planes municipales, en cuanto a su viabilidad para desplegar las estrategias de A.P.S. y de promoción de la salud en estos duros tiempos.

Por último, las necesarias e inevitables conclusiones y propuestas, a la luz de nuestros objetivos desde el Trabajo Social, anhelando que su inevitabilidad no le reste la pequeña parte de creatividad a la que aspiramos.

1. FUNDAMENTACIÓN

1.1. La preeminencia de lo social

En el actual mundo globalizado los temas de salud quedan fuera del marco regulatorio del Estado, lo cual genera un vacío respecto de lo que antes eran las políticas del Estado de Bienestar.

Por otra parte, los temas de salud ya no sólo son materia de debate en los ámbitos médicos sino que diversas disciplinas los enfocan y analizan (Economía, Sociología, Antropología, etcétera).

Consideramos que el aporte de las Ciencias Sociales en general y del Trabajo Social en particular, unidos a los procesos sociales que vivimos en nuestro país, producto de las periódicas crisis capitalistas, ponen de manifiesto las desigualdades entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, de grandes sectores de nuestra población. Es así como se cuestiona al todavía vigente paradigma biologista en salud, a la ineficacia de la práctica médica para combatir la enfermedad.

Consideramos, en cambio, que el paradigma de la Medicina Social —de amplio desarrollo en América Latina— nos da la posibilidad de entrar en el tema de la salud desde el Trabajo Social, pues su preocupación por conceptualizar esta problemática e investigar las necesidades de salud de los sectores más desfavorecidos de la sociedad nos brinda el aporte teórico necesario para intervenir desde nuestra profesión.

La crítica al paradigma médico dominante señala su carácter biologista, ahistórico, asocial, individualista, de participación subordinada y autoritaria, que da lugar a un tipo de práctica centrada en lo curativo más que en lo preventivo.

La descontextualización del fenómeno de la salud no permite su tratamiento como algo concreto, puesto que lo despoja de sus múltiples determinaciones, lo separa de la realidad. En cambio, es necesario el análisis de la salud-enfermedad como proceso social, en el que intervienen factores de orden económico, social, político, ideológico y cultural. El paradigma médico social *"busca la génesis del vivir, enfermar o morir en*

los procesos de producción y reproducción social, y en las relaciones que en función de tales procesos establecen los individuos entre sí, es decir, en cuanto a colectividad". (1)

1.2. Trabajo Social

Nuestro objeto de intervención, los problemas de salud de la comunidad, se expresan en individuos concretos, en su constitución orgánica, pero también se configuran sobre patrones sociales, son el emergente en el que han intervenido diferentes condicionantes, son —en suma— fenómenos multidimensionales.

Nuestra propia marcha como profesión, que ha transcurrido desde la compasión y la beneficencia hasta los derechos sociales y la posibilidad de la construcción conjunta y el desarrollo social, tiene su correlato en la propia historia de la sociedad desde el siglo pasado: de la dependencia de la asistencia pública o la caridad privada hasta los conquistados Derechos del Hombre y las convenciones sobre los derechos económicos, sociales y culturales, así como sobre los civiles y políticos, nos dan un panorama que –si bien no es lineal y evolucionista— nos esperanza en la posibilidad de desenvolver la profesión en la construcción de la democracia a través de la promoción de una ciudadanía que exija sus derechos, y la salud como uno primordial.

Creemos que rescatando el valor de lo público —más allá de lo meramente estatal— podremos colaborar a insertar un concepto de Derecho a la Salud como un componente fundamental de la justicia y la equidad.

1.3. Atención Primaria de la Salud

A escala mundial se vive una presión que insta a ampliar, mejorar y reformar los sistemas de atención de la salud existentes.

La meta está definida: "Salud para Todos en el Año 2000". La llave maestra es la descentralización. La estrategia, la Atención Primaria de Salud, que debe entenderse como puerta de entrada al sistema de salud, y no como un sustituto del mismo en donde se confunda el carácter primario con la precariedad de los servicios.

Así, vemos a la A.P.S. como la clave para llevar la salud a los grandes sectores de población, de modo tal que este derecho llegue a tener visos de aplicación. La A.P.S. –como estrategia— da lugar a la intervención de otros sectores sociales y económicos, además del de la salud; requiere de la participación individual y colectiva en la planificación y aplicación de la atención de salud; al apoyarse en los pilares básicos de la intersectorialidad, la interdisciplinariedad y la participación social, su aplicación otorga una plataforma para el desarrollo social (del que la salud es una condición esencial, tanto ética como económica, como componente y resultado del proceso de desarrollo); se encuentra en el primer nivel de contacto entre la comunidad y el Sistema Nacional de Salud al ser el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Todo ello hace que contemplemos a la estrategia de A.P.S. como condición necesaria para cualquier propuesta de intervención desde el Trabajo Social.

1.4. Contexto nacional

Hemos de considerar también —entre muchos aspectos— el panorama social y sanitario argentino, del cual la realidad de nuestra ciudad no es ajena. Sus características son:

- *"Desocupación creciente y deterioro salarial, con un amplio porcentaje de la población con N.B.I. y sus secuelas directas: desnutrición, mortalidad infantil, etcétera;*
- *crisis de la educación, con un marcado desamparo de la Escuela Pública, en función del achicamiento del Estado y el consiguiente abandono del rol que le compete;*
- *inexistencia de promoción y prevención sanitarias verificable en la creciente prevalencia de endemias como el S.I.D.A., Chagas, etcétera, e ineficiencia de servicios de atención primaria;*
- *destrucción e ineficacia del Hospital Público: inexistencia de controles respecto de la adquisición y uso de los recursos asistenciales,*

desorganización en el funcionamiento de los recursos humanos e incapacidad técnica de los niveles directivos;

- *carencia de políticas destinadas a regular el uso de los recursos naturales, a controlar el saneamiento de los asentamientos humanos y a prevenir la contaminación ambiental, en el marco de una legislación limitada a normas de carácter sectorial, cuyas consecuencias no sólo se ven en la creciente prevalencia de las enfermedades transmisibles sino también en los estragos periódicos provocados por fugas de combustible, volcado de sustancias tóxicas en los espacios públicos, etcétera."* (2)

1.5. La díada Materno-infantil

Dentro de los elementos constitutivos de la estrategia de A.P.S., el materno-infantil es —a nuestro entender— el más movilizador y pertinente en el abordaje comunitario del Trabajo Social.

Consideramos a la infancia uno de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad en virtud de su falta de madurez física y mental. Y sabemos que la población infantil es la de mayor dimensión sobre el total de población periférica, tanto a nivel nacional como local.

Además, los niños constituyen el futuro de nuestra sociedad: su desarrollo supone la posibilidad de generación de los cambios sustantivos que modifiquen la realidad social del futuro.

Por otra parte, el rol social de la mujer es hoy relevante. No hay dudas de que es la artífice de las unidades familiares saludables. Tanto la esperanza de vida como las condiciones de salud de las personas o grupos familiares dependen en gran medida de la mujer. Tiene una probada implicancia en los asuntos de la comunidad, de su barrio, de su grupo familiar, con un alto poder de organización y competencia.

Además, las mujeres jóvenes (dentro de la edad reproductiva) son —junto con los niños— mayoría en los sectores periféricos populares, dato constatado en Mar del Plata.

1.6. El lugar

Por último, elegimos como espacio geográfico al Sudoeste marplatense (competencia del Centro de Salud Juan Gregorio de Las Heras) por haber realizado nuestra práctica barrial en Las Heras y Bosque Grande respectivamente, lo que nos ha dado un conocimiento básico de la zona.

Sabemos que este sector es el más pobre y densamente poblado de Mar del Plata y aquél en donde se registra el mayor nivel de desocupación de la ciudad. También, que el Centro de Salud es insuficiente para abarcar la zona operativa asignada (Las Heras, Bosque Grande y Parque Palermo).

1.7. El escenario local. Las políticas públicas. Las estrategias del Trabajo Social

Volvemos al inicio, cuando mencionamos las políticas públicas (o su ausencia); sabemos de la necesidad de un enfoque desde el ámbito local para desplegar la estrategia de promoción de la salud en el marco de la estrategia mayor que es la A.P.S.

Siendo la promoción de la salud una estrategia que facilita la mejora de la calidad de vida de la población, se vincula estrechamente con las metas de la A.P.S.; pero es indispensable para ello una nueva configuración de lo local que dé lugar a la participación social y posibilite la reorientación de los servicios de salud.

El Trabajo Social puede aportar mucho a la conformación de estos escenarios, al surgimiento de nuevos actores sociales, en suma, a esta nueva configuración de lo local, valiéndose de la promoción de la salud para recuperar la importancia del entorno social —elemento indispensable para llegar a la verdadera equidad en salud—.

Es elemental disponer de un marco regulatorio de todos estos cambios: el Estado, sus políticas públicas. De ellas debemos partir pero insuflándoles los valores de salud, bienestar y calidad de vida para todos; políticas públicas que vemos poco evaluadas en sus aspectos sociales (evaluación pertinente —entre otros— al Trabajo Social).

Juzgamos, pues, necesaria —a nivel local— la sistematización de los programas vigentes en salud materno-infantil desde la óptica del Trabajo Social, lo que nos

permitirá una visión más abarcativa —a la vez que compleja— de la problemática elegida.

(1) **Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas**; supervisión de Torcuato Di Tella, Paz Gajardo, Susana Gamba y Hugo Chumbita; Buenos Aires, Puntosur, 1989.

(2) AMORÍN, José; **La salud de los argentinos. Diagnóstico y ejes programáticos**; Buenos Aires, FREPASO, 1998.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. SALUD

2.1.1. ¿De qué concepto de salud partimos?

Por nuestra formación profesional, y por lo ya expuesto por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), es indudable que cuando hablamos de salud ya no nos referimos a la ausencia de la enfermedad.

Es más, si bien ha sido concebida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, la salud es un proceso social de constante tensión y conflicto. Está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones que establece, por el modelo económico, por la forma de organización del Estado y por las condiciones en que la sociedad se desarrolla como lo son el clima, la ubicación, el suelo, las características geográficas, los recursos naturales disponibles y los generados por el conocimiento (ciencia, tecnología).

Es un proceso esencialmente dinámico en el cual la condición de *sano* y *enfermo* constituyen dos momentos del mismo.

Al concebir así a la salud y la enfermedad como dos puntos cambiantes y relativos de un mismo proceso, que tiene carácter social e histórico, queda planteada de inmediato y en forma inexorable su articulación con otros procesos sociales.

La interpretación materialista e histórica nos dice que el proceso de salud-enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza para asegurar su reproducción social.

Esta concepción nos permite ver los determinantes del proceso, los cuales quedarían esquematizados en dependientes de:

1) la estructura social (macro):

- la organización social (estructura económica, instituciones políticas, ciencia y tecnología, cultura e ideología); este determinante es tomado como crucial ya que es el que condiciona el total de la riqueza producida y las reglas de estratificación de los grupos sociales, lo que provoca su acceso diferencial a esta riqueza;
- la estructura genética de la población;
- el ambiente físico (clima, existencia de parásitos y vectores, y los recursos naturales que aporta);
- la población (características demográficas, urbanización, etcétera);

2) el nivel grupal (familia, trabajo, comunidad, etcétera):

- el lugar donde el hombre trabaja (proceso de trabajo);
- el lugar donde vive (hogar, comunidad);

3) el nivel individual:

Toda la estructura de condicionantes genera una mayor o menor susceptibilidad en el individuo, quien no es ajeno al estado de cosas que lo rodean interrelacionándose, y de esta interrelación depende un cambio en el proceso de salud-enfermedad.

Su construcción social y colectiva está fuertemente determinada por las diferencias culturales, en donde se entrelazan tanto lo social como lo individual.

Y es en este análisis donde juegan un papel central las Ciencias Sociales en general y el Trabajo Social en particular.

2.1.2. Modelo hegemónico versus Medicina Social

Se requiere entonces un nuevo enfoque, un nuevo paradigma, lo que no implica desechar lo tradicional sino complementarlo y armonizarlo con nuevas concepciones y estrategias.

La entronización de la ciencia, y sus categorías de universalidad, legalidad y neutralidad que postula el positivismo, generaron en el campo de la medicina un

conocimiento fragmentado, compartimentado, negador de la complejidad y totalidad del individuo. En él se ve al órgano enfermo y al individuo como paciente.

Así se consolida el modelo biomédico, caracterizado por el individualismo, el reduccionismo y el mecanicismo, orientado a la reparación del daño, o sea, a la ausencia de la enfermedad.

En la década del '40, la O.M.S. revisa la antigua definición de *salud* e incorpora otras dimensiones, lo que permite ir sustituyendo la monocausalidad por la multicausalidad y multifactorialidad de los condicionantes de la salud.

Surgido de los procesos sociales de los años '60, el cuestionamiento al paradigma biologista llega hasta las prácticas sociales: se necesita tener nuevas comprensiones que den respuesta a los problemas de la gente, y –por otra parte—que otorguen salida a la propia crisis de la práctica médica, que ya comienza a hacerse ineficaz para mejorar los niveles de salud colectivos.

Este nuevo enfoque médico, al que se le suman los aportes de las ciencias sociales, nos permite ver una capacidad genética favorable o desfavorable para producir salud, que es activada o deprimida por los factores sociales y ecológicos.

Esta nueva visión cambia el producto final del modelo desde "sin enfermedad" al de "bienestar" humano, complejizando enormemente la definición de responsabilidades, no sólo dentro del sector salud sino también para toda la sociedad.

2.1.3. Estado de Bienestar versus modelo neoliberal. Las políticas públicas

El Estado de Bienestar –producto del modelo de acumulación anterior— nace en la segunda posguerra, y llega a nuestro país a fines de los '40 y principios de los '50.

La injerencia del Estado Nacional en los procesos económicos caracterizó al modelo; la elevación de la productividad generó el crecimiento de la demanda, el mercado interno se desarrolló y se contempló –por el mayor peso de los sectores populares en los intereses nacionales, reflejado en la redistribución del ingreso por parte del Estado— la estructuración del ámbito institucional pertinente: Bienestar Social.

Los beneficios de las políticas públicas se concebían como un derecho del individuo en su carácter de ciudadano. Y esta lógica universalista en la provisión de servicios –por ejemplo— generó en nuestro país el Sistema Nacional de Salud Pública.

A mediados de los '70 se comienza a instaurar el nuevo modelo de acumulación –a partir de la crisis petrolera mundial— con lógica repercusión en la Argentina.

Las nuevas formas de organización económica, la creciente internacionalización de la producción y de las estructuras financieras, la aceleración de las innovaciones tecnológicas, así como los efectos de la crisis mundial hacen que se modifique el esquema del régimen de acumulación (a través del cual se procesa la distribución de la riqueza a escala mundial).

Si bien el Estado benefactor había tenido muchos altibajos en nuestro país (como en toda la región latinoamericana), se había generado todo un sistema de seguridad social y políticas públicas que contemplaban al grueso de la población.

El actual modelo neoliberal desbarató el sistema de solidaridad social e implantó la mirada económica en todos los órdenes de la vida nacional. La óptica de mercado es la que define el desenvolvimiento de la sociedad. La "libre competencia" y la no intervención del Estado en los asuntos económicos marcan los cambios hacia un nuevo tipo de sociedad. Y estos cambios tienen una repercusión mucho más negativa para América Latina –incluida la Argentina—por tratarse de economías dependientes.

El Estado nacional deja de representar a las distintas fuerzas políticas; y al abandonar esta representación de los distintos estratos sociales, su propia producción –las políticas públicas— comienza a desvanecerse, sumergiéndose así en una crisis de legitimidad.

El aparato estatal se vuelve más burocrático, irrelevante frente a los problemas más serios y acuciantes de la ciudadanía. Los gastos o inversiones en las políticas sociales corren la suerte de desviarse o retardar la aplicación de los proyectos o programas a que están destinados, en función de los intereses que imperan en el mismo Estado.

Estamos frente a un Estado de carácter fraccional, cuyas políticas públicas son el reflejo de la desarticulación de los elementos que definían la dinámica incluyente del Estado de Bienestar.

Además, el objetivo primordial de reducción del gasto social fue socavando el contenido de nuestro Walfare State (con su concepción de prestación universal de servicios) para implantar –por ejemplo— el nuevo paradigma de la focalización (proyectos o programas dirigidos a grupos focales).

La nueva óptica hace que contemplemos por separado la política económica de la política social, dejando de lado el aspecto "social" que tiene la redistribución del ingreso (en la economía) y el aspecto "económico" que tienen los fondos (cada vez más magros) asignados para políticas sociales. Tan es así que –por ejemplo—el Fondo Monetario Internacional (F.M.I.) ha pedido la privatización de las empresas otrora manejadas por el Estado (o de su propiedad) y, consecuencia de ello, ha repercutido en la falta de Bienestar Social, competencia ésta del Estado nacional.

Los programas vigentes –en su mayoría— no parten de una evaluación de los problemas y/o necesidades que dicen tratar de encarar, porque carecen de metas y objetivos que vayan más allá de los resultados puntuales y cortoplacistas.

Ocurre que para analizarlos debemos contextualizarlos dentro de las líneas mayores de la política económica, y así descubrir que no pretenden más que paliar los efectos del ajuste y la grave crisis económica y productiva del país.

Su subordinación a las demandas del nuevo modelo modernizador sólo apunta a coadyuvar a la mantención del equilibrio fiscal.

Las políticas sociales son vistas "*como remedio de los efectos no queridos o inevitables de la política económica"(1)*. Se asignan los recursos (las partidas económicas) en función de porcentajes cada vez más pequeños dentro del reparto que el Ministerio de Economía (siempre hegemónico dentro de este modelo neoconservador) destina –en el Presupuesto Anual— a las áreas de los servicios sociales.

"La política económica opera como marco y límite del resto de las políticas públicas." (2)

Éstas –así se trate de proyectos o de programas— no fracasan tanto en sus aspectos técnicos sino fundamentalmente en la mirada de la cual parten, de la concepción política de la pobreza que les sirve de soporte ideológico.

Y, no existiendo los espacios democráticos para ello, no *se "problematiza la expresión política de la necesidad"*. (3)

Los derechos ciudadanos sólo figuran en el discurso de quienes diseñan las políticas públicas, pero el sustrato es otro. Queda a la vista que los dos sistemas más importantes que tuvo el modelo anterior hoy han quedado de lado: tanto el *trabajo* como la *educación*, vía inserción en el mercado, ya no cumplen una función inclusiva.

Así definido el marco en el que se desenvuelven las actuaciones del quehacer profesional, el desafío para el Trabajo Social –entre otros— es devolver a la demanda su carácter de necesidad humana por ser satisfecha; es uno más de los componentes que supone restituir a la gente su protagonismo, su ciudadanía.

2.1.4. Descentralización y Sistemas Locales de Salud

En la década de los '80 –con la aparición de los sistemas democráticos en los gobiernos de distintos países latinoamericanos y, a su vez, ante la crisis de los Estados nacionales— surge en la región la propuesta de la descentralización del aparato estatal, más propiamente dicho, de algunos sectores que hacen a las áreas del bienestar social y los servicios.

Paralelamente, los organismos internacionales de la salud comienzan a abogar por la incentivación del proceso descentralizador. Así, en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana (organismo de conducción política de la O.P.S.) se puso de relieve la necesidad de descentralizar política y administrativamente el sector salud a través del cambio infraestructural del mismo y la atención a grupos humanos vulnerables por medio de programas específicos.

Y en 1988, en la XXXII Reunión del Consejo Directivo de O.P.S. se hace alusión a los menesteres del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) en la transformación de los sistemas nacionales de salud. En consecuencia, los SILOS se convierten en la táctica operacional de la A.P.S.

Podríamos mencionar sucintamente los factores centrales que aparecen como los más visibles generadores de este renovado interés por *federalizar* los sistemas –gigantescos por su burocracia— sanitarios. Entre ellos, la ya mencionada crisis económica, la que a su vez debe ser contextualizada en el marco de la deuda externa que América Latina mantiene históricamente con los organismos financieros internacionales; pero también, con un efecto hacia el interior de cada país, ante la constante disminución en la creación de empleo (con su correlato de ascenso en las tasas de desempleo y subempleo) y el deterioro del valor real de los salarios.

Otro punto decisivo que ha movido a pensar en el cambio en el área de la salud lo es el rápido proceso de urbanización, con dos aspectos de fuerte impacto en los

servicios sanitarios: el crecimiento de la población periférica (sin cobertura en seguridad social) con irregular o nula inserción laboral dentro del circuito formal de producción, lo que conlleva la ausencia de una Obra Social por Convenio gremial; y el aumento de los grupos poblacionales de mayor edad y el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas.

Por último, otro factor importante para el solicitado cambio se encuentra dentro del mismo sistema de salud: su probada ineficacia e ineficiencia en la prestación de los servicios (incluidas las Obras Sociales, que progresivamente fueron renunciando a los preceptos más elementales de la solidaridad social, y paralelamente sucumbiendo a la incorporación de los códigos de mercado, con una mayor demanda –por ejemplo— de utilización de tecnologías no siempre justificada y a la par con el modelo medicalista), la escasez (o dilapidación) de recursos, la incoherencia en las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse, y la desinteligencia entre los distintos niveles o sectores de servicios.

Este panorama se traduce en una baja cobertura de la población y una falta de equidad, eficacia y eficiencia en la atención de la salud.

Esta demanda de reorganización del sector toma así dos ejes: la ya mencionada descentralización y el desarrollo de los servicios locales de salud.

El tema de la descentralización trae también el de las consideraciones económicas y fiscales, al involucrar la dimensión de la división de competencias en la provisión y financiamiento de los servicios públicos.

Los argumentos a favor de la descentralización hablan de que la misma conduce a una mejor asignación y aprovechamiento de los recursos disponibles (de orden económico); por otra parte, la provisión descentralizada de los servicios públicos acerca a los usuarios, los que ejercen así una mayor influencia en la elección y el control de los fondos públicos (de orden político).

No obstante, una provisión de servicios enteramente descentralizada, sin un mínimo de coordinación por parte del nivel central, se dispersaría demasiado. Es innegable la presencia de la organización nacional para homogeneizar el servicio.

Y servicios como la salud, entre otros, son gastos sociales vinculados con la distribución del ingreso y, de forma más amplia, con las posibilidades de un desarrollo

más armónico y equitativo. Y esto es función de la política pública que atañe al nivel central y no a la competencia de los gobiernos locales.

Además, la descentralización de gastos y de recursos es asimétrica: la recaudación tributaria sigue siendo órbita –en muchos países— de los gobiernos centrales. Esta concentración suele ser reparada mediante sistemas de transferencias pero esto hace que el nivel local quede supeditado a la marcha de la política fiscal central.

En ocasiones se ha tendido a paralelizar el proceso descentralizador con el funcionamiento de los mercados (que también operan descentralizadamente). Pero hay que reconocer que no hay mercado que pueda constituirse en torno a la producción de bienes públicos, lo que hace recaer de esta manera en el sector oficial la obligación de costear con impuestos los servicios sociales.

Es evidente que el enfoque económico ha privado permanentemente en lo que hace a las políticas públicas, al adoptar una u otra solución en materia de financiamiento y provisión de servicios como la salud.

Otro aspecto a tener en cuenta es que todo proceso descentralizador exige asimismo el desarrollo organizacional y técnico de los niveles inferiores de gobierno.

Por otra parte, se suele plantear que en el tránsito de una organización centralista a un sistema descentralizado es conveniente atravesar una etapa intermedia de desconcentración administrativa.

Lo cierto es que la sola ampliación del espacio de decisión (descentralización de los servicios sociales) no alcanza para un fortalecimiento institucional espontáneo. La profundización de la democracia en espacios locales requiere de esfuerzos que trascienden a una simple descentralización. Es a este proceso al que habrá que darle, además, contenido.

Respecto de los SILOS, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo –director de la Oficina Sanitaria Panamericana— los ha definido en 1987 de la siguiente manera: *"un sistema local de salud comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y, sobre todo, el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita. Esa responsabilidad es la clave para una operación apropiada y eficiente porque crea las condiciones favorables para la programación y evaluación técnico-administrativas y para la evaluación social a través de una real participación comunitaria. La*

descentralización es, sin embargo, una tarea muy compleja. Más allá de sus características técnicas y administrativas, implica un cambio en la distribución y uso del poder. Y ello exige una voluntad y un compromiso político sin vacilaciones". (4)

El Dr. Francisco Carbajal, en su **Manual Nº 3 - III Curso de Organización y Administración de Servicios de Salud** (Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Sociedad Argentina de Administradores de Servicios de Salud, 1995) esquematiza el proceso de descentralización y los SILOS de la siguiente forma:

1- Los Sistemas Nacionales de Salud

Para obtener características de

2- Equidad 3- Cobertura Universal 4- Eficiencia 5- Participación Social

necesitan

6- un proceso de profunda transformación

basado en

7- la estrategia de la atención médica.

Para ello son requisitos

8- una efectiva descentralización y 9- una (micro) regionalización.

Surge así el concepto de:

10- Sistemas Locales de Salud (SILOS)

que supone

11- una población determinada **12- un área geográfica definida**

13- una unidad técnico administrativa.

Los SILOS son:

14- Base para el rediseño territorial y administrativo del Sistema de Salud.

Debe aclararse que

15- la descentralización no supone el fraccionamiento de Sistema

sino más bien un

16- vigorizador del todo en función de la salud de la población. (p. 133).

Este andamiaje que representan los sistemas locales de salud se ha estudiado como subsidiario de los Centros Sanitarios de referencia, los cuales constituirían los módulos operacionales y técnicos de los sistemas de salud de distrito en las zonas urbanas y cuyo objeto es lograr una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

Las características específicas de los SILOS dependen de cada país. Pero, fundamentalmente, la presentación de los mismos constituye una propuesta de división de trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud con criterio geográfico poblacional, en áreas urbanas o rurales.

Dicha propuesta está diseñada a partir de las necesidades de la población a que va dirigida, definidas en términos de daños y riesgos.

Los SILOS tienen la responsabilidad de la atención a los individuos, las familias, los grupos sociales, las comunidades y el ambiente, además de coordinar los recursos disponibles, tanto del sector salud como extrasectoriales, y de facilitar la participación social.

La red de servicios interrelacionados integrada por los recursos existentes (hospitales, centros y puestos de salud, etcétera) y en niveles de atención acordes con los requerimientos de la población es la aspiración de los SILOS. Éstos son parte fundamental del Sistema Nacional de Salud y deben verse como unidades básicas organizativas y vigorizadoras de una entidad global plenamente articulada.

Los SILOS deben poseer una adecuada capacidad en las áreas de planificación, administración, información y epidemiología, así como un staff profesional adecuadamente adiestrado (técnica y socialmente) que pueda operar acomodadamente con una capacidad tecnológica que les permita resolver los problemas de salud. Esta resolución de problemas debiera construirse en la base de una relación de responsabilidades recíprocas en los SILOS y la comunidad.

La O.P.S. ha orientado estudios de caso –por ejemplo, en la década pasada— en donde entre las conclusiones más relevantes se destaca la importancia de que los SILOS tengan flexibilidad suficiente para adaptarse a exigencias y demandas de las comunidades y a sus condiciones particulares, así como para incorporar decisiones extrainstitucionales surgidas a escala local.

El análisis que se necesita debe ser –por la importancia del tema en cuestión— estratégico, es decir, a través de un examen crítico en donde se estudien las virtudes y flaquezas, las oportunidades y amenazas del sistema de salud. Y lo cierto es que se carece de datos básicos (a nivel nacional y local) para diagnosticar en comunidad junto con la elaboración de perfiles ambientales que los acompañen, datos tanto cuantitativos (nivel de alfabetización, etcétera) como cualitativos (opinión de la población implicada, etc.).

Pero además –en el estudio de los sistemas urbanos de salud— hay cuestiones principales por considerar, y las necesidades sanitarias ponen de manifiesto cuatro temas: la información, sensibilización y fomento de la salud; la reorientación de los servicios; el liderazgo, organización y gestión y el fortalecimiento de las capacidades.

La visión global y totalizadora que reclama el estudio de todo sistema ayuda a estudiar el fenómeno de la participación comunitaria.

Es imprescindible el concurso de los medios de difusión, las instituciones educativas y los centros sociales y culturales desde el comienzo del funcionamiento

descentralizado, para poder evaluar con la gente sus necesidades, pero también su capacidad de co-producción y mantenimiento de la salud.

Otro copartícipe de este cambio en el área de la salud a nivel local lo representan las universidades; en efecto, éstas constituyen una gran inversión en capacitación humana de cuyos resultados debe beneficiarse la comunidad a que pertenecen.

Por otra parte, los SILOS se proponen como un complejo conjunto de procesos que constituyen la totalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local; éstas se dan por los mecanismos y estrategias defensivos, reparadores y de promoción, que buscan mantener la integridad y desarrollar la capacidad y potencialidades de las personas y grupos. Así, ni la salud ni los SILOS se agotan en los servicios.

El resultado del conjunto de acciones sociales en salud se entiende como *producción social de salud* y la dirección que el conjunto de la sociedad le da a éste se denomina *desarrollo de la salud*. Es ésta la intención de los SILOS: el desarrollo de la salud local. El desarrollo de la salud local es la motivación de la participación social en salud como movimiento conjunto de fuerzas con este propósito.

Así, los SILOS no existen sólo como instituciones sino también como mecanismos de relación y articulación que se construyen de manera prospectiva en el proceso que se da al poner en movimiento esfuerzos para el desarrollo de la salud.

Pero lo central de esta nueva estructura es la programación local en salud que contengan los SILOS. Ésta ha sido definida como *"el ordenamiento y la integración de programas y actividades para la atención tanto del individuo, la familia y la comunidad como del medio, de una manera coherente, armónica y lógica en relación con las verdaderas necesidades de la población"*. (5)

Este nuevo enfoque desea alcanzar la integración tanto conceptual como operativa. En efecto, propone superar el aislamiento, ya sea en las actividades dirigidas a sectores poblacionales por edad o por enfermedad; o de acciones preventivas o curativas. Se debe poder integrar las actividades y poder evaluar permanentemente para que se trate de programas integrados.

Este enfoque totalizador pretende que se pase de la clásica división por disciplinas o especialidades a una integración de acciones por conjunto de problemas (para evitar la desintegración de las acciones de salud).

Los SILOS no deben ser vistos como simples receptores pasivos de programas de salud que vienen de arriba; tienen que ser verdaderos actores de la integración de todos los conocimientos médicos, sociales y epidemiológicos orientados hacia la satisfacción de las necesidades de la comunidad.

La programación o planificación de los SILOS ha pasado por distintas etapas en América Latina. Así, a mediados de los '60 apareció en el panorama de la salud pública el método de planificación CENDES/O.P.S., con una decisiva impronta de la ciencia económica en cuanto a sus principios básicos; pero lo procedimental estaba imbuido en las ciencias naturales: su principal presupuesto metodológico era el *"observador externo no relacionado con el fenómeno en estudio"*. (6)

En los '70, la planificación en salud incorporó el reconocimiento al derecho universal a la salud por parte de los pueblos, al proponer la ampliación de la cobertura médica a zonas rurales o áreas urbanas marginadas. (La Argentina tuvo un desarrollo anterior a esta fecha en cuanto a la instrumentación en la Salud Pública del derecho universal a la salud, respecto del resto de Latinoamérica en general.)

A comienzos de la década de los '80, aproximadamente, surge en el ámbito de la planificación de salud el enfoque denominado *estratégico*, con características sistémicas y relativistas: existen conjuntos de intereses y posiciones que buscan la solución (a conflictos no negados sino incorporados) más conveniente, dando lugar al *consenso*. El planificador ya no es un agente externo sino un actor más que forma parte del sistema. Como no hay una verdad única (el planificador objetivo, que tenía a su racionalidad como la única por tener en cuenta) se concluye que el diagnóstico no puede ser único.

Este nuevo enfoque da lugar al impulso de la participación social en la programación o planificación en salud, abriéndose al proceso democrático en el área. Pero también rescata algunos instrumentos del método CENDES/O.P.S. que confluyen junto con otros aportes en el marco organizador de los sistemas locales de salud.

El aludido enfoque *estratégico* parte de una visión transformadora de la realidad. Está comprometido con el principio de *equidad* –entendida como justicia social redistributiva— por el cual el Estado debe dar a cada cual según sus necesidades del cuidado y asistencia, y por tanto tiene obligación de cubrir de modo gratuito y total la presta ción sanitaria de todos sus ciudadanos; el principio de *democracia*, comprendida como el Estado de Derecho en donde no sólo se protejan los derechos negativos sino

también los positivos, con el surgimiento de la conciencia del derecho de todo ser humano a la educación, la vivienda digna, el trabajo bien remunerado, el subsidio de desempleo, la jubilación, la asistencia sanitaria; y la *participación social*, en el entendimiento de que ésta ha de ser vista como el protagonismo amplio de los ciudadanos en su totalidad, respecto de las acciones y decisiones que hacen al bienestar colectivo y que *"el estímulo participativo establece en consecuencia un vínculo estrecho entre eficacia operativa y democracia"*. (7)

Estos son los pilares donde se ubica el andamiaje teórico de este enfoque, que además hace hincapié en la configuración y modo de relacionarse entre las diversas fuerzas sociales que conforman la realidad social. El devenir histórico ha hecho que de esta realidad global –en función de los actores, sus intereses y motivaciones diversos y aun contradictorios— surjan realidades parciales; y tanto unas como otras serán leídas de diversa manera (de acuerdo con las diversas fuerzas sociales en pugna).

Es en este ambiente conflictivo presente en donde se desenvolverá la administración estratégica de los sistemas locales de salud, asumiendo la incertidumbre futura y reconociendo la complejidad e indeterminación de los procesos sociales.

2.1.5. Atención Primaria de Salud - Prevención y Promoción

En la Asamblea de la O.M.S. de 1977 surge el programa "Salud para todos en el año 2000", aceptado por casi todos los países del mundo como la política de salud a seguir, y ratificada y consolidada en la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*, aquel hito que significó la cumbre de *Alma Ata*, en septiembre de 1978.

Patrocinada conjuntamente por la O.M.S. y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (U.N.I.C.E.F.), su texto es el siguiente:

"La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I.- La Conferencia reitera firmemente que la salud (estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades) es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II.- La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III.- El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV.- El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V.- Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI.- La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema

nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII.- *La atención primaria de salud:*

1. *es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;*
2. *se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;*
3. *comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;*
4. *entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;*

5. *exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;*
6. *debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;*
7. *se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.*

VIII.- *Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, O.M.S. y al U.N.I.C.E.F. y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.*

IX.- Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la Atención Primaria de la Salud. Para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto el informe conjunto de la O.M.S.- U.N.I.C.E.F. sobre A.P.S. en todo el mundo.

X.- Es posible alcanzar un nivel de SALUD para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamentos y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo Social y Económico, asignando una proporción adecuada a la A.P.S. en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo. Y otras organizaciones multilaterales y bilaterales, a los organismos de financiación, a todo el personal de Salud y a la comunidad Mundial a que apoyen en plano Nacional e Internacional el compromiso de promover la A.P.S. y dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo a los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antes dichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y mantenimiento de A.P.S., de conformidad y el espíritu de la presente Declaración. Será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles".

No obstante, la A.P.S. estuvo en una etapa discursiva por varios años, hasta que en 1986 la ya mencionada XXII Conferencia Sanitaria aprobó las prioridades programáticas para la O.P.S. en el cuatrienio 1986/90, que debía producir avances en la transformación de los sistemas nacionales de salud, y así operacionalizar realmente la estrategia.

La atención primaria no constituye un programa destinado a atender las necesidades mínimas de los sectores sociales pobres o excluidos, está dirigida a toda la población (aunque la realidad obliga a la atención prioritaria de quienes se encuentran en estado de extrema pobreza). El garantizar el acceso de todos a los servicios de salud más esenciales implica que los grupos --rurales o urbanos— marginados (y dentro de ellos, los individuos expuestos a mayores riesgos) tengan prerrogativas respecto de los

mismos, para poder hablar de carácter de *universalidad*; asimismo se requiere que haya *equidad* (igual oportunidad de acceso a todos los niveles) y *continuidad* en el tiempo.

A través de la estrategia de A.P.S. se ha buscado la ampliación de la cobertura de los servicios de salud; esto implica tres aspectos básicos: mejorar el acceso y la utilización de los mismos, aumentar la disponibilidad de recursos e instrumentar un sistema técnico y administrativo que dé cuenta de las necesidades de la población.

Se procura asimismo que puedan instrumentarse conjuntamente las actividades de promoción y prevención, en combinación con las de tratamiento y rehabilitación.

Posterior a la definición de la estrategia de A.P.S., se establecieron las *metas mínimas* en salud para la región de las Américas, que debían ser alcanzadas a través de la atención primaria. Algunas de ellas son:

a) lograr elevar la esperanza de vida a los 70 años;
b) que la mortalidad infantil sea inferior al 3 por mil;
c) que la mortalidad infantil de niños entre 1 y 4 años sea inferior al 2,4 por mil;
d) cobertura del 100 % a niños menores de un año en servicios de vacunación;
e) cobertura del 100 % a embarazadas en servicios de vacunación;
f) lograr la extensión del servicio de agua potable y cloacas al 100 % de la población;
g) lograr la cobertura de servicios de salud al 100 % de la población; etcétera.

A más de veinte años de la *Declaración de Alma Ata* (ex Unión Soviética) tenemos que decir que el desarrollo económico y social, basado en el Nuevo Orden Económico Internacional, no fue tal: el Mercado –escenario privilegiado del modelo actual— propuso paz para operar pero no trajo salud, en especial a los sectores pobres de los países desarrollados, y menos aún a los de los países periféricos (no desarrollados).

El formidable desarrollo de la economía mundial –después de la revolución teconológica que, por otra parte, se presume indetenible— no pareció necesitar del desarrollo social.

En otro orden, el mundo ya no es más bipolar pero el gasto que se destinaba a la carrera armamentista –a instancias de la Guerra Fría— no fue desplazado hacia las políticas de desarrollo de grupos humanos.

No obstante, *"...la salud para todos es un ideal sin limitación de tiempo..."*. (8)

En los '90 ha comenzado a perfilarse el concepto de atención primaria del medio ambiente, tal vez en principio desde organismos de Naciones Unidas (U.N.) y otras O.N.G. que ven en la regeneración del medio la forma de mejora de la calidad de vida de la población. Este nuevo concepto tiene una potencial importancia a la luz de las graves situaciones –ya estructurales— que viven los sectores marginados en las grandes urbes, así como también en zonas rurales, en donde es avasallada la riqueza forestal. Estos procesos de degradación del ambiente –si bien se remontan a muchos años atrás en los países no desarrollados— se han agravado en la última década.

La aparición de este nuevo enfoque de lo que es la A.P.S. nos da la pauta de los cambios ocurridos a nivel global a lo largo de estos 22 años que nos separan de *Alma Ata.*

La distribución de las enfermedades, la aparición de enfermedades epidémicas o endémicas que se habían logrado erradicar, las nuevas tecnologías en salud, las condiciones económicas y sociales, son todos cambios que se siguen sucediendo.

Para una atención de la salud eficaz es requisito básico la capacidad para responder rápidamente a estos cambios. Por tanto, la evaluación de necesidades, el acopio de información, la adopción de decisiones y la acción deben estar vinculados entre sí y llevarse a cabo interactivamente.

Si bien algunas metas fueron cumplidas –entre ellas el aumento de la esperanza de vida en algunas regiones— han surgido nuevas realidades que obstaculizan los logros alcanzados: el deterioro del ambiente antes mencionado, las desigualdades en cuanto a la situación sanitaria de grandes sectores de población, etcétera.

Todo ello hace que se deba repensar la estrategia de salud para todos; el mundo cambiante e injusto de este fin de siglo requiere que se examine la base ética de donde se parte.

Así, se hace insoslayable la inclusión de los conceptos de Derechos Humanos, equidad, igualdad y utilidad, que puedan dar cuenta de la preocupación existente respecto de estas realidades adversas, y darle cauce para arribar a consecuencias prácticas favorables para la comunidad.

En este marco, los procesos de búsqueda y adecuación a los tiempos relevan como el comienzo de la ratificación del concepto de *promoción de la salud* a la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, llevada a cabo en Ottawa en 1986.

Allí, su Carta define al objeto de la Conferencia de la siguiente forma: *"el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla"*.

En Ottawa también se proponen las vías o campos de acción para llevar a cabo la estrategia de promoción:

1) Elaboración de políticas públicas favorables a la salud.
2) Reforzamiento de la acción comunitaria.
3) Desarrollo de las habilidades personales.
4) Creación de entornos propicios a la salud.
5) Reorientación de los servicios de salud.

Estos campos han sido ratificados en las conferencias de Adelaide (1988), donde se puso énfasis en una política pública sana, y Sundsvall (1991), que abogó por un ambiente favorable a la salud.

En Latinoamérica, las directrices de Ottawa se confirmaron en las Declaraciones de Santa Fe de Bogotá, Colombia (1992), y en la Carta del Caribe de Promoción de la Salud (1993).

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, organizada en Jakarta, valida las vías propuestas en Ottawa y establece cinco prioridades para la promoción de la salud del siglo XXI:

1) Promover la responsabilidad social por la salud.
2) Aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario.
3) Consolidar y ampliar la asociación en pro de la salud.
4) Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
5) Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

En este contexto reaparece el interés por las actividades preventivas y educativas, se difunde el concepto de *estilos de vida*, expresado en las conductas de las personas, con base cultural, política, social y económica.

En **Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en la transferencia de los Sistemas Nacionales de Salud. La Administración estratégica** (O.P.S. - O.M.S., 1992), C. Puentes Markides define: *"estilos de vida es un concepto integral, donde los valores y las creencias, es decir donde la cultura, por una parte y las oportunidades y limitaciones de contextos socioeconómicos, por otra, definen los comportamientos y las*

prácticas de salud. Estos comportamientos interactúan y afectan colectivamente el estado de salud" (p. 24).

Los factores que inciden en los modelos de estilos de vida son diversos, entre ellos: pleno empleo e ingresos adecuados para la familia, condiciones favorables de trabajo, buena nutrición, vivienda apropiada, protección del medio ambiente y control de distintas fuentes de contaminación, acceso a la educación, oportunidades para el descanso, recreación y desarrollo cultural, participación de la comunidad en actividades y decisiones que afecten su vida, disminución de factores de stress y violencia, etcétera.

La promoción comienza a perfilarse cada vez más como conjunto de acciones integradas, centradas en las personas sanas, es decir, *"... intervenciones que apuntan hacia los determinantes de la salud más que hacia sus consecuencias (la enfermedad) para derivar el máximo beneficio posible para la población, reducir la inequidad en salud, garantizar el respeto a los derechos humanos y acumular capital social"*. (9)

Los ejes centrales sobre los que se organiza la promoción de la salud se corresponden con cuatro niveles de intervención diferenciados, sobre la base de una concepción multicausal del proceso salud-enfermedad:

1) nivel macrosocial: modificaciones en la legislación y organización del Estado;
2) nivel socioecológico: acciones tendientes a conseguir las transformaciones del sistema social en pos del equilibrio del ecosistema;
3) nivel de la sociedad, los conjuntos sociales y los individuos: las acciones que generen la construcción de un mayor poder por parte de la comunidad, sus grupos e individuos subalternos, el desarrollo de la conciencia de las problemáticas en común y sus orígenes, para que éstos adquieran la facultad de influir y controlar los hábitos y estilos de vida;
4) nivel local: el reconocimiento del ámbito –generalmente municipal— (sin dejar de lado la acción que exceda este marco, pues no es una necesidad de intervención antitética) donde se reorganicen los servicios de salud, para lograr:

   a. la aplicación del enfoque de riesgo en la programación,

   b. una atención más temprana de los problemas para evitar muerte y discapacidades, y

   c. el cambio en la organización de los servicios de salud.

Los pilares sobre los que se asienta la promoción de la salud son la participación social y la intersectorialidad, a su vez basados en los requerimientos de descentralización y desarrollo local.

Las experiencias que han prosperado en nuestra región se pusieron en práctica en los movimientos de escuelas y municipios saludables (aunque todo ámbito es favorable para la instrumentación de la estrategia de promoción: lugares de trabajo, sindicatos, sociedades de fomento, etcétera).

El movimiento de *municipios saludables* (que nace en Europa y Canadá en los años '70) tiene como características un ambiente limpio y seguro; una comunidad participativa y comprometida con su propia salud; una economía sostenible, innovadora y diversa, que dé respuesta a las necesidades básicas de la población: alimentación, vivienda, educación; acceso a recursos y experiencias externas; el reconocimiento de una cultura e historia propias; un marco higiénico-sanitario acorde.

Los ejes sobre los que se afirma la propuesta de municipios saludables son:

1) es un proceso, no algo dado que se deba alcanzar en la región o lugar en donde se lleve a cabo (últimamente, más utilizado el concepto de municipios por la salud);
2) tiene como objetivo a la promoción de la salud;
3) se desarrolla en un espacio determinado, no sólo definido desde lo geográfico o físico sino desde el punto de vista poblacional, político y administrativo;
4) se construye a partir de la participación y compromiso conjunto de diversos actores locales, como manifestación de una decisión colectiva en la ciudadanía y sus instituciones.

No es tan importante para América Latina llegar al objetivo de *municipios saludables* como encontrar los mecanismos que propendan a esto.

En este sentido, consideramos que sería importante revivificar el pedido de los participantes de Jakarta '97 a la O.M.S. en cuanto a la creación de una alianza mundial para la promoción de la salud que faculte a los Estados Miembros para llevar a la práctica los resultados de dicha Conferencia, y cuyas prioridades comprenden:

a) crear más conciencia de la variabilidad de los factores determinantes de la salud,

b) apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo sanitario,
c) movilizar recursos para la promoción de la salud,
d) acumular conocimientos sobre prácticas adecuadas,
e) permitir el aprendizaje compartido,
f) promover la solidaridad en la acción,
g) fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público, en la promoción de la salud. (10)

Otro espacio por considerar dentro de los servicios indirectos es el nivel de la *prevención*, que se constituye –junto con las estrategias de A.P.S. y promoción— en escenario propicio para el Trabajo Social.

El compromiso con la *prevención* surgió del modelo de sanidad pública, que describe tres tipos de prevención:

Prevención Primaria: consiste en la eliminación de los factores causantes de la enfermedad; hay susceptibilidad en la población y los efectos de la estrategia consisten en la reducción de la incidencia de casos.

Prevención Secundaria: es la detección precoz y rápido tratamiento al comienzo del proceso de la enfermedad; el estado de enfermedad poblacional es asintomático y los efectos estriban en la reducción de las consecuencias.

Prevención Terciaria: está dirigida a la rehabilitación o eliminación de la incapacidad después de la fase aguda de la enfermedad; ésta es asintomática y el efecto de este tipo de prevención se da en la reducción de las complicaciones.

El proceso histórico del concepto de *prevención* fue cambiando en cuanto a la explicación del origen de la enfermedad, la aproximación analítica que introduce a dicha explicación y el abordaje preventivo instrumentado en consecuencia.

Hacia la mitad del siglo XIX –con el comienzo de la era de la estadística sanitaria— se trataba de prevenir a través del saneamiento de aguas y excretas, en la comprensión de que la génesis de ciertas enfermedades se encontraba en los efluvios malignos que podían emanar del suelo, el aire o el agua, ante la demostración de conglomerados de morbimortalidad.

Durante el fin de siglo XIX y comienzos del XX se abre la etapa de la epidemiología de las enfermedades transmisibles. El abordaje preventivo se basaba en la

interrupción de la transmisión por medio de las vacunas o el aislamiento del paciente infectado o el tratamiento antibiótico. La teoría del germen explica que un agente se relaciona específicamente con una enfermedad, y el análisis de esto se procura a través del aislamiento y cultivo de los sitios infectados, la transmisión experimental y la reproducción de las lesiones.

En la segunda mitad del siglo XX surge la epidemiología de las enfermedades crónicas, con prevención por intermedio del control de los factores de riesgo que modifican los estilos de vida (dieta, ejercicio, etcétera) o los agentes externos (armas, alimentos, etcétera) o el medio (polución, fumador pasivo, etcétera). La explicación es una caja negra: la exposición se relaciona con el resultado sin necesidad de conocer los factores intervinientes o la patogénesis, y se estudia a través del riesgo relativo de la exposición según el resultado a nivel del individuo en las poblaciones.

Y ya en la era de la eco-epidemiología, el abordaje preventivo se realiza por medio del manejo de la información y la tecnología biomédica para alcanzar el nivel de mayor eficiencia desde lo contextual a lo molecular.

Se comprende a través del paradigma de las cajas chinas: las relaciones dentro de y entre estructuras localizadas y organizadas en sistemas jerárquicos (o niveles), lo cual se explica por el análisis de los determinantes a diferentes niveles de organización: dentro y a través de los contextos (usando nuevos sistemas de información) y en profundidad (usando nuevas tecnologías).

El modelo científico desde la salud pública para el abordaje preventivo se podría esquematizar en las siguientes etapas:

a) la definición del problema y la recolección de información;

b) la identificación de las causas y los factores de riesgo;

c) el desarrollo y evaluación de la intervención;

d) y la instrumentación de las acciones y la evaluación de su efectividad.

La estrategia preventiva se puede focalizar tanto a nivel individual, con cambios mediados por la información y el empoderamiento de los grupos humanos involucrados, y a nivel poblacional, con cambios mediados por políticas organizacionales.

La prevención primaria (el tipo de prevención en donde se involucra la tarea del Trabajo Social en esta estrategia) debe ser considerada como una intervención a nivel general antes de la aparición de algún síntoma a que den lugar los factores causantes de

la enfermedad. Por ello es importante su alcance integral: tanto las campañas de vacunación, las consejerías, el seguimiento de autoaprendizajes, el afianzamiento del vínculo entre el equipo de salud y los usuarios para favorecer la salud y prevenir riesgos, son extensiones de una prevención en el terreno comunitario, que no se agotan aquí pero a las que su carácter abarcativo confronta con los requerimientos de las tendencias aceleradas de urbanización y el crecimiento demográfico de los países periféricos.

2.1.6. Lo Materno–Infantil - La Planificación Familiar

La salud materno-infantil constituye un eje articulador innegable, si de bienestar comunitario estamos hablando.

Desde la época en que privaba la idea de que la salud de los niños era responsabilidad del grupo familiar, parientes y vecinos –la cual comienza a ser asumida incipientemente cerca de mediados del siglo XIX— hasta nuestros días, muchas fueron las respuestas que la sociedad dio a las necesidades de salud de la población infantil. Nuestro país cuenta con valiosos antecedentes, producto de su trayectoria legislativa y asistencial: Bernardino Rivadavia, Alfredo Palacios, Ramón Carrillo, Edelmiro Farrell, entre otros, fueron quienes –ante la necesidad de reducir la mortalidad infantil e incrementar los cuidados de salud de los niños— desarrollaron gestiones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los sectores sociales más desprotegidos, y reforzar acciones sobre el binomio madre-hijo.

Desde agosto de 1994 la ***Convención de los Derechos del Niño*** está incorporada a la **Constitución Nacional** argentina. Esta incorporación (ante la reforma de nuestra *Carta Magna*) es de enorme relevancia pues supone ponerse *al día* con el avance mundial respecto de la concepción y tratamiento de la problemática de la niñez. Así, el niño dejó de ser visto como *objeto* de derecho para pasar a ser *sujeto* de derecho.

De esta manera, la *Convención* de N.U. –*"...reafirmando en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana..." (11)*— ha establecido dentro de su articulado que el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social; tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud;

con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención pre y postnatal.

No obstante, seguimos en deuda con quienes otrora fueran denominados *los únicos privilegiados.* La directora general de U.N.I.C.E.F., Carol Bellamy, en la presentación del informe anual del organismo internacional, advirtió que –no obstante los avances realizados en los últimos diez años en materia de derechos de la infancia— con el nuevo siglo aparecen nuevas amenazas para los niños.

La realidad que muestra este fin de siglo a nivel mundial no parece alentadora. La expansión del S.I.D.A. (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), el avance de la pobreza, el papel de los menores en las guerras de todo el planeta (y no sólo como víctimas sino también como actores o soldados de ella), su utilización como esclavos sexuales, las formas de explotación laboral o trabajos forzados a que se ven sometidos, son los más aterradores peligros que se analizaron en dicho informe. (12)

Pero detengámonos a analizar el eje que constituye el elemento materno-infantil, volviendo al plano nacional. Al decir del Dr. Mario Rovere: *"el campo materno-infantil es de alguna forma construido, no estuvo ahí desde siempre, cambia, se modifica y se va planteando en diferentes momentos; ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, por lo cual está siendo permanentemente deconstruido y reconstruido"* (13).

Este cambio se traduce en la crisis en que se encuentra inmerso, por ejemplo en sus mismos objetivos: en las décadas del '60 y '70 se buscaba bajar la tasa de mortalidad infantil, el objetivo era (y sigue siéndolo, por supuesto) cuantitativo, pero hoy ya no alcanza; por otra parte, los objetivos están intrínsecamente relacionados con la estrategia escogida para alcanzarlos; así, ésta a su vez también está en crisis, lo que ocasiona la necesidad de reflexionar sobre ambos aspectos.

Hay algunos elementos que sirvieron para la construcción del campo de la salud materno-infantil en La Argentina. El más fuerte fue la articulación de la perspectiva sanitaria y la perspectiva clínica. El movimiento de pediatría social ha sido siempre un movimiento de gran convocatoria en nuestro país; no es frecuente que la pediatría en América Latina tan fácilmente se deslice hacia lo social, al menos no con la facilidad y masividad con que se consustanció en la Argentina. No ha sido así con la ginecología y la obstetricia, y se ha dado el cambio fuertemente en los campos de la pediatría y la

salud mental, donde se circula más indoloramente entre lo clínico y lo social (en otros campos, este pasaje se hace en saltos muy duros).

Otra característica tiene que ver con la influencia internacional que ayudó en su momento a la construcción de la problemática materno-infantil. Hubo dos elementos claves para esto: uno de ellos, la reorientación de una de las estrategias generales del U.N.I.C.E.F.

En efecto, esta organización surgió en la postguerra a instancias de la necesidad de atender a los huérfanos de la Segunda Guerra, como una institución compensadora y transicional. Pero –en el curso de los años de la Guerra Fría, más precisamente llegando a la década del '60— dirigió su mirada hacia el Tercer Mundo, donde focalizó sus nuevos objetivos. En la práctica, la problemática de la infancia se instaló como un elemento de sobreimpresión alrededor de la problemática materno-infantil.

El otro elemento que influyó tiene que ver con el énfasis que recibió de las problemáticas *demográfica* y de *planificación familiar*. El modelo desarrollista de los '60 en América Latina otorgaba mucha importancia a estas cuestiones, y los programas que se recibían de los organismos internacionales eran claros a tal efecto. Aún en los '80, la Dirección de Materno-Infancia de la O.M.S. era un cargo financiado por el Fondo de Población de N.U. Esto da la pauta de las circulaciones que existieron y existen entre el mundo de la planificación familiar y la demografía, y la salud materno-infantil.

Cada país se adaptó a los lineamientos que se bajaban desde el Centro en forma diferente, pero lo pertinente para nuestro análisis es visualizar en todo esto cómo se articuló la idea de lo materno-infantil con la clínica y cómo logró sostenerse en el tiempo en La Argentina, con elementos trazadores de circulación recíproca: la pediatría reforzaba a los programas materno-infantiles y éstos reforzaban a la pediatría.

En la configuración del campo materno-infantil, la idea de la *mirada estratégica* tiene una importancia fundamental; lo que al principio era un *amontonamiento* de pediatras, ginecólogos y obstetras finalmente se homogeneizó a instancias del conocimiento: quienes lideraron los Departamentos los proveyeron de letra, ideología y sentido (qué significaban esos Departamentos Materno-infantiles) dándole organización al campo ante la transferencia del saber, con el peso que éste tiene como factor de poder.

También hablaremos de la *deconstrucción* del campo materno-infantil; algunos elementos que lo constituían han ido perdiendo razón de ser. Pero han surgido nuevas aristas que antes no se tomaban en cuenta. La violencia doméstica o familiar, el maltrato infantil, el abuso sexual dirigido al niño o la mujer eran problemáticas poco exploradas (y confesadas). Hoy forman parte de los fenómenos negativos que hacen a la salud integral, el bienestar y la calidad de vida materno-infantil. Y como se requiere de una mirada integral, excede el ámbito exclusivamente médico; se debe reciclar el tema con sus actuales características.

La estructura familiar vista como *incubadora* –como la que nutre y protege— cambió ante la cuestión de la violencia: se puede esperar que esa familia sea el mismo factor de riesgo para el niño.

El concepto de violencia nos denuncia lo que está pasando en la sociedad como un todo. Sabemos que los problemas de salud mental de un niño son el emergente de una crisis familiar, y en ese sentido la violencia vinculada con los niños también es un emergente de la violencia en la sociedad como un todo. Estamos asistiendo al incremento de la violencia, que en realidad tiene que ver con un cambio muy fuerte de la política económica y social.

En la década de los '60 se hablaba de *marginación* o *marginalidad.* Estar en el margen o estar adentro es totalmente diferente del nuevo concepto de *exclusión,* que significa haber quedado fuera del sistema. Esta exclusión es vista como contracara de la violencia pero la violencia fundante es justamente la propia exclusión.

Revisando uno de los elementos clave del plano materno-infantil como son las problemáticas demográfica y de planificación familiar –tan vinculadas con las políticas dirigidas hacia la institución de la familia y la mujer— es insoslayable remitirnos al proceso histórico dado en la Argentina desde fines del siglo pasado. En el período de dominación del modelo agroexportador, las ideas y políticas referidas a la dinámica demográfica se centraron exclusivamente en el fenómeno de la inmigración extranjera. *"La población es el instrumento básico de cambio que se desea emprender en la República"*, decía Juan Bautista Alberdi en 1852, en su libro **Bases y Puntos de Partida para la Organización Política de la República Argentina.**

El modelo ideológico liberal obtuvo su dinamismo entre 1880 y 1910, época en que se creó el Registro Civil y el matrimonio pasó a ser matrimonio civil y no sólo

religioso, por considerar al primero más apto para mancomunar los diferentes orígenes étnicos y religiosos. Pero lo que sí se mantuvo fue el modelo de matrimonio monogámico, indisoluble y patriarcal.

Las normas existentes respecto de la fecundidad en realidad apuntaban a la protección de la familia, lugar donde tampoco eran tan liberales pues se hacía discriminación sobre los hijos extramatrimoniales.

El tema de la protección de la maternidad (con las características contemporáneas) comenzó en 1907 cuando se contempló a las madres trabajadoras (descansos corporales) y esto, junto a la legislación de menores, apareció asociado a la idea de crecimiento vegetativo de la población y no sólo migratorio.

Tánto Bialet Massé en su **Informe de las clases obreras argentinas**, de 1904, y Raúl Prebisch (posteriormente) en su análisis de las tendencias de la natalidad entre 1850 y 1925, constataron una progresiva disminución de ésta. Este último autor explicó que ello podría deberse a los beneficios del crecimiento de la riqueza nacional en el período anterior, lo que promovía una lenta transformación de la psicología colectiva. Al ocuparse del porvenir, surgen las posiciones preventivas, y de ahí el propósito deliberado de restringir la natalidad.

Sabemos que las prácticas de regulación de la procreación –fundamentalmente la anticoncepción y el aborto— son universales.

En estudios realizados en el país desde la década del '60 se puede observar que la regulación de la fecundidad ya tenía un carácter diferencial en relación a las clases sociales. Los distintos métodos anticonceptivos fueron rápidamente conocidos por la población (así lo hacen saber los mismos estudios mencionados). A mayor grado de conocimiento, mejor posición social.

De este análisis también surge que el 97 % de las mujeres encuestadas aceptaba la planificación familiar, contando todos los estratos sociales. La única variable de peso para rechazar la planificación se vinculaba con el aspecto religioso.

En los años '65/'75 se registró una caída general de la fecundidad, sobre todo en las áreas urbanas, posiblemente vinculada –al menos en parte— a la adopción de los nuevos sistemas anticonceptivos. Por esa fecha se reveló la importancia del rol del cuerpo médico como asesor en el uso de los distintos métodos, en tanto que su

injerencia estuvo asociada a una mejor posición social, es decir, es menos importante cuanto más bajo es el nivel socioeconómico.

El 1974 se promulgó una legislación restrictiva respecto de la difusión de métodos anticonceptivos, lo que impidió la prestación de servicios de planificación familiar en las instituciones de Salud Pública (efector de salud de los estratos carenciados) y obstaculizando los mismos dentro de las Obras Sociales (asalariados de capas inferiores de la clase media y capas superiores de la clase obrera).

Este análisis concluye en que la población más pauperizada, si bien tiene la motivación para regular la procreación, no tiene los recursos para llevarla a cabo.

El comportamiento anticonceptivo de los estratos bajos en nuestro país se caracteriza por una gran irregularidad e ineficacia, lo que se traduce en una alta tasa de embarazos no deseados (Llovet y Ramos, 1986).

También se puede presumir que el aborto es utilizado como método de regulación de la fecundidad, a pesar de la aún más escasa información al respecto.

Usualmente se admite que las tasas de fecundidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna tienen tendencias concatenadas: a fecundidades altas, tasas de mortalidad infantil y materna altas. Pero en la Argentina existe hoy una tasa de fecundidad baja, no obstante lo cual la mortalidad infantil y materna son altas. Los estudios al respecto (a nivel nacional y regional) muestran al aborto como la principal causa de muerte en la tasa de mortalidad materna, tendencia que ha ido creciendo con el tiempo en todas las regiones del país, comprobándose que el mayor número de muertes corresponde a las clases o grupos sociales bajos.

La amplia difusión de los métodos anticonceptivos (en TV, revistas, etcétera) por fuera de los sistemas de salud no ha contribuido al cambio de esta situación, y se ha mantenido la práctica abortista como una amenaza a la salud reproductiva y de la mujer en el país.

Este último estudio comparó también la mortalidad por aborto en La Argentina con un patrón de uso internacional correspondiente a Inglaterra y se concluyó que la mortalidad por aborto en nuestro país es 25 veces superior a dicho patrón; se atribuyó la diferencia abrumadora a que en Inglaterra cuentan con servicios de planificación familiar y legislación sobre atención institucional del aborto.

Sabemos que el aborto es de uso frecuente en La Argentina como método de regulación de la fecundidad, práctica que se acentúa cuanto más bajo es el estrato social de pertenencia de las mujeres; correlato de ello es la alta tasa de mortalidad materna en estos sectores desfavorecidos. Desde la perspectiva del sector salud se necesita un servicio sostenido en el tiempo, que cubra los aspectos de información, educación y asistencia para la prevención de la práctica abortista como uso de control natal.

Nuevamente vemos cómo las políticas sociales tienen un alto contenido ideológico que es llevado –en este caso— al interior de las políticas de salud y por supuesto al plano materno-infantil. A pesar de que nuestra reformada **Constitución Argentina** –al anexar a la **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer** y la **Convención sobre los derechos del Niño**— contempla jurídicamente a la planificación familiar como un derecho. En efecto, así surge en la primera de las citadas convenciones; su Art. 12, Inc. 1, reza: "*Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia*". Y "*el Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso sancionan con Fuerza de Ley*" la Ley N° 23.849 (publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina en la edición del 22 de octubre de 1990), que es la última de las convenciones antedichas; allí: "*Con relación al Artículo 24, Inciso f) de la* ***Convención sobre los derechos del Niño***, "*la República Argentina, considerando que las cuestiones vinculadas con la planificación familiar atañen a los padres de manera indelegable de acuerdo a los principios éticos y morales, interpreta que es obligación de los Estados, en el marco de este artículo, adoptar las medidas apropiadas para la orientación a los padres y la educación para la paternidad responsable*"; y el aludido Art. 24, Pto. 2, Inc. f) es el siguiente: "*Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia*".

Por último, no arriesgamos ningún concepto o enfoque novedoso si decimos que la mujer –al igual que los niños— ha modificado activamente su situación (en todo orden) llegado este fin de siglo, respecto de otras épocas.

La figura de la mujer, su rol, su contextualización en sociedad no es algo dado, se trata –por supuesto— de una producción histórico-social; la infancia también. Si tomamos ambos términos de la díada materno-infantil podremos hablar algo de lo que sería su confluencia: *la niña* (o adolescente). Como grupo etario definido, ésta también es producto de un lento proceso histórico que se inscribe en la conformación de lo que luego derivó en la familia occidental y sus funciones, enmarcadas por los cambios mayores que dieron lugar a la aparición de la sociedad industrial.

En las sociedades precapitalistas, la casa doméstica constituía una unidad total de producción y reproducción social. La división del trabajo en su interior estaba delineada para cubrir las necesidades del propio grupo familiar, en función de la edad y el sexo de cada miembro, y se caracterizaba por la subordinación de los hijos y la mujer hacia el padre.

Dice Federico Engels en su **El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado**: *"Esta forma de familia señala el tránsito del matrimonio sindiásmico a la monogamia. Para asegurar la fidelidad de la mujer, y por consiguiente, la paternidad de los hijos, es entregada aquélla sin reservas al poder del hombre".*

(...)"Con la familia patriarcal entramos en los dominios de la historia escrita..." (p. 75)

El proceso de acumulación capitalista, que derivó en un poderoso desarrollo industrial, produjo el dislocamiento de las anteriores relaciones sociales en todos los ámbitos, desarticulando los viejos modos de producción; una nueva cultura se imponía, con normas y valores que impactaron en la estructura de la vieja unidad familiar.

Esta etapa de predominio de la burguesía es descripta por Engels de la siguiente forma en el libro ya citado: *"Las cosas cambiaron con la familia patriarcal y aún más con la familia individual monogámica. La dirección del hogar doméstico perdió su carácter público; la sociedad ya no tuvo nada que ver con eso. Se transformó en servicio privado: la mujer se convirtió en una criada principal, sin tomar ya parte en la producción social"* (p. 93).

La aparición social de *la adolescente* se produce –en los sectores burgueses— hacia el siglo XVIII, con el malthusianismo y la propagación de la idea de control de los nacimientos, abandonándose la concepción de la familia numerosa (más de diez hijos) para hacer frente a las enfermedades y epidemias que luego socavarían el capital

demográfico; así se van implantando en las costumbres las nociones de control natal, del cuidado de los niños y la educación de los mismos.

Para las niñas, esta última premisa era sobre todo, educación *moral;* eran modeladas con vistas a dos objetivos principales: la virginidad hasta arribar al matrimonio y su preparación como esposas sumisas.

En esta etapa del comienzo del capitalismo industrial las expectativas de niñas y adolescentes burguesas eran ser futuras madres y esposas que reprodujeran su clase, con una circulación restringida en el mundo privado.

Y para las niñas y adolescentes de las clases populares, la máxima explotación laboral y desprotección sexual, con una circulación desamparada en lo social.

Vemos de esta manera cómo la *aparición social*, tanto de la mujer como de la niña y la adolescente, están intrínsecamente relacionadas con el derrotero de esa unidad que es la familia, de su estructura y sus funciones, de su enclave dentro de cada etapa histórica.

Por última vez citaremos a Engels en su análisis: *"... de igual modo, el carácter particular del predominio del hombre sobre la mujer, así como la necesidad y la manera de establecer una real igualdad social de ambos, no quedarán claramente de manifiesto, sino cuando el hombre y la mujer tengan, según la ley, derechos iguales en absoluto. Entonces se verá que la manumisión de la mujer exige, como condición primera, la vuelta de todo el sexo femenino a la industria pública, y que, a su vez, esta condición exige que se suprima la familia individual como unidad económica de la sociedad"* (p.94).

La vejez del texto de Engels no nos priva de sacar conclusiones a la luz de nuestro propio análisis de la mujer, la infancia y la adolescente; en tal sentido advertimos que el entramado cultural que caracterizó a cada período histórico respondió a una determinada conformación social (hasta aquí, nada nuevo), pero vemos también que esa cultura no siempre tuvo como actores relevantes ni a la mujer ni a la niñez (ni a la adolescente), más bien, su invisibilidad; que la ideología imperante en cada etapa histórica ocultó siempre las diferencias de sexo y de clase social a la hora de conferir derechos a todos los miembros de la sociedad.

El hecho de que las políticas sociales tengan una limitada efectividad se debe también a su incapacidad (o decisión política) de organizar líneas de acción que

respondan a estas diferencias de género, de cultura o de clase. La restitución concreta de los derechos a los grupos más vulnerables de nuestra sociedad se dará cuando no sea más necesario *fragilizarlos* para luego tener que responder con una obligada –y siempre escasa— asistencia social.

2.2. TRABAJO SOCIAL

2.2.1. Participación social

Es innegable que el concepto de participación –en su profuso empleo desde distintos ámbitos— ha venido haciendo referencia a una infinidad de actividades que, en una exagerada simplificación, podríamos desagregar entre las que sustentan o reproducen las relaciones sociales vigentes y aquéllas que tienden a su transformación.

Desde la teoría sociológica o como objeto teórico particular de variadas disciplinas sociales, o desde la lucha política y el espacio de las prácticas o luchas sociales, el término participación tiene una enorme flexibilidad. Esta diversidad de manifestaciones empíricas determina la complejización del tratamiento teórico del término, y se imbrica con otros objetos teóricos (autogestión, asociación, cooperación, etcétera), con una apertura a las múltiples dimensiones en que se expresa y a diferentes formas de abordaje.

La dimensión psicológica nos permite analizar el plano de la acción y el comportamiento. La dimensión sociológica aborda los temas de pertenencia grupal, clases sociales u organización social. Observando el proceso de producción de bienes y servicios distinguimos el espacio de lo socioeconómico, que se concatena con las relaciones de propiedad (de los medios) y apropiación (usufructo del producto elaborado). La dimensión política de la participación nos remite al análisis de la estructura de la sociedad, a las diversas manifestaciones del conflicto social, ligada tanto a los modos de legitimación y consenso de un sistema dado como también a la lucha por medios políticos contra las condiciones de desigualdad, en suma, el estudio del Estado, la ciudadanía y la problemática del poder.

Pero queremos acotar la temática de la participación al lugar escogido en nuestra tesis –la salud— sin por esto perder de vista la definición que hemos escogido: la de actividad que –como medio (habilita escenarios, actores, etcétera) y como fin (se constituye en facilitador del bienestar de la población)— propenda a la transformación de la cultura *exclusiva*, que contribuya a la modificación de las relaciones de poder.

Los problemas y necesidades de la población han sido en general abordados colectivamente para su solución o satisfacción, en pos del logro del bienestar humano, y esto guarda estricta relación con la temática de la participación. Su uso impreciso y amplio da lugar a referencias de actividades con propósitos poco claros y –hasta a veces— negadores de la participación, convirtiéndose en instrumento de intereses sectoriales.

Los análisis de las prácticas participativas suelen realizarse fuera de la totalidad de los procesos sociales, tomando dimensiones acotadas: mujeres, adolescentes, etcétera, evaluando a través de la cuantificación y clasificación de procesos (y actores) aislados; de esta manera, la participación pierde su real dimensión y sentido, al quedar fuera del universo de relaciones sociales que contiene la sociedad mayor.

Los diversos movimientos surgidos en los '80 son ejemplos de esta atomización social que expresan a distintas identidades populares pero que son incapaces de representar las múltiples entidades de lo social, y plantean prácticamente la heterogeneidad irreductible del campo popular

Esta reducción de la participación –ignorante de los condicionantes socioeconómicos, políticos y culturales que la determinan— queda limitada generalmente a programas sectoriales. La visión que abraza la totalidad dinámica de las relaciones sociales y que interroga a la realidad en forma continua queda ilustrada en la teoría del *conflicto*.

El carácter conflictivo de las relaciones nos permite incluir la dimensión de la diferencia; la diversidad de actores nos habla de diferencias de intereses que –a través de una genuina participación— viabilicen la construcción de soluciones colectivas.

Pero esta diversidad de actores (en función de intereses de clase o grupo distintos) no implica que los sectores más desfavorecidos queden sin representación política: al interior del aparato estatal, cuya función sería sólo de control social dirigido especialmente hacia estos sectores; o al interior del sistema político, con los partidos

como su específica forma organizativa, en donde priva el clientelismo electoral u otras prácticas tradicionalmente cooptadoras.

La ausencia hoy de escenarios aptos de deliberación y negociación de los conflictos, de actores con suficiente peso para asumir los problemas de los sectores populares resta posibilidad a la integración del conflicto en el análisis o evaluación de los grandes problemas nacionales (la salud, uno de ellos).

Se requiere democratizar al Estado latinoamericano, que tiene una trayectoria de haber abortado (en el pasado) procesos de participación social. Pero que aún, ante la vigencia de gobiernos constitucionales, no ha podido convertirse en el actor relevante que pueda dirimir en los conflictos de la sociedad. Su carácter formal, la pérdida de representatividad, el achique de los Estados nacionales (y la consiguiente abdicación de la responsabilidad pública en los grandes problemas de que hablamos) y la convalidación de un estado de cosas (desempleo, crecimiento de la pobreza, etcétera) por parte de un gobierno constitucional que lo legitima nos lleva a pensar a la participación como herramienta favorecedora de las relaciones Estado-sociedad civil. Sería deseable que esta última generara los actores sociales capaces de establecer este diálogo con el sector público, de modo tal que vuelva a ubicar a la salud pública como ejercicio y responsabilidad del Estado pero –ante la vigencia de una real participación social— sea también el esfuerzo global y equitativo de la sociedad en su conjunto.

"La participación de la comunidad en los grandes problemas que nos afectan a todos –como salud, educación, trabajo, etcétera-- nos lleva a la expansión de los controles de la población sobre la cosa pública, participación en las decisiones y discusiones, elaboración de propuestas, asignación de recursos, difusión de la información, etcétera." (14)

La periferia de las grandes ciudades –como Buenos Aires, San Pablo o México— y las ciudades de escala mediana –como Mar del Plata— son en América Latina (región periférica de por sí) la base de los asentamientos populares, sectores objeto de políticas y programas asistenciales en salud.

Cabe aquí la aclaración del término *popular* al que nos referimos, antes de teorizar acerca de los actores sociales de la participación. Cuando hablamos de asentamientos o sectores populares, nos estamos refiriendo a las grandes mayorías de trabajadores que desenvuelven su vida en condiciones materiales precarias y que dependen de su propia

capacidad de trabajo para su sobrevivencia, ya sea con contrato asalariado o del fondo de trabajo de su unidad doméstica, o en forma independiente o cooperativa, así como también aquéllos que quedan excluidos –por imposibilidades diversas— del mercado laboral o de usufructuar su propia fuerza de trabajo.

Todos los actores sociales participan de la dinámica social; el problema de la participación no es tanto la ausencia de ésta como su calidad diferenciada, dado que existe una participación pasiva e involuntaria (en lo económico: ante la desigual participación en la disposición de los medios de producción, la injusta política redistributiva, etcétera; o en lo social: legitimadora de una estructura de poder que le es ajena).

Los niveles de esa participación pasiva pasarían primeramente por la actuación en la esfera cotidiana (el hogar, el trabajo) donde el desenvolvimiento es aparentemente autónomo; éstas son las actividades de reproducción social.

En un nivel superior al cotidiano (pero que no se sustrae del mismo) aparecen las acciones colectivas en pos de algún objeto o artefacto cultural, indispensable también para su reproducción material o simbólica; la participación se organiza como una extensión del *yo* de los miembros de los sectores populares.

Existe la noción de *nosotros* pero este nivel de organización instrumentalizada para satisfacer lo que el *yo* necesita tiene los límites de la eficacia: tanto si se logra o no la meta buscada, el movimiento pierde motivación y se vacía.

El nivel más apto para el desenvolvimiento de la participación cabalmente activa sería el escenario cuyo desarrollo organizacional permitiera abordar el componente relativo al poder político y las instituciones respectivas, como asimismo el que permita al individuo expresarse en su complejidad y constituirse en su íntegra identidad, guiado por valores fundamentales del género humano que le den contenido (y que implican la superación de su propia particularidad).

El ámbito local (con nuestras reticencias) nos parece un nivel apto –como el regional o el nacional— en donde poder tratar de abrir (y mantener abiertos) espacios para que la comunidad pueda ir experimentando nuevas y más caras formas de participación, nuevas vías de transformación de su realidad.

Los cambios necesarios –para problemas tan acuciantes como la salud— requieren el espacio lato de la política; el escenario local es tan viable para la

articulación de las diversas formas de participación en lo social, político, económico y cultural, como son las dimensiones regionales o más amplias. Lo importante es no presuponer que alguno de ellos es superior a los demás, evaluando la coyuntura en que se encuentre la sociedad, el juego de fuerzas involucrado, el estado de la participación popular en sus asuntos: la salud es uno de ellos, y de sus relaciones con el Estado.

Las luchas populares en defensa de sus derechos políticos, sociales y económicos derivaron en la centralización de funciones en el Estado; tomaremos a la descentralización sin perder de vista esto, con una mirada crítica y sin subestimar el ámbito local, donde, en materia de salud –y sin abandonar la visión del lugar mayor en donde se define la política económica— hay mucho por hacer.

En el ámbito de la salud, la participación popular en América Latina todavía es limitada a aspectos concretos de la ejecución de algunas actividades en el nivel de los municipios, sobre todo en lo que respecta al trabajo voluntario o la mano de obra para la construcción de salas de primeros auxilios o subcentros de salud y obras de saneamiento básico.

Existen variadas experiencias en distintos países de la región, como en Colombia, donde se crearon –mediante decreto presidencial— los Comités de Participación Comunitaria y, a nivel nacional, el Consejo Popular de Salud; o las Juntas Socio-Hospitalarias de Venezuela.

En la ciudad de Montevideo, Uruguay, se crearon comités zonales con una amplia participación de los residentes; en Costa Rica, Ecuador, México, Perú, Bolivia y otros países centroamericanos existen agentes comunitarios, capacitados y supervisados regularmente por los servicios de salud, que llevan a cabo actividades de promoción y atención básica de la salud.

Otras experiencias de la región en lo concerniente a la participación comunitaria han involucrado a sectores organizados de la sociedad tales como iglesias, grupos comunales, patronatos, etcétera, sobre todo en campañas de inmunización, educación sanitaria y promoción de la salud.

En La Argentina existe actividad de O.N.Gs. en distintos aspectos específicos de la salud. Los programas provinciales suelen caracterizarse por la premisa de la participación popular al interior de dichos proyectos. La provincia de Buenos Aires muestra una variada programación en el plano materno-infantil: el Programa Materno

Infantil (integrado en cuatro subprogramas: Perinatología, Salud Reproductiva y Sexual, Lactancia Materna; de Salud Integral del Niño de 0 a 5 años; de Salud Integral del Niño en Edad Escolar y de Salud Integral del Adolescente); el Programa Materno Infantil y Nutrición, dirigido a la población materno-infantil y niños hasta 6 años con N.B.I., puesto en marcha en la provincia a fines de 1992; el Programa Co-Madres, del Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, abocado –en sus objetivos— a la construcción de redes solidarias y el apoyo a las organizaciones barriales mediante la figura de la co-madre, encargada de enlazar a la embarazada con el sistema de salud; y el Plan Vida, surgido en septiembre de 1994, que ha adaptado la modalidad de trabajo con *trabajadoras vecinales*, más conocidas como *manzaneras.*

En nuestra ciudad, estos programas –con énfasis del Plan Vida— tienen repercusión en el plano de la participación comunitaria; este plan es instrumentado a lo largo del abanico periférico marplatense.

Otra experiencia en el ámbito local lo constituyen las actividades de inmunización municipales a través de espacios como lo son las asociaciones intermedias barriales (sociedades de Fomento), organizaciones populares que –en muchos casos— poseen Sala de Primeros Auxilios o incluso Subcentros de Salud municipales instalados y organizados en sus propias instituciones.

La importancia de la temática de la participación de la comunidad en el área de la salud requiere que observemos cuáles son algunos de los principales obstáculos a la misma:

1) la falta de conocimientos, capacitación y comportamientos del personal de salud para promover, supervisar y aceptar la participación de la gente en las tareas integrales de la salud;
2) la falta de recursos humanos y la escasez de recursos materiales necesarios para promover la participación;
3) el trabajo discontinuo del voluntariado;
4) el limitado alcance de los servicios de salud insertos en los sectores populares y responsables de la A.P.S., que conlleva una alta sensación de frustración;
5) la idiosincrasia profesional –en los equipos de salud— autoritaria y paternalista, que confunde manipulación con participación comunitaria;

6) la burocracia histórica de ámbito oficial, los ministerios de Salud, secretarías y, en general, la rigidez administrativa de cualquier instancia del Sistema.

La evaluación de la participación en muchos países de la región sospecha –de no superarse estos impedimentos— que puede disminuir el interés de la población para involucrarse con los problemas de la salud.

La estrategia de A.P.S. pone de relevancia lo comunitario; este concepto significa dar importancia a los contextos, es decir, crear conexiones y relaciones; y tener en cuenta los actores, recursos y ambientes.

La promoción de la salud hace suya la participación para su desenvolvimiento; en efecto, su trabajo integral toma los distintos factores asociados con la salud (psico-socioeconómicos- ambientales) y trabaja con grupos comunitarios para su auto-responsabilidad e independencia (favoreciendo el potencial individual y colectivo de la población en materia de salud, junto con el aumento de sus propios recursos y habilidades).

El trabajo con enfoque comunitario requiere poner el acento en la necesidad de otorgarle poder a la gente, que pueda hacer uso efectivo del mismo, que pueda tomar decisiones en los órganos efectores de salud; esto implica considerar la variedad de actores sociales involucrados, redes sociales, gobiernos local y central, etcétera. La forma de trabajo de todos ellos muestra como práctica democrática las alianzas o coaliciones que se puedan ir consensuando como espacios o vías de transformación del sector salud para una mayor integración de éste al resto de la sociedad.

Las posibilidades del Trabajador Social para favorecer –a través de su quehacer— la participación en la comunidad quedan supeditadas a los programas o proyectos, a la institución de salud en que se halle trabajando. Sus objetivos se insertan en los objetivos generales de la institución de la que forma parte. Pero el necesario enfoque desde el punto de vista de las necesidades y problemas sociales podría favorecer el margen de acción suficiente para desarrollar una labor en el espacio de la prevención y promoción en salud, a través del incentivo a la participación de la gente. Por supuesto, ello en convergencia y coordinadamente con los profesionales de las disciplinas existentes en el equipo de salud.

La tarea del Trabajador Social está en *involucrar* a la gente en los procesos y discusiones de la salud pública, sobre qué debe hacerse y cómo deben ser abordados los problemas de salud de la población.

La idea de Natalio Kisnerman acerca del Trabajador Social como profesional de las relaciones interpersonales nos atrae pues nos facilita el esquema de la acción educativa en salud y la participación comunitaria. El rol educador del Trabajo Social no sólo pasa por el incentivo a los cambios de comportamiento de la población en materia de salud, sino fundamentalmente por la búsqueda de la fuerza interna que cada persona tiene y que moviliza a actuar, por el estímulo a este potencial; por buscar las coincidencias que un colectivo humano tenga respecto de sus necesidades en salud; por facilitar la lectura de la realidad, los distintos elementos, hechos, relaciones y condiciones que se presentan en la situación problemática de ese colectivo humano, para poder discriminarlos e integrarlos de modo que esa lectura sirva para su organización.

No obstante "que toda tarea debe ser comprendida y emprendida en función de la unidad y totalidad de la realidad de trabajo como parte de un suprasistema que lo contiene y que aquélla reproduce", (15) y por lo mismo es que el Trabajo Social tiene muchas posibilidades dentro del equipo profesional para elaborar estrategias de participación.

Lo cierto también es que la misma profesión tiene que replantearse *su participación* dentro del colectivo al que pertenece, ya sea colegiado o académico, o al interior de la institución donde está inserta.

Reclamar participación a la comunidad es como buscar que la población *sane* de sus males, sin advertir que el propio Trabajador Social también es un actor con participación dentro de la misma comunidad de que forma parte, y que ésta no es la única portadora de la *patología.*

2.2.2. Derechos Sociales: la ciudadanía

La raíz de nuestro objetivo –que pone énfasis en la reafirmación de uno de los derechos sociales más vitales: la salud— está ligada a nuestra profesión; el Trabajo Social ha tenido siempre como principio fundamental el valor intrínseco de lo humano,

y como uno de sus objetivos principales la promoción humana, el fomento de estructuras sociales equitativas tendientes a lograr la dignidad del Hombre.

Al decir de Carlos Eroles: *" no hay democracia sin desarrollo humano y acceso a todas las personas a la ciudadanía plena"* (16), relacionamos la defensa de los derechos sociales –en este caso la salud— con el desarrollo social, la participación social, la calidad de vida y la ciudadanía.

"El valor de la vida es un requisito sine qua non de todo trabajo relacionado con los DD. HH. (...); la profesión no solo tiene que oponerse a las violaciones a los DD.HH sino apoyar activamente todas las actividades que fomenten y sustenten la vida (...); la salud física es un aspecto importante de la calidad de vida. El deterioro del medio ambiente (...) y la inexistencia o reducción de programas de salud son algunos de los principales factores que atentan contra la vida". (17)

Para el Trabajo Social –que comenzó a profesionalizarse en el mismo momento en que hicieron su aparición los movimientos obreros y gremiales que peleaban por los derechos ligados al trabajo— esta lucha por la vigencia de los Derechos Humanos pasa, particularmente en nuestros países, por una lucha contra la pobreza, contra la exclusión, por las nuevas dimensiones que adquirió la pauperización ,en síntesis, por esta nueva cuestión social.

Pero debemos nuevamente hacer historia para relacionar esta sostenida participación profesional en la defensa de los derechos inalienables de la persona humana y su imbricación con la democracia.

Los estados modernos surgieron entre los siglos XVII y XVIII a raíz de las luchas de la exuberante clase social que se perfilaba en la historia: la burguesía; su signo político era, y es, el liberalismo.

Los valores de la naciente clase social, y que se oponían con toda su fuerza al poder de las monarquías y su absolutismo, se sustentaban en una institución que iba a representar el poder de ahí en más: el Estado moderno. Estos valores o principios filosóficos son: la libertad, la soberanía, la igualdad entre los individuos, la existencia del Estado de derecho y la representatividad de los órganos de gobierno.

Paralelamente al nacimiento de esta nueva organización jurídico-política del Estado (aunque su génesis también se ubique en el Renacimiento, siglo XV) surgió el mercado. El excedente de capital (ante los cambios en los modos y las relaciones de

producción, como así también en los medios: el comercio y la industria van prevaleciendo sobre el trabajo agrícola), combinado con las pautas de libertades individuales, sustentaban las reglas de juego en el mercado: formalmente todos pueden comprar y vender y el mercado es el encargado de regular la oferta y la demanda. El Estado no debe intervenir en esta dimensión pues iría en detrimento de la libertad individual.

La Revolución Industrial se convirtió en el escenario –ante la migración de campesinos sin trabajo hacia las fábricas de la periferia urbana— de aparición de la otra ineluctable clase social: el proletariado o clase obrera.

El nuevo Estado pasó a ser el encargado de regular los intereses de ambas clases sociales mediante un contrato que los liga mutuamente. Allí los obreros venden su fuerza de trabajo libremente, y el Estado –representante de los individuos libres— vela por el respeto al contrato social que rige a todos.

Sin embargo, la libertad de los asalariados no resultó tal, la igualdad, frente al poder económico de la burguesía, era un mentís que se reflejaba dramáticamente en las condiciones de nueva esclavitud, explotación y desamparo en que se encontraban el obrero y su familia.

Desde los primeros años del siglo XIX –Europa y EE.UU— y desde los primeros de nuestro exiguo siglo XX –en América Latina, sobre todo la Argentina— irrumpió la cuestión social: la crueldad de la libertad e igualdad burguesas se mostraban en las condiciones de existencia de los obreros y sus familias, todos ellos fuerza de trabajo en las fábricas, explotaciones mineras, etcétera, donde la expoliación hacia las mujeres y los niños era la otra cara que requería el excedente de capital y la ganancia.

En el siglo XIX apareció la beneficencia pública para paliar la pobreza, cada vez más ostensible en los países europeos, disfrazándola y tomándola de manos privadas y/o religiosas.

En 1834, en Inglaterra, aparece la Reforma de la Ley de Pobres, basada en dos cuestiones centrales: a) la ayuda se daba a través de los work-house, especie de hospicios donde se centralizaba la asistencia estatal y que requería de los pobres la separación de sus familias; y b) la ayuda que se establecía por el principio de less eligibility (menor elegibilidad) debía alcanzarle al necesitado para obtener un nivel de vida inferior al que mantenía el trabajador con sus bajos ingresos.

La acción gubernamental (que convivía con las acciones de caridad de parroquias) era escasa para aquella época, en donde el marco ideológico imperante era el liberalismo y las concepciones darwinistas de selección natural.

Pero desde mediados del siglo XIX el clima de reforma social se extendió por Europa, las concepciones socialistas y anarquistas (con sus estructuras partidarias) irrumpieron ante los sectores bajos de la sociedad, organizados y enrolados en un movimiento obrero que generó las primeras tentativas de revolución social.

Durante la década de 1880-1890 se promulgó en la Alemania del canciller Bismarck la primera legislación de seguros sociales para los trabajadores; la seguridad social garantizaría que la agitación obrera fuera controlada. El Servicio Social sería uno de los medios para instrumentar estas nuevas políticas sociales, aún sin un carácter de profesional.

La tibia declaración del derecho al trabajo y del derecho al socorro para quienes no lo tuvieran, que efectuó las Asamblea revolucionaria francesa, dio pie al reconocimiento que posteriormente tendrían los derechos sociales. Efectivamente, el Estado liberal no hacía injerencia en el mercado de trabajo, pero debía regular con pautas la convivencia de sus representados; el proletariado –agremiado— encontró la brecha abierta que dejaba el Estado, al reconocer y garantizar el derecho al trabajo (y que aparecía como el pasaje inevitable al colectivismo).

La perspectiva de la propiedad colectiva de los medios de producción (y la necesidad de la fuerza de trabajo del sector asalariado) fue suficiente señal para el Estado liberal de que debía otorgar los derechos –primero— ligados al trabajo: limitación de horas en la jornada laboral, descansos, jubilaciones, fondos de pensión etcétera, y –más tarde— los derechos ligados con la protección del obrero y su familia: acceso a la educación, protección de la salud, vivienda, cajas de ahorro y seguro, etc.

Las características de estos derechos sociales se fueron perfilando de la siguiente forma:

1) se creó una figura jurídica de propiedad social para poder efectivizarlos y universalizarlos; no se pueden vender en el mercado pero se conforman en un patrimonio de usufructo individual (jubilaciones, pensiones, indemnizaciones, etc.);

2) los derechos sociales se obtienen de la ciudadanía: ser miembro de la sociedad otorga derechos, no tanto en lo individual sino por la inserción que el trabajador tiene en la división del trabajo;
3) ocupar un lugar en la división social del trabajo significa formar parte de un colectivo (gremio) que asegura la universalidad de estos derechos.

La primera fase del Trabajo Social como profesión, queda bien perfilada en la cita que de Henry Meyer hace E. Ander Egg en su libro **Historia del Trabajo Social** (Editorial Humanitas, Buenos Aires); allí Meyer dice: *"como organización formal de los esfuerzos que un personal especializado realiza a favor de ciertas personas, es concomitante con la industrialización de los siglos XIX y XX y con los problemas, asociados a ella, de dislocamiento de una familia, y un sistema comunitario más estabilizado. Las aspiraciones de la ciencia social positivista, y las ideas dominantes a fines del siglo XIX, contrapuestas al darwinismo social, contribuyeron a la convicción de que se podrían encontrar soluciones racionales y científicas a los problemas aludidos, mediante la reforma social y la orientación individual. De la caridad a título personal y religioso se pasó a la filantropía organizada y a la captación pública de la responsabilidad por los programas de servicios profesionales de este tipo".* (pp. 145/6)

Las primeras Escuelas capacitadoras de Asistencia Social, se crearon hacia 1899 en Holanda, 1903 en EE.UU. y 1908 en Alemania. El recinto académico incorporaría la manifestación particular del proceso de secularización –emblemático de la época— a través del cual el Hombre se iba librando de toda explicación sobrenatural o metafísica del mundo para reemplazarla por una visión a partir de la propia existencia humana y las ciencias; fenómeno éste que se dio con retraso en los países católicos de habla latina.

El marco de cambios de aquel fin de siglo era la transformación del colonialismo en imperialismo, y de esta nueva conformación económico social, la aparición del liderazgo de EE.UU. de América por sobre la preeminencia que entonces había tenido Inglaterra, el país colonialista por excelencia del siglo anterior.

El crecimiento vertiginoso de la nueva potencia albergaba como concepción político-económica al neoliberalismo, que sostenía –entre otras cuestiones— una mayor injerencia del Estado en los asuntos económicos (en oposición al liberalismo clásico,

que prescribía la intervención estatal en el terreno del mercado) con la condición de respeto de la propiedad privada de los bienes de producción.

Dentro de esta concepción, las corrientes ideológicas que tratarían de argumentar en su favor serían el empirismo, que plantea que la única fuente de conocimiento es la experiencia sensorial; así sólo tenemos certeza de nuestra existencia y percepción subjetiva y carecen de valor los conceptos y abstracciones que deriven del conocimiento. (Vemos al hombre solo con sus vivencias, prescindiendo de lo socio-cultural y sin poder siquiera transmitir sus experiencias.)

El positivismo sería el pensamiento filosófico más importante en el Occidente contemporáneo, de gran predicamento en las ciencias sociales; desestima la investigación de las causas –sean primeras o finales— negando el valor cognoscitivo de la investigación filosófica, por no poder ser verificada. El método positivo parte de una sumisión al objeto, al cual privilegia dentro de la díada del conocimiento. (Vemos – en las disciplinas sociales— un alejamiento forzado de aquello que se investiga y trata, un distanciamiento que priva del calor humano que debiera generar la pasión por el conocimiento.)

Por último, el pragmatismo es la corriente que más conocemos desde la lectura que podemos hacer de la realidad social y política inmediata, pero que es un principio que determina el contenido del saber por sus efectos prácticos. (Vemos que la búsqueda de lo humano queda de lado ante la satisfacción de los intereses que más poder logren ejercer.)

El Estado social alcanzó (en los países industrializados) su punto más alto en el Estado Keynesiano (mediados del siglo XX). Así también el Estado moderno se fue ejercitando en el desarrollo de su poder de gobernabilidad. Lo social adquirió vigencia a través de las políticas de distinto tipo dirigidas a la población: fuente de riqueza y también sujeto de necesidades. Esta es la tarea que asumió el Estado de Bienestar: el desarrollo de las naciones y la integración social.

Pero también es producto de las luchas organizadas de la clase obrera, de su protagonismo en la demanda y obtención de los derechos sociales y su universalización, lo cual "*significó un enriquecimiento progresivo de la noción de ciudadanía*". *(18)*

Es en este contexto histórico (socioeconómico y cultural) en que se da lugar el nacimiento del Servicio Social institucionalizado, y no es casual que su desarrollo más

visible –al menos de Social Work— haya sido en EE.UU. La naciente intervención estatal y la consecuente promulgación de leyes de carácter social son dos hechos fundamentales que coadyuvaron a la aparición del Servicio Social profesionalizado dentro de las instituciones del área social; y es el neoliberalismo la concepción político-económica que sirve de encuadre al desarrollo de la profesión. La influencia de la escuela estadounidense en los países latinoamericanos fue muy fuerte a lo largo del presente siglo XX, sobre todo desde los años '50. El saber hacer o el aprender haciendo, de John Dewey, una de las figuras que más influyó (e influye aún) en el ámbito académico de la profesión, conlleva las aristas más recalcitrantes de un practicismo discutible, cuando nos detenemos a reflexionar acerca de los vasos comunicantes entre Trabajo Social y DD.HH.; pragmatismo útil, sí, pero para un mejoramiento gradual del orden existente de una etapa (y tal vez de un país) que hace tiempo concluyó.

Las concepciones de la época que promovieron la profesión –y que veía a los problemas sociales no como consecuencias de un sistema concreto, sino como efectos no deseados del proceso de industrialización— no nos evita la reflexión sobre las respuestas al desafío que los problemas sociales (ayer y hoy) plantean. Más aún , en nuestro convulsionado presente, la corriente globalizadora no nos predispone mejor, sostenida por hijas de aquellas concepciones, que también proponen –con otros métodos y técnicas— una profesión correctora de disfuncionalidades.

Volvamos al análisis de esta institución paradigmática de la modernidad que es el Estado, en la actualidad en una de sus mayores crisis ante el avance –desregulación y globalización mediante— del mercado. Su retirada de las áreas sociales que eran los servicios elementales que le competían, hoy, ante el discurso economicista de la vida, lo despojan de la credibilidad y legitimación que otrora tuvo en su carácter de mediador de la sociedad y de interventor sobre lo social.

En este nuevo marco que significa el modelo de acumulación generado a partir de la crisis mundial de 1975, se ha venido perfilando un cambio cultural que ha desplazado al modelo anterior, basado en valores colectivos, solidarios e históricos.

Los síntomas de rebeldía al modelo anterior tenían como escenario privilegiado a los países industrializados, que pudieron alcanzar plenamente la construcción del Estado Keynesiano; así, las críticas se centraban en el poder masificador que conllevaban las categorías laborales, la rutinización de las formas y relaciones de

trabajo, y la fuerte tutela del Estado en la vida de los individuos. Por otra parte, el alto consumo alcanzado en estos países fue una de las cuestiones que desataron movimientos en contra del modelo, tales como el *hippismo*. Los paradigmas ideológicos monolíticos comenzaron a resquebrajarse y las exigencias eran revolucionar la vida cotidiana, posibilitar la liberación individual para forjar personalmente la propia vida y enancar la imaginación al poder.

La última década de nuestro siglo nos muestra a la *aldea global* exaltando el derecho a la diferencia en pos del privilegio (antitético con el modelo precedente, de aspiración a la igualdad) y los procesos de subjetivación hedonista. Cultura coherente con la apertura de los mercados, impulso mayor de la individualidad capitalista.

Pero la posmodernidad tiene la otra cara en los países periféricos, donde nunca se alcanzó el mismo desarrollo económico y social, ni la misma autonomía política.

Los cambios en el mercado de trabajo –ante la globalización y tecnologización— desembocaron en las políticas de flexibilización laboral, la caída de los Convenios Colectivos y la ausencia marcada del Estado para regular en el área. La Argentina no escapó a esta consecuencia del proceso globalizador, y muestra crecientes segmentos de precariedad laboral, que aumentan y agravan la pobreza estructural que nunca se logró erradicar ante la labilidad de los Estados de bienestar latinoamericanos.

En sus estudios del trabajo, Robert Castel discrimina 3 variables:

a) la zona de trabajo estable, con una inserción relacional sólida;
b) la zona de vulnerabilidad, con trabajo precario y fragilidad de los soportes relacionales;
c) la zona de desafiliación, con ausencia de trabajo y aislamiento relacional.

Las dos últimas variables, dramáticamente extendidas en nuestro país, dan lugar a procesos de individuación negativos, al decir de Castel.

El desmantelamiento del trabajo –como de la educación— conllevan la pérdida de cohesión e integración social.

La anhelada libertad individual se convierte, en nuestros países, en el grotesco de la figura del Narciso posmoderno.

El Estado nacional –autorrelegado a contemplar— carece del poder suficiente para regular a un mercado oligopólico y a una sociedad a la que nunca pudo ayudar a

generar actores más homogéneos y no corporativos, que pudieran albergar principios y valores más universales que los que sectorialmente surgieron en la Argentina.

Está en peligro la función básica (e indelegable) del Estado moderno: su mellado poder de gobernabilidad para producir y reproducir la vida del país, para conducir un proceso de desarrollo propio nos deja al borde de la desintegración como Nación, sin trabajo, sin educación, sin salud. Éstas no sólo son premisas –en su carácter de funciones integradoras de la Nación— sino derechos positivos concernientes a los contextos en que se desenvuelve el Trabajo Social. *"La defensa y el fomento de los derechos que responden a las necesidades humanas (..) .encarnan la justificación y la motivación de la práctica del Trabajo Social..." (19)*

Los sectores de población a los que van dirigidas las políticas sociales oficiales no acusan ninguna mejora después de tantos años de ayuda asistencial; hoy tienen necesidades y demandas agigantadas y modificadas por la crisis, donde cabría preguntarse si las políticas y recursos que el Estado invierte están a la altura –en cantidad y calidad— de las dramáticas y heterogéneas circunstancias que se viven.

Para el Trabajo Social parece inevitable luchar desde estos ejes que competen a la defensa de la vida: trabajo, salud, educación, porque desde ellos se trabaja para la inserción social del individuo, forma plena del ciudadano que ha de ser nuestro objeto de intervención.

Este fin de siglo nos encuentra redefiniendo el objeto de estudio de las disciplinas sociales. El Trabajo Social también necesita repensar hacia quién va dirigido su quehacer, y cómo va a intervenir.

Si hemos ingresado en nuestra historia como profesión, ha sido para demostrar que no siempre seremos lo que somos, que no está dada nuestra naturaleza (que es histórico-social) de una vez y para siempre, que –junto a las demás disciplinas científicas— estamos condicionados por la época y el lugar en que se desarrolla, y que le dan significado a la profesión. Somos la expresión del colectivo social que la hizo emerger. Esta permeabilidad con las implicancias sociales de su origen no debe contrariarnos. Así como la antropología fue acusada de imperialista (momento histórico en que nació) podríamos achacarnos un pasado funcionalista; pero debemos tomar nuestra génesis para aclarar el desafío epistemológico que tenemos por delante.

Nuestra función hoy pareciera estar en el apuntalamiento a los recursos objetivos con que cuenta un Estado que se requiere soberano (sus políticas públicas); como partes del soporte de las protecciones colectivas solamente, a través de las cuales podemos existir como hombres.

Este nuevo peligro de desintegración social, de anomia, de quiebre de la pertenencia que teníamos dentro de una sociedad cohesionada por su Estado, es la nueva cuestión social.

Nuestro desafío como profesión, en este fin de siglo, apunta a defender la ciudadanía social, los derechos ciudadanos, la ayuda para construir al sujeto-objeto de intervención en el único espacio en el que podemos aspirar a ser individuos de derechos: en una sociedad solidaria.

2.2.2.1. El contexto actual

Cuando hablamos de vínculos no podemos abstraernos de nuestro actual contexto: el mundo globalizado donde cada región se ha aglutinado en comunidades más o menos homogéneas y de diversa finalidad, en cuyas conformaciones predomina el aspecto económico (Unión Europea, NAFTA, Mercosur); y este fin de siglo, con su cultura posmoderna en donde uno de los valores centrales es la fragmentación de las cosas, de los hechos, de los sujetos. Espacio y tiempo fragmentados, en donde hemos ido perdiendo identidad ante los despojos de la nacionalidad, la descontextualización con regiones que nos son afines (Latinoamérica) y la atomización que proponen algunas descentralizaciones de nivel nacional; y pérdida de identidad, asimismo, por la actual visión de un tiempo sin historia, donde todo es urgente, aquí y ahora.

Esta estética de la fragmentación (que penetra nuestras instituciones tanto como nuestras subjetividades) no es ingenua, responde a una estrategia de poder que se da continuamente, desarticulando y reproduciendo el modelo de fin de siglo. Así mantiene a las mayorías desagregadas en minorías de distinto tipo, sin poder desplegar su capacidad de gestión. La naturalización de este estado de cosas hace que cada sector se encierre sobre sí mismo y se convenza de que su lógica es la correcta, la adecuada, la verdadera. Por tanto el otro sector se nos aparece distinto, hostil, amenazante.

La globalización –con su cultura masificadora— nos ha dado la ilusión de un mundo homogéneo, simplificado, que terminó desdibujando nuestras idiosincrasias. Hoy nos parecemos todos más que antes; gitanos a criollos y criollos a europeos; indígenas a blancos; los campesinos han ido perdiendo su contexto rural, y el habitante de las mayorías, en las grandes ciudades *cuelga* en el margen de una metrópoli con bordes perirrurales; el primer mundo tiene su cuarto mundo y nosotros tenemos espacios que pertenecen al mundo desarrollado; arribeños y abajeños han trocado sus geografías y hoy es posible encontrar una segunda o tercera generación de santiagueños o formoseños o puntanos en la Ciudad Autónoma, como capitalinos radicados en Rosario, Tucumán o Entre Ríos.

El fin de las ideologías se remite a una sola poderosa ideología, que abarca tanto lo económico-social como lo simbólico-cultural.

Esta simplificación tampoco es ingenua, es la contracara de la fragmentación, contracara necesaria en la planificación del poder: somos todos iguales (los incluidos) y es todo relativo.

La aparente paradoja de la *Aldea global* y un mundo fragmentado, opera así, a la vez como estética (forma) y como estrategia.

Hemos perdido el valor de la diversidad, la riqueza de la diferencia (hasta la propia naturaleza ha ido perdiendo progresiva y alarmantemente, su biodiversidad).

La sociedad actual padece –al igual que el medio ambiente— una progresiva simplificación de los vínculos que tradicionalmente se establecían en sus instituciones más representativas. Se han ido perdiendo los vínculos que componían, por ejemplo, a la familia –otrora extendida—, que queda hoy reducida a un pequeño grupo funcional cuyos vínculos no se extienden demasiado en el tiempo, sino hasta lograr cumplir con las funciones básicas de reproducción social.

Estos vínculos –devenidos pragmáticamente en funciones operativas de momento— tuvieron en otros tiempos arraigo histórico, pertenecían a la idiosincrasia de cada pueblo. Hoy son avasallados por la turbulencia social generada por los valores de mercado imperantes.

Esta simplificación de que hablábamos, y este cambio sufrido en los vínculos, derivó en el establecimiento de nuevas formas de lo relacional y en nuevos soportes de las instituciones (familia, trabajo, educación) que actualmente se encuentran en crisis.

Estas nuevas formas vinculares no alcanzan para sustituir los soportes que el viejo modelo les otorgaba a las mismas.

Los trabajadores sociales (de diversas disciplinas) tenemos mucho por hacer para contribuir a que cada sector asuma que los problemas que los aquejan no son singulares –aunque ésa sea su percepción— sino que están determinados desde niveles más generales. Tenemos mucho que hacer respecto de la construcción de una integración de los sectores que hoy están atomizados, para dar lugar a alianzas que posibiliten otra visión del poder: implantar *una pedagogía del encuentro* que aspire a salvar lo mejor del viejo modelo de bienestar.

2.2.2.2. Subjetividades e intersubjetividades

Hay varios elementos que hacen a la constitución de la subjetividad dentro de una trama reticular; uno de esos factores (y no el menor) es *la experiencia ajena (del otro) como posibilidad* de romper nuestros estereotipos o conductas repetidas, como posibilidad de que el sujeto se da de equivocarse y aprender, de convertir a la nueva experiencia en ocasión para contrastar con una realidad determinada que genere un cambio de representaciones y por ende, que genere en sí el aprendizaje. Bachelard plantea el acceso al conocimiento (epistemología) a través de la transformación de los obstáculos en una posibilidad, y esto relacionado con lo multidimensional (no lineal y simple)

Estos factores abren el camino a la subjetividad de sujetos y a la intersubjetividad grupal, pues –al rearticularse las subjetividades— el conjunto de éstas configura un grupo, su propia cultura, teniendo ésta la suficiente energía para volver al sujeto: la capacidad de *producir* al sujeto pero también de que éste sea el *productor* de su cultura

Este planteo de las subjetividades es todo un desafío para las ciencias en general, incluidas las Ciencias Sociales –también imbuidas por las corrientes positivistas— que han buscado grados mayores de objetividad en sus análisis. Pero metodológicamente nos quedaríamos sin herramientas si no podemos generar nuevos caminos y nuevos instrumentos para trabajar, poniéndonos en el lugar de la gente, en el lugar del otro.

Desde el Trabajo Social son muchos los cambios por experimentar a este respecto, no solo en sus prácticas, sino también en su Academia. En efecto, nuestra formación

muestra un desfase en cuanto a las nuevas problemáticas que presenta el desamparo del sujeto en este fin de siglo. Por cierto, los tiempos avasallan cualquier pretensión pedagógica de *engancharse* en sus vertiginosos cambios.

Pero en nuestra capacitación como trabajadores sociales, preponderó la focalización de problemas y necesidades de los sujetos, desde los planos materiales y básicos para su subsistencia, insoslayables, por supuesto, pero no irreductibles a estas facetas únicamente.

El acercamiento a otras disciplinas que también se ocupen del estudio del Hombre y que pueden contribuir a la comprensión de la persona en su devenir histórico, requiere de una mirada reflexiva que apunte a enfatizar en principios y valores filosóficos que humanicen a la persona, que den lugar a su integralidad, a su subjetividad.

En su tesis de grado "**Participación del concepto Estético en la formación profesional del T.S.",** presentada en diciembre de 1998 por Laura Dadamia, en nuestra Unidad Académica, se expone una vía hacia una concepción estética del trabajo social que enriquezca los principios axiológicos que regulan su quehacer profesional. Se exploran los conceptos de *estética* y *promoción humana y social* suscitando algunos interrogantes tales como: *"¿Hay dimensiones más importantes que otras? ¿Qué tipo de valores priman hoy en la sociedad?"* (p. 18).

Toma de Benedetto Croce su concepción, y ubica a lo estético –o al arte— con mayor fuerza que los fenómenos físicos –que no tienen realidad— mientras que el arte, en cambio, es inherente a la vida del hombre, no como fenómeno utilitario sino en una esfera espiritual superior.

Ubica la definición de Trabajo Social que da el III Congreso Panamericano de Servicio Social: *"El S.S. es la profesión basada en el reconocimiento de la dignidad humana y su capacidad de superación , que mediante los procedimientos técnicos propios ayuda a los individuos a valerse por sí mismos y lograr su desarrollo integral, especialmente en las situaciones sociales en que necesitan ayuda ajena para poder atender sus necesidades y desarrollar sus potencialidades"* (p. 44).

Rescata de Natalio Kisnerman en su **Teoría y Práctica del T.S**. conceptos acerca de qué debe ser un trabajador social: *"El trabajador social es un educador social en el sentido de animar intencionadamente un proceso que lleve a lo humano con quienes*

trabaja, a reflexionar acerca de sus situaciones problemas y a asumir su propia resolución frente a ellos" (p.28).

O de Paulo Freire en su libro **Educación y cambio:** "*El T.S. que opta por el cambio no ve en éste una amenaza. Adhiere al cambio de la estructura social porque reconoce esta obviedad: que no puede ser Trabajador Social si no es Hombre, si no es persona, y que la condición para ser persona es que los demás también lo sean*" (p. 29).

Desde este acercamiento al Trabajo Social, la autora se interroga: "*¿Qué papel desempeñaría el mundo emocional, intuitivo, sensitivo en la conformación de una experiencia plena? ¿Qué relación tendría esto con la promoción humana y social?*". Y se responde: " *Hoy, es necesario enfrentar las situaciones desde una integridad: desde mentes abiertas, acompañadas por espíritus abiertos. Y para contar con espíritus abiertos es necesario llegar al mundo de las emociones, de la imaginación, para luego, conjuntamente con el pensamiento, llegar a vivir experiencias plenas, estéticas" (p. 40).*

(...) *"En el caso de este estudio contemplé al valor estético como parte integrante en la realización plena de las personas. Como se expresa en el marco conceptual, las dimensiones que conforman a la persona deben ser tenidas en cuenta en su integridad..."*

(...) *"La plenitud puede alcanzarse cuando cada ser humano tiene la posibilidad de encontrarse a sí mismo en relación con otros. Cuando desde su desarrollo personal se hace partícipe en el desarrollo de la cultura" (p. 50").*

Esta tesis nos faculta para pensar al hecho estético como parte constitutiva de la realidad de los sujetos, como posibilidad de creación del hombre, de poder hacer, de apertura, de protagonismo.

Entonces, cuando hablamos que en cuanto a método se nos hace necesario abrirnos hacia el otro, es también tomarlo en cuenta integralmente ..."*cuando lo que profesionalmente necesita (el T.S.) es identificarse con el sujeto y comprometerse con su situación específica de Trabajo Social como objeto de la acción profesional. Contribuir a elaborar esa situación como objeto, a la cual el sujeto pertenece, hablando y escuchando los contenidos y significados esenciales expresados por ambos sujetos de la relación profesional.*"

(...) "*La relación sujeto-sujeto es una praxis social de investigación con el otro, apoyada en la revaloración de los contenidos de su experiencia acumulada*

constituyéndola en conocimiento objetivo. El desdoblamiento del objeto de estudio (sujeto-objeto), a partir del establecimiento de la relación sujeto-sujeto (abstracción), permite la comprensión de la realidad como unidad de experiencia humana y en consecuencia, como apropiación objetiva por la acción de ambos sujetos (trabajador social-personas) para reconstruir la propia representación de la realidad, objetivándola en la conciencia." (20)

2.3. Sistematización y Trabajo Social

2.3.1. El sistematizar: convocatoria a una reflexión colectiva

"Sistematizar es reproducir conceptualmente la práctica. Esto supone aprender a pensar desde el hacer."

... *"Es un proceso educativo, continuo, que une permanentemente el conocimiento y la acción, y tiene como esencial razón de ser su vuelta permanente a la práctica misma, redireccionándola en profundidad" (21)*

El Seminario de Talagante definió a la sistematización como " *un proceso de reflexión sobre la práctica, orientado por un marco de análisis y un método de trabajo, cuyo sentido es dar cuenta de la historia del proyecto y producir un conocimiento que permita comunicar lo que ha sido su trabajo; a través de este análisis se intenta tomar conciencia de lo realizado, de las transformaciones que ha tenido el proyecto y definir así nuevas líneas de acción". (22)*

Según el diccionario **Pequeño Larousse Ilustrado** *"sistematizar es reducir a sistema una cosa: sistematizar sus ideas". (p.948)*

"Sistematizar es organizar una práctica para volver a intervenir con mayor eficiencia y eficacia en una situación dada." (23)

"Sistematización es un método que busca generar conocimiento social a partir de las experiencias, para ofrecerlo como orientación a otras experiencias similares. Una reflexión teorizada en torno a una práctica social realizada, que busca conocer el proceso social contradictorio en torno a las prácticas de clase". (24)

O bien, como define otro autor –Antonio Sandoval Ávila— la sistematización es una interpretación de la lógica del proceso dado, centrado en la dinámica de los

procesos a sistematizar, busca el sentido de las actividades que se desarrollaron. Así, esta tarea se trata de una interpretación crítica de la práctica que –a partir de su ordenamiento y reconstrucción— descubre o explicita la lógica de la experiencia, los factores intervinientes, cómo se relacionaron entre sí y por qué fue de ese modo.

Si bien las definiciones son técnicamente variadas, lo que no varía es la exigencia de tomar a la sistematización como un proceso de elaboración intelectual, implicado con el término sistema y cuyo resultado tiene que ver con la producción de una voz profesional.

La sistematización no es privativa de una profesión o disciplina. En el caso del T.S. ha estado íntimamente ligada a actividades de educación popular y acción comunitaria, desarrolladas por educadores o trabajadores de la salud, y siempre en vecindad con trabajos de antropólogos, sociólogos o planificadores implicados en la acción social.

Desde la inserción geográfica, la sistematización tienen que ver con otros movimientos desarrollados en América Latina, como por ejemplo, la organización comunitaria, la investigación acción, la evaluación participativa, que parecen versiones alternativas de la intención de querer comprender la acción.

Desde el punto de vista de la teoría subyacente, la mayor parte de los movimientos citados, comparten con la sistematización una perspectiva común (variando el contexto y la época) pero que se podría calificar de humanitaria, democrática, comunitaria y popular, implementadas en diferentes versiones: populistas o transformadoras.

Para la profesión, en América Latina, los cambios políticos (que implicaron la pérdida de las democracias de muchos países a manos de regímenes dictatoriales) dejaron sin sustento a los grandes marcos teóricos que fueron el soporte de las ideologías preeminentes de los años 60 y 70, y que incidieron en el T.S. (como en todas las disciplinas sociales). Y si bien ya se usaba la práctica de la sistematización, ésta pasó a implementarse ante la búsqueda de la especificidad profesional, durante el repliegue que significaron esos años de dictadura, alejándose de la teoría general.

Antes de comenzar a analizar aquello que para nosotras representa la sistematización, debemos aclarar qué conceptos tenemos de ese terreno, de esa arena que es nuestro cotidiano espacio profesional: la práctica social.

El T.S. cae frecuentemente en la ambigüedad de mezclar dos sentidos del término práctica: el técnico y el informal, y ambos son incompatibles entre sí. Reducir la práctica profesional al mero hacer, sin mayor contenido, es escindir el famoso binomio teoría – práctica.

Utilizando la idea de Daniela Sánchez, "*sistematizar es un verbo que se conjuga en la acción*" podemos establecer que nuestras prácticas no parten de cero, que siempre tienen un *a priori*, que necesariamente deben estar planificadas o que se trata de tareas concretas con alguna táctica que les da sentido y que persiguen un objetivo.

Si hablamos de sistematización, necesariamente hablamos de sistemas, (algo paradójico en un momento histórico en que los grandes sistemas han caído en su intención de explicarlo todo, o en épocas en que existe un gran recelo por los discursos omnicomprensivos).

La compleja sociedad actual ya no puede ser vista y abordada a través de marcos teórico–metodológicos tan dogmáticos (o esquemáticos), la crítica postmoderna distingue a la fuerza real que en la sociedad de fin de siglo estructura todo: la voluntad de poder aparece como la organizadora de la diversidad social, institucionalizando un sistema. El concepto de sociedad así se nos presenta como más simplista; lo social –en cambio— parece rescatar la complejidad que hoy adquiere la vida (Lechner, 1988).

Un sistema es una unidad compuesta, es decir, totalidad en la cual se distinguen elementos como componentes de la misma, y cuya composición tiene unidad que se distingue como totalidad.

Pero ¿qué es un sistema? Es un modo de captar la realidad como unificada y compuesta. Como unidad, es una unidad conceptual y como tal puede verse como algo construido, como el modo de ver integrando, no necesariamente un objeto visible, ni una sola cosa inmutable, sino cambiante en su definición empírica.

Como unidad compuesta pueden verse partes, aspectos, variables o sectores que no están separados; o momentos, etapas o períodos, de acuerdo al tiempo.

Vulgarmente el término sistema nos remite al sistema político social imperante en un país. En definitiva, se trataría de las relaciones existentes entre el todo y sus partes, y de éstas entre sí.

Cuando se habla de un sistema no se habla solo en sentido racional y lógico sino también en sentido subjetivo, de la vitalidad y dinamismo del mismo.

Un sistema social primero se capta y se intuye, luego se comparte y se comprende, y por último se formula y comunica, no sólo como algo racional sino también como vivencia. Porque un sistema es una unidad dinámica, con relaciones e interacciones entre las partes y equilibrios internos –si bien relativos- que tienden a mantener en un orden, siempre en tensión y abierto al desorden, lo que significa reordenamiento, cambio, aprendizaje dentro de esa articulación que se da entre sus componentes.

Ahora bien, es importante señalar que cuando hablamos de sistemas sociales no referimos a sistemas abiertos e inestables, en donde las posibilidades de cambio - para bien o para mal— están siempre presentes y activas. No obstante que los problemas no son lo característico de los sistemas, éstos se mantienen por lo que funciona bien en ellos, por lo que marcha bien a pesar de sus fallas, fallas que el mismo sistema puede sobrellevar sin poner en peligro su propia existencia. Pero al enfocar un sistema social, debemos tener en cuenta su calidad de homeodinámico más que de homeostático , pues no se mantienen naturalmente o por leyes de inercia, y ni siquiera es poco lo que le cuesta mantenerse en medio de la turbulencia.

Esto nos lleva a reflexionar acerca de que las descripciones que hagamos sobre los sistemas no deben ser ni buenas ni malas en sí mismas; lo que nos debiera importar es si es correcta la descripción que de ellos hagamos, si se ajusta a la realidad, tanto el describir a un sistema esclavista como a un sistema democrático, por ejemplo.

El problema no es que lo estudiado sea visto como un sistema, sino el no poder comprender qué sucede allí; es difícil que se pueda proponer una acción transformadora o querer mejorarla si no se comprende por qué lo que se quiere cambiar sobrevive y resiste al cambio.

Por otra parte, *"el que esa descripción pueda ser útil para organizar una acción, depende del juicio de valor que se tenga respecto a ese sistema" (25)*

En nuestro trabajo de sistematizar, las relaciones que hagamos de los problemas deben situarse dentro de los niveles de organización existentes, es decir, que debemos identificar los sistemas intermedios en que se organizan "*para situar una realidad problemática entre las relaciones que constituyen los sistemas que la engloban directamente, y estos sistemas en otros aún más amplios" (26)*

En síntesis, un sistema refleja la forma de comprender o mirar la realidad. Pero no debemos confundirnos con lo que es una teoría general de sistemas – en donde se habla

en abstracto de relaciones, órdenes, jerarquías- con la implicancia que tiene el término para las disciplinas sociales, en donde hay un objeto de estudio concreto, con un nivel de organización dado que es la unidad de análisis, en una realidad determinada.

Para comprender qué es sistematizar proponemos comenzar por efectuar interpretaciones hipotéticas de la práctica, que luego iremos revisando, desarrollándolas según la información disponible que tengamos al momento. Será así nuestra lectura de la porción de realidad en que nos toque intervenir: adecuando la descripción de la práctica (un sistema), lo que vamos entendiendo de la misma, con la información que sobre ella se va acumulando.

De esta manera –dialéctica- nuestro intento de comprensión dará lugar a una lectura más o menos compartida y pasible de nueva adecuación a la cambiante realidad.

Entonces, *"una sistematización es un producto, es un resultado, un algo comunicado en forma estructurada en un texto" (27)*

No existe una fórmula preestablecida, pero la sistematización requiere de un gran componente de creatividad, tanto en el plano del pensar como en el del hacer, *"es un esfuerzo analítico que implica mirar la práctica con distancia, reflexionarla, hacerle preguntas y no hacer obvias las actividades cotidianas".(28)*

Sistematizar debiera aportar la capacidad para relacionar, para contextualizar. *"Tal vez la sistematización puede aportar para ello la dinámica que Eco describe genialmente de cómo construir una tesis: la dinámica del interés, de la intuición de un social disimulado en la aparente atomización de la cola, y de la afirmación interpretativa, la tesis que puede hacer evidente una realidad oculta por la inercia y la ideología burocráticas" (29)*

En el contexto del T.S. hacer una sistematización puede ser interpretado de diferentes maneras: relatar una experiencia, informar una práctica o una intervención, hacer un informe de proyecto o hacer una lectura de una experiencia.

La sistematización es una herramienta que tiene una multiplicidad de sentidos, por lo cual hay que analizar la relación entre sistematizar y los campos afines. Puede seguir diferentes estrategias: la del relato, la de la evaluación o la de la investigación. En todos los casos la sistematización está puesta al servicio de justificar una práctica, hacerla conocer, compartirla, aprender de ella y cotejarla con otras prácticas.

El presente trabajo encuadra más en la relación existente entre la sistematización y la evaluación, en donde las diferencias conceptuales se estrechan.

"La evaluación pone énfasis en el ajuste continuo entre la intención y los resultados de la acción, mientras que la sistematización lo hace en la interpretación global de esa acción..." (30)

Es insoslayable el hablar de quiénes realizarán estas tareas, con quiénes queremos compartir la sistematización, a quiénes queremos hablarle, qué pretendemos obtener con ello; vuelve a manifestarse la escisión entre teoría y práctica, surge la concepción que tengamos de las relaciones sociales, quiénes darán vida a la acción y quiénes harán la lectura de la misma.

El hecho de que distingamos los momentos de reflexión y los de ejecución no implica que los debamos separar, separando también a quienes lleven a cabo unos y otros; sistematizar *"es saber distinguir sin separar"*. (31)

La responsabilidad de las tareas quedarán asignadas a una organización, pero siempre entre los actores involucrados. Sistematizar, así, carga con todo el potencial de inclusión –tanto de los grupos de la acción comunitaria como de los profesionales que trabajan con ellos- que conlleva un alto *"poder de convocatoria a una reflexión colectiva" (32)*

(1) BIANCHI, María del Carmen. **Los que quedaron afuera**. Cap. "Políticas sociales y políticas estatales. Relaciones entre funcionarios y actores sociales".Bs.As. Argentina. Ediciones UNIDOS. 1993. (p.108).

(2) Ibídem ant.

(3) VINOCUR, Pablo. Ibídem ant. (p.112).

(4) O.P.S. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Mensaje del Director. 1987. (p.102).

(5) PAGANINI, José M. **Las acciones de Salud. Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud.** O.P.S. – O.M.S. (p. 573).

(6) **Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. La administración estratégica**. Washington - E.U.A. 1992 (p.1).

(7) TESTA, Mario. **Pensar en Salud**. Bs. As. Argentina. (p.174).

(8) BRYANT, J. y otros. **Ética, equidad y renovación de la estrategia salud para todos de la O.M.S.** Foro Mundial de la Salud. O.M.S. Vol. 18. Ginebra – Suiza. 1997. (p.119).

(9) O.P.S. **Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe.** Serie Paltex. N°41 – Washington D.C., E.U.A. Julio 1997-1999 (p.214).

(10) Ibídem ant. (p.220)

(11) SALVIOLI, Fabián. **La Constitución de la Nación Argentina y los DD.HH. Un análisis a la luz de la Reforma de 1994. Convención sobre los derechos del niño.** Preámbulo. Bs. As. Argentina. Edit. del Movimiento Ecuménico por los DD.HH., 1995. (p.219).

(12) LA CAPITAL, Suplemento Madre Tierra. Art. Necesidad de cumplir los derechos del niño. Mar del Plata – Argentina. 2 de enero de 2000.

(13) ROVERE, Mario. Ponencia **Estrategias actuales de la atención materno infantil.** Simposio Argentino de Pediatría Social. Mar del Plata – Argentina. Abril – mayo 1999.

(14) GODOY, Daniel. **Aportes para una propuesta de salud en la Prov. de Bs. As.** . C.T.A. Julio de 1998 (p.50).

(15) KISNERMAN, Natalio. **Salud Pública y Trabajo Social**. Bs. As. Argentina. Edit. HUMANITAS. (p.128).

(16) EROLES, Carlos. Compilador **"Los DD.HH.- Compromiso ético del Trabajo Social"**. Bs.As.- Argentina. Espacio Editorial. 1997 (p. 47).

(17) Idem anterior. (p.129/130).

(18) Idem anterior. (p.78).

(19) Idem anterior. (p.126).

(20) SAN GIÁCOMO, Osvaldo. **Trabajo Social y Sociedad Civil**. Rev. Tribuna libre N°8. Julio 1994. Mar del Plata. (p.6).

(21) GAGNETEN, Ma. Mercedes. **Hacia una metodología de la sistematización de la práctica**. Bs. As. HUMANITAS. 1987 (p.39 y 110).

(22) C.I.D.E. – FLACSO. **Informe final del Seminario de Sistematización de experiencias de educación popular y acción social.** Talagante, Chile 1984 (s/p).

(23) SÁNCHEZ, Daniela. **Concretar la democracia. Aportes del Trabajo Social. Chile 1973 – 1989**. Cap. "Sistematizar es un verbo que se conjuga en la acción". Bs. As.Humanitas. (p. 86).

(24) ZÚÑIGA, Ricardo. **Sobre el sistematizar**. Revista de Trabajo Social N°61. 1992 (p.19).

(25) Idem ant. (p.23).

(26) Idem ant. (p.23).

(27) Idem ant. (p.25).

(28) Idem 23. (p.86).

(29) Idem 24. (p.26).

(30) Idem 24. (p.27).

(31) Idem 23 (p.86).

(32) Idem 24 (p.28).

3. DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

3.1. Descripción histórico-geográfica. El origen de los pobladores

Mar del Plata ha sido siempre –al menos desde su conformación como ciudad turística, en los primeros años '50— una gran receptora de trabajadores, sobre todo en aquellos años, en las áreas de servicios relacionados con la explotación del turismo (gastronómicos, textiles, construcción, etcétera).

Esto se enclava dentro de un contexto nacional donde el fenómeno de las migraciones del campo a la ciudad eran una constante; así, la situación local es mencionada en **Concentración del Ingreso, Precariedad Laboral y Segmentación Social: el Caso de Mar del Plata** (1996), del Grupo de Investigación Calidad de Vida, de la Facultad de Humanidades, U.N.M.d.P.: *"La segunda mitad del sigo XX incluyó cambios muy significativos en las tendencias de crecimiento urbano a nivel nacional, cuya somera descripción resulta conveniente para poder ubicar a Mar del Plata dentro del más amplio movimiento interno y externo de la población del país"* (p. 17).

Como polo de atracción, su cualidad principal ha sido el carácter temporario, que viene demandando una fuerza de trabajo durante los meses de la época veraniega.

Ello ha redundado en el asentamiento irregular y precario de una gran cantidad de trabajadores, mayoritariamente de otras provincias del interior del país y del propio interior de la provincia de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Respecto del fenómeno de las inmigraciones en Mar del Plata se puede hablar mucho, desde las migraciones de población marcadamente de origen rural del principio (hace 50 años) hasta las más actuales, con una tendencia mayor de migraciones de sectores de residencia anterior urbana.

O destacar, por ejemplo, el lugar de procedencia por segmento social de las jefas de hogar que se observa en el estudio antes mencionado.

Allí surge que *"los hogares marplatenses a cargo de mujeres migrantes representan el 19,5% del total de hogares. En este subconjunto, se observan altos % de jefes provenientes de otros partidos de la provincia de Buenos Aires y de otras provincias de nuestro país. Respecto a la segmentación social, no se destacan*

diferencias entre pobres y no pobres en los provenientes de otros partidos; sin embargo, son muy altos los % en los hogares menos protegidos, cuyos jefes son mujeres procedentes de otras provincias" (p. 36). Presentamos la tabla que grafica lo expuesto:

Segmentos	N.B.I./lp	N.B.I./v	Sólo N.B.I.	l.p.	v.	n.p.
Otros partidos de Pcia. Bs. As.	48,4	25,5	28,3	41,9	52,5	49,3
Otras provincias	32,5	66,1	52,1	34,1	10,2	15,9

Los lugares escogidos por muchas familias que han venido (y vienen) a emplearse por temporada en hoteles, constructoras, comercios, restaurantes, balnearios, etcétera, están en la periferia de la ciudad, desde el Sur (barrios portuarios) pasando por el Sudoeste-Oeste (las canteras, cordón frutihortícola) hasta el Noroeste-Norte (quintas), áreas que conforman el cordón perirrural marplatense.

Las características que presenta esta periferia –pues— son las de la falta de un acorde desarrollo urbano que hubiera podido acompañar esta enorme afluencia de trabajadores; trabajadores que en gran proporción han ido radicándose en la ciudad a medida que se acentuaban los años de crisis (últimas tres décadas especialmente).

Este crecimiento de la población, acompañado de condiciones precarias, ya queda reflejado en el trabajo **Sistematización de la Información en el Censo de Asentamientos o Villas del Partido de Gral. Pueyrredon** (marzo, 1992), por parte de la entonces Secretaría de Acción Social y Salud Pública municipal. En este trabajo se contabilizaban ochenta villas de emergencia o asentamientos, con un total de población de 15.314 habitantes en un total de viviendas de 3.558 y un total de familias de 3.577. En lo que respecta a las características de la población, el mencionado trabajo destaca que *"la pirámide de la población censada es de forma marcadamente triangular, ancha en la base y aguda en su cúspide, de manera tal que los grupos jóvenes prevalecen en cantidad sobre los de mayor edad"* (p.22).

3.2. Los niños y las mujeres primero

Este dato vuelve a confirmarse en el estudio **Condiciones de Vida de la Población de Mar del Plata - 1992-94,** del ya mencionado grupo Calidad de Vida; el mismo dice: *"los grupos menos favorecidos en sus formas de vida presentan estructuras relativamente jóvenes, con alto potencial de crecimiento demográfico. (...) Es evidente el predominio de la población femenina en la conformación del total y de cada segmento social, pero este fenómeno se refuerza en los grupos más desprotegidos.*

(...)

"Estas estimaciones y su representación gráfica –las pirámides de población— muestran la desigual estructura por sexo y edades de los segmentos sociales. Las categorías de los N.B.I./L.P., N.B.I./V. Y N.B.I. manifiestan formas jóvenes, con amplia base y rápida disminución hacia la cúspide.

(...)

" Se destacan los siguientes efectos: 1) la alta proporción de individuos en edad pre-escolar y de escolaridad primaria (2 a 5 años y 6 a 13 años) asignados a segmentos inferiores de la escala social, en correspondencia con la estructura etaria joven de sus poblaciones, demandantes potenciales de servicios educacionales y de empleo en el mediano plazo; 2) la proporción de mujeres en las edades centrales de la reproducción (19 a 44 años) que tiende a ser inferior al promedio total en los segmentos más desprotegidos, denotando una alta fecundidad por mujer en esos estratos, a partir de la comparación con los importantes porcentajes de la población infantil" (p. 45).

"La composición por sexo indica un fuerte predominio de la población femenina en general, y en los segmentos sociales más desprotegidos en particular, aunque los relativamente elevados índices de masculinidad estimados para la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (sólo N.B.I.), Vulnerable (V.) y su combinación (N.B.I./V.) estaría denotando que la población masculina logra superar mejor las desventajas provenientes de los menores ingresos.

"En síntesis, son los grupos sociales menos favorecidos en sus condiciones de vida, los que presentan mayor potencial de crecimiento demográfico, atendiendo a su estructura por sexo y edad" (pp. *47/48).*

Y en el trabajo del año '96 denominado **Resultados y Metodología de Monitoreo y Evaluación de los Comedores del Municipio de Gral. Pueyrredon**, del grupo Calidad de Vida, en donde se presenta el informe acerca de los resultados de la encuesta de hogares y el relevamiento de efectores (Comedores Comunitarios Municipales de Mar del Plata), se menciona: *'La estructura de edades de la población encuestada confirma las expectativas respecto a sus características acentuadamente juveniles, con alto predominio de niños con relación a la población adulta: sobre todo en los hogares beneficiarios del Programa de Comedores Comunitarios la presencia de niños (menores de 14 años) está muy por encima de la media nacional, de los valores generales del Partido, y de la propia población no beneficiaria que comparte el espacio geográfico con la primera. El correlato, es que los ancianos (mayores de 60 años) son un grupo muy minoritario en estos hogares, reproduciéndose una pirámide de edades clásica en los trabajos demográficos de este tipo, con pirámides de edades con ancha base y muy estrecha en el extremo, lo que hace que se la denomine en "espiral" por su enorme potencial de crecimiento.*

'En este sentido el gran tamaño promedio de los hogares clasificados como beneficiarios, que en algunos casos duplica el nacional y está aún por encima del correspondiente al de la población N.B.I. de la provincia, no sólo refleja este peso proporcional de los niños y adolescentes, como motivo de preocupación presente, sino que plantea –de no modificarse las condiciones de vida, en el mediano plazo— un seguro efecto multiplicador que significa para estos hogares y población carenciada un crecimiento superior al del resto de los hogares, o dicho en otros términos fundamenta una expectativa de crecimiento proporcional de la pobreza por mero incremento vegetativo' (p. 17).

Lo que intentamos describir –a través de estos recientes estudios locales— es a la población periférica de nuestra ciudad, su origen (por ejemplo, el 70 % de los jefes de hogar es migrante) y su composición, que –como hemos analizado— es mayoritariamente juvenil y femenina.

En esta descripción (que nos ayudará a situar a posteriori nuestro diagnóstico) también queremos dibujar lo que ya conocemos desde lo cotidiano: la precariedad y pauperización creciente de gran parte de nuestra sociedad local, sobre todo en las orillas

de la ciudad, datos que nos servirán para contextualizar nuestro análisis acerca de los programas en salud materno-infantil.

3.3. Los servicios urbanos

Pero retomando las condiciones de precariedad general a que aludíamos al principio, debemos aclarar que cuando hablamos de tal estamos mencionando lo endeble de la situación de la población marplatense que vive en la periferia, en el plano urbano (nos referíamos a la falta de infraestructura y equipamientos suficientes ante el vertiginoso crecimiento de los barrios, que se fueron conformando por prepotencia poblacional, sin planificación urbana y una acorde factibilidad de obras).

En el capítulo VIII del ya citado estudio **Concentración del Ingreso...** denominado "Servicios Urbanos Básicos y Equipamiento de los Hogares", se muestra por ejemplo, lo siguiente: *"Los niveles de accesibilidad a los servicios urbanos básicos, así como la calidad y cantidad del equipamiento de los hogares, manifiestan características diferenciales si se consideran separadamente los distintos segmentos de la sociedad marplatense"* (p. 79).

Y respecto de servicios elementales como representan las cloacas y el agua corriente, de cara a las metas fijadas para las Américas del programa "Salud para Todos en el Año 2000", cuyo indicador apunta al agua potable y la deposición de excretas, en el mismo capítulo se analiza: *'profundizando esta línea investigativa, y en relación a la problemática acerca de la condición sanitaria, el análisis por segmentos proporciona datos que validan los criterios de clasificación utilizados para caracterizar a los diferentes grupos. En el segmento N.B.I. los indicadores sobre "falta de arrastre de agua" y "sin inodoro o retrete" registran la mayor incidencia (64,2%); en cambio, en los L.P., Vulnerables y No Pobres casi la totalidad de los casos analizados se ubica en las categorías "conectado a red pública y/o cámara séptica"'* (p. *80).*

Endeblez jurídica (en el caso de los asentamientos) y también laboral, dada la actual crisis en el mercado de trabajo.

El avance de la pauperización en sus diversos planos entre los sectores sociales más vulnerables queda demostrado en la confección del Índice de Riesgo Social de los

Hogares, elaborado para el estudio **Resultados y Metodología del Monitoreo y Evaluación...;** allí –entre otros indicadores— se toman en cuenta:

- Niños menores de 14 años: cada niño menor de 14 años conviviente en el hogar suma uno al puntaje de riesgo social de su hogar.
- Todo jefe de hogar definido como desocupado en la última semana suma un punto.
- Todo jefe de hogar definido como inactivo "desanimado" (buscó trabajo pero desistió de hacerlo porque es difícil de conseguir) suma un punto.
- Todo jefe de hogar definido como ocupado sin calificación suma un punto.
- Todo miembro del hogar "no jefe" definido como desocupado suma un punto.
- Todo hogar ubicado en una vivienda que no disponga de inodoro/retrete con arrastre de agua (exclusivo o compartido) suma un punto.
- Toda mujer que haya tenido hijos en el año anterior a la encuesta y no registre al menos cuatro consultas antes del parto suma un punto.
- Todo niño menor de 6 años que no haya realizado consulta médica en los 6 meses anteriores a la entrevista suma un punto; etcétera.

Cabe aclarar, en la interpretación más simple del I.R.S.H., que la tendencia 0 o próxima a ella califica al hogar como de bajo riesgo, en tanto que los que obtengan el puntaje máximo se clasificarían como de más alto riesgo; además de que su lectura y los valores que se expresan deben entenderse como una orientación general destinada a ordenar los resultados generales del citado estudio, ya que el puntaje obtenido no orienta sobre el efecto particular de cada tipo de desventaja (empleo, hábitat, socio-sanitario, educacional, etcétera).

3.4. Los ingresos del trabajo: ¿dónde está el mercado interno?

También podemos citar el informe del Centro de Investigaciones Económicas - Grupo de Estudios del Trabajo, de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata, **Mar del Plata en transición – Mercado de trabajo local y estrategias familiares** (octubre de 1997) cuando habla de los niveles de pobreza en relación a la distribución del ingreso familiar: *"... en términos de la medición no existe sólo una línea de pobreza. Las situaciones por debajo de esta línea*

son heterogéneas lo cual ha llevado a diferenciar distintas situaciones en función de la capacidad de consumo de los ingresos. Así se establecen líneas de indigencia, de pobreza relativa y de vulnerabilidad.

(...)

"De acuerdo a estos valores la línea de indigencia tiene como techo a los hogares con ingresos menores a $ 267. La línea de pobreza relativa considera los hogares con ingresos entre este valor y menos de $ 553. Por su parte la línea de vulnerabilidad considera a los hogares con ingresos por debajo de dos líneas de pobreza, es decir entre $ 553 y $ 1.066.

(...)

"Los hogares en situación de indigencia alcanzan casi al 15 % del total, aproximadamente el doble del Conurbano Bonaerense. Los hogares que se denominan en situación de pobreza son el 23,5 % mientras que los que están en situación de vulnerabilidad son el 32,2 %.

"Ahora bien, tomando en consideración que estas desagregaciones no son más que representaciones de la diversidad de situaciones que se dan dentro de la pobreza y que al menos una parte de los llamados no pobres no cubren la canasta familiar normativa (tres canastas básicas = $ 1.580) podemos llegar a la conclusión que en Mar del Plata la situación de precariedad social es muy extendida" (pp. 95/97).

Siguiendo el análisis en las unidades familiares, el Grupo de Estudios del Trabajo aporta desde el enfoque de las llamadas estrategias familiares (las cuales pueden ser cuestionadas como tales dada la imposibilidad de previsión y planificación que conllevan las distintas manifestaciones de la pobreza, pero que en este estudio están tratadas desde un enfoque puntualmente económico): *"Todos estos elementos parecen indicar que las familias desarrollan estrategias adaptativas que se ajustan por el lado del consumo dadas las precarias condiciones de inserción laboral que ofrece el mercado de trabajo. Las más vulnerables condiciones de reproducción se relacionan, en primer lugar, con la falta de ingresos o con ingresos que no provienen del mercado de trabajo y, en segundo lugar, con los niveles más extremos de precariedad laboral dado que los trabajos así definidos proveen los más bajos ingresos"* (p. 93).

El citado informe postula: *'Las condiciones descriptas permiten hacer propias las palabras de Hinze cuando afirma que las opciones de los sectores más vulnerables se*

"inscriben en un contexto macrosocial que las limita y condiciona" y que *"La desocupación y las diversas variantes de la precariedad laboral confluyen en una situación que recorta los márgenes para el desarrollo de estrategias de sobrevivencia, lo cual amplía necesariamente la zona de vulnerabilidad social, ensanchando el camino de la exclusión"* (p. 98).

En relación estricta con el trabajo, el estudio menciona: *"el fuerte incremento absoluto de la desocupación local (38.356) se explica por la combinación de un aumento de la P.E.A. (población económicamente activa, 20.995) y por la destrucción de empleos (17.361). Por lo tanto, el aumento de la desocupación no es sólo consecuencia de la mayor actividad o de la visibilidad de los trabajadores desalentados (desempleados ocultos en la inactividad) sino que es, también, una secuela de las pérdidas de empleo a que dio lugar el proceso de ajuste económico y apertura de la economía y las privatizaciones.*

"La pérdida total de empleos locales en 1991-95 es del orden del 10 % ..." (pp. 38/39).

En las reflexiones finales, el ya citado libro expone: *"El mercado de trabajo local ha mostrado en esta década un alto crecimiento de la desocupación.*

(...)

"...tiene estrecha vinculación con la destrucción de empleos a la que se ha asistido en el transcurso de la década actual y con la incapacidad de las actividades productivas locales de generar puestos de trabajo.

"A pesar de ello, Mar del Plata continúa siendo un importante centro de atracción de migrantes, el 54 % de la población reviste esta condición" (p. 99).

3.4.1. En la economía de la desocupación la mujer se destaca

Y al aludir a los trabajadores de otras provincias que se han radicado en la ciudad (además de señalar las edades centrales de la mayoría de ellos), lo que refleja la crisis de las economías regionales (aunque la economía local puede inscribirse como tal, ejemplo: la industria del pescado), menciona lo que es puntual para nuestro trabajo: *"Siguiendo la tendencia nacional, tanto las mujeres como los jóvenes presentan una alta vulnerabilidad en el mercado de trabajo derivada, en otros aspectos, de altas tasas*

de desempleo y bajos ingresos, destacando las correspondientes a las mujeres jefes de hogar" (p. 99).

En efecto, en el detalle de segmentación por sexo y edad, describe: *"Las mujeres representan aproximadamente el 40 % de la P.E.A., el 37 % de los ocupados y el 49 % de los desocupados. Tanto la tasa de actividad (32,3 %) como de ocupación (23,5 %) de las mujeres es menor que la de los varones (54,7 % y 44,5 % respectivamente). En cambio, la tasa desocupación de las mujeres (27,1 %) es más alta que la de los varones (18,8 %)"* (p. 47).

"De estos elementos así como de los señalados en el punto anterior, se desprende que la situación de las mujeres en el mercado de trabajo es más vulnerable que la de los hombres, tanto porque presentan una mayor tasa de desocupación y un mayor proporción de desocupados en relación a su aporte a la P.E.A. como por los ingresos obtenidos. Un aspecto particularmente preocupante de esta vulnerabilidad está representada por la alta tasa de desocupación de las mujeres jefes de hogar (31,5 %)" (p. 50).

Cabe aclarar que este último estudio se ha realizado sobre Mar del Plata en su totalidad, a través de la Encuesta Permanente de Hogares, pero –si bien el fenómeno de la pobreza en sus múltiples manifestaciones se ha extendido a toda la población en general— no podemos dejar de inferir que lo peor de lo analizado se encuentra en los barrios periféricos.

3.5. Carentes de Obra Social, ¿carentes de salud?

Por último, al acceder a la información que describe las condiciones de la salud en Mar del Plata la investigación **Concentración del Ingreso...** menciona: *"Del total de hogares marplatenses, el 21 % carece totalmente de cobertura y este porcentual ha sido diferenciado según el segmento social de pertenencia, respecto a dicha carencia, de acuerdo al siguiente detalle:*

62,8 % de los hogares N.B.I./L.P.;

56,0 % de los N.B.I./V.;

39,3 % de los sólo N.B.I.;

(...)

"Si tenemos en cuenta que los hogares pobres, considerados globalmente, se caracterizan a su vez por el elevado número de sus miembros (constituido además por un porcentaje alto de niños), el esquema presentado adquiere otra dimensión, pues la salud materno-infantil en dichos sectores se encuentra totalmente desprotegida, al margen de los servicios gratuitos brindados –eventualmente— por los establecimientos públicos" (pp. 55/56).

Y el diagnóstico del desarrollo urbano del libro **Habitar Mar del Plata - Problemática de Vivienda, Tierra y Desarrollo Urbano de Mar del Plata - Diagnóstico y Propuestas** (1996), de la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño de la Universidad Nacional de Mar del Plata y el Programa Arraigo (Presidencia de la Nación – Comisión de Tierras Fiscales), hace la lectura de la situación del sistema de servicios para la ciudad, analizando las relaciones entre los distintos elementos, como la salud y la promoción comunitaria, acerca de las cuales expresa: *'Para Mar del Plata, podemos hallar en líneas generales, dos tipos de centros: la unidad periférica sin internación, y el hospital base con internación. En el presente análisis, se puso especial acento en las unidades sanitarias por ser el primer eslabón del sistema, desde el cual se debieran efectuar las derivaciones que resultasen necesarias a establecimientos de mayor complejidad. Es por ello que aquí también es de fundamental importancia contar con una accesibilidad física relativamente rápida a estas "salitas barriales".*

(...)

'De acuerdo a los datos obtenidos, existen un total de 29 dependencias que conforman el sistema de atención de la salud en Mar del Plata, integrado por Unidades Sanitarias Periféricas, Centros y Subcentros de Salud, además de cuatro institutos (HIGA, HIEMI, IE Jara, IRPS) de nivel nacional y provincial. Se registra para la ciudad de Mar del Plata una distorsión en la optimización del uso del sistema de salud del que se dispone, con sobrecarga del tercer nivel de atención estatal (hospitales) en torno a patologías que bien podrían ser atendidas en las unidades sanitarias barriales, si éstas contasen con mayor accesibilidad física y una franja horaria más amplia, sumándose también la ausencia de Hospitales municipales' (pp. 46/47).

En cuanto a promoción comunitaria: *"Las carencias materiales y culturales, cuya uniformidad puede ser cuestionada, pero en las que siempre están presentes los bajos ingresos, a veces críticos; viviendas deficitarias, con altos índices de hacinamiento;*

dotación deficiente de servicios de infraestructura; ausencia de espacios de recreación; escasa o nula disponibilidad de centros educativos; insuficiente cobertura de servicios de salud y un hábitat inadecuado que completan un cuadro que se agrava ante la presencia de mayor indigencia económica, conflictos familiares, inestabilidad laboral; genera una realidad que repercute tornando sumamente vulnerable la situación de algunos sectores de la población.

"Los niños que viven en estas condiciones de vida, están expuestos a una múltiple sinergia que los predispone a resultados adversos en su desarrollo" (p. 47).

Volviendo por última vez al estudio del Grupo de Investigación Calidad de Vida, **Resultados y Metodología del Monitoreo...**, en su exposición de la toma de talla en campo a 2.315 niños entre 2 y 14 años de edad cumplidos, explican: *"El 49,4 % de los niños medidos provenían de hogares con alto índice de riesgo social de hogares (I.R.S.H.); 1.472 niños, que representaba el 63,6 % de los mismos, provenían de hogares cuyos ingresos estaban por debajo de la línea de indigencia" (p. 23).*

"Desagregando, el grupo de edades de 2 a 5 años, se observa una leve desviación a la izquierda de la curva de este último grupo, comparada con la correspondiente a la de la totalidad, lo que evidenciaría, tal lo observado en estudios de similares características realizados por nosotros en otras áreas de observación, un mayor daño, traducido en una menor talla de los niños de edades menores" (p. 24).

Más adelante, en la exposición de la asociación entre baja talla y alto I.R.S.H.: *"Estas diferencias en la talla de los niños, provenientes todos ellos de hogares socialmente precarios, demostrarían el impacto biológico, en este caso, del potencial de talla perdido, asociada fuertemente a este otro indicador construido para este sistema de evaluación, el R.S.H.*

"Estas diferencias manifestadas en la baja talla de los niños, de probada ocurrencia en sociedades empobrecidas, impacta con distinto énfasis en sujetos expuestos a distintas categorías de riesgos como se prueba en este estudio" (p. 27).

Pero al dirigirnos dentro de este estudio al sector materno-infantil que hemos escogido, *"El cuadro 21 reproduce la información de cobertura respecto a los hogares con población materno-infantil, entendida como la concurrencia a los Centros de Atención Primaria de la Salud y en la recepción de leche en polvo común y reforzada. Como puede verse a través de los hogares los niveles de cobertura son altos, aunque la*

información no es suficiente para evaluar con certeza la cobertura de la población objetivo y la regularidad de la atención que ésta recibe" (p. 47).

En dicho cuadro (p. 75) aparecen –por ejemplo— los comedores Casita de Nazareth y Mons. Enrique Angelelli, del barrio Las Heras (en donde se sitúa el subcentro de Salud que hemos elegido para realizar nuestro análisis); se refleja que en el comedor Casita de Nazareth, los hogares con embarazadas y/o menores de dos años que asisten allí, el 22,9 % concurre al Centro de Salud y recibe la caja de leche, mientras que el 77,1 % no concurre ni recibe. Y que en el comedor Enrique Angelelli, del total de hogares con la misma clasificación, el 60,9 % concurre al subcentro de Salud y recibe la caja de leche y el 39,1 % no concurre ni recibe.

La insuficiente información dirigida al sector materno infantil nos intranquiliza puesto que todos los datos (que ya no son tan recientes pero que la crisis generalizada nos hace pensar que pudieron agravarse) vistos en su conjunto conforman un cuadro –a nivel local— negativo.

Sabemos que las carencias de un grupo etario repercuten en otro, que si las madres jóvenes tienen carencias ello incidirá negativamente sobre los niños, que la ausencia de trabajo de los padres también, lo mismo que la vivienda precaria, la falta de infraestructura y servicios, etcétera.

Este es el panorama que contextualiza al tema de la salud materno-infantil, donde parece refirmarse aquello de que: "*en hogares cuyas economías son críticas, la atención de la salud, se centra exclusivamente en las acciones que hacen a la recuperación de la salud*" (p. 31).

4. REPRESENTACIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD EN LA CIUDAD

4.1. Somera historia del derrotero de la salud marplatense

El 26 de septiembre de 1886 llegó el primer tren con pasajeros a nuestra ciudad, y junto a él, la necesidad de una infraestructura urbana adecuada.

En un primer momento fue la clase dominante porteña, que tenía intereses particulares en la zona, quien se hizo cargo de la planificación urbana. Posteriormente las autoridades locales a cargo del municipio se hicieron eco de estas iniciativas y comenzaron a instrumentar ordenanzas destinadas a organizar el espacio urbano y en consecuencia, a implementar medidas sanitarias.

Las múltiples transformaciones sufridas en este proceso de crecimiento poblacional, que tuvo su correlato en la definición de nuevos grupos sociales, hizo a la complejización de las actividades económicas, que a su vez repercutieron sobre la demanda de servicios en salud. La actividad médica y el rol de las instituciones prestadoras comenzarían a delinearse. Esta actividad se iniciaría en el sector urbano, en donde los municipios fueron los responsables sanitarios, no así en la zona periférica –campaña— donde los vecinos oficiaron de cuidadores de su salud (fines del siglo pasado).

Coexistieron curanderos y médicos, boticarios y farmacéuticos, asilos para pobres y sociedades de beneficencia.

Epidemias como la de fiebre tifoidea, tuberculosis o viruela convivían junto a los núcleos urbanos. La idea de enfermedad epidémica estaba asociada a la pobreza, y los esfuerzos estaban puestos en controlar y contener a esta franja social, en forma caritativa, improvisada y precaria, para evitar que sus males se propagasen al resto de la población.

La salud estaba basada en una concepción benéfica y filantrópica, relacionada directamente con la religión y la caridad.

El progresivo aumento de la población, unido a la frecuencia de los embates de las enfermedades infectocontagiosas, por un lado, y la conciencia de que cuando una enfermedad se desata no respeta ningún tipo de condición social fueron factores importantes en el desarrollo de los servicios sanitarios.

Con la fundación del Asilo Marítimo (destinado a enfermos de tuberculosis) y posteriormente del Hospital Mar del Plata, comenzaron a cubrirse parte de las necesidades asistenciales de la población. Estas obras fueron concebidas bajo iniciativas benéficas, por parte de vecinos distinguidos y veraneantes porteños, ya que el gobierno local no se hacía cargo de destinar los recursos necesarios a los fines de la salud de la población. El financiamiento del Hospital Mar del Plata no era del Estado sino de la beneficencia pública y privada, tanto que el municipio contaba –dentro de su presupuesto— con una partida destinada a la beneficencia pública y al Hospital, bajo la concepción dominante en el tema.

Pero fue en la década del '20, bajo la administración municipal socialista, donde quedó plasmada la acción del gobierno municipal en materia de salud.

Con el acceso de los socialistas a la Intendencia comenzaron los replanteos del cuidado de la salud de la población.

Hasta ese momento no había una política sanitaria local ni una asistencia pública gratuita.. Las nuevas ideas y prácticas políticas hicieron que la salud fuera considerada, a partir de aquí, como un problema político a resolver desde el Ejecutivo municipal, ya no desde la buena voluntad de los poderosos, y en el marco de un proyecto social.

Como es de suponer, este cambio de visión de lo sanitario marcó un punto de ruptura entre los representantes de la élite gobernante nacional y las autoridades locales.

Finalmente, el 4 de julio de 1920, el Concejo Deliberante aprobó el Proyecto de una Asistencia Pública Municipal; por otro lado, y a fin de controlar el directorio del Hospital Mar del Plata, aumentó progresivamente la subvención municipal. Comenzó así el plan de municipalización de los servicios públicos por parte de la gestión socialista.

Con el propósito de extender los servicios de la Asistencia Pública a la periferia de la ciudad, donde se estaban conformando y expandiendo los barrios obreros, se creó también una Sala Asistencial en el barrio del Puerto.

Con el cambio del modelo de acumulación –hacia mediados de los años '40, principios de los '50— por el de sustitución de importaciones a nivel nacional, hicieron su aparición nuevos y diversos actores sociales en nuestra ciudad, tanto en lo económico como en lo social. En efecto, el crecimiento de la masa trabajadora (que hizo estallar múltiples barrios) dio lugar a la aparición de asociaciones gremiales y obras sociales vinculadas a éstas; y también diversos colegios profesionales, asociaciones empresariales, etcétera. En lo atinente a la salud, cabe mencionar –como actor relevante— al Centro Médico de Mar del Plata (otrora Círculo Médico) y al Hospital Regional de Agudos (creado por el Dr. Ramón Carrillo, casi terminado a mediados de 1955 y abandonado por los militares del golpe de la Revolución Libertadora, para ser finalizado y puesto en función durante el gobierno del Dr. Arturo Frondizi).

Surgieron luego –entre 1958 y 1963— 3 nuevas Unidades Sanitarias, ubicadas en los barrios El Martillo, Camet y Batán , a instancia municipal.

A lo largo de la tarea realizada, hubo construcciones, planeamientos y frustraciones, pero lo claro está en que la medicina asumió características sociales, convirtiéndose en una función pública, y que se instauró la idea de salud como un derecho para todos.

4.2. Un nuevo enfoque: desde 1958 a 1963

Cuando se hablaba de Asistencia Pública, casi automáticamente nos remitíamos a la idea de urgencia o emergencia médica, lógica que se fue volviendo inaceptable con el correr del tiempo y la evolución de las nuevas tendencias en materia de salud.

Del mismo modo, hablar de Primeros Auxilios daba la sensación de servicios precarios e insuficientes, ya que si hablamos de primeros auxilios es, porque a posteriori, son necesarios los segundos auxilios, más completos e integrales. (En general, la Sala de Primeros Auxilios era parte de la escenografía e una sociedad de fomento; era su figura paternal, y no tenerla iba en contra de las exigencias lugareñas.)

Bajo la administración del intendente J. R. Lombardo, el gobierno municipal decidió focalizar las mejoras de los servicios de salud, fijando los perdidos objetivos político-sociales imprescindibles para una acción coherente y real.

Se normatizó así la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social a través de tres departamentos: Depto. de Protección de la Salud, Depto. de Asistencia Social y Depto. de Fomento y Recuperación de la Salud, todos en dependencia directa del secretario y subsecretario de Salud Pública.

Fue propósito del Gobierno Municipal que la Asistencia Pública Central y la del Puerto se integraran como centros de salud, para resolver con mayor eficacia los problemas del enfermo ambulatorio, en especial del proveniente de las clases carenciadas. Al mismo tiempo centralizaría la acción de las antiguas Salas de Primeros Auxilios, transformadas en subcentros de salud y unidades sanitarias, las que recibirían apoyo médico desde el centro de salud.

Los subcentros de salud estarían atendidos diariamente por un médico clínico, y por especialistas, semanalmente y en forma rotativa, y serían sede de: a) unidades móviles sanitarias (unidad odontológica); b) para el desarrollo de planes de información (educación sanitaria); c) toda acción que fuera necesario proyectar a la comunidad en el orden médico-sanitario.

Teniendo en cuenta la densidad poblacional, se consideraron subcentros de salud a las dependencias de El Martillo, Batán, Chapadmalal y Camet.

Unidades sanitarias fueron consideradas aquellas salas que sólo contarían con un médico clínico y enfermería, en días hábiles y horarios establecidos; a medida que la zona lo exigiese se irían transformando en subcentros de salud, y a su vez, éstos, en el curso de la evolución comunitaria, en centros de salud.

4.3. Topografía del sector a través de la visión de los vecinos

Las siguientes descripciones surgen de la segunda jornada de trabajo del Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil – Capacitación de animadores y promoción de la Organización Comunitaria – Secretaría de Desarrollo Social – Presidencia de la Nación – 1996.

A partir de la consigna *"Cómo es la Comunidad en la que trabajamos como animadores comunitarios"*, los propios vecinos caracterizaron sus barrios de acuerdo

con la ubicación geográfica, historia de la comunidad, instituciones con las que cuentan, personajes típicos, festividades, costumbres, etcétera. A saber:

4.3.1. Barrio Parque Palermo

"El barrio se loteó hace más de 30 años en parcelas y quintas. Se consideró al principio un barrio residencial. Se reconoció como barrio hace poco más de 12 años a través de las gestiones de un grupo de vecinos. La gente es poco integrada y descreída, y muy trabajadora. La mayoría trabaja en quintas, gallineros y en el reciclaje de cartón. El barrio está dividido en sectores. Los jóvenes se reúnen en la plaza. El barrio posee un asentamiento en el cual residen 65 familias. La mayoría de las casas son bajas y de material, aunque algunas muy precarias.

Se encuentra delimitado por las calles Tetamanti y 210, y desde calle 85 hasta Gutenberg, al costado de la vía. Cuenta con una población estable de entre 1.200 y 1.500 personas, y una población temporaria de extranjeros que trabaja en quintas.

Cuenta con una sociedad de fomento sin personería jurídica; una capilla, San Isidro Labrador; un Jardín de Infantes, N° 26; un Centro Comunitario; el Centro Evangélico Luz y Vida; el Hogar de Niños Humberto Mariotti. Carece de la mayoría de los servicios. Posee 2 líneas de colectivos deficientes, y contamos con teléfono.

Entre los personajes, tenemos al diariero y a la abuela María, que llegó junto con el barrio. Festejamos las fiestas patronales, San Isidro Labrador, el día del Niño y Reyes. Solemos organizar partidos de fútbol.

Entre los problemas acuciantes, están la desocupación, la falta de asistencia médica, de asistencia alimentaria, de espacios para discapacitados, de senderos peatonales, iluminación, agua, mantenimiento de calles, entre otros."

4.3.2. Barrio Las Heras

"El barrio es muy humilde, con gente que habita terrenos que les pertenecen y también terrenos fiscales. Hay lugares en que la gente está un poquito mejor que los que viven cerca de Mario Bravo, que es de la calle 51 hasta la 57. Algunos lugares intermedios cuentan con algunos servicios, como ser teléfono, gas, agua corriente; no tenemos luces en algunas calles, a pesar de ser un lugar tan descampado; no hay cloacas; contamos

con 5 líneas de colectivos. Las calles son intransitables, salvo la 190, que es asfaltada, la 51 y la 47.

La gente no participa mucho, salvo que sea para solucionar su propio problema, y al trabajador comunitario le cuesta mucho hacer integrar a los vecinos, por ser la mayoría personas evangelistas y nosotros pertenecer a la Iglesia católica.

El barrio se extiende desde Polonia hasta 190, y de Mario Bravo a la calle 118.

Las Heras tiene 2.500 habitantes, la mayoría niños que concurren a comedores guardería; escuela, sólo para que no falte la comida, porque el 90% de los padres están desocupados y no saben que hacer ni con los niños, y lo que es peor, con los adolescentes que deambulan todo el día en la calle por no tener en qué ocuparse.

Tenemos carpintero, peluquería, vidriería y mini comunitario.

El lechero pasa todos los días en su carro, y si no tenés dinero igual te deja la leche.

Un señor, al que le dicen Pájaro, que vive hace 30 años en el barrio, es cartonero y ayuda a la gente que tiene muchos chicos, con lo que le dan de ropa. El nutriero que las caza para que coman los niños y no para su propio lucro.

Festejamos el 8 de mayo, día de la Virgen de Luján, el Día del Niño, Via Crucis, pesebres vivientes.

Dentro de las instituciones, contamos con la Escuela N° 7, Jardín de Infantes Municipal N° 13, Salita de primeros auxilios, la Casa del Niño, dirigida por la Hermana Marta, la cual tiene chicos a partir de los 6 años hasta los 15, que reciben apoyo escolar, huerta, apoyo psicopedagógico, asistencia médica, calzado y ropa. Tienen biblioteca, apoyo maternal de la Hermana, que los trata como si fueran sus propios hijos. La guardería la Casita de Nazareth, con niños entre 2 a 6 años, también recibe todo lo que necesitan de la Hermana Marta.

En el Santuario de Luján hay un comedor para 50 personas, escuela para adultos, plan Asoma, plan Vida, ropa, calzado, alimentación, asistencia médica; también dirigido por la Hermana Marta acompañada de algunas señoras; también ella cuida a los enfermos de Sida o de cualquier problema que tenga la gente, hasta lo más indispensable.

La escuela no tiene lugar para todos los chicos del barrio, los cuales tienen que caminar 40 cuadras para llegar a una escuela. El jardín tampoco tiene lugar para todos.

Si no fuera por la Hermana Marta, la mayoría de la gente no podría subsistir, desde casa, comida, asistencia médica y el cariño que ella les brinda, parándose en cualquier lugar donde una persona la necesite, sin discriminar a ninguna religión, ni nacionalidad que sea.

Los problemas del barrio, son entre otros, falta de regularización jurídica de tierras, falta de viviendas, de instituciones educativas, falta de trabajo, calles sin pavimento, robo y delincuencia, falta de cloacas, de lugares recreativos, de luz, etcétera".

4.3.3. Barrio Bosque Grande

"Las calles que delimitan al barrio son avenidas: Vértiz (ex 190), Victorio Tettamanti, Polonia y Fortunato de la Plaza. Las calles interiores, asfaltadas, describen un trazado irregular, con diagonales engranzadas o alisadas.

Circulan 3 líneas de colectivos.

El barrio cuenta con negocios de producción y venta, como panaderías, polirrubros, almacenes y carnicería. También un minimercado.

Posee una sociedad de fomento, la parroquia Santa Rita de Casia, el oratorio Ángeles Custodios, el Tabernáculo Central Movimiento Cristiano Misionero, Iglesia de Mar del Plata, un Jardín de Infantes y villas deportivas. Además tenemos en el borde a CERENIL.

Entre Tettamanti y Vértiz, sobre el césped, se levanta el monolito a María Teresa Ferrari de Gaudino, doctora en medicina y fundadora de la Federación Argentina de Mujeres Universitarias, primera profesora universitaria de Argentina y Latinoamérica.

Posee alumbrado público, y sus casas, en general construidas en una sola planta, son a la vista, de ladrillo, piedra o revoque. También se observan casas con jardines y rejas de hierro cercándolas, que dejan entrever las características de lo que un principio fue un barrio residencial. No tenemos plaza, sí grandes terrenos baldíos.

Tenemos desocupación, problemas de salud y alimentarios".

4.4. La institución municipal

No pudimos ubicar la fecha de la fundación del Subcentro Las Heras debido a la ausencia de archivos históricos en la biblioteca del Palacio Municipal, despacho Documentación y Legislación, lugar en que no se pudo encontrar la Ordenanza que haya dado origen a su construcción (búsqueda manual en los libros de las crónicas diarias de las sesiones del Consejo, ya que sólo los últimos años se encuentran archivados digitalmente); ni en Estadística, donde sólo se encuentra dentro del sistema informático los datos de los últimos 3 años; ni en la Secretaría de Calidad de Vida, que carece –al igual que los subcentros—de archivos de sus instituciones periféricas.

Asimismo, de la bibliografía consultada, pertinente al tema de la salud en Mar del Plata, de autores involucrados con la gestión local en salud o de historiadores marplatenses, o de consultas directas a algunos de ellos, no surge el dato en cuestión. Hipotetizamos que su creación quedaría circunscripta al interregno de tiempo que corre entre los años 1963 a 1969, hipótesis no corroborada por los informantes clave del barrio, quienes no pudieron precisar objetivamente la fecha.

La siguiente es la descripción de la institución municipal, estructura que viabiliza el Programa materno-infantil, visto desde la evaluación que el equipo profesional realizó en el año 1996, y de las entrevistas mantenidas con las trabajadoras sociales y la enfermera del mencionado equipo.

La Unidad Sanitaria de Las Heras está ubicada en el sudeste de la ciudad de Mar del Plata, calle Heguilor (ex 182) N° 2750, y su zona de influencia delimita a los barrios Las Heras, Bosque Grande y Parque Palermo.

"La dirección administrativa del Servicio Social abarca los barrios Las Heras, Parque Palermo y Parque Hermoso pero el área materno-infantil (el Plan del Lactante y el de la Embarazada) de la institución cubre Las Heras, Parque Palermo y Bosque Grande."

"Se piensa armar un plan dentro del Plan del Lactante, con madres adolescentes, pero aún no se ha podido por la falta de recursos. Se cuenta con voluntarios para el Plan Nutricional."

"Las trabajadoras sociales atienden lo que es Acción Social: toda la demanda de la zona de influencia (1.700 familias anotadas en la Asistencia Familiar Directa que depende del Programa Nutricional); y todos los proyectos que surjan en el barrio y los programas de la Subsecretaría."

En la actualidad funciona provisoriamente en el comedor Luz y Vida, en calle 194 esq. 79 del barrio Parque Palermo, a raíz de trabajos de ampliación y reforma de su sede en el barrio Las Heras, en función del Plan PROMIN.

El objetivo institucional es la Atención Primaria de la Salud. Para abordar esta atención la Unidad Sanitaria cuenta con un equipo de profesionales: pediatras, trabajadores sociales, enfermeros, médicos clínicos, ginecólogos y odontólogos.

Los programas que se instrumentan son el Plan del Lactante y del Preescolar, y el Plan de la Embarazada, ambos diseñados por la Secretaría de Salud y Acción Social (actualmente Secretaría de Calidad de Vida) y coordinados por las Subsecretarías de Salud y de Acción Social.

El Plan del Lactante se puso en marcha en la ciudad en 1961, en acción conjunta entre la Provincia de Buenos Aires y la Municipalidad. El mismo está orientado a la promoción, protección específica, diagnóstico y tratamiento temprano, para lo cual es primordial la educación para la salud, el control del crecimiento y el desarrollo psicofísico, el mantenimiento de la lactancia materna y la inmunización específica.

"Las Heras es de las pocas unidades que está haciendo lactantes. Hay 689 niños bajo control (de 0 a 2 años) en este año '99. Ignoramos si está toda la población de la zona atendida."

En el Plan del Lactante de esta Unidad se realizan los controles de los niños sanos desde los 10 días de vida hasta los 2 años. Un día a la semana se destina para el ingreso por demanda referida de recién nacidos y posteriormente éstos son citados mensualmente hasta los 6 meses, luego cada 3 meses hasta los 18 meses y el último control se realiza a los 2 años, cuando pasa la historia clínica a pediatría, donde se sigue la evolución del niño hasta los 15 años.

Son citados diariamente entre 15 y 20 lactantes, todos de la misma edad, (si no concurrieran, los médicos piden a las Trabajadoras sociales la visita a domicilio para averigüar los motivos e invitarlos a que cumplan con las citas) lo que permite instrumentar charlas educativas donde se trabajan diferentes temas acordes a la edad del niño: alimentación, pautas madurativas, estimulación temprana, vacunación, prevención de accidentes e higiene, y se estimūla a las madres a intervenir activamente y formular las preguntas que deseen, tanto de las patologías prevalentes de los niños, los aspectos preventivos, como asimismo acerca del cuidado de la mujer en general y la planificación familiar.

"Se habla de muchas cosas, como por ejemplo del tema de la identidad o pertenencia, que suelen ser cuestiones en que no parecen interesadas las mujeres."

"Los días lunes llegan los turnos a las 8 hs.; son turnos programados para control (lo hacen las enfermeras) y por otra parte se da comienzo a la charla (pediatra, una T.S., una T.O y enfermera). Se comienza otro circuito a las 10 hs. con chicos de otra franja etaria."

"Los martes son los días de los ingresos. La charla se hace dentro del consultorio; aquí suelen ir los padres además de las madres. A las 10 hs. se proyecta la película "De dónde venimos" , dirigida a quienes están en la sala de espera, para contribuir a la educación sexual. Luego hay controles programados de chicos de 3, 4, 5 y 6 años, esto surgió de las madres del Plan, son anuales y se tocan los mismos temas de los niños menores, además del de las etapas de desarrollo de cada edad; se vio que después de los 2 años surgían problemas de lenguaje. En este espacio de tiempo aparecen patologías o accidentes que si no quedarían sin detectar."

"Se hace el control de mujeres embarazadas desde que empiezan a concurrir hasta el 8º mes, donde pasan al Hospital. Esto es diario, con turnos programados."

"Miércoles y jueves son iguales a los días lunes. Los viernes son iguales a los días anteriores pero a las 13 hs. se lleva a cabo la reunión de mujeres en edad fértil (llegan 480 mujeres), que responde al Plan de Salud Reproductiva, plan que no está instrumentado ni, por supuesto, supervisado. Aquí se entregan anticonceptivos (200 cajas por mes) a pedido y bajo control ginecológico . El grupo de mujeres está coordinado por 2 T.S., 1 enfermera y 1 médico tocoginecólogo."

"Los niños no suelen tener problemas de nutrición (sin déficit de peso) hasta los 6 años; a partir de ahí –al igual que las madres– comienzan a presentar problemas de dentadura, por ejemplo, y de deterioro físico (envejecimiento). Las mujeres presentan problemas de obesidad y además están muy expuestas al sol y están muy curtidas; llegan a reconocer los efectos nocivos del sol pero no hay ninguna propuesta hacia ellas."

"Las parejas parecen reforzarse teniendo un hijo, así las mujeres tienen un hijo de cada pareja. Tratamos de hacer que la sala sea un lugar de contención."

"Las familias se presentan como unidades heterogéneas. Se trata de algo natural el embarazo adolescente."

"El 24% de las mujeres del plan tiene la primaria incompleta, y el 3% son analfabetas."

"Las unidades familiares en general son parejas inestables, unidas de hecho, muchas familias monoparentales. La filiación es informal: aun con el propio padre, la madre le otorga su propio apellido. Son parejas con entre 2 y 3 chicos."

"Las Comadres y el plan Vida es lo que se distingue en la comunidad: hacen control social y están muy bien informadas."

"No se visualiza ninguna asociación comunitaria; la Liga de la Leche funcionó en Las Heras hasta el año pasado pero hoy se desconoce. La Hermana Marta trabaja lo infantil desde su guardería."

"Sólo se distinguen redes de ayuda mutua entre la gente, es lo que los sostiene: traen los parientes de afuera, se cuidan los chicos entre los vecinos, etcétera. Es solidaridad espontánea."

"La gente se ayuda en lo cotidiano; desde la institución no se distingue otro nivel de organización."

"El Rotary estuvo dos veces este año para hacer mamografías; pero los recursos en el barrio son los estatales: municipales y provinciales."

"La sociedad de fomento de Parque Palermo (dividida entre lista Azul y Blanca, del Sr. Suárez, y Verde y Amarilla, del Sr. Catalano) tienen algún contacto con concejales y con grupos políticos."

"El problema económico, la falta de trabajo es su mayor preocupación. A raíz de la falta de trabajo se ven más papás trayendo a los niños."

"En Parque Palermo hay agua contaminada y una canilla comunitaria para el barrio; y Las Heras tiene canillas públicas, no hay bocas de tormenta, los vecinos se cuelgan de la luz. Tanto Las Heras como Parque Palermo no tienen espacios verdes (cuando son los barrios con mayor densidad poblacional)."

"El problema de salud más visto son las vías respiratorias, en los chicos en particular y en toda la población en general; problemas dermatológicos debido a la suciedad en los terrenos y viviendas (el trabajo de cirujeo se presta)."

El Plan del Lactante funciona de lunes a viernes. La ejecución de las actividades descriptas anteriormente se lleva a cabo por los miembros del equipo en forma interdisciplinaria y manteniendo unidad de criterios. Se atiende en forma espontánea a todos los niños afectados al Plan que consultan por patologías. Si éstas no son solucionables desde la *Sala* se derivan al HIEMI.

"La población atendida por demanda es mayoritariamente sub y desocupados (98%), criterio elegido por las trabajadoras sociales para definirlo con la gente en las asambleas por alimentos de acuerdo con: - cantidad de miembros de la familia, - situación económica y – situación de salud."

"Hay un promedio de 100 controles de embarazos por mes; los recién nacidos por mes son entre unos 20 y 30 niños. Además existe una encuesta social para conocer factores de riesgo."

Las trabajadoras sociales realizan una entrevista cuando el recién nacido ingresa al Plan. Ésta tiene como objetivos:

1) conocer al grupo familiar;
2) detectar situaciones que requieran intervención profesional;
3) informar sobre el funcionamiento del Plan y recursos de la comunidad;

También realizan las visitas a las familias en sus domicilios en aquellos casos que falten a controles o que el seguimiento así lo requiera.

El equipo de profesionales del Plan está formado por 2 médicos pediatras, con un módulo horario de 36 y 24 hs. semanales respectivamente; 1 enfermera, con un módulo de 35 hs. semanales; 3 licenciadas en Trabajo Social, para todo el trabajo de la sala, las cuales van rotando para la atención del plan, y 1 licenciada en Terapia Ocupacional, 2 veces por semana.

"No hay atención primaria en salud: desde lo formal no hay un equipo interdisciplinario estable (aunque hoy mejoró). Desde lo institucional las reglas de algunos profesionales prohiben su salida extramuros."

"Solamente las trabajadoras sociales pueden hacer terreno, los demás profesionales no. Se hizo un proyecto extramuros pero fue desaprobado por la Secretaría de Calidad de Vida y la Subsecretaría de Salud."

"El Plan del Lactante y el de la Embarazada están dirigidos a prevenir algún riesgo en salud pero faltan recursos humanos, edilicios y materiales; es eficaz hasta donde llega, pero se necesita más. Los médicos tienen que atender un paciente cada 15 minutos –según lo establecido internacionalmente en atención médica (consultorio)– pero no están contempladas, por ejemplo, las charlas preventivas."

"Las unidades sanitarias tienen profesionales que dependen de diferentes jefaturas (administrativas y por programas). Ahora están todos en la Secretaría de Calidad de Vida, pero sigue persistiendo la división administrativa entre la Subsecretaría de Salud y de Desarrollo Social. De aquí se deriva que los profesionales, por ejemplo de Salud Mental (Dirección) no tengan estabilidad, no estén destinados a un solo plan. Las jefaturas intermedias (por ejemplo Enfermería) tienen también métodos y costumbres diferentes respecto al trabajo."

"La articulación que hoy existe es entre la Sala y el HIEMI."

"Las carencias de la institución son de todo tipo: de infraestructura, de medicamentos, de profesionales, de sostén de otras áreas de la Municipalidad; Salud y Acción Social están solos en los barrios."

"Se debiera reforzar el tema de la estimulación (para su desarrollo psicomotriz y emocional), lo recreativo, lo cultural y lo deportivo, por ejemplo no se instrumentan campamentos."

"Se debiera generar un espacio para los adolescentes (sobre todo las chicas) que aborde la sexualidad y la maternidad precoz (pero todo tiene que estar sostenido en el tiempo)."

"La institución debe salir a la comunidad, y esto depende de una articulación entre los centros de baja complejidad, hoy se hace sin organización, a nivel informal. La unidad sanitaria debe salir al barrio. Además se requeriría mayor tiempo para

atención primaria (prevención y promoción) y no tanto en atención médica de baja complejidad, que está encarada a curar y no a prevenir, además de ser más costosa."

"La atención primaria se debe trabajar en equipo haciendo las mismas actividades pero con mayor tiempo para enganchar a la comunidad en tareas preventivas y promocionales. Hoy no hay tiempo para pensar y organizarse. Los cambios en la institución son difíciles porque dependen de lo político y no se vislumbran."

5. ENCUADRE METODOLÓGICO

5.1. Introducción

Las ciencias humanas y sociales están –por su naturaleza— implicadas en procesos de comprensión e intervención de la realidad social que afecta a las personas; por ello se ven obligadas al conocimiento exhaustivo del contexto en el que se desenvuelven. El Trabajo Social no está ajeno a esta condición. Es imposible guardar una posición de exterioridad pues estas disciplinas se encuentran orientadas hacia la intervención, formando parte de esas realidades sobre las que operan.

El enfoque cualitativo es de interés en el marco de la investigación e intervención sanitaria. El Trabajo Social es parte de este ámbito, y la óptica cualitativa nos ayudaría a modificar nuestra propia ubicación institucional para enfatizar en una identificación con la sociedad civil de la que también formamos parte, tomando a la población involucrada como sujetos.

5.2. Objetivo general

Analizar desde el Trabajo Social el perfil de la A.P.S. local en el plano materno-infantil, más precisamente el Plan de la Embarazada, instrumentada en el subcentro de Salud J.G. de Las Heras, en el sector sudoeste de Mar del Plata, en un contexto de crisis y retirada del Estado, reafirmando el concepto de derecho a la salud como componente fundamental de la justicia y la equidad.

5.3. Objetivos específicos

Estudiar cómo, desde el Trabajo Social, se puede intervenir en la estrategia de A.P.S. para mejorar la instrumentación de las políticas en salud materno-infantil.

Ahondar en el conocimiento de las relaciones entre los referentes comunitarios y el Subcentro de Salud Las Heras, y descubrir las propuestas que tiendan a capitalizar mejor las potencialidades locales, si las hubiere.

Analizar las relaciones interinstitucionales de segundo orden o intermedias de la zona para redescubrir allí la posibilidad de motivación de las ideas de prevención y promoción de la salud materno-infantil.

5.4. Problema

La periferia marplatense se ha extendido a lo largo de los últimos 40 años de crecimiento de la ciudad –acelerado por cierto— en forma incesante.

Allí, los problemas de servicios se agudizan, sobre todo, ante su ausencia. La salud es uno de ellos. Las políticas y programas en salud y puntualmente en salud materno-infantil son instrumentadas por el Municipio local, sector oficial que carece de documentación evaluativa de las mismas.

Existe una falta de análisis –desde el Trabajo Social— en cuanto a las políticas en salud materno infantil (el programa pertinente), en la ciudad de Mar del Plata, donde se advierte la ausencia de participación comunitaria en dichas políticas.

Puntualmente la A.P.S. (en el subcentro de Salud Juan G. de Las Heras, en el Programa Materno-infantil) se ve acuciada por la enorme demanda y la falta de recursos asignados a salud, desconociendo si su configuración está acorde al actual modelo socioeconómico.

5.5. Tipo de diseño

El presente trabajo se trata de una sistematización del Programa Materno-Infantil municipal, más puntualmente del Plan de la Embarazada, en un sector periférico marplatense (barrios Las Heras, Bosque Grande y Parque Palermo, zona sudoeste de la ciudad), visto como universo en los aspectos que hacen al Trabajo Social.

Esta sistematización se basa en dos pilares:

a) el estudio previo que realizamos, a través de 21 entrevistas en el área de cobertura del Programa (o zona de influencia) que se constituyen en la contextualización de la práctica (o sistematización) desde una óptica integral que relacionó –dentro de la problemática— el conjunto de elementos intervinientes;

b) en el Plan de la Embarazada hemos tomado como parte representativa a las historias clínicas de las mujeres que concurren a su atención bajo el Programa Materno-Infantil, dentro de la dinámica de trabajo en sala, y al conjunto institucional, constituyéndose en la sistematización en sí. Estas mujeres son las mismas que se atienden tanto en el Plan del Lactante como en el de la Embarazada, motivo por el cual es muy difícil escindir, en el proceso de trabajo de los profesionales, al Plan seleccionado.

Hemos elegido realizar esta sistematización desde el marco metodológico cualitativo porque consideramos que es el que más y mejor se adapta a las concepciones del Trabajo Social, a la perspectiva de Trabajo Social que hemos escogido, por tener presente que somos "*testigos de lo humano*". No obstante, no dejamos de lado el uso de los datos cuantitativos, ya que ofician de soporte general a nuestro trabajo y, además, se constituyen en el estado de situación que exponemos en el capítulo "Diagnóstico Preliminar".

Los datos cuantitativos nos parecen básicos e insoslayables para abordar una problemática en su extensión; conocer el índice de mortalidad infantil o materna no es ajeno a una mirada cualitativa, al contrario, conlleva un carácter de complementariedad. Por otra parte, los datos, el método cuantitativo puede ser generalizable, sirviendo de sustrato de cualquier otro trabajo, sea una sistematización, una evaluación o una investigación.

5.6. Unidad de análisis

La unidad de análisis de la muestra elegida –el Plan de La Embarazada—está representado centralmente por la documentación de dicho Plan, en la aspiración de poder verlo desde la dinámica de trabajo del equipo profesional y su entorno. Es decir, los textos del Plan de la Embarazada y el Plan del Lactante se constituyeron en nuestras

fuentes primarias, como objeto de estudio; pero las historias clínicas de las embarazadas son los instrumentos que nos posibilitaron entrar a la sistematización, conformándose como fuentes de primera mano.

Cabe aclarar que esta documentación es –para una sistematización—el sistema a analizar en función de los ejes escogidos y que consideramos los pertinentes para la profesión, como ya hemos mencionado; así es como se convierten en nuestra unidad de análisis.

5.7. Método y técnica seleccionados

Hemos seleccionado el método de análisis cualitativo, adscripto a una perspectiva crítica, entendiéndolo más comprensivo que predictivo o explicativo y en el cual esperamos descanse la interpretación de lo estudiado.

La sistematización en sí es un desglose de variables pertinentes al Trabajo Social (constituido por los datos del fichero activo del Plan de la Embarazada, del Programa Materno-Infantil), que se desprendieron del manejo de la documentación de primera mano como lo fueron las 78 historias clínicas de las embarazadas relevadas –desde el corte temporal escogido— dentro de la sistematización de la dinámica semanal del subcentro, en donde enclava la unidad de análisis.

Los datos recolectados para el análisis contextual fueron aportados a través de 21 entrevistas semiestructuradas y sistematizadas, a instituciones educativas, de salud, sociedades de fomento, guarderías, comedores, y personas con una trayectoria pública activa en este sector barrial marplatense.

5.7.1. Técnica de desagregación de variables

Se realizó teniendo en cuenta los siguientes datos como variables:

Edad- Estado civil (desagregado en: unión de hecho, casada y sola)- Nivel educacional- Pertenencia al Plan Vida- Pertenencia al Plan Co-madres- Embarazos (desagregado en: abortos, nacidos vivos y viven).

5.7.2. Entrevista

5.7.2.1. Segmento 1: de diagnóstico materno-infantil

¿Qué cantidad de madres y niños pequeños distingue sobre el total de la población de la zona?

¿Cómo se presentan configuradas, predominantemente, sus unidades familiares?

Ingresos de la unidad familiar y nivel de instrucción de la madre.

¿Se distinguen problemas de nutrición y/o alimentación en madres y niños?

¿Se visualizan problemas de salud materno-infantil que lleguen a preocupar?

¿De qué necesidades sentidas habla más la gente?

Infraestructura y servicios del barrio. Equipamiento existente.

¿Hay problemas de contaminación ambiental?

¿Hay problemas en el hábitat: transporte, densidad poblacional, espacios verdes, distribución de los servicios, por ejemplo, agua y cloacas?

5.7.2.2. Segmento 2: de riesgo social

¿Hay o detecta Ud. mucha desocupación en el barrio? ¿Podría cuantificarla?

¿Qué sectores de la población ve Ud. más afectados por algún problema de salud?

5.7.2.3. Segmento 3: de visualización de instituciones o grupos

¿Qué otras instituciones y organizaciones sabe Ud. que existen en la zona?

¿Existen grupos formales que actúen en función de necesidades materiales y sociales?

¿Existen grupos que aborden la problemática de género o infanto-juvenil en la zona?

¿Qué política social distingue Ud. en el barrio que pueda afectar directa o indirectamente a la problemática materno-infantil?

5.7.2.4. Segmento 4: de niveles de participación

¿Qué nivel de asociación comunitaria alcanza a distinguir?

¿Son redes de ayuda mutua: relaciones de reciprocidad entre parientes y/o vecinos paras satisfacer necesidades o resolver problemas? ¿Son lazos de solidaridad con actuación de vecinos en forma mancomunada: redes comunitarias?

5.7.2.5. Segmento 5: de ideas preventivas de la salud materno-infantil

¿Distingue Ud. alguna campaña destinada a madres y niños, para prevenir algún riesgo en salud?

¿Qué origen tiene? ¿Las ve eficaces o generan dependencia, según su criterio?

¿Qué recursos hacia el plano de la salud materno-infantil distingue en el barrio?

¿Qué potencialidades al respecto distingue Ud. en el barrio?

5.7.2.6. Segmento 6: de ideas promocionales de la salud materno-infantil

¿Distingue en algún grupo o asociación del barrio accesibilidad a funcionarios locales?

¿Distingue en algún grupo o asociación del barrio accesibilidad hacia otros organismos?

Si es afirmativo; ¿qué motiva esta conexión?

¿Distingue acciones articuladas en el plano de la salud materno-infantil? ¿A qué nivel?

¿Qué conjunto de acciones sociales ve Ud. que promuevan el desarrollo de la salud materno-infantil?

¿En qué aspectos promovería Ud. la salud materno infantil desde su institución?

¿Le interesaría concatenar esta actividad con otras instituciones y/u organismos hacia la comunidad?

¿Qué actividades promovería Ud. desde su institución para interesar al barrio en materia de salud materno infantil?

6. PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE CAMPO

"Qué extraña escena describes y qué extraños prisioneros.Son iguales a nosotros".

Platón,. Libro VII de la República

6.1. Análisis e interpretación de las entrevistas contextuales

6.1.1. Introducción

En las entrevistas contextuales, la búsqueda de las relaciones de poder, que están presentes en las prácticas discursivas, se alcanza ante el análisis ideológico de las piezas escogidas para relevar las posibilidades en comunidad que tiene la política local.

Las entrevistas tienen una segmentación basada en núcleos temáticos pertinentes al texto narrativo que se analiza.

El procedimiento del análisis textual es el siguiente:

1) ordenamiento de los datos para hacer abarcable el corpus textual: síntesis de las entrevistas;
2) segmentación a partir de un criterio: los item o ejes escogidos que configuran el instrumento (la entrevista) dan cuenta de las dimensiones que hemos querido analizar;
3) uso de conceptos para realizar la interpretación de cada eje o segmento (o unidad temática).

Detallamos las instituciones y personas entrevistadas en el segundo semestre de 1999, en función de los barrios en donde tiene llegada el Programa local:

Barrio Las Heras: Lic. Nora C., farmacéutica; señora Lidia M., líder barrial; Lic. Diana D., T.S. del gabinete de la escuela municipal nº 7 "Cruz Roja Argentina"; comisión directiva de la sociedad de fomento Barrio Las Heras; señor Angel P., director de la guardería privada "Celeste y Blanco"; señora Patricia C., directora del jardín de infantes provincial nº 940; Lic. Nilda Q., T.S. del gabinete del jardín de infantes

municipal n° 13 "G. Echegoyen"; hermana Marta, encargada de la Casa del niño "Virgencita Gaucha" y del comedor "Monseñor Angelelli".

Barrio Bosque Grande: señora Susana M., líder barrial; Dr. José Luis S., médico pediatra voluntario; Arq. Eduardo L., líder barrial; comisión directiva de la sociedad de fomento Barrio Bosque Grande; señora Edith S., directora de la escuela E.G.B. y jardín de infantes del centro evangélico "El Tabernáculo"; señores Christian R. Y Rosa M., encargados de la radio "La voz amiga" del Movimiento Cristiano Misionero, del Centro evangélico "El Tabernáculo"; señora Clara V., secretaria de la parroquia de Santa Rita de Casia; Dra. Nora M., médica del Área de Atención Primaria (convenio municipal) del INAREPS; señora María Rosa Z., directora del jardín de infantes municipal n°24; Lic. Mónica D., T.S. del Centro de día "Nuevo Día" (atención de discapacidades).

Barrio Parque Palermo: Señores Aurora R. y Juan Carlos B., encargados del comedor "Hogar de los niños" del Instituto asistencial Humberto Mariotti; señora Andrea C., directora del jardín de infantes municipal n° 26; señores Adela L. y Carlos C., presidente y secretaria respectivamente de la biblioteca "Del Parque".

Respecto del último barrio, cabe aclarar que era nuestra intención entrevistar a los señores Adela y Carlos en relación a la sociedad de fomento, y al señor Agüero – impulsor de la biblioteca— en su vinculación con ésta. A través del paulatino contacto que fuimos tomando con el barrio entrevimos la puja entre el Sr. Carlos y el Sr. Suárez por la presidencia de la asociación vecinal, institución en ese momento difícil de entrevistar por lógicas razones de representatividad; finalmente el Sr. Agüero no fue hallado y los señores Adela y Carlos se presentaron en carácter de representantes de la biblioteca (dato corroborado *a posteriori).*

A tener en cuenta:

a) Qué tipo de eje es (ejemplo: de diagnóstico, de riesgo social, etc.).
b) Qué contenido tiene (qué contestan los entrevistados).
c) Cómo lo interpretamos a través de los conceptos manejados en el marco teórico en función de la óptica del Trabajo Social.
d) La relación de a, b y c con el texto básico o *madre*: el Programa Materno-Infantil local.

6.1.2. Segmento 1

Lo primero que vemos en el análisis e interpretación del Eje n°1 –y por tratarse del más descriptivo— es que todos los discursos reflejan la homogeneidad del sector respecto de los vecinos y sus problemáticas; no sólo se trata de una misma geografía y topografía: el sudoeste de la ciudad con sus características, sino de una población con orígenes similares y coyunturas económico–sociales, políticas y culturales compartidas.

Casi todos los discursos describen modificaciones en las unidades familiares, de manera tal que parecen resultar de una necesidad compelida de adaptarse a los cambios negativos y la turbulencia generada por la crisis del trabajo. De ello, aparece el binomio materno–infantil despojado de los recursos en seguridad social que otrora tuvo, redundando en una sobreexigencia dirigida a la mujer, que tiene que resolver cotidianamente todo aquello que antes cubría la figura del hombre: el ingreso, y el Estado: servicios básicos. Así, son los sujetos más vulnerables que se perciben de todas las descripciones, vulnerabilidad agravada por el escaso nivel de instrucción de las mujeres y una cultura que no se condice con los cambios vertiginosos en la estructura familiar. (**Ángel P.**: *"Las familias se presentan desarmadas, si hay 4 o 5 familias completas de los chicos que concurren a la guardería es mucho"*. **Patricia C.**: *"También se presentan familias extendidas, muchos casos de niños que viven con sus abuelos, y familias ensambladas en mayor medida, pero predomina la familia monoparental: la madre sola"*. **Nilda Q.**: *"Hay familias ensambladas y extendidas, se agrupan para sobrevivir, esto genera muchos conflictos"*. **Nora C.**: *"Son familias muy pobres, muy atrasadas culturalmente"*. **Marta**: *"Hay muchísimos niños. Las familias se ven en una conformación distinta de la tradicional: aparecen muchas madres solas o con la abuela, con una ausencia notoria del padre, es un poco como que el hombre arruga ante el compromiso".)*

Los problemas de nutrición y alimentación junto con los de salud, de infraestructura, equipamiento y hábitat, conforman la gama de problemas que comparten unánimemente los tres barrios y se constituyen en la trama de estos discursos que posibilitan nuestra aproximación a lo materno infantil. En todos ellos se repiten, sin estar ausentes en prácticamente ninguno, convirtiéndose así en el motivo fundamental

que ilustra el marcado deterioro en los niveles de la calidad de vida del sector al que apuntamos, junto con un deprimido sentido de pertenencia a la ciudad. **(Aurora R.**: *"Las mamás aparecen como con hambre pero hay vergüenza de mostrar su estado, no comen, se quedan pero no quieren comer".*

(...) "Se dio que el 75% de los niños estaban vacunados, pero sí había en 100% de parásitos, 100% de piojos, 50% de problemas bronquiales y 99% de problemas en la dentadura. A las mamás les faltan los dientes". **Diana D.**: *"En las madres suele destacarse la falta de piezas dentales, se nota que han sufrido carencia de calcio, además del deterioro físico. En los chicos no se nota demasiado, hay Plan del Lactante y Vida. Pero las mujeres no se atienden, se dejan estar".* **Alfredo S.**: *"En las mujeres se repiten cuadros de hipertensión, como patología generalizada; y en el invierno hay muchos niños con problemas pulmonares y la atención pasa sólo por dar antibióticos".* **Marta:** *"El problema de salud más frecuente es la TBC, está aumentando mucho, hay grupos familiares con tuberculosis. También se presentan casos de SIDA, los niños son las primeras víctimas".* **Nilda Q.**: *"Existen problemas alimentarios y nutricionales, de tipo deficiente, también en las madres, el indicador es el estado dentario, o los vientres abultados, por ejemplo. Hay un problema básico de salud que depende de la falta de atención médica y de los magros ingresos de la población, está expuesta a todo por sus limitaciones, depende del criterio de prevención pero se basa todo en una muy baja calidad de vida".*

(...) *" Los problemas de contaminación se deben a la naturaleza de las actividades de la población: acumulación de deshechos, ratas, suciedad, por falta de infraestructura suficiente y conductas acordes".* **Nora C.**: *"La gente vive muy mal. La desnutrición que hay está paliada por los comedores, no depende sólo de la falta de alimentos ya que considero que entran en juego otras pobrezas, pero no se ve cotidianamente gracias a los comedores, éstos impiden que se muestre más claramente. En cambio, se detectan casos de violencia familiar, la mujer está sometida y manejada por el miedo, se ven muchos casos de mujeres golpeadas".* **Graciela P.:** *"Otro problema es la sarna, por la cantidad de perros, muchos vagabundos".* **Lidia M.**: *"La infraestructura del barrio es pésima, no hay cloacas, sí agua corriente. La iluminación es buena, no así el transporte, todos los colectivos pasan por el mismo lugar".* **Aurora R.:** *"Parque Palermo tiene agua corriente pero no hay conexiones, hay una boca pero*

está contaminada. Hace tres años que el barrio tiene electricidad; no hay gas, sólo las monjas pero el barrio no tiene. La contaminación del agua es alta, aquí son todas letrinas y a la gente le preocupa". **Diana D.:** *"El barrio no presenta densidad poblacional, sí hacinamiento en las casas. Hay basurales y focos con depósitos de basura. Existe una cava en Mario Bravo entre Tettamanti hasta llegar a la avenida Polonia, donde se cirujea".* **Carlos C.:** *"Hay problemas de enfermedad, hubo casos de tuberculosis, algunos se están rehabilitando. Hubo casos de hepatitis por el agua, no hay red de agua potable".* **Marta**: *"Hay agua corriente en el barrio pero es clandestina, las pinchaduras que se hacen para conseguirla hacen que se contamine".*

(...) "Hay varios focos de contaminación: el agua pinchada; y la gente que va al predio de disposición final de residuos en Antártida Argentina, van con los carros con 7 u 8 personas que después viven en ese lugar, traen alimentos del predio y los venden: lácteos –con el problema de que se corte la cadena de frío—salchichas, de todo extraen. Viven de eso. Venden esa comida que ha estado expuesta en el basural. La familia del chiquito que se mató en el barrio Hipódromo sigue yendo con los otros hijos, por ejemplo". **Nora M.**: *"La droga es un problema de salud preocupante, sobre todo en padres jóvenes (donde el consumo se da entre la marihuana y la cocaína) y en niños desde los 8 años (aspirado); hay una familia entera que tiene 5 hijos que ya murieron de Sida. Hay en atención 7 niños infectados con HIV".*

La necesidad más sentida es –a todas luces— el trabajo, aunque aparecen también la alimentación y la salud reiteradamente; no obstante, el trabajo es percibido por la mayoría de los entrevistados como premisa de inclusión (mencionándose en los discursos la necesidad de ingreso, de dinero para el consumo diario, para la subsistencia cotidiana) pero no como derecho. Algunos entrevistados mencionan a la educación (falta de escuelas) pero aquí sí se percibe que este eje es para ellos premisa de inclusión social y derecho a la vez. (**Diana D.**: *"En cuanto a las necesidades mas sentidas para la gente, antes era la escuela, hasta ahora, pero la seguridad es otra necesidad, hay bastante consumo de drogas en la zona, jóvenes consumiendo"*. **Carlos C.**: *"La necesidad mas sentida de la que habla la gente es la falta de trabajo, después la sala, y en orden, el agua potable. En verano el barrio se llena de moscas por las quintas y criaderos, y las napas están contaminadas por el predio de basura que hubo".* **Alfredo S.:** *"La necesidad más sentida por la gente es el trabajo, la falta de éste y los*

problemas económicos, junto con los muchos cortes de luz por falta de pago". **Edith S.:** *"El sector al que pertenecen los alumnos es de clase baja, hay muchos padres sin trabajo".* **Patricia C.:** *"La falta de trabajo es la necesidad mayor, la crisis del puerto local golpeó en general al barrio, no sólo por el gremio del pescado sino por todo lo que involucra esa producción".* **Nilda Q.:** *"La necesidad más sentida es un conjunto que se aglutina en las siguientes carencias: de alimentación, de asistencia a la salud, de trabajo y de vivienda".* **Mónica D.:** *"Se perciben problemas de nutrición y alimentación; y del breve contacto que hemos tenido surge que el problema más sentido en el barrio es la falta de escuelas".* **José C.:** *"...pero se necesitan recursos, falta un lugar recreativo, uno insiste en la escuela porque es lo más importante".*

El texto básico que confrontamos: el Programa Materno Infantil de la Municipalidad de General Pueyrredon, aparece como desfasado ante una realidad mutada dramáticamente en todos sus parámetros.

En este contexto, nuestro Programa local se va a encontrar exigido tanto en la extensión de población que debe atender por cuanto que –fundamentalmente— aborda a sujetos jaqueados por una diversidad de problemas de gran magnitud que se complejizan y potencian en su interrelación.

6.1.3. Segmento 2

Del análisis e interpretación del eje n° 2 surge claramente el riesgo social, que se plasma en un promedio del 62% de percepción de la desocupación. En ningún momento aparece la descripción de los vecinos como sujetos insertos en las relaciones formales de la producción y la economía, desdibujándose tajantemente la categoría de trabajador (sujeto político) y reafirmando el carácter de problema estructural que revista la falta de trabajo.

En los tres barrios se visualiza a los jóvenes como quienes más sufren este problema: la ausencia de trabajo es sinónimo de exclusión social.

Rosa M.: *"El tema desocupación en Bosque Grande y Las Heras llega a extenderse entre los jóvenes a más del 40%".*

Los discursos se homogeneizan en la visión de los vecinos como grupos vulnerables o vulnerabilizados; es permanente la visión de grupos pasivos, receptores,

dependientes de lo que se les ofrezca, casi sin reclamo colectivo: la desintegración de grupos demandantes en individuos que esperan. **Lidia M.:** *"La desocupación es casi total ya que el 90% de la población del barrio es desocupada del pescado. Si bien los problemas de salud materno-infantil están controlados siempre están presentes las afecciones respiratorias en todos los niños".* **Susana M.:** *"Distingo una desocupación que estimo arriba del 60%, o subocupados porque la mayoría eran fileteros y de la construcción. Los niños son los más afectados por problemas de salud, problemas respiratorios y falta de vacunación".* **Mónica D.:** *"Hay mucha desocupación en el barrio, y por lo que dijeron en la sociedad de fomento, estaría como la más alta de Mar del Plata".* **Adela L.:** *"El 80% de Parque Palermo está subocupado o desocupado. El Plan Barrios contiene a 50 vecinos y en el Plan Trabajar existen 32 personas, pero esto se termina porque son contratos por seis meses. El sector más afectado por algún problema de salud es el de los bebés y niños, tienen muchos problemas bronquiales y tal vez están agravados por la alimentación deficiente".* **Marta:** *"Según un muestreo llevado a cabo a principios de 1999, en una sola manzana había un 70% de desocupación. Yo, en ocupación incluyo a los programas también. Así que no queda otra que el cirujeo, pero está circunscripto a determinadas calles, no pueden pasar más allá de Gascón. La TBC agarra a todo el grupo familiar. Muchos mueren, pero la gente no se hace atender".* **Nora M.:** *"Detecto mucha desocupación, en total, contando a los subocupados y a quienes están en el Plan Barrios, hay un 80% de falta de trabajo. Las adolescentes son el sector más afectado con embarazos, una nena de doce años no puede cargar con un hijo; una chica de quince años no puede cargar con dos".* **José C.:** *"Hay desocupación, mucha: de diez personas, sólo tres trabajan; hay subocupación, con sueldos de $200. No tenemos trabajo o –en el mejor de los casos— la gente está mal paga. Hay changas pero la mayoría de la gente que trabajaba en las cooperativas de pescado no tenía relación de dependencia, al cerrarse, ahora el trabajo no está más y esa gente no se recicló. Los niños son los más afectados por problemas de salud pero también hay gente mayor que necesita".* **Diana D.:** *"Hay mucha desocupación en el barrio, al punto que esto ha modificado la estructura familiar. Hay mucha subocupación también, y trabajo en negro, sobre todo de gente que va a las quintas. Por otra parte, sabemos extraoficialmente que acá hay gente con HIV, hemos tenido muertes de padres. Lo que sí ha comenzado a verse es TBC, uno por año.*

Muchos problemas bronquiales, neumonía, bronquitis, asma. Antes no sucedía, tánto en grandes como en chicos. Ha habido algún caso de leucemia en chicos de seis a doce años: uno el año pasado y otro hace dos o tres años; en Gral. Pueyrredon (barrio vecino) también hubo casos registrados en la escuela nº 68, lo mismo que en Santa Rita. En el Hospital Materno se han visto casos que son de la zona y las madres también están dando señales, se está estableciendo una frecuencia entre adultos. Otro problema que afecta a los niños del barrio y que se encuadraría en lo que aún se denomina accidente tiene que ver con los chicos que están expuestos, sin contención social: en el verano frecuentan las canteras de Rizzo, otro problema, los chicos se mueven solos acá, no tienen acompañamiento de adultos, van en grupos hasta la cantera. Pero las mujeres son el grupo más afectado por las enfermedades que te mencioné".

Este sujeto desdibujado o desintegrado se proyecta al interior del grupo familiar vulnerabilizándolo, mostrándonos la mayoría de los discursos la imagen de familias desguarnecidas; y dentro de este grupo básico los niños son los sujetos vistos como los más perjudicados (con problemas de salud que se repiten: respiratorios, de mala, incorrecta o pobre alimentación, de parasitosis); siguiendo –en esta percepción de fragilidad— la mujer (en su condición de género - impuesta por la cultura patriarcal que se sostiene aún ante los cambios— y en su condición de pobre) quien aparece hoy con múltiples roles: jefa de hogar, madre, trabajadora. Respecto de este último rol, inferimos que en las clases populares la feminización de la mano de obra aparece como consecuencia de la desocupación y subocupación más que como producto de la capacitación de la mujer para el trabajo.

Cabe aclarar que la mujer que reflejan las entrevistas es una mujer joven, envejecida, en muchos casos madre desde su adolescencia, incluso en algunos relatos como sector aún más frágil –dentro de la visualización de este sujeto— a las niñas (embarazos precoces).

Marta: *"No hay trabajo, lo más importante es el ingreso de $200 del Plan Barrios, en donde la mayoría son mujeres. Las madres tienen primario incompleto y hay mucha deserción escolar en las chicas, cada vez más prematuras, por las maternidades precoces".* **María Rosa Z.:** *"Hay mucha desocupación, del 80%, falta*

trabajo estable. Y problemas de salud, te digo, las madres, son jóvenes pero están avejentadas, con mala dentadura"

No obstante, en casi todos los discursos se trasunta –sobre los ciudadanos de estos barrios periféricos— la mirada estatal focalizadora: el excluido visto desintegradamente y no en su condición de ciudadano o sujeto integral. Este sujeto –a su vez— no parece concebir a la salud como derecho; así –ante la pauperización creciente— es como comienzan a verse procesos de enfermedad, en mujeres y niños principalmente.

Aurora R.: *"Hace quince días nos visitó la señora Claudia F. P. –de la Alianza–y nos donó mercadería. Se interiorizó de los problemas del barrio porque dijo que no sabía nada de la zona".*

(...) "Pero yo trataría de poner un consultorio, más que nada para los niños, están muy abandonados y hasta golpeados, el terreno está, tendría que asesorarme". **José C.:** *"Hace dos meses se trabajó en el vecino barrio de San Antonio con el Programa Mamitas pero quedó ahí, nada. Y aquí, en la asociación, el servicio social municipal trajo profesionales para dar una charla sobre maltrato familiar pero no se pudo convocar a las mujeres".* **José Luis S.:** *"Soy pediatra, les digo, las afecciones que aquejan a los chicos de Bosque Grande, mayormente se ven enfermedades respiratorias y parasitosis, y también signos de falta de vitaminas".*

La visualización de esta precariedad es vista en acciones perentorias (conductas) ante la pérdida de la relación de dependencia laboral, reflejando una marcada cultura de la emergencia, exenta de comportamientos preventivos.

Angel P.: *"No hay educación he criado varias generaciones en este barrio pero no hay aprendizaje desde sus hogares".* **Juan Carlos B.:** *"Hace tres años vino gente del Materno para dar un curso de primeros auxilios pero no hay constancia en la gente por tomar la iniciativa –como un botiquín–y atenderlo".*

En la triangulación que efectuamos a través del *texto madre* (Programa) lo primero que analizamos es –en un contexto de alto riesgo social— lo relativo del aspecto de la asistencia médica en la salud materno infantil, ante la ausencia de bienes (de todo tipo) y servicios imprescindibles para un desarrollo socio económico armónico.

Sin mayores elementos (recursos) por parte del Programa, el eje mujer –dentro de la díada materno infantil— aparece contemplado en su atención porque las mujeres

tienen numerosos embarazos y así, se prolonga esta atención en el tiempo, pero no por la amplitud de cobertura dirigida hacia ellas.

Así, las normas de eficiencia del Programa nunca parecen poder completar las funciones de una medicina integral: de fomento, protección y recuperación de la salud.

6.1.4. Segmento 3

En este eje se repite hasta el cansancio la visión por parte de los entrevistados de una paupérrima oferta estatal en materia de políticas públicas: proyectos y programas sociales dirigidos a abordar las distintas problemáticas que aquejan a los sectores populares.

Los adjetivos que sintetizan la lectura de estos discursos acerca de este tema hablan de: una oferta heterogénea y desarticulada, de programas superficiales y esporádicos (sin profundidad ni continuidad) y que no apuntan a la integración del beneficiario para con el resto de la sociedad; no revisten el carácter de proyecto, más amplio y abarcativo, tienen una marcada impronta asistencialista y socorrista que establece una relación asimétrica para con quienes pretenden beneficiar.

Nora C.: *"Hay cosas superficiales y esporádicas, por eso no llegan las soluciones. Par que funcione tendrían que tomar al individuo como una totalidad y esos grupos tendrían que estar entrenados en un pensamiento positivo, para poder generar cambios a través de sus propios cambios porque no se puede dar lo que no se tiene. Hay que reeducarlos (hablando de los vecinos) para que mejoren su calidad de vida".* **Lidia M.**: *"Todo va a parar al centro, la periferia de la ciudad no existe".* **Patricia C.:** *"Los grupos que operan en el barrio son el Plan Barrios, Vida y Comadres. No conozco grupos que aborden la problemática de la mujer o infanto-juvenil. Como sobresaliente en la labor de grupo destaco al Plan Vida, como un sustento muy importante, y al Plan Barrios, que le da trabajo a mucha gente".*

La síntesis de los discursos esboza a un Estado asistencial, constructor unilateral (y hegemónico por tanto) de la oferta, que mira al barrio como *coto,* desde perspectivas comunitaristas, fracturadoras de los nexos con la sociedad mayor a través de programas descontextualizantes que dan por resultado la imposibilidad de que los sujetos que contempla puedan reflexionar y relacionar sus problemáticas con mayor profundidad y

veracidad. Es una óptica estatal desagregadora de la población en categorías de necesidades y carencias a través de una oferta focalizadora y atomizada.

Carlos C.: *"Las organizaciones que desarrollan alguna actividad en el barrio son el Plan Vida y Comadres, pero sólo como política de salud, son treinta o cuarenta mujeres aquí, toman la problemática, pero sino, sólo los comedores y sólo ese aspecto. Específicamente no se trabaja sobre ninguna temática de género ni infanto-juvenil".* **Marta:** *"En el barrio no se ven políticas sobre lo materno-infantil".* **Diana D.:** *"En Las Heras, los grupos formales existentes son el Plan Asoma, para adultos mayores; Educare, municipal; Barrios, provincial; Vida y Comadres, también de la Provincia, dirigido de lleno a lo materno-infantil. La sala está trabajando con adolescentes embarazadas, control de la natalidad y control de embarazos no deseados. También hay evangelistas que hacen asistencia a los padres en el barrio".*

Estas políticas, sin perdurabilidad ni articulación, afirman la falta de conexión y racionalidad en la actuación de las instituciones locales. Existen en muchas de éstas un encapsulamiento: un bajo nivel de integración al barrio en sí, ya sea por estrategia elegida desde la propia estructura (escuelas, jardines, etc., municipales o provinciales), como por consecuencia de los objetivos de limitados márgenes de las instituciones nacidas en los mismos barrios (guarderías, sociedades de fomento, comedores, etc.).

Susana M.: *"la agrupación 29 de diciembre, del SOMU, que ofrece un pediatra, un clínico para embarazadas y niños, un ginecólogo y un enfermero, pero no sé dónde están, habría que buscar el lugar".* **José Luis S.:** *"Conozco la participación de grupos partidarios, como el mío, el partido Humanista, el partido Obrero, que canalizó el Plan Barrios y trabaja con los desocupados; lo nuestro es más volcado hacia lo social. Más allá de esto, no distingo políticas sociales que aborden integralmente la problemática materno-infantil".*

Esta nueva forma de brindar políticas sociales que instrumenta el sector público favorece la construcción de beneficiarios cada vez más dependientes, despojados de la posibilidad de reclamo y derecho: favorece la construcción de una *ciudadanía de baja intensidad.*

Andrea C.: *"La sala de primeros auxilios está por ahora, es provisoria en Parque Palermo aunque el barrio está bregando para que se quede aquí".* **Graciela P.:** *"La Municipalidad, que trabaja con dos asistentes sociales pero hay que pedir un turno*

previamente, además no se hacen las visitas al barrio, no se va a ver a la gente, qué necesita. Sólo nosotros tomamos la problemática infanto-juvenil. Las escuelas tratan lo infantil desde una merienda o comedor solamente".

Respecto de políticas que atañen a niños y mujeres puntualmente, los entrevistados declaran casi por unanimidad que prácticamente no hay oferta estatal en cuanto a la problemática infanto-juvenil ni de género; y la mayoría de los entrevistados manifiesta no distinguir políticas en lo materno-infantil excepto el Programa local, con sus carencias respecto de lo que debiera esperarse de este plano de la A.P.S.

Nora C.: *"No conozco que hay grupos que tomen la problemátcia de la mujer ni la infanto-juvenil pero sí que a la sociedad de fomento llegan técnicos de la Subsecretaría de la Mujer local".* **Eduardo L.:** *"El Plan del Lactante o el grupo del doctor Siddi que realiza profilaxis. La salud depende del ex Cerenil, medio día. En Bosque Grande, nada más. La gente iba a Las Heras pero ahora van a El Martillo. Aquí, el CAB municipal funciona en la sociedad de fomento y atiende toda la zona, de mañana, hasta las 11 hs. Que es su horario de atención".*

El resumen de lo que este Eje representa en la visualización de instituciones o grupos que instrumentan las políticas de salud queda plasmado en el concepto de uno de los discursos: *"la política es no contar con un Centro de Salud, es no tener políticas ni recursos en salud para la gente".*

Por otra parte, los grupos informales, las estructuras forjadas desde la propia sociedad civil surgen en este tramado discursivo en buena medida en un activismo microsocial sin raigambre en el sector. La aparición de algunos actores con mayor nivel de organización y prácticas más políticas (redes interinstitucionales) se presentan promisorios pero a la vez se perciben como escenarios no construidos o apoderados por la gente.

María Rosa Z.: *"...y la red barrial El Terito, que se conforma con instituciones de los barrios San Antonio, Bosque Grande, Sta. Rita y El Gaucho, se formó el año pasado, se reúnen una vez por mes rotando el lugar de encuentro, ahora se reúnen en el salón parroquial y están tratando distintos temas".*

No obstante, algunos de estos grupos aparecen con más dinamismo aunque faltos de recursos de todo tipo. El contexto del sector –amplio, por cierto— con sus

organizaciones de segundo grado en los barrios vecinos, se nos presenta como un potencial.

Marta: *"Viene funcionando desde hace rato –cuatro años aproximadamente—un centro cultural que se inauguró formalmente el sábado pasado, se llama Encuentro con el arte y la cultura. Es algo muy interesante, hay bailes, ahora lo apoya la Municipalidad, tiene el auspicio de la Secretaría de Cultura. El señor canoso, el que vende ropa en bicicleta es el que impulsa el Centro".*

Que distintos actores sociales no visualicen políticas en salud o que perciban la atomización de programas desvinculados de la rama madre que debiera configurar la A.P.S., nos lleva a leer al Programa Materno-Infantil local como un esfuerzo en solitario de un equipo profesional que sólo tiene en su letra el convencimiento *del "esfuerzo conjunto"*, despojados de la decisión estatal de llevar a éste más allá de la palabra.

6.1.5. Segmento 4

El ítem n°4 se presenta como el más desapegado respecto de los temas de la atención médica y, a la vez, más próximo al universo de las ciencias sociales en general y del Trabajo Social en particular.

Los rasgos anómicos de nuestra sociedad, la desprotección social de los sectores excluidos –como los del sector periférico que analizamos— parecen conducir a conductas rudimentarias y pautas emocionales derivadas de esta inseguridad en la que estamos inmersos, ambiente reñido con los comportamientos solidarios y el ejercicio democrático.

Nilda Q.: *"Existen hechos solidarios aislados, si pasa algo cambian sus conductas, hay inseguridad en sus comportamientos, quizás por la desprotección social en que viven".*

La trama vincular necesaria para la gestación de cierta asociación comunitaria, o redes de ayuda mutua, o sistemas de cooperación o redes comunitarias más complejas, parece estar ausente ante lo que se presenta como un carácter particularista de las relaciones; el individualismo conspira contra la asociación, imposibilitando la integración social. Se da la existencia de solidaridad espontánea pero no organizada; las relaciones están teñidas de egoísmo, sin concepción de colaboración. La inexistencia de

la asociación comunitaria hace a la existencia de temas (ejemplo: desagüe, obras costosas, etc.): sólo lo perentorio convoca. Así, únicamente se promueven las formas de participación específica o circunstanciada, afianzadas en proyectos asistencialistas.

José C.: *"No hay red espontánea, la red se liga en los barrios por la escuela, acá no hay relación, no hay una red de comunicación, nos damos cuenta por el jardín, en los chicos repercute, no tienen inserción. La solidaridad se ve ante algún temporal, la gente es solidaria, los vecinos se están empezando a conectar pero no hay unión, hay dos sectores".* **Nora M.:** *"...no se dan lazos de solidaridad que organicen, sólo el trueque, existe la solidaridad pero también el robo entre ellos mismos, como se da se quita. Se intentó hacer roperos comunitarios, comida en stock, biblioteca (todo esto cuando funcionaba el comedor) a través de donaciones, pero, al abandonarse el comedor, desaparecieron los proyectos".*

Como en una acabada muestra de la sociedad mayor, observamos en este sector barrial una limitada responsabilidad de los sujetos hacia los asuntos públicos o colectivos que le son propios, de contralor de la gestión pública. Los rasgos de una *ciudadanía de baja intensidad* vuelven a esbozarse en los discursos, en una actitud demandante pero sin el correlato en algún nivel de ejercicio o acción democráticos en las cuestiones del colectivo al que pertenecen.

Angel P.: *"...hoy los padres no entran a las escuelas, los directivos quedan aislados, al margen de la realidad barrial. En Las Heras se han venido dando problemas de violencia, pero no hay comunicación entre institución y barrio ni entre otras instituciones. Hay mucha deshumanización. Al habitante de Las Heras le interesa él y nada más, es pobre contra pobre. Cuando se declaran en el barrio estados de emergencia se notan abusos en cuanto a los reclamos, de demandas de materiales gratis innecesarias o sobredimensionadas, se nota algo de solidaridad pero acompañada de reclamos".*

Por otra parte, el personalismo y el ejercicio autoritario de hacer política desde estructuras sin mayor representatividad ni consenso dan lugar al trabajo barrial con *punteros políticos* pero nunca a la construcción de un actor colectivo.

Alfredo S.: *"Lo que se ve de solidaridad o trabajo comunitario no existe como tal, hay punteros políticos que ven a la sociedad de fomento como competencia, hacen política. Pero cuando el problema es un niño los vecinos no discriminan, no se nota la*

modalidad egoísta de los punteros, hay ayuda. Hay mucho personalismo pero mezclado con ignorancia. En caso de alguna emergencia, un incendio por ejemplo, surge la solidaridad".

Las instituciones existentes en el sector –en general— no alcanzan a brindarse como nexos hacia la sociedad mayor debido al carácter burocrático de su desenvolvimiento, reflejado en su discurso cristalizado, lo que refuerza el encierro territorial de los vecinos.

María Rosa Z.: *"No vemos ninguna forma de asociación o lazos solidarios, desconozco si existen relaciones de ayuda mutua, sólo veo a la sociedad de fomento que estimula la participación y la solidaridad, como corresponde".* En otras instituciones, el desborde que se produce en la atención de su objeto social (ante la demanda y/o la falta de recursos asignados) priva a las mismas de poder plantearse (y plantarse) como actores sociales, y a los vecinos, de poder relacionar sus problemas y necesidades más perentorios con estamentos y procesos más allá de los límites de sus barrios.

Aurora R.: *"Pienso que en barrios carenciados es muy difícil este tema, sólo compruebo los pedidos que vienen a hacer al comedor, pero nosotros nos ocupamos de ésto, estamos desbordados".* **Andrea C.:** *"En materia de participación activa hay ayuda entre los vecinos pero no como red. Existe un centro comunitario, compuesto por un centro de jubilados y una biblioteca –Del Parque— sostenida por los vecinos, bajo la asociación denominada "Por amor a nuestros hijos"; están gestionando que sea una biblioteca asistida".* **Nilda Q.:** *"Se debilitaron los objetivos de un proyecto de red que se había conformado con instituciones escolares y la hermana Marta (creado hace tres años), hizo absoluta crisis ante las inundaciones del año pasado, abril y mayo del '98, en que se hizo centro de evacuados, donde se dio una convivencia no esperada y se rompieron los lazos. El jardín está declarado centro de evacuación y eso trastornó todo el funcionamiento de la institución. La asociación es muy precaria además de no tener continuidad y carecer de motivación y sustento en el tiempo, se rigen por pautas estrictamente emocionales".* **Marta:** *"Claro que nos gustaría unir acciones pero hoy lo inmediato te desborda".*

Algunas instituciones educativas –en su organización vertical— aparecen burocratizadas y estereotipadas, propensas al discurso en lo que respecta a la participación y retroalimentación con la comunidad (en la que no alcanzan a insertarse),

abroquelándose en el objetivo institucional: la educación, pero despojada ésta de la riqueza que reviste cuando es concebida como un bien construido horizontalmente entre todos los actores implicados. **Patricia C.:** *"No distingo redes de solidaridad en el barrio por el desconocimiento que tenemos desde la institución, dado que recién llegamos a Las Heras. Estamos abocadas al tema educación".*

No obstante, otras entidades de enseñanza surgen como estructuras favorecedoras para la conformación de redes con mayor formalidad, en virtud de ser instituciones visualizadas y estimadas por los vecinos, propiciadoras de la comunicación, portadoras del valor de la educación y capaces de promover la inclusión a través del niño.

Ningún discurso proyectó la imagen de alguna categoría de clase o grupo social relevante que pueda estar conformándose y que de lugar a niveles de agregación de la acción y organización social a la altura del momento histórico. Ninguna estructura o actor social lo suficientemente organizado, con la capacidad de negociación y presión y métodos para negociar con los sectores centrales.

Eduardo L.: *"Trabajadores, no como clase, con un nivel socioeconómico que no es el de indigencia, vinculados a la construcción: herrería, techistas, etcétera".*
..."Hay muchos subocupados también, que son changarines".

El texto madre vuelve a llevar al nivel del discurso o la palabra a la necesaria conjunción de aportes de las diversas áreas: local, provincial, nacional y sociedad civil (sociedades de fomento, asociaciones privadas, etc.), escindiéndolos de la voluntad o las acciones concretas que se dan en este escenario compartido inexistente; No existen las pautas ni las relaciones ni los carriles jurídicos necesarios como para permitir una participación activa de los vecinos y sus organizaciones en un tema que les es propio: la salud.

A pesar de la explicitación del Programa en cuanto a ubicarse dentro de la A.P.S., y que ésta lleva muchos años de su presentación en sociedad (abrazada por la mayoría de los países), estos escenarios de participación horizontal no fueron previstos en concordancia –por ejemplo— con la pauta de la atención médica de la promoción, pauta orientadora de eventuales trabajos educativos con la ciudadanía.

Las formas verticales de *bajar* una política pública –en este caso el Programa Materno-Infantil— sin contar con el actor social, hacen reñido el discurso que habla de proceso permanente de asistencia médica; más aún comprometido está el texto madre en

su referencia a una medicina "*más integrada, esencialmente humana*", cuando su instrumentación desconoce la facultad ciudadana –a través de sus organizaciones— no sólo de tomar sino de ejercer a la salud como un bien y como un derecho, a través de las decisiones en el área y la construcción conjunta de las políticas públicas, atento a la ausencia de ningún representante vecinal u otro tipo en el curso de la aplicación (o reformulación) del Programa en cuestión.

6.1.6. Segmento 5

En esta unidad temática, lo que podemos resumir –en principio— es la no aparición de políticas de prevención genuinas, ningún relato deja ver alguna estrategia preventiva y lo poco que hay es reflejado en los discursos en un permanente período de intervención sin el horizonte analítico del período de aparición del efecto de las acciones.

El material discursivo expone una ausencia del soporte sanitario y político-social para el funcionamiento de la A.P.S., por tanto, sin planificación, es decir, sin estrategia (es decir, sin prevención).

José Luis S.: *"No existe ni educación ni atención primaria en toda la ciudad, hoy se trabaja todo desde la enfermedad, la orientación sanitaria está puesta en la curación de la enfermedad, yo quiero salir de este modelo prestador".*

Casi ningún relato acusa la existencia de campañas en salud, más específicamente en salud materno-infantil. Algunos actores sociales del sector promueven campañas autogestionadas en pos de objetivos muy acotados (charlas preventivas sobre algún tema puntual, por recursos básicos de primeros auxilios, etcétera) lo que los deja en la situación de abandono de autogestionar sobre lo que no tienen; campañas éstas carentes de dispositivos político-estratégicos que se propongan la lucha por el empoderamiento de la gente.

Susana M.: *"No distingo campañas para prevenir, más bien son actividades a posteriori. Los recursos son escasos, el INAREPS otorga leche y anticonceptivos (y medicación a los pacientes del instituto)".*

En cambio, todo lo que se percibe desde las entrevistas son programas y recursos esporádicos, que se encuadran en las ya mencionadas políticas públicas de carácter

distractivo, sin constancia de perdurar en el tiempo y con un planteo de relación –para con la población— de tipo vertical, autoritario, que genera dependencia; todo esto promueve apatía, impotencia y anquilosamiento en los ciudadanos. La desconexión burocrática de los recursos financieros y la yuxtaposición de estos, impone la visión estatal de beneficiario por carencia específicas, imposibilitando la mirada holística y la integración de la problemática, como ya dijimos.

Adela L.: *"El Plan Barrios contiene a 50 vecinos y en el Plan Trabajar existen 32 personas, pero esto se termina porque son contratos por seis meses".* **Nora C.:** *"Los planes de gobierno no funcionan porque no hay controles, aquí hay que hacer docencia-aprendizaje. En la salita dan anticonceptivos pero así, regalados y en forma indiscriminada; no insisten en las familias con características precarias. No dan un aprendizaje que de una toma de conciencia. No hay control en la entrega de anticonceptivos".*

La pobreza política se refleja tanto en la inexistencia de políticas públicas acordes a la realidad (a veces, sólo la ausencia de alguna política social), como en el *desgano vital* mostrado en los vecinos frente a la problemática y la posibilidad de abordaje, en concordancia con el magro potencial visualizado.

Escenario social restringido, con muy escasos recursos, yuxtapuestos y/o atomizados, de baja calidad –tanto en bienes como en servicios— y con una vida ciudadana empobrecida por la búsqueda cotidiana de solución a la subsistencia, todo lo cual redunda en la escasez de proyección de ideas y propuestas que surjan de algunos sectores de la comunidad, proyección que no encuentra al *sujeto social* que sea capaz de plasmarla.

Nora M.: *"El clientelismo político desbarató al comedor. La gente del sector vive una vida distinta, lo que más les preocupa es el trueque. No distingo grupos con lazos hacia ningún organismo, sí los punteros barriales: tenés vecinos que han trabajado para el Partido Humanista un día pero también con el Justicialista o para la Unión C. Radical".* **Lidia M.:** *"El cierre de la Unidad sanitaria del barrio y su traslado a Parque Palermo hace que Las Heras no goce de buena salud, se trata de mamás con bebés, mujeres, algunas embarazadas, que deben atravesar cuadras y cuadras oscuras para poder atenderse. Se han registrado intentos de violaciones y asaltos, porque además del trastorno que significa caminar más de 30 cuadras, está el riesgo sobre la*

integridad física sobre muchas de nosotras". **Nora M.:** *"No hay campañas de sarampión ni nada. Pedí una campaña por la droga y no hubo respuesta en las instituciones barriales, contábamos con el salón de actos del INAREPS, además el Hospital Regional iba a facilitar la presencia de un psicólogo pero fallaron los involucrados en las instituciones de los barrios".*

También en este ítem, todos los discursos trasuntan la falta de poder que aqueja al sector sobre su propia vida pública, sobre las acciones en salud particularmente; por el contrario, las acciones o planes que casi todos los entrevistados visualizan –y que aparecen más organizados y con mayor perdurabilidad en el tiempo (VIDA, por ejemplo) son descritos dentro de las relaciones con planteo unilateral por parte del Estado, sin énfasis en la educación para la salud y sin provecho en la mejora de la autosuficiencia de los sujetos implicados.

Eduardo L.: *"No distingo campañas, sólo la campaña, que es autogestionada: juntar recursos entre los vecinos para que alguien de una charla en el barrio, o conseguir la aparatología para tomar la presión, cosas que surgen en la sociedad de fomento y en la iglesia. No hay nada oficial. El Plan Barrios surge como una solución ante la emergencia. El Vida aparece con mayor nivel de organización, sobre todo en Las Heras, no tanto en Bosque Grande pero las mujeres se ven como matronas más que como mujeres solidarias, es una respuesta a una necesidad, pero muy dependiente, no está puesto al servicio de mejorar la autosuficiencia de las personas sino lo contrario, crear dependencia".*

Las políticas públicas –fundamentalmente la económica— que fueron conformando los procesos de exclusión de grandes sectores, conllevan un sentimiento residual de desprotección que ha generado la falta de confianza en las propias fuerzas y potencialidades: el sector no cree en su propia fortaleza; así, se desdibuja en los discursos la idea de *comunidad* –no encontrándose ya los resortes de ésta en lo material— apelando, a veces, a la idea de *comunidad* desde prácticas religiosas sin correlato desde las estructuras materiales.

Casi todos los discursos confiesan distinguir como recurso en el plano materno-infantil a los comedores, traspolando la alimentación de los niños (el acto de comer) del hábito privado de sus hogares al acto público de la beneficencia; casi ningún discurso evidencia la existencia de recursos genuinos propios del sector.

Diana D.: *"Destinado al plano materno-infantil, son las charlas de la Sala, son campañas locales. Y los recursos, lo que ya te mencioné: los comedores de la escuela nº43, la hermana Marta y el de la guardería Celeste y blanca y la merienda reforzada en la escuela nº7".*

... *"Hay un incremento importante del culto evangelista, no se distingue otra potencialidad en el barrio, tienen reuniones, cantos y juegos para niños. Otra cosa no surge".*

Los esfuerzos médicos y de todos los profesionales implicados en la A.P.S. del sector –ya sea en el Subcentro de Salud J. G. de Las Heras, como en el área mencionada, en el INAREPS y la sociedad de fomento de Bosque Grande— se vivencian desde afuera como insuficientes ante el propósito expreso y reiterado del discurso del Programa materno-infantil local: *"no sólo disminuir la morbi-mortalidad infantil sino también"... "lograr que lleguen a la adultez con pleno goce de salud";* el contexto de abandono generalizado en diversos planos: económico, social, cultural, ecológico, jurídico, psicológico, parece echar por tierra tal propósito o, siquiera, su pretensión, impidiendo la tarea profesional –y científica— de la evaluación de la intervención, ante la saturación que produce el estado de emergencia y la escasez de todo tipo de recursos.

Nilda Q.: *"No distingo ninguna campaña materno-infantil de prevención. No hay ningún recurso, por el contrario, hay abandono social, político, si mirás en el plano al barrio, Las Heras es un apéndice, denota también el abandono. No hay planes y la asistencia médica está desbordada en toda la zona, además de ser ineficaz. Tampoco hay liderazgos ni iniciativas que impliquen o estén orie ntadas a revertir el proceso actual en materia de salud".*

Por otra parte, no hay posibilidad –ante lo inconexo del accionar institucional, yuxtaponiendo recursos o atomizándolos a través de múltiples ofertas desarticuladas — de elaborar un informe estadístico que de cuenta de las necesidades de cada barrio así como de la demanda rechazada: ningún entrevistado pudo distinguir a las políticas públicas cumpliendo el trabajo integrador que debieran llevar a cabo los equipos interdisciplinarios para la confección del *censo* (u otra herramienta a disposición de los equipos en salud) para poder verse reflejados en cantidad en sus propios barrios. Así, no

saben cuántos niños tienen, por lo cual ignoran cuánto les falta, por tanto desconocen cuánto deben demandar; los profesionales viven un escamoteo similar.

6.1.7. Segmento 6

La "pata de la mesa" de la A.P.S. que representa la comunidad aparece constantemente mellada en este tramado discursivo, donde las relaciones surgen como despojadas de su condición política quedando circunscriptas a relaciones entre individuos, sin poder alcanzar el *statu quo* de las relaciones estructurales que brotan del accionar colectivo.

El encierro territorial favorece los mecanismos clientelistas de las estructuras políticas de la sociedad mayor.

Nilda Q.: *"No veo grupos en el barrio con accesibilidad a funcionarios ni organismos de otro sector. El Plan Vida es un programa con un servicio comunitario que aparece como delegándoles algo de poder a la gente, pero sin prepararla en cuanto a la administración de ese poder, y los recursos; trasciende, tuvo sus consecuencias en la relación de la vida comunitaria; ahora tiene más enemigos que amigos, pero es injusto quitarles el lugar que les otorgaron, castigarlos por lo que no les dieron en preparación previa".* **José C.:** *"Tenemos acceso a funcionarios de la Municipalidad, llevamos el tema y nos atienden, son muy amables; pero lo que pasa es que la respuesta después no llega".*

Ninguno de los discursos obtenidos mostró al sector con capacidad de tomar decisiones y controlar aspectos que hacen a su reproducción ni material ni social.

Las demandas aparecen casi siempre propuestas desde arriba, sin consulta o contemplación de quien va a ser el beneficiario; estos, por el contrario, se tienen que adecuar a la oferta otorgada por los organismos oficiales, hecho unilateral que también habla de la ausencia de canales de formación de demandas en los sectores populares.

Diana D.: *"Lo único articulado que noto es entre el Municipio y la Provincia, no hay más, que yo sepa. Y acciones dirigidas al desarrollo, te puedo mencionar la revisación médica anual desde la escuela, cuyo objetivo es detectar patologías, esto es propio del plan municipal, de hecho, la promovemos. Se planifica lo cotidiano, en temas de higiene, alimentación".* **Nora M.:** *"No hay acciones dirigidas al desarrollo en*

la salud materno-infantil, de lo contrario, no se verían casos de drogadicción y embarazos adolescentes. Habría que promover la salud materno-infantil educando: una bronquitis podés curarla pero sin educación no va a haber una sino seiscientas, hay que educar ahora".

Casi todas las entrevistas dejan ver la falta de representatividad del sector en los organismos de gobierno y demás estamentos del e*stablishment*, incluida la Universidad local, institución que apenas se percibe en el universo de medios con que cuenta la comunidad para resolver sus necesidades o llevar a cabo algún proyecto.

Juan V.: *"No hay nada en desarrollo. Nos gustaría hacer algún trabajo conjunto, como tareas de vacunación aquí, charlas sobre salud, propaganda, además convocaríamos al barrio para peticionar servicios de enfermería y médicos las 24 horas".* **José Luis S.:** *"No hay acciones articuladas en el plano materno-infantil, sólo lo que ya les describí. Yo mismo me conecté con la carrera de Enfermería en la Universidad para vehiculizar la instalación de un gabinete de enfermería en la sociedad de fomento pero me pidieron mayor seguridad para el material; eso no se puede resolver, no se quedó en nada".*

Cuando hay alguna conexión entre grupos barriales y organismos públicos o privados de la sociedad mayor, ésta es motivada –dentro de relaciones asimétricas— por cuestiones puntuales y asistenciales de escasa perdurabilidad en el tiempo y fuerza política propia.

Lidia M.: *"Yo resalto la visita del doctor F. al barrio por los problemas que ocasiona el cierre del subcentro, prometió que en tres meses se abre; además se comprometió a llevar a la sociedad de fomento a una enfermera que cubra algo las necesidades sanitarias del barrio, por ejemplo la nebulización para los chicos o tomar la presión a los mayores".*

Los barrios muestran en sus grupos y organizaciones similar grado de corporatividad que lo que se da en la sociedad mayor, luciendo las instituciones como en compartimentos estancos y sin apertura hacia sus pares.

Clara V.: *"El doctor O., del ex Cerenil, tiene acceso a funcionarios locales. La parroquia tiene contacto, mejor dicho, es parte de la iglesia, con el Obispado, y con Cáritas".*

La coyuntura temporal, con la crisis de los Estados nacional y provinciales y la presentación de la descentralización en diversas áreas como único modelo viable, parece vaciar a las instituciones (de salud, educación, etcétera) de la dinámica que procura acciones articuladas en pos de ideas promocionales.

Marta: *"Yo haría talleres con las adolescentes, espacios de reflexión con profesionales. El año pasado se habló con el EMDER (Ente municipal de deportes y recreación) para que en la plaza –que tiene una cancha— se armara un espacio deportivo y lúdico y se llevaran a cabo actividades deportivas combinadas con espacios de reflexión, para crear espacios para pensar, habían dicho que si pero después no progresó la idea. Fue para fin de año, era para implementar en verano, la idea era hacer –junto con el EMDER y estudiantes universitarios, por ejemplo— que todos los días hubiera algún tiempo deportivo y luego terminar la jornada con un lindo ratito de reflexión, porque acá todo es violencia y se está perdiendo la capacidad de reflexionar; se habló con los doctores de la Salita pero después no avanzó".*

Los programas no contemplan la condición social de la población a que se dirigen: no se toman en cuenta pautas culturales, hábitos, los tiempos y espacios con que cuentan las familias pobres.

Nora C.: *"Hay cosas superficiales y esporádicas, por eso no llegan a las soluciones. No toman en cuenta –por ejemplo— que no hay salida hacia fuera de las madres. Tienen un nivel de instrucción muy bajo. No se toma en cuenta el hecho de que son familias muy pobres, muy atrasadas culturalmente; pobres a nivel material pero crían con amor a sus hijos".*

Las carencias esbozadas en los discursos son –en el caso de problemáticas como el embarazo adolescente— producto de lo que no se hace en materia de prevención y promoción desde muchos años atrás.

Así, el sector muestra –como reflejo de las políticas dirigidas a paliar los diversos planos de la pobreza: trabajo, alimentos, salud— una visión asistencialista para pensar en la solución de algunos de sus problemas, acorde también con el aquí y ahora que viven cotidianamente.

Susana M.: *"Con las madres haría huerta comunitaria y me conectaría con el club del trueque. Y con las embarazadas promovería el tejido y la confección de souvenirs".*

Las ideas de promoción social de los entrevistados, tanto para mujeres, niños o adolescentes, también se muestran desamparadas: son acotadas y sobrias, sin la pretensión de trascendencia o prospectiva que sería deseable esperar de ellas.

La violencia y el grado de agresividad que se vive diariamente son percibidos –en muchos discursos— como uno de los mayores problemas para lograr pensar y reflexionar acerca de las posibilidades de promoción.

Diana D.: *"En los últimos años ha habido chicas entre trece y quince años con embarazos prematuros, con bebés que quedan a cargo de las abuelas, y las niñas pierden la escolaridad. Se inician en el consumo de alcohol, tanto niñas como niños. Me inclino a atender a ese sector, de entre nueve y quince años, con mayor problemática en el barrio, se están dedicando a la delincuencia, aspiran y van directo al consumo. Desde lo educativo, desde lo médico, hay un cuidado hacia los bebés, los niños, pero no tanto a esta franja etaria. Se han ido agravando estos problemas, habría que ayudar a las madres de niños pequeños hoy, para afrontar la pre adolescencia y adolescencia, ya que una vez que dejan la escuela, que contiene, quedan a la deriva y los padres ya no tienen autoridad".*

Las necesidades más puntuales (más que los niveles de organización alcanzados) son los resortes motivadores (y gestadores) de una cierta capacidad de gestión en los barrios. No obstante, las experiencias mostradas del accionar colectivo adolescen del peso político que habla de estructuras con una dinámica superadora del ejercicio de interacciones particularistas que se observa.

Todos los discursos aceptan concatenar sus actividades con otros grupos hacia la comunidad pero la falta de auge de la participación y el protagonismo parece sumir a algunos entrevistados en el mismo doble discurso –como en espejo—que *poseen* y de que se valen los estamentos del poder.

José C.: *"Acá no hay ningún desarrollo, lo que crece son las familias. Nosotros haríamos una salita, sí, sería interesante, la unión hace la fuerza. Pero todavía no se cumplió ninguna idea, ni lo de la escuela; hablamos con la Subsecretaría de Educación municipal y con la Provincia, también con el senador provincial señor B. Todavía no nos contestaron".*

El interés en la realización de actividades de promoción luce su sentido común – de acuerdo a los niveles de organización social del sector—en propuestas tales como

huertas, cursos de cocina, bibliotecas, talleres de teatro, música, tanto para niños como para mujeres embarazadas y/o con hijos pequeños, constituidos en espacios de aprendizaje de diversos conocimientos y técnicas ligados a afirmar hábitos que puedan colaborar en el cuidado de la salud.

Las actividades propuestas, construidas desde las relaciones de algunos actores con instituciones especializadas en ciertos temas (como por ejemplo, las escuelas con el INTA, algunas guarderías con las iglesias, tanto católica como protestante, las sociedades de fomento con la Universidad pública) trasuntan la potencialidad de constituirse en espacios de participación más activa.

El *texto madre* habla poco de lo promocional, la idea de promoción como proceso y suma de acciones de diverso tipo y de distintos sectores sociales no enmarca al discurso del Programa materno-infantil local; puede tratarse de la falta de actualización del texto, dados los vertiginosos cambios sufridos –en detrimento de la población en materia de salud— en la era de la globalización. No obstante, esta ausencia en el discurso del señalamiento del marco de referencia en donde se insertan las acciones promocionales es más que elocuente.

6.2. Sistematización del Plan de la Embarazada

6.2.1. Introducción

Esta sistematización fue realizada a través de nuestras visitas al subcentro, en Parque Palermo, en la misma etapa de tiempo en que se realizaron las entrevistas contextuales. Allí, la observación de la tarea de las tres Trabajadoras Sociales, junto con el resto del equipo, además de las entrevistas y conversaciones mantenidas con las mismas y la enfermera profesional, dio lugar a nuestra elaboración.

Presentamos los datos en un *in crescendo* donde aparecen primero los que tienen que ver con la estructura (aspectos que consideramos ineludibles de englobar en la sistematización aunque el énfasis está puesto en el Plan de la Embarazada, al que le dan un soporte y sentido) y se definen por lo estático, para pasar luego a los datos más dinámicos, reflejados en el detalle del funcionamiento y un extracto de trabajo semanal

del equipo, alrededor del Plan; luego mostramos –desde gráficos— los datos obtenidos de 78 historias clínicas de mujeres del Plan, en función de las variables elegidas.

De todo ello, se desprenden las conclusiones que –a modo de apéndice final de este capítulo— cruzan los datos y cierran acabadamente (al menos, eso pretendemos) este capítulo.

6.2.2.Características generales de la institución

6.2.2.1. Nombre: subcentro de salud Juan Gregorio de Las Heras.

6.2.2.2. Domicilio: Heguilor (ex 182) 2753. En la actualidad funciona provisoriamente en el comedor "Luz y Vida", en calle 194 esquina 79 de Parque Palermo.

6.2.2.3. Estructura jurídica: órgano barrial de la estructura sanitaria municipal (ver organigrama en Anexo).

6.2.2.4. Cobertura: barrios Las Heras, Bosque Grande y Parque Palermo, en lo correspondiente al área materno-infantil. En lo que respecta a la dirección administrativa del Servicio Social, abarca los barrios Las Heras, Parque Palermo y Parque Hermoso.

6.2.2.5. Población: mujeres embarazadas, hasta el octavo mes, lactantes y niños hasta 5 años inclusive.

6.2.2.6. Período de funcionamiento y horario: todo el año y de 8 hs. a

6.2.2.7. Antecedentes históricos: no se halló fecha de fundación del subcentro ni la ordenanza que haya dado origen a su construcción en ninguna dependencia municipal.

6.2.2.8. Planta física: La sede –en el barrio Las Heras— está afectada a trabajos de ampliación y reforma en función del Plan PROMIN; el efector Las Heras será ampliado con dos consultorios para Trabajo Social, un consultorio para ginecología, uno para enfermería de lactantes, dos consultorios para lactantes, un depósito y un sector de espera. Se refuncionalizará parte del edificio actual a efectos de adaptarlo a las necesidades del Plan PROMIN. El resto del edificio existente será recuperado.

Presupuesto estimativo de obra: $ 180.601,45.

6.2.2.9. Equipamiento: 5 consultorios *box* con mamparas de madera; un consultorio de material para enfermería; 2 baños: uno público y otro para el personal; una cocina en *office* para el personal.

6.2.3. Recursos

6.2.3.1. ***Humanos***: personal total: 13 personas: un administrativo y 12 profesionales. Equipo técnico del Programa Materno-infantil: dos médicos pediatras, una enfermera, tres trabajadoras sociales y una terapista ocupacional. (Una psicóloga que atiende 3 días semanales a adultos no abocados al Plan de la Embarazada recibe mujeres del mismo por requerimiento).

6.2.3.2. ***Financieros***: la institución depende de la Secretaría de Calidad de Vida de la Municipalidad de Gral. Pueyrredon.

6.2.3.3. ***Materiales:*** donaciones de anticonceptivos por parte de laboratorios privados (200 cajas mensuales).

6.2.4. Funcionamiento

6.2.4.1. ***Objetivo general institucional:*** la atención primaria de la salud.

6.2.4.2. ***Objetivo general del Plan de la Embarazada:*** ver Anexo (texto del Plan).

6.2.4.3. ***Organigrama:*** ver Anexo (roles del equipo profesional de A.P.S. definidos en el Plan del Lactente).

6.2.4.4. ***Programas del área Materno-infantil:*** Plan del Lactante y del Preescolar; Plan de la Embarazada y Programa Nutricional (asistencia familiar directa: alimentos).

6.2.5. Servicio Social

6.2.5.1. ***Objetivo general:*** no especificado.

6.2.5.2. ***Criterios de intervención:*** no especificado.

6.2.5.3. ***Finalidad:*** las que define la A.P.S.

6.2.5.4. ***Función:*** Polivalente. La especificada para el Trabajo Social en el Plan del Lactante y el Preescolar. Atención en consultorio; reuniones con grupos familiares, talleres; visitas a domicilio; contacto con otras instituciones: Tribunales de Menores, HIEMI, Municipalidad, etcétera.

6.2.5.5. ***Niveles de abordaje***: Caso, grupo y comunidad.

6.2.6. Movimiento en Sala del equipo alrededor del Plan

Códigos Equipo Profesional:

T.S.= Trabajador Social **E.P.**= Enfermero Profesional **T.O.**= Terapista Ocupacional

M.P.= Médico Pediatra M.C.= Médico Clínico M.G.= Médico Ginecólogo

M.O.= Médico Odontólogo

LUNES

Atención demanda: recién nacidos. EP. MP. TS.

→ Se repite cotidianamente. Después de los 2 años pasan a Pediatría p/atención médica. *Tratamiento.*

Turnos programados para control (15 a 20 lactantes de la misma edad). EP. MP. TS. T.O.

→ Sucesivos. Dan lugar al taller de charla educativa. Se rotan las franjas etarias de los bebés hasta 24 meses. *Prevención y promoción.*

***Taller*:** charla educativa. TS. EP. TO. MP.

→ Sucesivos: 2 turnos por la mañana: 8 a 10 hs. *Prevención y promoción. Educación para la salud.*

⇦ Temas: alimentación, pautas madurativas, estimulación temprana, vacunación, prevención de accidentes, higiene, cuidado de la mujer, planificación fliar., identidad, pertenencia.

MARTES

Ingresos: charlas con grupo familiar en consultorio. (Todo el equipo).

→ Sucesivos: se engrosa el fichero activo de historias clínicas. *Prevención. Educación.*

***Taller*:** proyección en sala de espera de la película "De dónde venimos" (Todo el equipo).

→ Semanal: enfoca la educación sexual. *Prevención y educación.*

Controles programados en niños de + de dos años. EP. TO. MP.

→ Anuales. *Prevención y tratamiento.*

Control programado de mujeres embarazadas.

TS. EP. MG.

→ Diario. Hasta 8vo. mes. Posteriormente derivación al HIEMI. *Prevención.*

MIÉRCOLES

Ídem día lunes y jueves.

JUEVES

Ídem lunes y miércoles.

VIERNES

Ídem miércoles y jueves.

Reunión con mujeres en edad reproductiva.

TS. EP. MG.

→ Semanal: taller del Plan de salud reproductiva. Sin instrumentación formal (sin aval institucional). Entrega de anticonceptivos. *Prevención y Promoción. Planificación familiar.*

6.2.7. Historias clínicas del Plan de la Embarazada

Variables: **Edad y Cantidad de hijos**.

Edades	**Totales**		**Primerizas**		**1 a 2 hijos**		**3 a 4 hijos**		**5 a 6 hijos**		**7 o +**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
12 a 18 años	14	18	8	10	6	7,5	0	0	0	0	0	0
19 a 25 años	30	38	14	18	13	16	3	4	0	0	0	0
26 a 35 años	27	35	5	7	10	13	8	10	2	2,5	2	2,5
36 o +	7	9	0	0	1	1,5	3	4	1	1,5	2	2,5
Total	78	100	27	35	30	38	14	18	3	4	4	5

Variable: **Estado civil**.

Estado civil	**Nº**	**%**
Unión de hecho	22	28
Casada	32	41
Sola/soltera	24	31
Totales	78	100

Variable: **Nivel Educacional**

Educación	**Nº**	**%**
1rio. Incompleto	35	45
1rio. Completo	38	49
2rio. Incompleto	3	4
2rio. Completo	2	2
3rio. Incompleto	0	0
3rio. Completo	0	0
Totales	78	100

7. CONCLUSIONES

El Plan de la Embarazada –con un texto muy escueto— se funde en el Programa Materno-infantil sin poder adquirir un mayor protagonismo. Esto pareciera responder al papel poco relevante que tiene la mujer al que va dirigido, subsumida en los otros planes con el rol de madre: el énfasis está puesto en la díada madre-hijo.

Los recursos destinados al Plan –como a todo el Programa o, mejor dicho, a toda la política de A.P.S.— son escasos desde sus distintos planos: el equipo profesional debiera engrosarse, los recursos financieros también; además la institución no cuenta con el equipamiento suficiente y no hay recursos materiales como para contar con otro tipo de bienes y servicios.

Las funciones del Trabajador Social no aparecen en el Plan de la Embarazada, tomándose las que surgen del texto del Plan del Lactante (ver anexo), el cual, por su historia y consecutividad se convirtió en el principal Plan del Programa municipal. Allí, el discurso médico es hegemónico, alejado de una mirada interdisciplinaria; así es como estas funciones son en su mayoría tareas periféricas y subalternas respecto del profesional médico, sin tener en cuenta la impronta educadora del Trabajo Social en el área *salud comunitaria*, y el carácter de promotor y gestador de vínculos y redes sociales que coadyuvarían con el resto de la tarea en comunidad. No obstante, en los hechos el equipo trabaja con mayor horizontalidad, adecuándose a la realidad.

Pero el desfasado Organigrama hace que haya profesionales en el equipo de A.P.S. que responden a distintas jefaturas y con diversos objetivos y roles. Si bien hoy están en la misma Secretaría existen divisiones administrativas que hace que algunos profesionales no estén afectados al Plan y no tengan estabilidad, o que se den jefaturas intermedias con diferentes modalidades de trabajo; de esta manera, se encuentran circunscriptos intramuros, sin posibilidad de hacer terreno, y tienen módulos horarios que distan del de los demás profesionales (caso T.O.). Esto dificulta la dinámica del equipo de cara a la atención materno-infantil.

El taller con mujeres en edad reproductiva aparece alejado del Plan de la Embarazada, además de encontrarse sin instrumentación formal, llevado a cabo por el profesionalismo del equipo (al que la realidad alimenta).

Las trabajadoras sociales quedan con un exiguo tiempo para atender los distintos niveles de abordaje que potencialmente reclama el Plan.

Tanto en las reuniones como en los talleres los temarios tienden a surgir desde el equipo profesional, sin que las mujeres intervengan desde sus necesidades más sentidas.

Las 78 historias clínicas que conforma nuestra unidad de análisis representan el 16% de las 480 mujeres del Programa que son convocadas a las reuniones del Plan de salud reproductiva (o las 494 historias clínicas activas del Plan del Lactante).

Las edades centrales son las que ostentan mayor cantidad de hijos. El 18% de la franja de 12 a 18 años no es desdeñable y sigue muy de cerca a las anteriores.

La cantidad de hijos con mayor número se fija en las mujeres primerizas y las que tienen uno o dos hijos; otra vez la franja de 12 a 18 años ocupa el segundo lugar en las primerizas y el tercero en las mujeres con uno a dos hijos.

Si bien son madres jóvenes en su mayoría, el cuadro de edades e hijos pareciera demostrar cierto cuidado respecto del control en la cantidad de hijos. Pero esto no se condice con lo apreciado en las entrevistas contextuales. Allí, los entrevistados mencionan un gran número de niños, una enorme mayoría de familias numerosas.

No sabemos si las mujeres de que se habla en estas entrevistas son las mismas que concurren a su atención al subcentro; o más bien, si el subcentro no llega a todas las mujeres del sector.

Casi el 70% de las mujeres del Plan tienen pareja y, por consiguiente, el 30% no, proporción ésta elevada si pensamos en la precariedad de recursos de todo tipo en los sectores populares como para sumar la ausencia económica y emocional que representa la pareja.

No pudimos recabar mayor información respecto de cómo se configuran estas familias, si las mujeres que tienen pareja trabajan, si los hombres trabajan, o cuál fue la actitud familiar acerca de cada embarazo (¿deseado?).

Tampoco pudimos establecer si las mujeres solas viven con su grupo familiar de origen o efectivamente viven solas con sus hijos, y de ser así, cómo se las arreglan para el cuidado de los niños ni qué relación tienen con el padre de sus hijos.

No obstante, este cuadro demuestra la heterogeneidad marcada en la nueva situación de la familia, cuestión que surgió con claridad en las entrevistas contextuales.

El cuadro de la variable nivel educacional nos dice que casi la mitad de las mujeres (49%) tiene primaria completa; pero también nos dice que la otra (casi) mitad: 45%, tienen primaria incompleta; el resto desaparece ante la polarización entre estos dos indicadores.

Que la educación pública ha decaído en la Patria de Sarmiento no es una novedad ya, pero lo que nos mueve a curiosidad es saber si ese 45% *incompleto* sufre de analfabetismo funcional, por qué dejó de estudiar (¿algún embarazo precoz?; ¿la migración de sus padres o familia de origen?; ¿la reconfiguración de esta familia?; ¿dificultades socioeconómicas: el cuidado de hermanos menores, trabajo, problemas habitacionales?) o si le gustaría terminar el ciclo primario.

El bajo nivel educacional en este sector popular de la ciudad también quedó evidenciado en las entrevistas de contexto (vuelve a haber coincidencia entre lo sistematizado y lo recabado en el entorno barrial) y nos habla de una circulación pública de la mujer en inferioridad de condiciones, hoy, que se ve obligada a salir a trabajar pero que viene de un modelo de familia patriarcal que espera de la mujer el papel excluyente de madre. Aunque tampoco sabemos –a través de los datos de las historias clínicas— qué nivel de educación tiene el hombre.

Las historias clínicas, principal instrumento de los planes del Programa materno-infantil, están destinadas prioritariamente al uso médico; esto está bien en tanto es la atención de la salud el centro del servicio que se brinda. Pero de cara a los aspectos preventivos y promocionales, a la educación para la salud, otro instrumento en manos de los trabajadores sociales (quienes son los profesionales *habilitados* para hacer *terreno* y por tanto, conocen más a fondo cada caso de las mujeres que se atienden en el subcentro) debiera ser conferido de la misma importancia que las historias clínicas para uso del equipo, con datos que apunten a los aspectos sociales que buscamos en los interrogantes surgidos del análisis de nuestra sistematización.

Las trabajadoras sociales del equipo conocen estos datos pero, al no tener un instrumento que les de cabida quedan desvalorizados en función del trabajo del equipo y pasan así a formar parte de las anécdotas; son puestos en la categoría de secundarios por su invisibilidad; nadie sistematiza lo que no aparece ordenadamente en los instrumentos de trabajo. Esto pareciera responder a una visión de la salud centrada en el servicio mismo y no en las personas.

Los talleres de charlas educativas –de esta manera— se verían enriquecidos (no obstante su buen funcionamiento actual) con este conocimiento más profundo de quienes allí se sientan a escuchar los consejos para la salud; y tal vez el manejo de datos sociales (internalizado en la tarea) por parte del equipo completo daría por resultado una modificación en la conducta participativa de las mujeres y una valorización de ellas desde el equipo y –lo que es mejor— desde ellas mismas.

La A.P.S. puede convertir en más democrático, económico y humano al sistema de salud; pero hay una tendencia a trabajar buscando lo enfermo (no lo positivo, la potencialidad de las atendidas).

El subcentro es el lugar adonde las mujeres van a atender su salud y la de sus bebés o niños pero no apreciamos el empoderamiento de la institución por parte de las usuarias, muy posiblemente por la burocratización de la estructura, que no da cabida a la participación de la mujer, sujeto no obstante, preocupado por la salud de la familia. No hay injerencia de ellas en alguna cuestión que hace a los carriles por donde transita el Plan de la Embarazada. Acaso la creación de un espacio que les sea propio para evaluar al Plan (tampoco hay evaluaciones periódicas del equipo que se pudieran sistematizar, queja frecuente de los profesionales, acuciados por la permanente emergencia).

De más está decir que sin el ejercicio pleno de la ciudadanía difícilmente los sectores periféricos puedan adquirir mayor control sobre su salud y su medio ambiente, y enriquecer sus recursos personales y sociales para la mejora de su salud y la calidad de vida en general.

8. PROPUESTA

Nuestra aspiración a contribuir a ver a la salud en su calidad de derecho social nos llevó a realizar un largo análisis: de la situación social en que impacta lo público, del derrotero del concepto *salud* en una ciudad atípica como es Mar del Plata, y del contexto barrial en cuanto a cuestiones inherentes a la A.P.S.

Atento a esta jerarquización de la salud, que debe ser el ladrillo básico en la construcción de la *justicia* y la *equidad*, es que consideramos ineludible que se revea el campo de las desigualdades sociales junto con el de la salud. Estas categorías podrían ser bajadas en preguntas que planteen el acceso al análisis de cuestiones de las que se podría dar cuenta en el instrumento que reclamábamos en el Capítulo anterior. Allí debiera figurar información acerca de origen familiar, las migraciones, los niveles socioeconómicos, los cambios sufridos en situaciones de movilidad descendente, aspectos estos importantes dentro del universo de las desigualdades sociales, que privan a la salud de poder ser justa, de poder ser equitativa.

Los ajustes económicos a nivel nacional (y regional) han impuesto una movilidad descendente y esto hace que se debiera trabajar con indicadores y diseños que permitan registrar y estimar tales variaciones, además de sus consecuencias para la calidad de vida y la reproducción social. Estos estudios proporcionarían el fundamento inexcusable para la adecuación de la política de A.P.S. a los nuevos tiempos, y por extensión, a los programas en salud materno-infantil.

En cuanto a los sistemas de salud, lo conveniente para la tarea del trabajador social y de todo el equipo interdisciplinario sería contar con datos de atención primaria desglosados por población y territorio; pero fundamentalmente esto da pie a la participación de la comunidad: agentes de salud, escuelas, centros sociales o barriales, medios de difusión, quienes pueden llevar registros de acuerdo a la dinámica que tengan. Así, las escuelas –por ejemplo— podrían registrar en función de las ausencias de escolares por enfermedad.

La mejora en la implementación de un plan o programa de este tipo –como el local— desde la actuación del Trabajo Social debiera contemplar primeramente la participación de la comunidad en los mismos.

Es necesario el ensamble de acciones entre las organizaciones de la comunidad, los organismos de gobierno e instituciones afines a la problemática (de salud, educativas, de medios de comunicación, etcétera).

Lo deseable –para abordar la temática de la participación desde el Trabajo Social— sería comenzar a evaluar a los actores sociales en el desarrollo de sus capacidades y el poder que pudieran ir adquiriendo como tales; y, por otra parte, los procesos de negociación en sus aspectos dinámicos, la interrelación de sus actores y hasta dónde pueden llegar a resolver sus problemas y/o satisfacer sus necesidades. Esto creemos haberlo abordado con las entrevistas contextuales, sobre todo a través de los ítem 4, 5 y 6 de las mismas. En lo que respecta a poder reflejar la capacidad de la población para abordar la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades propios, consideramos que no hemos profundizado en la historia del sector en cuanto a su lucha por imprimir mejoras en su calidad de vida, qué elementos y qué estrategias usaron, qué alianzas se permitieron para fortalecer su posición en otras épocas, y que pudiesen rescatarse.

Para poder contextualizar la intervención del trabajador social en la problemática –que abarca todo el espectro social— es necesario ver todos los sectores implicados; estos, representados como subsistemas de un sistema mayor, son los sectores público (el Estado), los sectores civiles informales (las familias), el tercer sector (voluntariado) y el sector comercial (el mercado).

El Trabajo Social podría poner de relevancia al subsistema familia –dentro del sector que representa la sociedad civil— coordinando la configuración de las mismas en organizaciones de base para potenciar su reclamo al derecho a la salud.

Asimismo, coadyuvando a la conformación de negociaciones con el sector voluntario más afín con los fines de una nueva y mejor organización del sector informal.

Este puede organizarse también a través de las mujeres –madres, con numerosos hijos, jóvenes y en muchos casos jefas de hogar— quienes aparecen como las mayores interesadas en el tema salud; el abordaje grupal del Trabajo

Social permite, a través de talleres o comités de mujeres asesoras del subcentro de Salud local, por ejemplo, coordinar y articular grupos educativos, los que –al ir adquiriendo conocimientos y prácticas de negociación— podrían ir superando su informalidad para ordenarse de cara a una co-gestión con los otros sectores.

Estas serían las acciones que nos parecen viables (y que no demandarían menores gastos) en comunidad.

Al interior del Plan de la Embarazada propondríamos la incorporación de personal técnico en áreas como nutrición o docentes para la instrumentación sistemática de cursos (de manejo de alimentos, de huerta, etcétera). O todo aquel curso consensuado con las beneficiarias; la proposición de cursos ligados a las esferas lúdica y artística, con la colaboración de voluntariado, nos sigue pareciendo la mejor idea, en virtud de incorporar –desde lo interdisciplinario — una visión integral de la mujer que hace uso del Plan.

El correlato de estas acciones sería el cambio (o la suma) en la letra del Plan que establezca ideas para impulsar las capacidades personales. En este caso, la resiliencia se plantea como un instrumento clínico que se sustenta en la interacción existente entre la persona y su entorno, como herramienta conceptual para buscar en las potencialidades de la mujer.

Este concepto jugaría así en el cambio de visión de lo médico, con una tendencia a buscar lo enfermo, para enfatizar en los recursos personales, en lo sano de cada sujeto, sin dejar de contextualizarlo en las situaciones de riesgo en que está inmerso el sector que atiende la A.P.S.

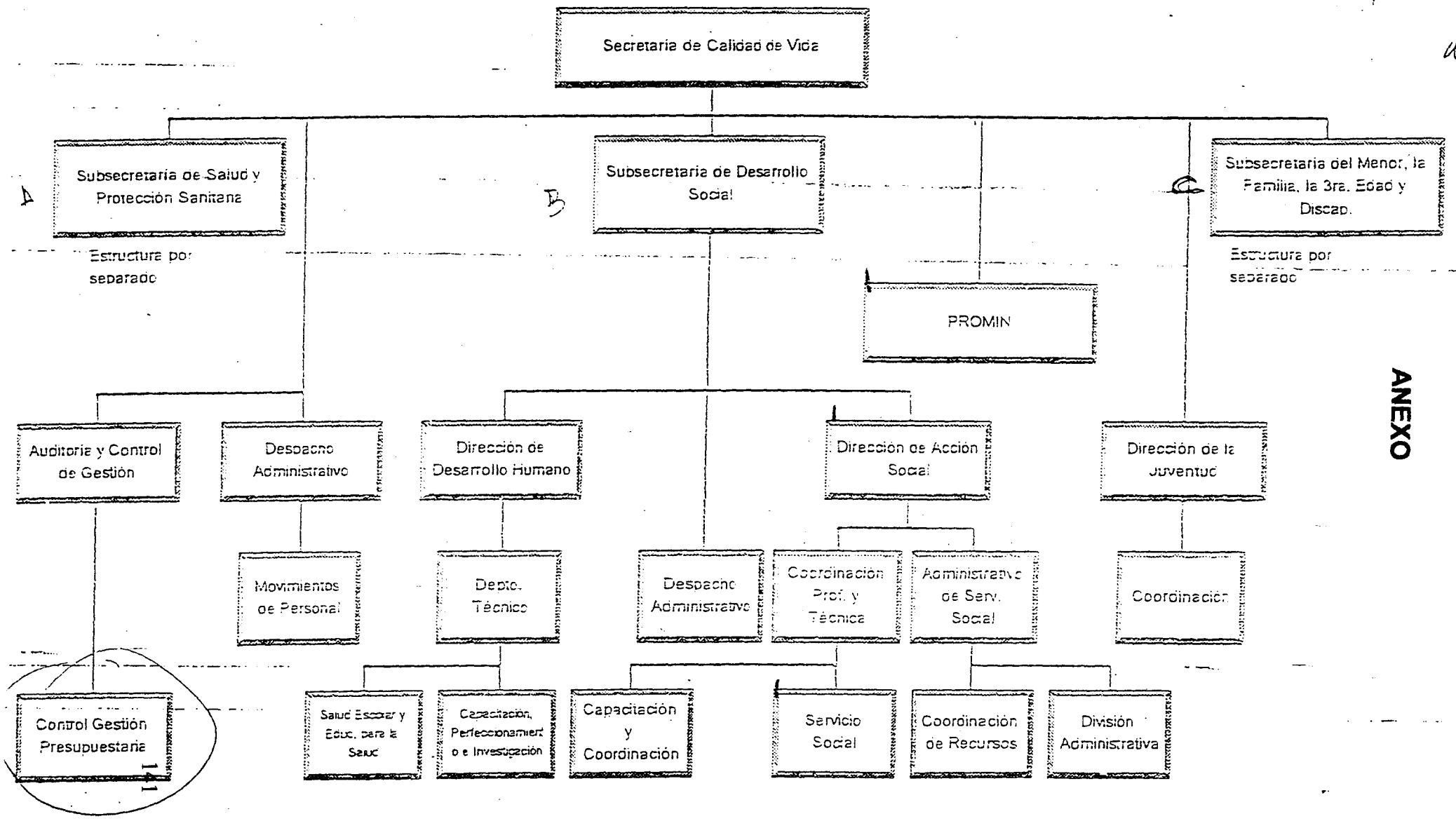
Es necesario que el trabajador social colabore dentro del equipo en el reconocimiento de las cualidades personales de las beneficiarias, de sus fortalezas y atributos; pero dentro de un conocimiento profundo de sus problemáticas de modo tal que aleje cualquier mirada ingenua o meramente optimista.

El trabajo interdisciplinario ayuda a abordar al objeto de estudio o de intervención desde las diversas visiones de cada disciplina. Al trabajador social le corresponde –por su mayor contacto con las aristas sociales— subjetivizar a ese objeto, completarlo, otorgarle nombre y apellido, conocer de él desde sus propios significados, enriquecerse como educador en una pedagogía que haga hincapié en la dignidad de la persona, en su poder de transformación.

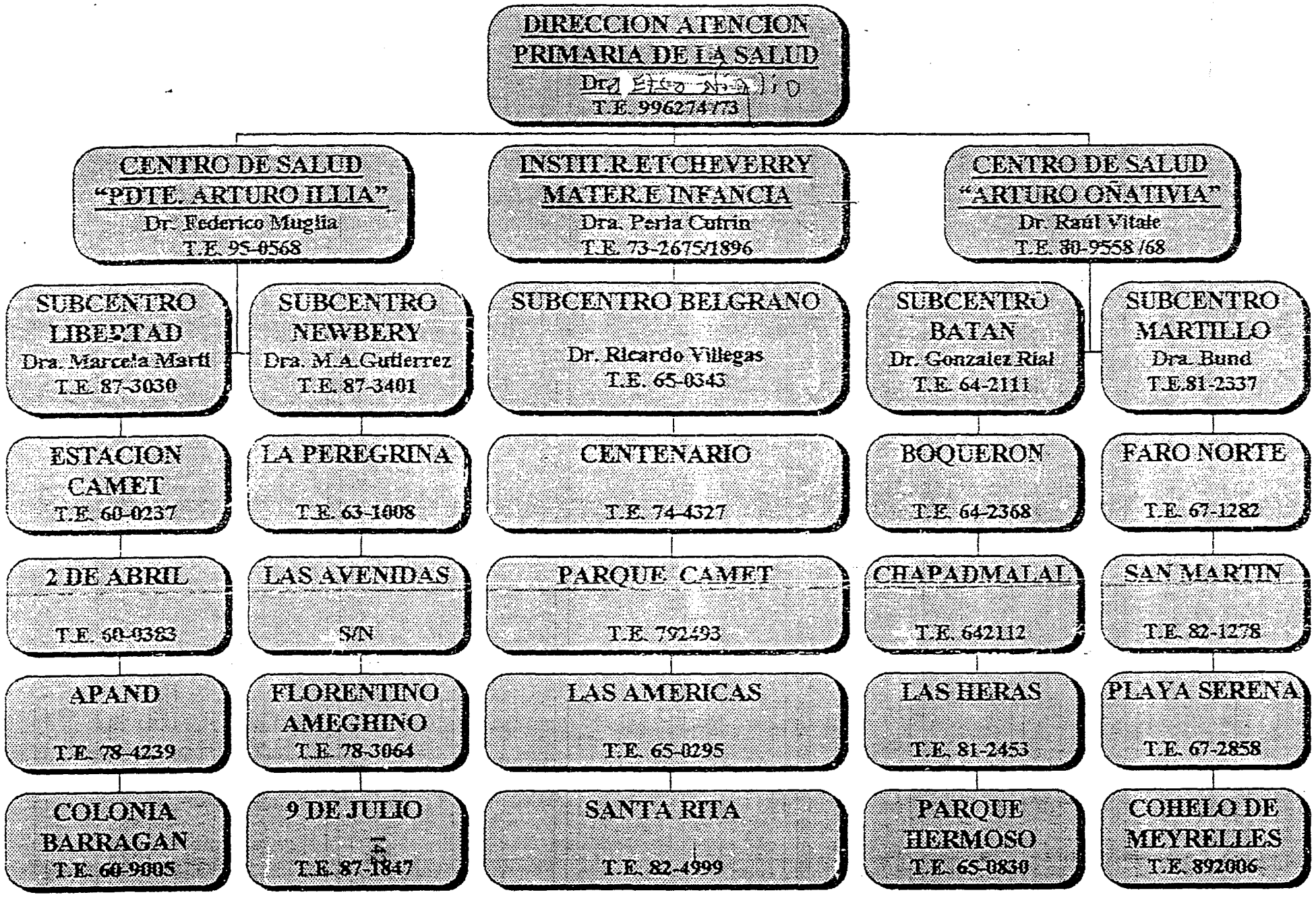
Este enriquecimiento del equipo exigirá –a su vez— una política en salud para lo materno-infantil, para la mujer, más adecuada a los cambios históricos de este fin de siglo, en donde el Estado cumpla con lo que de allí en más la comunidad acostumbrará a exigir: esa virtud por la que se da a cada uno lo que le pertenece.

13

ANEXO


Secretaria de Calidad de Vida
A
Subsecretaria de Salud y Protección Sanitaria
Estructura por separado
B
Subsecretaria de Desarrollo Social
C
Subsecretaria del Menor, la Familia, la 3ra. Edad y Discap.
Estructura por separado
PROMIN
Auditoria y Control de Gestión
Despacho Administrativo
Dirección de Desarrollo Humano
Dirección de Acción Social
Dirección de la Juventud
Movimientos de Personal
Depto. Técnico
Despacho Administrativo
Coordinación Prof. y Técnica
Administrativo de Serv. Social
Coordinación
Control Gestión Presupuestaria
Salud Escolar y Educ. para la Salud
Capacitación, Perfeccionamiento e Investigación
Capacitación y Coordinación
Servicio Social
Coordinación de Recursos
División Administrativa

141


DIRECCION ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
Dra
T.E. 996274/73
CENTRO DE SALUD "PDTE. ARTURO ILLIA"
Dr. Federico Muglia
T.E. 95-0568
INSTIT.R.ETCHEVERRY MATER.E INFANCIA
Dra. Perla Cutrin
T.E. 73-2675/1896
CENTRO DE SALUD "ARTURO OÑATIVIA"
Dr. Raúl Vitale
T.E. 30-9558 /68
SUBCENTRO LIBERTAD
Dra. Marcela Marti
T.E. 87-3030
SUBCENTRO NEWBERY
Dra. M.A.Gutierrez
T.E. 87-3401
SUBCENTRO BELGRANO
Dr. Ricardo Villegas
T.E. 65-0343
SUBCENTRO BATAN
Dr. Gonzalez Rial
T.E. 64-2111
SUBCENTRO MARTILLO
Dra. Bund
T.E.81-2337
ESTACION CAMET
T.E. 60-0237
LA PEREGRINA
T.E. 63-1008
CENTENARIO
T.E. 74-4327
BOQUERON
T.E. 64-2368
FARO NORTE
T.E. 67-1282
2 DE ABRIL
T.E. 60-0383
LAS AVENIDAS
S/N
PARQUE CAMET
T.E. 792493
CHAPADMALAL
T.E. 642112
SAN MARTIN
T.E. 82-1278
APAND
T.E. 78-4239
FLORENTINO AMEGHINO
T.E. 78-3064
LAS AMERICAS
T.E. 65-0295
LAS HERAS
T.E. 81-2453
PLAYA SERENA
T.E. 67-2858
COLONIA BARRAGAN
T.E. 60-9005
9 DE JULIO
T.E. 87-1847
SANTA RITA
T.E. 82-4999
PARQUE HERMOSO
T.E. 65-0830
COHELO DE MEYRELLES
T.E. 892006

Áreas y Programas básicos de la Secretaría de Calidad de Vida

Nuestra propuesta: Calidad de Vida, un concepto que define a la salud desde un punto de vista integral en tanto la considera como el bienestar biopsicosocial del individuo en su comunidad. La metodología para abordarla es la Atención Primaria y el método para lograr esta forma de atención, es el trabajo en equipos interdisciplinarios.

Nuestra estrategia para implementar planes de acción acordes al concepto de salud - calidad de Vida es la elaboración programática de las actividades en función de las necesidades de la comunidad.

Subsecretaría de salud	Programa Materno Infantil	Programa del lactante y el niño hasta los 2 años (próximo a ampliar por el PROMIN hasta los 5 años) Programa de la Embarazada
	Programa del Adolescente	Brinda atención específica e integral a la población entre los 10 y 20 años, con un enfoque biopsico-social.
	P. Detección Precoz del Cáncer Ginecológico	A través de la Atención en las Unidades Sanitarias se realiza el diagnostico precoz del cáncer ginecológico (cervical y mamario)
	Programa Odontológico	Por medio de la atención en las Unidades Sanitarias descentralizadas se brinda cobertura a la población a través de actividades de promoción, protección y prevención de la salud y asistencia odontológica.
	Programa de Hipertensión Arterial	Se promueve la prevención, promoción, educación y asistencia a pacientes hipertensos que tengan entre 15 y 66 años de edad.
	Programa de VIH/SIDA	Comprende la atención a la problemática del VIH/SIDA en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Aborda la prevención primaria y secundaria a fin de evitar nuevas transmisiones del virus, tratando de disminuir el daño y mejorar la calidad de vida de los enfermos. Se trabaja desde un enfoque interdisciplinario.
	Programa de Inmunización	Comprende la inmunización a toda la población entre 0 y 16 años, vacunando conforme el calendario del Plan Nacional de Inmunizaciones.
	Programa de Medicamentos	Comprende la entrega de medicamentos en el primer nivel de atención a los pacientes de escasos recursos.
	Servicio de Atención para Adicciones	Consiste en la prevención y tratamiento de la problematica del uso indebido de drogas. En el tratamiento, comprende la admisión, internación y reinserción social orientada a la población de riesgo.
	Programa de Violencia Familiar	Desde la planificación de talleres sobre violencia familiar en los barrios se promueve la prevención . Este programa esta formado por un equipo interdisciplinario que atiende el tratamiento de la problemática.
	Programa de Trastornos en la Alimentación	Este programa se constituye en respuesta a la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario para el tratamiento de la Bulimia y la Anorexia.
	Programa de Tuberculosis	Esta orientado a la búsqueda de casos, toma de muestras y tratamiento supervisado de la tuberculosis.
	Programa de Atención Primaria de la Salud	Orientado hacia el diseño y desarrollo de estrategias integrales que involucran la Atención Primaria de la Salud tiene como objetivo principal lograr la mejor calidad de vida para la comunidad. Brinda atención medica (ginecologica, pediatrica, odontologica, fonoaudiologica, enfermeria, etc), salud mental (psicologica, terapista ocupacional, fonoaudiologica)
	P. Vigilancia Epidemiológica	Comprende el control de las enfermedades de denuncia obligatoria, procesamiento y vigilancia de las enfermedades prevalentes en la Municipalidad de Gral. Pueyrredón en el primer nivel de atención.

DIVISION ATENCION DE LA MUJER

Programa de Atención de la Embarazada

Funciona dependiente de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón desde el año 1973.-

Su objetivo consiste en vigilar la evolución del embarazo con un control prenatal precoz, períodico y completo con el fin de obtener una adecuada preparación para el parto y la lactancia, con el mínimo riesgo posible para la salud de la madre y el niño.-

Se desarrolla en 25 Unidades Sanitarias del Partido y cubriendo lugares muy distantes del Distrito, como por ejemplo: Chapadmalal, El Boquerón (en el Sur). La Peregrina (Oeste), Estación Camet y Parque Camet (hacia el Norte.-

Trabajan en el mismo 23 médicos especialistas en toco-ginecología, quienes además de la paciente gestante realizan atención de la demanda ginecológica.-

El Programa se rige por la normativas del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología).-

A la paciente ingresante se le realizan:

= 1) EXAMEN CLINICO (confección de Historia Clínica perinatal

= 2) EXAMENES DE LABORATORIO (determinación de Grupo Sanguíneo y Factor Rh, investigación Lues, diabetes y función renal, hemograma, orina completa, toxoplasmosis.-

= 3) EXAMEN GINECOLÓGICO (Colposcopía - Papanicolaou)

= 4) EXAMEN ODONTOLOGICO.-

= 5) EXAMEN ECOGRÁFICO.-

= 6) VACUNACIÓN ANTITETÁNICA.-

En caso de ser necesario se realiza:

A) Provisión de hierro.-

B) Provisión de leche.-

C) Provisión de tratamiento preventivo de sensibilización R h 0-

///

En once (11) Centros se realiza el Curso de Preparación para el parto y la lactancia a cargo de instructoras especialmente capacitadas y con la colaboración del Equipo de Salud.-

Durante el mes de mayo de 1997 se realizaron

5.778 CONSULTAS	2.566 Obstetricia
	3.212 Ginecología

Se adjuntan cuadros con estadística de Julio de 1996 - abril de 1997.-

PROGRAMAS DEL LACTANTE

Y DEL PREESCOLAR

NORMAS DE ATENCION

Municipalidad del Partido de Gral. Pueyrredon

Secretaria de Bienestar Social 1979

PROGRAMAS DEL LACTANTE Y

DEL PREESCOLAR

NORMAS DE ATENCION

MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON

SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL

La atención médica comprende el conjunto de accio médicas y paramédicas que ejercidas sobre el hombre sano o enfer y su núcleo familiar en forma permanente, permiten el logro de s completo estado de bienestar físico, mental y social.

Dichas acciones corresponden a cada uno de los si guientes niveles:

1.- Promoción
2.- Protección específica
3.- Diagnóstico y tratamiento temprano
4.- Limitación del daño
5.- Rehabilitación

Esta fué la definición de atención médica que cre más apropiada cuando se puso en marcha este programa el 22/VII/ en acción conjunta entre Pcia. de Buenos Aires y la Municipalid Gral. Pueyrredón y que fué el punto de partida en el Programa de tención Médica para lactantes en la ciudad de Mar del Plata.

Este programa continúa realizándose con los apor humanos, técnicos y materiales de la Municipalidad de Gral. Pue dón (Secretaría de Bienestar Social), Pcia. de Buenos Aires (Zo nitaria VIII), Nación (I.N.E.), y entidades vecinales de fomento privadas.

Nuestra función se basa ahora en la responsabili de unificar criterios acordes con el mejor conocimiento científ encauzados para que los esfuerzos de todos, orientados en un mi sentido brinden más y mejores frutos en el menor tiempo, al más costo en un clima de armonía y comprensión, que hagan más grata ficaz nuestra tarea.

Orientamos nuestro trabajo fundamentalmente haci tres primeras pautas de la atención médica: la PROMOCION, la PR CION ESPECIFICA y el DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO. Para e creemos de PRIMORDIAL importancia la (1) educación para la salud, (2) e trol del crecimiento y desarrollo psico-físico (3) el mantenimient la lactancia natural, y la (4) inmunización específica.

Esperamos así a los niños en los consultorios an QUE ENFERMEN y desde este año antes de nacer mediante el progr Control de la Embarazada y luego de este Control, en la propia de Partos.

Nuestro esfuerzo está dirigido no solo a disminu morbi-mortalidad infantil, sino también a que estos niños llegu ser adultos útiles a si mismos y a la sociedad donde desarrolle actividades sin provocar carga alguna por discapacitaciones.

No nos conformamos ya con disminuir solamente el número de niños muertos, sino que reiteramos nuestro propósito: lograr que lleguen a la adultez con pleno goce de salud.

Somos conscientes de nuestras limitaciones, pero estamos absolutamente convencidos de que con un esfuerzo conjunto, nunca unilateral, lograremos cumplir las metas que nos he-- mos propuesto.

Comenzamos nuestra tarea con un solo Centro (originado en el Sub-programa de 0-1 año de la Programación de Atención Médica de la Pcia. de Bs.As.), que fué el que nos dió experiencia y conocimientos adecuados a nuestros propósitos; continuamos con ocho Centros en 1969 para llegar a doce en la actualidad. Creemos que será necesario incrementarlos y nuestra in-- quietud nos obliga a que en el futuro sea realmente mayor su número, no sin antes afianzar los que ya están funcionando. Para ello es fundamental conocer el informe estadístico, veraz, de las necesidades de cada barrio o sector, como también de la demanda rechazada.

A medida que conozcamos esta demanda iremos implementando los medios adecuados para atenderla, poniendo énfasis en afirmar que este programa, conjuntamente con los demás que se están desarrollando, es un desafío que hace la comunidad al equipo de salud y que todos nosotros hemos de encarar con la absoluta seriedad que sabremos cumplir con honor, nuestro deber.

Este programa de Atención Médica para Lactantes de la ciudad de Mar del Plata está orientado hacia el niño y su grupo familiar tomándolo en salud, entendiendo que la función del médico como también la de la enfermera y asistente social no es estática, sino DINAMICA, saliendo a la comunidad y trabajando en ella para promover y proteger su salud, no en forma aislada sino en su medio social.

Este programa se encuadra en la llamada Atención Primaria de la Salud. Pocas expresiones como la de "Atención Primaria", han tenido tantas interpretaciones o definiciones. En agosto de 1977 la Secretaría de Estado de Salud Pública realizó un seminario sobre la Atención Primaria y la Extensión de la Cobertura, en el que se adoptó la siguiente definición: "Atención Primaria es la asistencia de las necesidades básicas de la salud de la comunidad, con acciones programadas de baja complejidad y énfasis en la medicina preventiva y la promoción de la salud. Constituye el nivel primario de atención y es la puerta de entrada y el primer contacto con el sistema de salud formal a cuyos niveles de complejidad creciente se articula en forma escalonada y referenciada".

En 1978 se realizó en Alma-Ata (U.R.S.S.) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en la que participaron 134 países, la Argentina entre ellos. Allí se adoptó la siguiente definición: " La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comuni-

148

dad y el país puedan soportar. La atención primaria forma parte in grante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo familiar, como del desarrollo social y conómico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los indiv duos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, vando la atención lo más cerca posible del lugar donde residen y t bajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso p manente de asistencia sanitaria.

La Atención Primaria es la puerta grande de entrada Sistema de Salud, cualesquiera fuere este sistema.

Frente a una medicina que tiende a una exagerada es cialización como resultado del proceso científico y tecnológico, personalizada y deshumanizada, la tendencia actual es de una más grada, esencialmente humana, que considera al hombre como un ser su triple dimensión física, psíquica y social, y en su interacción medio.

Lleva esto a considerar al médico, como un profesi capaz, perspicaz, bien informado, atento a cualquier cambio preco que se inicie en el niño, de manera tal, que con tecnología senci de bajo costo, simple organización y fácil aceptación, pueda alca una alta eficiencia a corto plazo.

Finalmente, conviene apuntar que la asistencia mé es apenas uno de los aspectos que influyen en la salud de los niñ que, muchas veces, su importancia es menor que la disponibilidad tros bienes y servicios que aportan a un desarrollo socio-económi armónico.

Tendemos al uso de la Historia Clínica Pediátrica ca que se inicie en el primer día de su captación, pero con toda información conveniente que abarque incluso datos de su gestación ra continuar con ella a través de toda su vida en lo posible, ref jando con claridad cómo ha sido su desarrollo y crecimiento en la fancia.

No inventaremos nada, solamente aplicaremos aquell que ya ha sido estudiado y experimentado por quienes son expertos la materia, y nada más sencillo y fácil que aplicar lo publicado el Comité Coordinador de los Estudios de Crecimiento y Desarrollo Niño, dependiente de la Sociedad Argentina de Pediatría en el año 1976. Valga a la vez, como reconocimiento de la labor cumplida po integrantes de este Comité, que han puesto los resultados de su t jo al alcance de todos los pediatras y colaboradores.-

PROPOSITOS GENERALES.-

1.- Propender al descenso de la morbi-mortalidad infantil en el Ptdo. de Gral. Pueyrredón con el propósito de lograr el goce de un estado de completo bienestar físico, mental y social del niño, mediante las acciones de control de salud y tratamiento de la patología menor en los Centros de Salud y derivación de la patología mayor a servicios de más alta complejidad.-

2.- Estudio estadístico de las patologías más frecuentes en el grupo etario de 0-12 (y/ó 0-18) meses en el Ptdo. de Gral. Pueyrredón para orientar los servicios de Salud Pública y de otros sectores a la solución integral de los mismos.-

OBJETIVOS.-

1.- Captación precoz del 100% de los niños recién nacidos en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil y derivación al Centro de Salud Infantil correspondiente a su domicilio, a la consulta privada o mutual según los casos.

2.- Captar y poner bajo control precoz, continuo y completo al 70% de los recién nacidos, dentro de los primeros 15 días de edad (se parte del supuesto que el otro 30% está bajo control profesional privado o de mutual.

3.- Inmunización de la población bajo programa, de acuerdo a lo establecido en las Normas.

4.- Alimentación a pecho como objetivo primordial, en todos los casos.

5.- Dación de leche en polvo (entera y/o modificada) a los que haya que completar su alimentación.

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

NORMAS PARA LA ATENCION EFICIENTE DEL LACTANTE.-

" La norma es una información completa sobre una
" técnica o sobre un procedimiento, probados o -
" en experimentación, en la que se indican y re-
" comiendan las maneras según las cuales deben -
" ser aplicadas o experimentadas. Estas recomen-
" daciones tienen la elasticidad necesaria para-
" su acomodación a las condiciones locales.
" La Norma no es compulsiva ni rígida y, por el
" contrario es lo suficientemente plástica como
" para dar paso a las modificaciones que la re-
" alidad local aconseje".-

1.- Atención precoz
2.- Atención continua
3.- Atención completa
4.- Atención extensa
5.- Atención integral

1.- ATENCION PRECOZ.-

1.1.- Ideal (índices óptimos sucesivos), pediatra en sala de partos; examen dentro de las 24 hs.; alta pediátrica; control durante el primer mes de vida.

1.2.- Mínimo eficiente

a) Un examen antes de los 15 días de edad.

b) Un control paramédico (enfermera, partera, visitadora) en domicilio, antes de los 15 días de edad, y subsiguiente examen médico antes de los 30 días de edad.

2.- ATENCION CONTINUA (regular, periódica).-

2.1.- Ideal: control médico cada 15 días (primerizas especialmente) durante el segundo y tercer mes; luego cada 30 días hasta cumplir el año.

2.2.- Mínimo eficiente:

a) Controles médicos: 1 cada 30 días hasta el 6° mes incluído, luego 1 de cada 2 meses hasta cumplir el año.

b) Controles de enfermería : en clínica (técnicas de colaboración médica: registro de peso, etc., etc.) uno de cada 30 días hasta cumplir el año.

c) Investigación de eficiencia: establecer por procedimiento de azar, grupos con frecuencias distintas de control de manera que, actuando entre sí como grupos "testigos", permiten apreciar comparativamente, las ventajas e inconvenientes técnicos y administrativos de un control más o menos frecuente, y, por consiguiente llegar al establecimiento de normas útiles a distintos niveles cuantitativos y cualitativos de atención.

3.- ATENCION COMPLETA (Integral)

Se refiere a cada uno de los controles en particular, en el curso de atención precoz y continua. En todos ellos se deben establecer e investigar índices de eficiencia en la aplicación de técnicas y procedimientos que contemplen las funciones de una medicina integral: de fomento, protección y recuperación de la salud.

3.1. Atención completa e integral en el Control Precoz.-

a) Control Paramédico (enfermera, partera, visitadora) antes de los 15 días de edad.

Técnicas : (de enfermería, o médicas delegadas bajo supervisión).-

Recuperación: inspección del niño y de su ambiente y núcleo familiar, vigilancia de las deposiciones, vómitos etc. Control de temperatura, etc., etc.)

Promoción: puericultura y educación sanitaria del grupo familiar (ropa y baño del niño, mantenimiento de la lactancia natural, técnica de amamantamiento, etc.)

Protección: macro y micro saneamiento del ambiente (excretas) (aguas, basuras, insectos, roedores, etc.) higiene de la leche y del biberon:- BCG: etc.-

Procedimientos.- Captación precoz del recién nacido.- coordinación con consultorios pre-natales y maternidades con el fin de establecer cuanto antes, la derivación del recién nacido hacia la "Atención Continua" en el consultorio infantil(organizar esta coordinación por contactos directos de la enfermera, visitadora, o partera y mediante "formularios de coordinación

coordinación con el registro de las personas

integración de las madres y grupo familiar a los objetivos del programa.

divulgación, información y educación para la salud por todos los medios técnicos y legos.

registro acucioso de todos los datos recogidos: en las planillas, fichas y formularios correspondientes (identificación, signos y síntomas, observaciones, etc., etc.).

citación en día y hora fijos: para el subsiguiente control en el consultorio infantil; ficha cronológica, etc., etc.

3.2.- Examen médico antes de los 15-30 días de edad.-

Técnicas: Recuperación: exámen clínico completo-complementario, o interconsultas, si es necesario, mediante coordinación organizada con los servicios pediátricos de referencia); tratamiento de emergencia de la patología mayor y referencia a los servicios pediátricos del área o regionalizado.

" Ejercicios físicos, gimnasia muscular"
(estimulación Psicosomática).-

Promoción: contralor del crecimiento y desarrollo (registro de peso, talla y otras medidas; delegación a enfermería bajo supervisión); mantenimiento de la lactancia natural: indicación y dación de alimentos (leche en polvo).

puericultura y educación sanitaria (técnicas complementadas o delegadas en personal de colaboración médico-enfermera, auxiliar de enfermería, partera, visitadora bajo supervisión) etc., etc.

Protección: B.C.G., si no se efectuó antes.

Higiene de la leche y el biberón: si éste fuere necesario (éstas y otras técnicas de protección de la salud pueden ser delegadas en personal para-médico, bajo supervisión), etc.

Procedimientos: Recepción y atención administrativas eficientes (la madre y su hijo son seres humanos, no simples números); (personalización de la medicina O.M.S.).-

Confección acuciosa de la ficha familiar y de la Historia Clínica infantil, cumplimentar cuadro desarrollo (peso-talla, perímetro cefálico) de la

tarjeta índice, de la tarjeta cronológica, de la tarjeta de inmunizaciones (organización de los archivos y ficheros correspondientes) delegación de estas funciones en el personal para-médico o administrativo.

Coordinación con maternidades y servicios pediátricos del área o regionalizados (datos pre-natal y natal, exámenes complementarios interconsultas, atención de morbilidad referida) (la coordinación debe ser organizada mediante contactos directos previos establecidos por el médico o la visitadora, y siempre a través de formularios adecuados).

Citación en día y hora fijos para el próximo control.

Referencia a enfermera de terreno o visitadora para el correspondiente control domiciliario.

Ficha y encuesta médico-social.

. Atención Completa e Integral en el Curso de la "Atención Continua".- a partir del Segundo mes de vida.-

a) Controles Médicos.-

Atención en el curso del 2do. mes de vida del niño.-

Técnicas: (de recuperación, fomento y protección); similares a las establecidas en 3.2. técnicas; 1ra. dosis de vacuna Sabin.

Procedimientos: similares a los establecidos en 3.1.-Procedimientos.-

Protección: 1ra. dosis de vacuna Sabin y 1ra. dosis de vacuna triple (preferentemente sub-cutánea).

Atención en el curso del 3er. mes.-

Técnicas: (de fomento, protección y recuperación); similares a las establecidas en 3.2. técnicas; reiterarlas y cubrir omisiones.-

Técnicas agregadas.-

Protección: Segunda dosis de vacuna triple.

Fomento: Complementación vitamínica. Aprendizaje para la alimentación complementaria: puré de frutas (profilaxis de inapetencias).

Procedimientos: similares a los establecidos en 3.2.-procedimientos. Reiterarlos y cubrir omisiones.

Procedimientos agregados: todos los que tiendan a asegurar orgánicamente la comunidad y eficiencia de control. (los problemas de salud pública son problemas locales, y a este nivel deben surgir iniciativas que aseguren eficiencia).-

Atención en el curso del 4to. mes.-

Técnicas: similares a las establecidas en 3.2.-técnicas, Reiterarlas y cubrir omisiones; cumplimentar cuadro de desarrollo (peso-talla, perímetro cefálico).-

Técnicas agregadas.-

Fomento: educación para la alimentación complementaria; indicación y eventual reemplazo gradual de una lactada o biberón por una comida (sopas)nuncacaldo o jugo de carne simplemente; purés de verduras). A los 4 meses y medio; merienda, leche entera con té, mate cocido, pan, galletitas, etc. Introducción en el gusto salado (profilaxis de inapetencia.

Protección: Tercera dosis de vacuna triple y segunda dosis de Vacuna Sabin.

Procedimientos: Similares a los establecidos en 3.2. Procedimientos; reiterarlos y cubrir omisiones, perfeccionar y complementar los que sean necesarios.

Atención en el curso del 5to. mes.-

Técnicas: (de fomento, protección y recuperación de la salud); similares a las establecidas en 3.2.-técnicas y complementadas en las consultas posteriores; reiterarlas y cubrir omisiones, perfeccionándolas de acuerdo a la evaluación que de ellas se hiciere.

Técnicas agregadas.-

Fomento: educación para la alimentación complementaria; indicación de otro tipo de puré; indicación de leche y harinas (en plato) fideos con salsa blanca, huevos, sesos, hígado, quesos, flan, manzana asada, compotas, gelatina, mermeladas (4 comidas diarias.

Procedimientos: idem. 3.2. procedimientos y subsiguientes.-

Atención en el curso del 6to. mes.-

Técnicas y procedimientos: repaso de los establecidos en 3.2. idem. y subsiguientes, recordando que, a partir del 6°mes, según normas de "Atención Continua", la periodicidad del contralor médico se hace menos frecuente (cada 60 días)--cumplimentar tabla de desarrollo (peso-talla -p. cefálico).

Técnicas agregadas:

Fomento: educación alimentaria: completar indicaciones. Alimentación completa; introducir carne, huevo, legumbres, si no se hubieran indicado antes) mantener no menos de 1/2 litro de leche - diario. Introducción de una 2da. comida (cena) 4 comidas (prevención de obesidad).

Protección: Tercera dosis de Vacuna Sabin.

Atención en el curso del 8vo. mes.-

Técnicas y procedimientos: idem. 6to. mes. Cumplimentar cuadro de desarrollo y repaso de lo establecido en 3.2.idem. y subsiguientes.

Técnicas agregadas: control de crecimiento y desarrollo, con especial referencia al desarrollo Psicomotor.
Destete obligatorio: Mantenimiento de no menos de 1/2 litro de leche diario.

Atención en el curso del 10mo. mes.-

Técnicas y procedimientos:idem que en 6mo.mes.La educación e indicaciones alimentarias se deben haber conducido con el propósito de incorporar al - niño al régimen corriente del grupo familiar.

Atención en el curso del 12vo. mes.-

Técnicas y procedimientos: idem. que en el 10mo.-mes; al cumplir el año se debe haber completado - las inmunizaciones contra las enfermedades infecciosas más comunes; cumplimentar cuadro de desarrollo (peso-talla, P.craneano).

Evaluación y relación con las curvas de velocidad de crecimiento.-

NOTA: Durante las sucesivas consultas médicas, que aseguran la continuidad del contralor regular y periódico, numerosas técnicas sobre todo de promoción y de protección, pueden ser delegadas, bajo supervisión, en el personal para-médico(enfermera, auxiliar de enfermería, partera, visitadora). Lo anterior es válido en mayor medida, para los procedimientos administrativos.-

Controles de Enfermería.-

En Clínica: según lo establecido por estas normas en 2.2.b), la enfermera o auxiliar de enfermería, participará del "control continuo y completo", otorgando una atención cada 30 días. Cumplimentará dichas normas aplicando técnicas y procedimientos propios de la enfermería de Salud Pública (y, aún técnicas y procedimientos médicos delegados por el médico Jefe del Equipo y bajo su más directa supervisión y asesoría).

La enfermera destinará parte de su tiempo correspondiente a la jornada diaria de trabajo, a la directa colaboración con el médico en el consultorio. Cada atención de enfermería estará en relación con la consulta médica (antes, durante y después de la misma).

Tres atenciones podrán ser otorgadas separada y personalmente por la enfermera (si el niño concurre sano); son las correspondientes al 7°, 9°, y 11°mes (control de peso, educación alimentaria, dación de leche, inmunizaciones, puericultura y educación para la salud.-

Técnicas de Enfermería : serán regladas según las normas vigentes.-

Procedimientos administrativos: Serán reglados según las normas vigentes: la enfermera destinará parte de su tiempo de trabajo diario a tareas de tipo administrativo (admisión, registro, ficheros, archivo, parte diario de actividades, distribución de leche en polvo coordinación interna con los otros miembros del equipo educación en grupo. etc.).

NOTA: Las consultas médicas otorgadas a raíz de demanda por morbilidad (pequeña morbilidad, sobre todo), pueden y deben ser aprovechadas para ejercer, el "control" (integral, precoz, continuo, completo), que estas normas definen, para una "atención eficiente del lactante".-

Claro está que, para considerarlas "consultas control" el análisis evaluativo del cumplimiento del programa infantil deberá establecer que hayan sido otorgadas aproximadamente en las fechas establecidas según normas de "atención continua" y cumplimentados los índices mínimos de "atención completa" para cada una de ellas.

Estamos ahora, en condiciones de dar una definición de LACTANTE BAJO CONTROL: - -

" Es aquél que permanece en atención continua y completa", según normas e índices establecidos, a cualquier edad del primer año de vida en que haya sido captado, independientemente de que concurra como "niño presuntamente sano". o en demanda de atención por morbilidad.

El fichero calendario establecerá, en cualquier momento, el número de lactantes "bajo control" y su proporción respectó de la población de lactantes existentes en el área, es decir: el grado de cumplimiento de los objetivos del programa en cuanto a su extensión y niveles útiles.-

5.-
ENCION
TENSION EXTENSA.-

Sólo mediante una amplia cobertura de la población de lactantes se podrán alcanzar "niveles útiles", es decir aquéllos capaces de influir sobre los riesgos de enfermar y morir, disminuyehdo consecuentemente las tasas de morbilidad y de mortalidad infantil. Esta "Atención Extensa" es la que podrá llevarnos gradualmente al propósito de lograr "el goce de un estado de completo bienestar físico, mental y social" del niño, que es el resultado final que debemos conseguir.-

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMULARIOS.

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA (H C P N°1)

Consideraciones generales.-

Esta primera hoja de la historia clínica está destinada al registro de los datos de identificación del paciente; de los padres; caracterización socio-económica de los mismos y características del embarazo y del parto. Se anota también los datos de la vivienda, características del recién nacido y antecedentes familiares más importantes.

Los datos de identificación deben ser llenados por personal de secretaría o de estadística en el momento que se inicia la historia.

Instrucciones .-

APELLIDOS PATERNO-MATERNO Y NOMBRES: Anotar en el orden indicado el apellido del padre, el apellido de la madre y finalmente los nombres completos del niño.

SEXO: Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

N° DE HISTORIA CLINICA: Anotar el número de historia clínica asignado por el establecimiento al niño.

DOMICILIO: Calle, número y localidad donde el niño reside en forma permanente. Si su domicilio está en un área donde no se puede especificar calle y número, se solicitará a la madre o persona encargada alguna referencia que permita ubicarlo, tal como ruta, KM. estancia, etc.

ZONA: Marcar con una cruz el casillero que corresponda según que el niño reside en una zona urbana (U) o rural (R). El criterio para establecer la ruralidad de la residencia dependerá de lo que la madre o persona encargada considera urbano o rural.

PADRE:

APELLIDO Y NOMBRES: Anotar en el orden indicado el apellido y el nombre del padre del niño.

N°DE HISTORIA CLINICA: Anotar el número de historia clínica del padre, si lo tiene en el establecimiento.

NIVEL DE INSTRUCCION: Anotar con una cruz en el casillero correspondiente el nivel de instrucción del padre y anotar el último año aprobado.

OCUPACION DEL PADRE: Marcar con una cruz el casillero que corresponda: "Sin ocupación", cuando al momento de la visita hace un mes o más que no trabaja.

- "obrero no estable" es el obrero que no tiene un contrato de trabajo permanente sino que realiza trabajos diversos, generalmente no especializados, por períodos cortos, en distintos sitios.

- "obrero estable", es el obrero que tiene un contrato de trabajo permanente o constantemente rehovado en el mismo organismo o firma comercial. Su trabajo es principalmente manual y no intelectual, aunque puede ser especializado y con remuneración alta.

- "empleado o comerciante", es la persona que tiene un trabajo principalmente intelectual, independiente de su nivel de ingreso.

- "profesional o técnico", es el que tiene título universitario o de nivel técnico y ejerce su profesión.

ORE:

APELLIDO Y NOMBRE: Anotar el apellido y el nombre de la madre del niño.

DE HISTORIA CLINICA: Anotar el número de historia clínica de la madre si la tiene en el establecimiento.

VEL DE INSTRUCCION: Anotar con una cruz en el casillero correspondiente el nivel de instrucción de la madre y anotar el último año aprobado.

REAS DEL HOGAR: Marcar con una cruz el casillero que corresponde:
- " con ayuda", si en las tareas del hogar colabora con la madre otra persona.

- "sin ayuda", si en las tareas del hogar no colabora nadie con la madre (familiar, doméstica, etc.).

- "no", cuando la madre no realiza tareas del hogar.

ABAJO REMUNERADO: Se considera tal la ocupación retribuída en dinero. Marcar con una cruz el casillero que corresponda y en el caso de que la respuesta sea "si", anotar el número de horas diarias.

JERA DEL HOGAR: CON PREDOMINIO DE ACTIVIDAD: Marcar en el casillero correspondiente si el trabajo lo realiza fuera o dentro del hogar y el tipo de actividad desarrollada (físico o intelectual). Respecto a este último rubro se llenará de acuerdo con el criterio de la informante.

DAD: Anotar la edad de la madre en años cumplidos.

° DE GESTACIONES: Anotar el número total de embarazos.

ARIDAD: Anotar el número total de partos vaginales anteriores.

N°DE HIJOS VIVOS: Anotar el número de hijos que viven en la actualidad.

DIFERENCIA DE EDAD ENTRE ESTE NIÑO Y EL ANTERIOR VIVO: Especificando en años o en meses la diferencia de edad entre este niño y el anterior vivo.

RESULTADO DEL EMBARAZO ANTERIOR: Anotar con una cruz el casillero que corresponda, Si fué nacido vivo, especificar si todavía vivo o no. Si ha fallecido anotar la causa.

AMAMANTO EL ULTIMO HIJO: Anotar con una cruz el casillero que corresponde. Si amamantó el último hijo. Especificar el tiempo.

OBSERVACIONES: Anotar los comentarios que se consideren importantes.

DATOS DE LA VIVIENDA:

NUMERO DE HABITACIONES USADAS PARA DORMIR: Anotar el número de cuartos de la vivienda utilizados para dormir no incluídas dependencias anexas tales como cocina, baño, lavadero, etc.

NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA: Anotar el número de personas que habitualmente duermen en la vivienda.

AGUA CORRIENTE PROVISTA POR INSTITUCION EN LA CASA: Marcar "si" cuando la vivienda cuente con servicio público de agua corriente provisto de cañería pública con canilla dentro de la unidad de vivienda.

BAÑO INSTALADO EN LA CASA: Se entiende por tal aquél que cuente con retrete o inodoro con descarga de agua de uso exclusivo de la vivienda.

DATOS DEL RECIEN NACIDO:

FECHA DE NACIMIENTO: Anotar el día, mes y año cuando nació el niño

LUGAR DE NACIMIENTO: Anotar la Institución donde ocurrió el nacimiento. En caso de haber ocurrido en su domicilio anotar el hecho.

EDAD GESTACIONAL: (SEMANAS): Anotar la edad gestacional en semanas contando a partir del primer día de la última menstruación de la madre.

LONGITUD CORPORAL: Anotar la estatura en centímetros. Ver instructivo página -22-

PESO AL NACER: Anotar el peso al nacer en kilogramos con un decimal. Ver instructivo página -23-

PERIMETRO CEFALICO: Anotar en centímetros con un decimal. Ver instructivo página -23-

PARTO ESPONTANEO: Especificar la terminación del parto marcando con una cruz en el casillero correspondiente. Si no es espontáneo, especificar en observaciones.

B.C.G.: (FECHA) Anotar la fecha de la administración de la vacuna.

PESO AL ALTA: Anotar el peso en kilogramos con un decimal del recién nacido al egresar del hospital.

ALIMENTACION AL ALTA: Marcar con una cruz el casillero que corresponde.

OBSERVACIONES: Anotar los comentarios que se consideren importantes.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Los referentes a las personas vinculadas por parentesco de primer grado al niño (padres, hermanos, tíos primos hermanos y abuelos). Para cada una de las enfermedades diagnosticadas por el médico se marcará con una cruz el casillero correspondiente; en caso positivo se describirá el grado de parentesco del o de los familiares afectados. Toda descripción deberá ir precedida por el número de la enfermedad a que se refiere.

PAUTAS DE DESARROLLO PSICO-MOTOR (Valoración simplificada)

Conceptos generales

Con la finalidad de proporcionar elementos para realizar la valorización estimativa y proceder al registro del desarrollo psicomotor del niño, fueron elaboradas las pautas que presentamos. Las mismas surgen de los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas por el grupo psicológico del Centro de Crecimiento y Desarrollo y del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H.Sbarra" (ex-Casa Cuna) de la ciudad de La Plata.

De ninguna manera estas pautas pretenden ser una escala para evaluar exhaustivamente la conducta de la primera infancia. Significa una ayuda para que el pediatra o cualquier otro trabajador de la salud realice sus observaciones y asiente las mismas en un registro, de tal modo que le permitan el seguimiento del desarrollo del niño. Posibilita también detectar precozmente las desviaciones de lo normal y derivar a la consulta especializada en el momento oportuno.

Son 1 parámetro + o menos fijo (Habla d'normalidad ¿cuál es?

Para la comparación de un niño con estas pautas se debe realizar un examen de la conducta, a través de una serie de pruebas funcionales.

El niño está en constante crecimiento y desarrollo y éste puede examinarse a través de sus conductas. Las conductas son respuestas a una situación dada, resultantes del proceso de desarrollo integral que se realiza en ordenada progresión a través de sucesivas etapas. Así la estimación de las distintas fases del desarrollo requiere el examen de cuatro campos de conducta: 162

1) CONDUCTA MOTRIZ: Su estimación es de particular interés porque la

capacidad motriz del niño constituye el punto de partida para la evaluación de su madurez. Comprende desde los grandes movimientos del cuerpo tales como pararse, sentarse, sostener la cabeza, hasta las más finas coordinaciones motrices como prensión y manejo de objetos.

(2) CONDUCTA ADAPTATIVA: Incluye todas las formas de reacción frente a objetos y situaciones; coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, habilidad para utilizar su capacidad motora en la solución de problemas prácticos, así como también la utilización de esquemas de conducta para realizar nuevas adaptaciones frente a los sencillos problemas con los que se enfrentan.

(3) CONDUCTA DE LENGUAJE: Abarca todas las formas de comunicación visible y audible, ya sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, etc. Incluye además imitación y comprensión de lo que hacen o dicen otras personas.

(4) CONDUCTA PERSONAL-SOCIAL: Comprende las reacciones personales del niño ante las pautas culturales del medio en que vive. Incluye una amplia y variada gama de reacciones que incluyen desde el control de esfínteres, hábitos de alimentación, juegos, hasta la colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convenciones sociales.

Utilización de las pautas

El empleo de técnicas para la evaluación del desarrollo infantil presenta dificultades específicas que deben ser previstas en pro de la confiabilidad de los resultados.

Muchas veces el niño puede tener pocos deseos de cooperar con la investigación y hay que aprovechar el momento propicio para que se pueda proponer estímulos nuevos cuando se siente bien; cuando no tiene hambre ni sueño, pues si tuviera alguna de estas necesidades, ellas absorben todas sus energías. En tal sentido es necesario que el examinador tenga paciencia con el niño para obtener una mejor exploración de sus conductas. Debe establecer una buena relación que permita disminuir las tensiones frente a la situación de prueba para lograr el máximo rendimiento frente a la misma.

La madre debe estar presente, aunque su participación sea pasiva.

Materiales

El material a utilizar en la evaluación de la conducta es accesible y de fácil manejo.

Para los primeros meses se usa una mesa corriente, sobre la que el niño pueda acostarse, pararse o sentarse. En niños mayores de un año el exámen se realizará en el piso, teniendo además una mesa y una silla. También se utiliza un sonajero y un objeto pequeño (botón, bolita, etc.) una taza o caja, un lápiz, papel y un juguete.

Registro de las pautas.

En cada visita o control se toman las conductas estimadas para la edad.

Algunas conductas pueden tener dos o más acciones. La -- sencia de una de ellas basta para considerar una conducta normal.

Las pruebas se califican según la presencia (+) o ausen- (-) de las acciones de cada conducta en el casillero que figura a derecha de cada una de las conductas en la planilla de regis--

Desviaciones groseras de la edad actual, o marcada dis- idad entre los campos de conducta, señalan la necesidad de un e- en del diagnóstico de la conducta por el especialista.

MEN CLINICO, ALIMENTACION Y EVOLUCION.

ECHA: Anotar el día, mes y año en que se efectúa la visita.

DAD: (EN MESES): Anotar la edad del niño en meses cumplidos en - el momento de efectuar la visita.

PESO: Anotar el peso del niño en kilogramos con un decimal en el momento de efectuar la visita. Ver instructivo página -23-

LONGITUD CORPORAL: Anotar la estatura del niño en centímetros en el momento de efectuar la visita. Ver instructivo página -22-

PERIMETRO CEFALICO: Anotar en centímetros con un decimal el perímetro cefálico del niño tomado en el momento de efectuar la visita. Ver instructivo página -23-

EXAMEN CLINICO, ALIMENTACION Y EVOLUCION: Anotar los resultados - del exámen clínico efectuado durante la visita terapeútica indicada, cambios de alimentación y la opinión médica sobre el estado de salud del niño. El profesional firmará estas notas.

RECIMIENTO DE 0 A 12 MESES - NIÑAS (HCP N°2)

RECIMIENTO DE 0 A 12 MESES - NIÑOS (HCP N°3)

onsideraciones generales:

La determinación periódica del peso, longitud corporal y erímetro son muy buenos indicadores del crecimiento del niño.

En el anverso de los formularios HCP N°s. 2 y 3 se en-- uentran las gráficas de dichos valores desde las 32 semanas de gestación hasta los 12 meses de edad. En el reverso de estos formula-- ios se hallan las gráficas de peso y longitud corporal del naci- - iento a los 60 meses (5 años) de edad.

Se considera útil registrar los datos en la gráfica del nverso y repetir los mismos en el reverso (0 a 60 meses) para ob- ervar la evolución del proceso de crecimiento desde el nacimiento asta los 60 meses.-

Instrucciones

APELLIDOS PATERNO - MATERNO Y NOMBRES: Anotar en el orden indicado el apellido del padre, el apellido de la madre y finalmente los nombres completos del niño.

N° DE HISTORIA CLINICA: Anotar el número de historia clínica asignado por el establecimiento al niño.

HOSPITALIZACIONES: Las hospitalizaciones que el niño tenga serán registradas indicando con una raya el tiempo que demandó dicha internación.

VACUNACIONES: En el anverso de los dos formularios (HCP N°2 y HCP N° 3) se encuentran marcados con un círculo las normas aconsejadas para la vacunación. Marcar con una x el momento en que se cumple con cada vacunación, coincida o no con el círculo.

ALIMENTACION: En el anverso de los dos formularios (HCP N°2 y HCP N°3) se encuentran marcados con un círculo las normas aconsejadas para la alimentación. Marcar con una X el momento en que se inicia cada tipo de alimentación, coincida o no con el círculo. La alimentación al pecho y leche de vaca no tienen círculos por lo que se debe marcar con una X en que momentos comienzan. Cuando se suspende la alimentación materna se marcará con dos barras paralelas (//).

MEDICIONES ANTROPOMETRICAS

Consideraciones generales

En la línea horizontal se inscribe la edad en semanas de gestación y meses de vida. En la ordenada (línea vertical) se inscribe la longitud corporal y perímetro cefálico en centímetros y el peso en kilogramos.

En la intersección de ambas líneas se coloca un punto que corresponde a cada uno de los parámetros a una edad determinada. La unión de los puntos registrados en distintos períodos permite observar las características del crecimiento del niño a través del tiempo.

Los valores normales se encuentran entre los extremos 90 y 10 (los percentiles) de cada una de las mediciones.

Los niños que se encuentran por debajo del percentilo 10 del peso deben ser controlados de acuerdo a las normas establecidas ("Normas para la atención pediátrica" Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública, Normas Técnicas,1973, ver página 10) a fin de detectar una patología y/o desnutrición.

Los niños que se encuentran por encima del percentilo 90 deben ser cuidadosamente controlados debido al sobrepeso que presentan.

Cada medición debe ser registrada en la fecha correspondiente a la visita (HCP N°1 y HCP N4) y posteriormente escribir el dato en la gráfica.

rmas para la obtención de las medidas antropométricas

ONGITUD CORPORAL

Debe medirse en menores de cuatro años en decúbito-upino (acostado). Desde esta edad en adelante se medirá la estatura (altura corporal en posición de pie).

La medición en menores de cuatro años:

Instrumento

Cualquiera sea el instrumento usado, debe reunir las siguientes condiciones:

- una superficie horizontal dura (puede ser una mesa corriente de madera u otro material adecuado).
- una regla o centímetro de metal graduado en centímetros y en milímetros a lo largo de la mesa o superficie horizontal. A los fines prácticos, mejor que la cinta metálica graduada esté fija a la mesa.
- una superficie vertical fija en un extremo de la mesa y otra móvil a lo largo de la mesa y de la cinta graduada, ambas en ángulo recto con la horizontal.

Técnica

Es conveniente que la medición sea efectuada con un ayudante.

El niño se apoya en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana. Un ayudante mantiene la cabeza en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie, contra el plano vertical fijo. La persona encargada de efectuar la medición estira las piernas del paciente y manteniendo los pies en ángulo recto desliza la superficie que esté en contacto con los talones del niño, efectuando entonces la lectura.

La medición en mayores de cuatro años:

Instrumento

Si no se dispone de un instrumento especial (estadiómetro de Harpenden), es necesario utilizar una pared y una placa de madera en ángulo recto con la vertical. Se aconseja no utilizar un instrumento que consista solamente en barras verticales y horizontales angostas, dado que frecuentemente esas barras tienen tanto juego que el extremo distal puede ser movido un centímetro o más sin afectar la lectura sobre la escala vertical.

Para la construcción de un estadiómetro utilizando la pared, es necesario que la misma se halle en escuadra, para lo cual se coloca una plomada para corroborarlo. Se fija sobre la pared una cinta métrica metálica de dos metros.

Técnica.-

Se debe tomar con el paciente descalzo y sin medias ya que éstas pueden ocultar un elevamiento ligero de los talones.

El sujeto se colocará sobre un piso plano de la escala con los pies paralelos y con los talones, las nalgas, los hombros y la cabeza en contacto con el plano vertical. La cabeza se mantendrá cómodamente erguida, con el borde orbitario inferior en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo extremo (mirada dirigida al frente). Los brazos colgarán a los lados del cuerpo de una manera natural. Una superficie de madera se hará descender suavemente, aplastando el cabello y haciendo contacto con el vértice de la cabeza. La escala graduada será de dos metros y permitirá medir con una exactitud de 1 mm.

PERIMETRO CEFALICO

Instrumento

Las mediciones deben hacerse con una cinta estrecha (menos de 1cm. de ancho), flexible e inextensible, preferentemente de acero. Se evitarán las cintas de tela o hule que tienden a estirarse con el uso.

Técnica

Manteniendo la cabeza fija se medirá la circunferencia máxima colocando la cinta con firmeza alrededor de los huesos frontales pasando por la glabela (punto más prominente entre las arcadas supraorbitarias) rodeando con la cinta la cabeza al mismo nivel por cada lado y aplicándola sobre la prominencia occipital máxima para el dorso.

PESO

Instrumento

Debe utilizarse una balanza de palanca. En lactantes y niños pequeños se utiliza la balanza de lactantes, con graduaciones cada 10 gramos. En niños mayores debe usarse balanza de pie con graduaciones cada 100 gramos.

Técnica

Los niños deben pesarse sin ropas. En caso de ser esto imposible, debe descontarse posteriormente el peso de la prenda usada.

Se coloca al niño sobre la balanza y se efectúa la lectura hasta los 10 ó 100 gramos completos, según la balanza que se use (balanza de lactantes o de pie).-

SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL • PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDON •

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA

Apellidos paterno materno nombres	sexo ☐ ☐	Nº Historia Clínica
Domicilio: calle numero localidad	zona ☐ urbana ☐ rural	

Padre: Apellidos y Nombres	Nº Historia Cl.	Nivel instrucción último año aprobado ____ ☐ primaria ☐ secundaria ☐ universit. ☐ sin instr.

Ocupación
☐ sin ocupación ☐ obrero no estable ☐ obrero estable ☐ empleado o comerciante ☐ profesional o técnico

Madre Apellidos y Nombres	Nº Historia Cl.	Nivel instrucción último año aprobado ____ ☐ primaria ☐ secundaria ☐ universit. ☐ sin instr.

Tareas del hogar	Trabajo remunerado	Fuera del hogar	Con predominio de actividad
☐ con ayuda ☐ sin ayuda ☐ no	☐ no ☐ si ____ Hs/D	☐ no ☐ si	☐ físico ☐ intelectual

Edad	Nº de gestaciones	Paridad	Nº de hijos vivos	Diferencia de edad entre este niño y el anterior vivo.

Resultado del embarazo anterior
☐ aborto ☐ nacido muerto ☐ nacido vivo: vive ☐ si ☐ no causa

Amamanto al último hijo	Observaciones
☐ no ☐ si tiempo ____	

Datos de la vivienda
Nº de habitaciones usadas para dormir: ____ Nº de personas que viven en la casa: ____
Agua corriente provista por institución ☐ si ☐ no cloacas ☐ si ☐ no
dentro de la casa ☐ si ☐ no baño instalado en la casa ☐ si ☐ no

Datos recien nacido	Fecha de nac.	Lugar de nacimiento	Edad gestacional (sem)	Long. corporal	Peso al nacer	Perim. cefálico

Parto espontáneo	B.C.G. fecha	Peso al alta	Alimentación al alta
☐ si ☐ no: especificar			☐ pecho ☐ artificial ☐ mixta

Observaciones:

Antecedentes familiares: en caso positivo detallar indicando el número correspondiente

1. diabetes	☐ si ☐ no	
2. TBC pulmonar	☐ si ☐ no	
3. sífilis	☐ si ☐ no	
4. Chagas	☐ si ☐ no	
5. otros	☐ si ☐ no	

PAUTAS DE DESARROLLO PSICO - MOTOR

C. MOTRIZ	R+	C. ADAPTATIVA	R+	LENGUAJE	R+	SOCIAL	R+
eva cabeza							
beza mismo plano		fija mirada					
beza erecta						sonríe examinador	
abeza no cuelga		sostiene y mira sonajero					
entado con ayuda		sostiene y sacude sonajero					
		transfiere objetos		sonidos silábicos			
arado con ayuda ensión en tijera							
amina con ayuda ensión en pinza				dice, mamá, papá, res ponde nombre entenno			
amina solo		coloca objeto en recipiente					
agacha		reconoce y señala 2 partes del cuerpo					
orre				frases: dice nombres		control parcial de esfinteres	
ostiene lápiz: mita trazos				realiza ordenes		ayuda a vestirse	
				usa verbos dice nombres utiliza el ¿por que?		come y se lava las manos solo	

R+ - respuesta sera "+" si el signo esta presente en el examen y "-" si ésie no se observa

ECHA	EDAD meses	PESO	LONG. CORP.	PERÍM. CEFAL.	EXAMEN CLINICO ALIMENTACION Y EVOLUCION

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA • EVOLUCION •

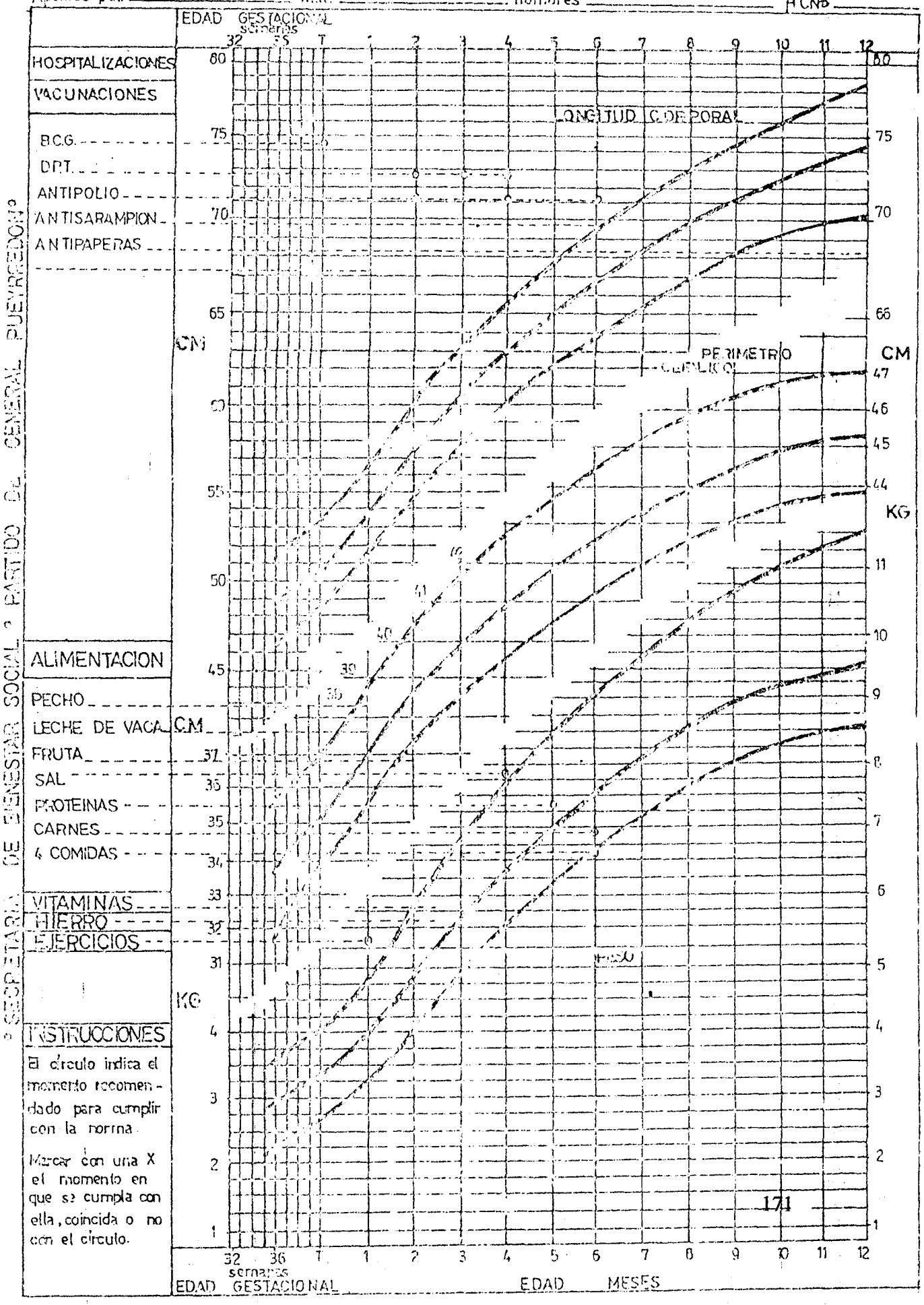
Apellidos paterno materno nombres	Nº Historia Clínica

En cada visita anotar el desarrollo psico motor en el cuadro correspondiente

Fecha	EDAD meses	PESO	LONGITUD CORPORAL	PERM. CEFALICO	EXAMEN CLINICO ALIMENTACION Y EVOLUCION

CRECIMIENTO DE 0 A 12 MESES • NIÑOS •

Apellido pat. _____ mat. _____ nombres _____ HCNS _____



SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL Y PARTIDO DEL GENERAL PUEYRREDON

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA • EVOLUCION •

Apellidos paterno materno nombres	Nº Historia Clínica

En cada visita anotar el desarrollo psico motor en el cuadro correspondiente

Fecha	EDAD meses	PESO	LONGITUD CORPORAL	PERIM. CEFALICO	EXAMEN CLINICO ALIMENTACION Y EVOLUCION

CRECIMIENTO DE 0 A 12 MESES • NIÑAS •

Apellidos pat. _____ mat. _____ nombres _____ HCN ° _____

• SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL • PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDON •

HOSPITALIZACIONES

VACUNACIONES

B.C.G.

D.P.T.

ANTIPOLIO

ANTISARAMPION

ANTIPAPERAS

ALIMENTACION

PECHO

LECHE DE VACA

FRUTA

SAL

PROTEINAS

CARNES

4 COMIDAS

VITAMINAS

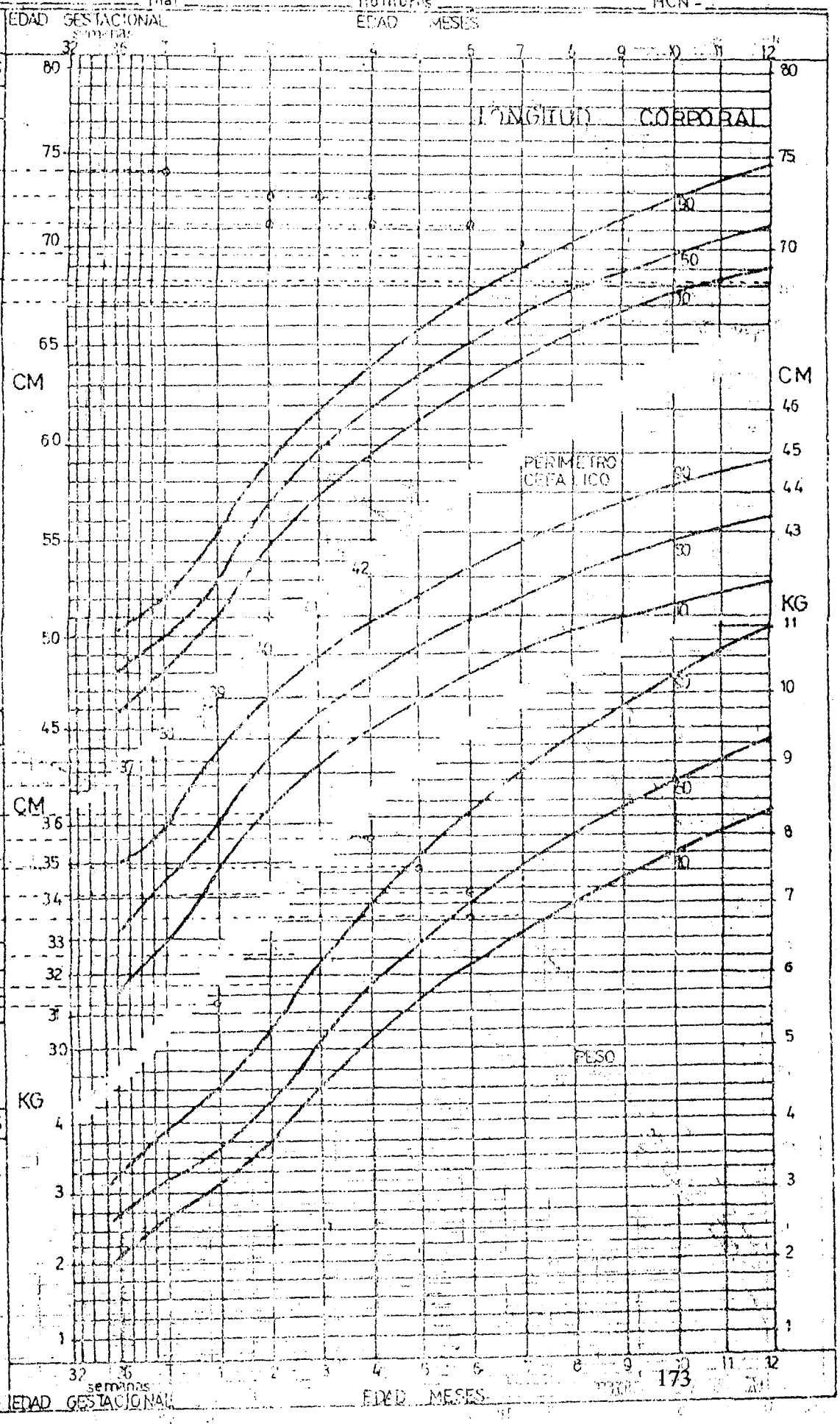
HIERRO

EJERCICIOS

INSTRUCCIONES

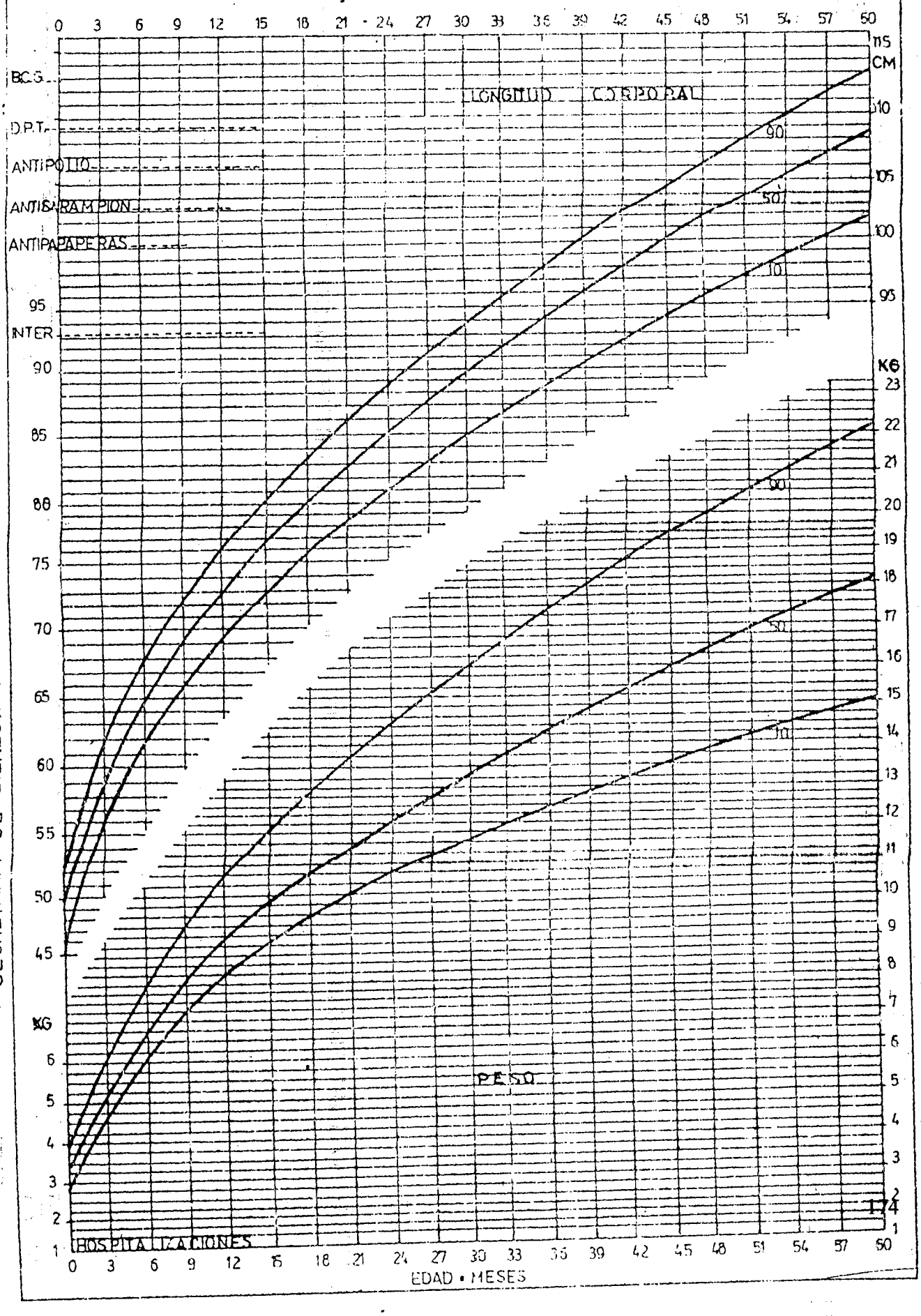
El círculo indica el momento recomendado para cumplir con la norma.

Marcar con una X el momento en que se cumpla con ella, coincida o no con el círculo.



CRECIMIENTO DE 0 A 60 MESES • NIÑAS •

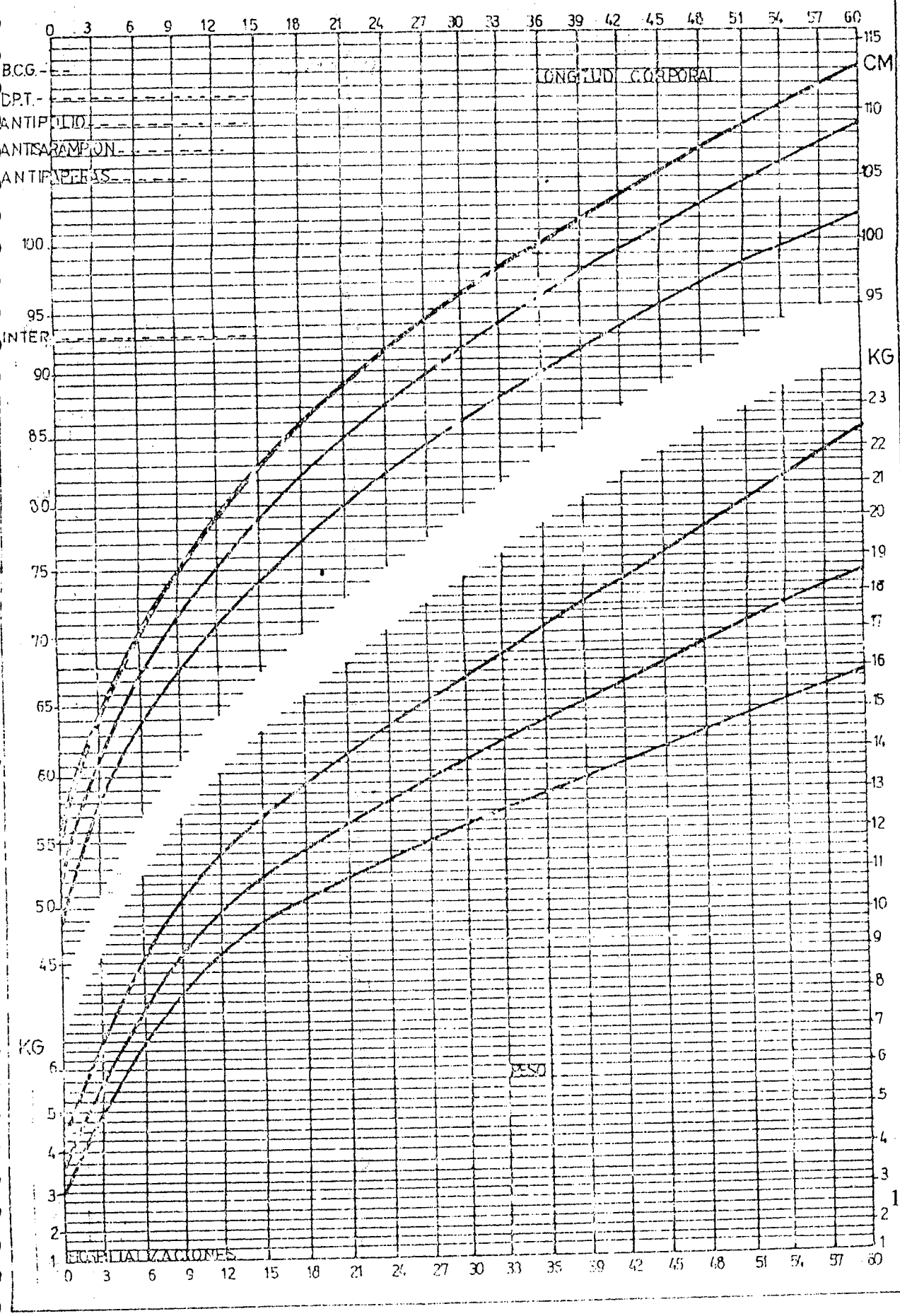
Apellidos pat _____ mat _____ nombres _____ HCN° _____



SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL • PARTIDO DE GENERAL POZO RICO

CRECIMIENTO DE 0 A 60 MESES • NIÑOS •

Apellidos pat. _____ mat. _____ nombres _____ H.C.N.º _____



FUNCIONES.-

Coordinador: Jefe de División.-

Su función será ejercida por un médico pediatra y consistirá en coordinar los aportes humanos, técnicos y materiales de la Municipalidad, Provincia de Buenos Aires, Nación y entidades de fomento y privadas. Elevar a consideración nuevos propósitos y objetivos, modificaciones a las Normas, supervisar y evaluar cada uno de los centros y al equipo de salud, propender a efectuar en forma periódica, regular y permanente, reuniones o ateneos de divulgación científica. Difusión a la comunidad de esta programación con fines de captación de quienes son en este momento nuestros objetivos: los niños de 0-1 año, (y/ó 0-18 meses) y preescolares. Fijar los principios sobre los que se basará la educación sanitaria al grupo familiar del niño bajo control en los Centros de Salud y de la población en general a través de los medios de difusión. Llevar por sí o por función delegada, el registro mensual de los nacimientos y el porcentaje de captación y elevarlo a la superioridad. Tendrá un mapa grande donde se podrá identificar con alfileres (o banderitas) a los niños (individualmente o por grupos) bajo control.

Médico Pediatra de cada Centro.-

Es el responsable de la atención médica de los niños de 0-1 año (y/ó 0-18 meses) del área de influencia de su Centro y de la educación sanitaria del grupo familiar y del resto del equipo de Salud. Supervisará la tarea de la enfermera y asistente social, confeccionará en lo que corresponda la Historia Clínica, realizará controlde crecimiento y desarrollo, atención de patología menor, derivación al Servicio que corresponda de la patología mayor, indicará inmunizaciones según normas, ordenará dación de leche cuando corresponda y citará para el próximo control, el que se registrará en el carnet (cuaderno) del niño y en la ficha cronológica que queda en el Centro y realizará educación para la Salud (alimentación, higiene, etc.).

Asistente Social.-

Realizará actividades en terreno, administrativas y de colaboración con el médico y la enfermera. A las primeras dedicará por lo menos la mitad de sus horas de trabajo. Concurrirá a los domicilios a fin de realizar tareas inherentes a su cargo y cuando el estado o evolución del niño lo aconsejen, complementará su trabajo con tarea paramédica, educación para la Salud, asistencia y educación alimentaria, etc. Mantendrá actualizado el fichero cronológico y observará que se cumplan la consulta programada en todos los niños del área. Es la encargada de la captación a nivel Hospital de los recién nacidos que correspondan a su área. Esta labor debe coordinarla con la asistente social del Nosocomio. Llenará la planilla de registro diario de nacimientos ocurridos en el Hospital, resumiendo estos datos en forma semanal, en la planilla respectiva. Llevará el control

permanente, mediante alfileres con la cabeza pintada de color, del lugar de residencia de cada niño bajo control, marcando así la densidad de la población bajo control en ese Centro. Esto se realizará sobre un mapa grande donde se delimite bien el área de influencia.-

Enfermera.-

Actuará según sus funciones específicas y de acuerdo a lo indicado por esta Norma. Colaborará con el médico y la asistente social y eventualmente reemplazará al médico en el control del niño sano, cuando las circunstancias así lo exijan. Entregará y llevará el respectivo control de la leche de acuerdo con lo que establezca el médico pediatra. A su cargo estará la labor vinculada con el Programa de inmunizaciones.-

REGLAMENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD MUNICIPALES

1°.- Funcionarán a partir de las 13 horas (permitiendo a las madres que realicen sus labores hogareñas y luego poder llevar al niño para su control).-

2°.- Previa consulta, podrá modificarse este horario, por causa del del calor, trabajo, etc.

3°.- A pesar de tener el domicilio real en zona de otro Centro, se permitirá el control del lactante en un Centro que no pertenezca a su área, con causa justificada.-

4°.- Si la familia se muda a otro barrio se incorporará el lactante al Centro correspondiente a su nuevo domicilio, debiéndose dar traslado también a la Historia Clínica correspondiente y en este caso, está terminantemente prohibido abrir nueva Historia Clínica.-

5°.- Cuando el lactante padezca pequeña patología, se deberá atender en el propio Centro la 1ra. y aún la 2da. consulta. De no mejorar su estado deberá ser enviado a un consultorio de referencia, con todos los datos que faciliten un buen diagnóstico y tratamiento.-

6°.- Para cumplimentar con el artículo anterior, no se tendrá encuenta la ficha cronológica.-

7°.- Si esta atención, estuviera cercana a la fecha correspondiente para su control periódico, se aprovechará la circunstancia para cumplimentarlas.-

8°.- Todas las Historias Clínicas correspondientes a la fecha de trabajo y en relación a la ficha cronológica, deben estar disponibles antes que el niño llegue a la consulta.-

9°.- Las madres deberán llevar un cuaderno de 50 hojas, donde se le anotarán TODAS las indicaciones necesarias y convenientes para una buena atención del niño.

En caso de involuntario olvido, deberán ser anotadas en un recetario y éste, pegado en su domicilio en el cuaderno, o en su defecto anotarlas en la próxima visita. Nada disculpará al equipo de Salud, que esto último no se realice.-

10°.- El trato para con la madre y el niño deberá ser siempre bondadoso, cordial y respetuoso. No deben permitirse actitudes o hechos que soslayen disgusto, mal humor o desconsideración por parte de los integrantes del equipo de Salud.-

11°.- Se tomará debida nota de todo aquello que resulte de interés como para modificar oportunamente las normas o incorporar a las mismas si no se hubiere contemplado.-

12°.- Se tendrá en cuenta la atención del niño, como participante de un todo llamado familia, y no como una parte aislada de la misma.-

13°.- Todos los integrantes del equipo cualquiera sea su situación administrativa, sin distinción, pertenecen al mismo plan y están sujetos a lo establecido en la presente reglamentación, desde el mismo instante de su notificación.-

14°.- En todos aquellos casos en que por razones de convenios preestablecidos con las autoridades provinciales, algún integrante del equipo de salud deba reintegrarse a su anterior situación de trabajo, el Jefe de División elevará un informe detallado sobre el desempeño del agente mientras duró su función al Sr. Jefe del Departamento de Maternidad e Infancia y éste lo comunicará a la autoridad provincial competente con el objeto de dejar constancia en su legajo personal sobre la labor cumplida.-

15°.- Se buscará siempre elevar la CALIDAD de la atención prestada sin detrimento de la calidad.-

16°.- Cada 15 días se realizarán sesiones de comentarios, sobre la marcha del plan, en cada Centro, en las que intervendrán todos los integrantes del equipo de Salud: médico, enfermera, asistente social, etc.

17°.- Estas sesiones se harán en fechas distintas para cada Centro posibilitando de esta manera la concurrencia del Coordinador y/u otras autoridades responsables del Programa.-

18°.- Una vez al mes se efectuarán reuniones conjuntas, con todos los integrantes del equipo de Salud, presidida por el Sr. Jefe del Departamento Maternidad e Infancia y el Jefe de División del programa, donde se discutirá sobre, no solamente la marcha del plan, sino también todos aquellos tópicos que tiendan a mejorarlo. Se procederá como en lo indicado en el artículo 11°.-

19°.- Se tomará debida nota de la demanda rechazada y sus causas a los efectos de proveer las soluciones que las mismas requieran.-

10. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

10.1. LIBROS:

- ✓ ALDAO, Celso. **Bases para una acción comunitaria en Salud Pública**. Mar del Plata – Argentina – Editorial Presencia. 1968.
- ✓ ÁLVAREZ A. y REYNOSO D. **Médicos e instituciones de salud: Mar del Plata 1870-1960**. Mar del Plata – Argentina H.I.S.A. – UNMDP. Diciembre 1995.
- ✓ AMORÍN, José. **La salud de los argentinos. Diagnóstico y ejes programáticos**. Fre.pa.so. Marzo 1998.
- ✓ ANDER EGG, Ezequiel. **Historia del Trabajo Social**. Bs. As. – Argentina – Humanitas.
- ✓ ANDER EGG, Ezequiel. **Técnicas de investigación social**. Colección Metodología. 15ª edición corregida y aumentada. Bs. As. El Cid Editor. L983.
- ✓ AROCENA, José. **El desarrollo local: un desafío contemporáneo**. Caracas – Venezuela. Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). Universidad Católica del Uruguay. Editorial Nueva Sociedad. 1995.
- ✓ AYALA, Abel J. C. **Sistematización de la información en el Censo de asentamientos o villas del Partido de Gral. Pueyrredon- Marzo 1992.** Mar del Plata. Secretaría de Acción Social y Salud Pública municipal. 1992.
- ✓ BARREIX, J. y CASTILLEJOS, S. **Metodología y método en la praxis comunitaria**. México. Fontamara SA. 1997.
- ✓ BEHM ROSAS, Hugo. **Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina**. Santiago – Chile CE.LA.DE N.U.F.F.I.C. Diciembre 1992.
- ✓ BIANCHI, Ma. del Carmen. **Los que quedaron afuera**. Cap. Políticas sociales y políticas estatales. Relaciones entre funcionarios y actores sociales. Bs. As. - Argentina. Editorial Unidos, 1993.
- ✓ BUSTELO, E. e ISUANI, E. **Mucho, poquito o nada. Crisis y alternativas de política social en los 90**. Bs. As. – Argentina. UNICEF Argentina y Siglo XXI de España Editores S.A. 1990.
- ✓ BUSTELO, Eduardo e ISUANI Ernesto. Cap. Estado, política social y crisis de legitimidad en **Desarrollo social en los 80**. Santiago – Chile. CEPAL/ILPES/UNICEF. 1984.
- ✓ C.I.am. (Centro de investigaciones ambientales) **Habitar Mar del Plata. Problemática de vivienda, tierra y desarrollo urbano de Mar del Plata. Diagnóstico y propuestas**. Mar del Plata – Argentina. Programa Arraigo F.A.U.D./UNMDP.1996.
- ✓ CARABAJAL, Francisco, CARABAJAL, Carlos. **III Curso de Organización y Administración de Servicios de Salud. Mar del Plata** – Argentina . Colegio de Médicos Pcia. de Bs. As. y Sociedad Argentina de Administradores de Servicios de Salud. Junio 1995
- ✓ CARDARELLI, Graciela, ROSENFELD, Mónica. **Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales.** Tramas sociales. Paidós..
- ✓ CEPAL – Naciones Unidas. **Desafíos de la descentralización**. Col. Educación y salud en Argentina y Chile. Santiago – Chile.
- ✓ CORNELY, Seno. **Planeamiento y participación comunitaria**. Bs. As. – Argentina. Editorial ECRO SRL. 1977.
- ✓ DABAS, Elina. **Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales**. 1° edición. Bs. As. Argentina. Editorial Paidós Saicf. 1993
- ✓ DI TELLA, Torcuato. **Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas**. Bs. As. – Argentina. Puntosur Editores. 1989.
- ✓ ECO, Humberto. **Cómo se hace una tesis**. Colección Libertad y Cambio. Barcelona – España. Gedisa. 1977.
- ✓ ELKÄIM, Mony y otros. **Las prácticas de la terapia de red. Salud mental y contexto social**. Barcelona – España. Gedisa.
- ✓ ENGELS, Federico. **El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado.** Colección Tinta Universal. 1° edición. México. Ediciones Nuevomar S.A. de C.V. 1984.
- ✓ EROLES, Carlos. Compilador. **Los DD.HH. - Compromiso ético del Trabajo Social**. Bs. As. – Argentina. Espacio Editorial. 1997.
- ✓ FERNÁNDEZ Ana María. **La invención de la niña**. Bs. As. UNICEF Argentina. Noviembre 1993.
- ✓ GAGNETEN, María M. **Hacia una metodología de la sistematización de la práctica**. Bs. As. – Argentina Humanitas. 1987.
- ✓ GODOY, Daniel. **Aportes para una propuesta de salud en la Pcia. de Bs. As**. Bs. As. – Argentina. C.T.A. 1998

- ✓ GRUPO DE ESTUDIOS DEL TRABAJO. **Mar del Plata en transición. Mercado de trabajo local y estrategias familiares.** Mar del Plata – Argentina. Centro de investigaciones económicas. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. UNMDP – CGT regional Mar del Plata. 1997.
- ✓ GRUPO DE INVESTIGACIÓN CALIDAD DE VIDA. **Concentración del ingreso, precariedad laboral y segmentación social: el caso de Mar del Plata.** Mar del Plata – Argentina. UNMDP – Municipalidad de Gral. Pueyrredon. 1996.
- ✓ GRUPO DE INVESTIGACIÓN CALIDAD DE VIDA. **Condiciones de vida de la población de Mar del Plata 1992/1994.** Mar del Plata – Argentina. Facultad de Humanidades UNMDP. 1994.
- ✓ GRUPO DE INVESTIGACIÓN CALIDAD DE VIDA. **Resultados y metodología del monitoreo y evaluación de los comedores del municipio de Gral. Pueyrredon.** Mar del Plata – Argentina. Facultad de Humanidades UNMDP. 1996.
- ✓ KAPLAN, Harold y SADOCK, Benjamín. **Compendio de Psiquiatría**. 2° edición. Barcelona – España. Salvat Editores S.A. 1987.
- ✓ KISNERMAN; Natalio. **Salud pública y Trabajo Social**. Bs. As. – Argentina. Edit. Humanitas.
- ✓ KROEGER, Axel y LUNA, Ronaldo, compiladores. **Atención primaria de salud. Principios y métodos**. 2° edición. México. O.P.S. y Editorial Pau México. Enero 1992.
- ✓ LEVIN, Marta Inés. **Taller de tesis**. Mar del Plata. Rep. Argentina. Universidad Nacional de Mar del Plata. Universidad Abierta. Septiembre 1998l
- ✓ LIMA, Boris. **Exploración teórica de la participación**. Colección Desarrollo Social. Bs. As. – Argentina. Editorial Humanitas. 1988.
- ✓ LIWSKY, Norberto. **El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio**. Cap. Enfoque de riesgo en salud escolar. Colección Alternativas en Salud Mental. Bs. As. – Argentina. Ediciones Nueva Visión.
- ✓ LOMBARDO, Jorge. **Mar del Plata 70 Rumbo para estos próximos años. Algunas ideas sobre gobierno municipal**. Mar del Plata – Argentina. Club Socialista Autonomista Esteban Echeverría. 1998.
- ✓ MUNIST, Mabel, y otros. **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. Washington, D.C. – U.S.A. O.P.S. – O.M.S. Fundación Kellog – A.S.D.I.. Septiembre 1998.
- ✓ O.P.S. – O.M.S. **Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La administración estratégica**. Washington – U.S.A. 1992.
- ✓ O.P.S. – O.S.P. Oficina regional de la O.M.S. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud.** Washington, D.C. – U.S.A. 1993
- ✓ O.P.S. **Planificación local participativa: metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe**. Serie Paltex N°41. Washington, DC. U.S.A. 1997.
- ✓ PAGANINI, José María. **Las acciones en salud. Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud**.
- ✓ POGGIESE, Héctor., REDÍN, María y ALI, Patricia. **Los noventa. Política, sociedad y cultura en América latina y Argentina de fin de siglo.** Cap. El papel de las redes en el desarrollo local como prácticas asociadas entre Estado y Sociedad en los 90. Bs. As. – Argentina. FLACSO/Eudeba. 1999.
- ✓ ROBIROSA, M., CARDARELLI, G., LAPALMA A. **Turbulencia y planificación social**. Bs. As. – Argentina. Siglo XXI de España Editores SA. y UNICEF. 1990.
- ✓ ROVERE, Mario. **Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad.** Rosario – Argentina. Instituto de la salud Juan Lazarte.
- ✓ SALVIOLI, Fabián. **La Constitución de la Nación Argentina y los Derechos Humanos. Un análisis a la luz de la reforma de 1994**. Convención sobre los derechos del niño. Preámbulo. Bs. As. – Argentina Edit. del Movimiento Ecuménico por los DD.HH. 1995.
- ✓ SÁNCHEZ, Daniela. **Concretar la democracia. Aportes del Trabajo Social. Chile 1973 – 1989.** Cap. Sistematizar es un verbo que se conjuga en la acción. Bs. As. – Argentina. Humanitas.
- ✓ SANDOVAL ÁVILA, Antonio. **Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social**. Bs. As. Espacio Editorial. 2001.
- ✓ TESTA, Mario. **Pensar en salud**. Bs. As. – Argentina.
- ✓ TEUBAL, Ruth y otras. **Desajuste entre capacitación y ejercicio profesional en el Trabajo Social**. Cuadernos. Bs. As. – Argentina. Instituto de investigaciones Facultad de Cs. Sociales. UBA. 1992.
- ✓ TORRADO, Susana. **Política y población en la Argentina. Claves para el debate**. Bs. As. – Argentina. Edic. de la Flor. Comisión de familia y minoridad. Honorable Senado de la Nación.
- ✓ TORRADO, Susana. **Procreación en la Argentina. Hechos e ideas**. Bs. As. – Argentina. Edic. de la Flor. Centro de estudios de la mujer.

- ✓ TORRES SANTOMÉ, Jurjo. **Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado**. Madrid – España. Edic. Morata. 1994.
- ✓ VINOCUR, Pablo. **Los que quedaron afuera**. Cap. Políticas sociales y políticas estatales. Relaciones entre funcionarios y actores sociales. Bs. As. – Argentina. Editorial Unidos, 1993.

10.2. PUBLICACIONES / REVISTAS:

- ✓ ABDEL RAHIM, I y otros. **Para mejorar la capacitación en atención primaria de salud es esencial el seguimiento sobre el terreno.** Foro mundial de la salud. Ginebra – Suiza. Vol. 9, N°3. 1988.
- ✓ ALAYÓN, Norberto. **Ni siquiera asistencialismo**. Tribuna libre. Año IV, N°7. Setiembre 1991.
- ✓ ÁLVAREZ, Jorge. **Acerca de las redes sociales**. Ponencia. Rep. Argentina. 1997.
- ✓ BERMÚDEZ, I. y VIGLIECA O. **El país de la necesidad**. Diario Clarín. 13/6/99.
- ✓ BOLETIN OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. N°120 – 1996.
- ✓ BRYANT, J. y otros. **Atención primaria de salud: ¿qué queda aún por hacer?** Foro mundial de la salud. OMS. Ginebra – Suiza. Vol. 11, N°4. 1990
- ✓ BRYANT, J. y otros. **Etica, equidad y renovación de la estrategia de salud para todos de la O.M.S**. Foro mundial de la salud. OMS. Vol. 18. Ginebra. Suiza. 1997.
- ✓ BULARD, Martine. **El apartheid sanitario**. Le monde diplomatique. Marzo 2000.
- ✓ BUSTELO, Eduardo. **Asistencialismo y derechos sociales**. La Bisagra. N°13 – Junio 1998.
- ✓ C.I.D.E FLACSO. **Informe final del Seminario de Sistematización de experiencias de educación popular y acción social.** Talagante. Chile. 1984.
- ✓ CABRAL, Stella Maris. **Contenidos y alcances de los conceptos de Pobre y Pobreza en los 90**. Ponencia. 1° Congreso Internacional "Pobres y Pobreza en la sociedad argentina". Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Noviembre 1997.
- ✓ CARMUEGA, Esteban. Ibídem anterior.
- ✓ CORAGGIO, José L. La construcción de una economía popular como horizonte para ciudades sin rumbo. **Pobreza urbana y desarrollo**. Año 4 N°10. Agosto 1995.
- ✓ CORAGGIO, José L. La participación popular: ideologías y realidad. **Trabajo Social**. Año III – N°9.
- ✓ CORNELY, Seno. **El bienestar social. ¿Política del estado, meta política o demanda popular**? Tribuna libre. Año IV, N°7. Septiembre 1991.
- ✓ CHAVARRÍA SOLANO, Edgar. **Hacia la salud por la participación comunitaria**. Foro mundial de la salud. OMS. Ginebra – Suiza. Vol. 9, N°3. 1988.
- ✓ DADAMIA, Laura. **Participación del concepto estético en la formación profesional del Trabajador Social**. Depto. De Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMDP. 1998.
- ✓ DE LEONARDIS, Ota. **El individualismo y la cultura de la estupidez**. Revista Tres Puntos. Bs. As. Setiembre 1999.
- ✓ DIETERICH, Heinz. **Réquiem para el pensamiento crítico**. Diario Clarín. Bs. As. Domingo 23 de abril de 2000.
- ✓ DILLON, Marta. **Adolescencia interrumpida.** Las / 12. Bs. As. Viernes 21 de abril de 2000.
- ✓ DILLON, Marta. **Después de Beijing mas 5**. Las / 12. Buenos Aires, viernes 16 de junio de 2000.
- ✓ ELY YAMIN, Alicia. **Dignidad y bienestar. El valor de las técnicas y metodologías médicas en la promoción de los derechos humanos: el caso estudio de México.** Cuadernos médico sociales. N°74. Noviembre 1998.
- ✓ FERNÁNDEZ DE SANMAMED, M. **Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria**. Atención primaria. Vol. 23, N°8. Mayo 1999.
- ✓ GALL, Peter. Lo verdaderamente importante: desarrollo humano. **Desarrollo mundial**. PNUD. Junio 1990.
- ✓ GUTIÉRREZ, Guillermo. **Identidades locales. Redes de cultura globalizada. Conflictos y diálogos posibles**. Acto Social. N°18, año V. Córdoba – Argentina. Noviembre 1997.
- ✓ HART, Cherie. Génesis del Informe del Desarrollo Humano. **Desarrollo mundial**. PNUD. Junio 1990.
- ✓ HERNÁNDEZ PEÑA, Patricia y otros. **Equidad y salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social.** Salud Pública de México. Vol. 33. N°1. Enero/febrero 1991.
- ✓ IÑÍGUEZ RUEDA, L. **Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales**. Atención primaria. Vol. 23, N°8. Mayo 1999.
- ✓ JARDINES MÉNDEZ, José y otros. **Cuba: recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo.** Revista educación médica y salud. Vol. 27 N°2. Abril / junio 1993.
- ✓ JENSEN, Lois. Desarrollo mundial. Vol. 3, N°5. **Art. Proyección del curso futuro**. Octubre 1990.

- ✓ JENSEN, Lois. Proyección del curso futuro. **Desarrollo mundial**. PNUD. Octubre 1990.
- ✓ JÖRG, Miguel E. **Alocución en el hospital de Vicente López "Bernardo Houssay", frente al laboratorio de análisis e investigaciones que lleva el nombre de Salvador Mazza**. 17 de octubre de 1997.
- ✓ LAUREL ASA, Cristina. **El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina**. Cuadernos médico sociales N°37. Septiembre 1986.
- ✓ MADRE TIERRA. **Necesidad de cumplir los derechos del niño**. Suplemento Madre Tierra, diario La Capital. Mar del Plata. Domingo 2 de enero de 2000.
- ✓ MADRE TIERRA. **Objetivo: erradicar la pobreza**. Suplemento Madre Tierra, diario La Capital. Mar del Plata. Domingo 24 de octubre de 1999.
- ✓ MENÉNDEZ, Eduardo. **La salud como derecho humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada.** Cuadernos médico sociales. N°37. Setiembre 1986.
- ✓ MERCER, Raúl. **Evaluación de programas preventivos**. Ponencia. Abril 1999.
- ✓ NACIONES UNIDAS. Consejo Económico y Social Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Junta Ejecutiva, período de sesiones anula de 1998, 1 al 15 de junio de 1998. **Informe de la Directora ejecutiva.-**
- ✓ NACIONES UNIDAS. Consejo económico y social. UNICEF **Informe de la Directora ejecutiva**. Junio 1998.
- ✓ NACIONES UNIDAS. Consejo económico y social. UNICEF. **Actividades complementarias de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo.** .Junio 1998.
- ✓ NACIONES UNIDAS. Consejo económico y social. UNICEF. **Informe del Secretario general. Avances en la protección y fomento de la salud humana. Examen de grupos sectoriales, primera etapa: salud, asentamientos sociales y agua potable**. Mayo 1994.
- ✓ NACIONES UNIDAS. **La empresa cooperativa en los sectores de la salud y los servicios sociales. Un estudio mundial.**
- ✓ NACIONES UNIDAS. **La empresa cooperativa en los sectores de la salud y los servicios sociales. Un estudio mundial.** 1996.
- ✓ NACIONES UNIDAS. PNUD. **Informe sobre desarrollo humano**. 1996.
- ✓ NACIONES UNIDAS. **Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**. Población y Desarrollo. Volumen I. El Cairo. Septiembre 1994.
- ✓ NAKAJIMA, Hiroshi. **Salud y desarrollo en los años 90**. Foro mundial de la salud. Vol. 11, N°4. 1990.
- ✓ NÚÑEZ, Norma. **Consideraciones sobre indicadores sociales y de salud**. Cuadernos médico sociales. N°61 – 1992.
- ✓ O.M.S. – UNICEF. Alma – Ata – URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. **Declaración de Alma – Ata**.
- ✓ O.M.S. / UNICEF. **Informe del Comité Coordinador Interagencial**. 1990.
- ✓ O.M.S. **La función de los centros de salud en el desarrollo de los sistemas urbanos de salud**. Serie de informes técnicos. Ginebra – Suiza. 1992.
- ✓ O.P.S. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. **Mensaje del Director**. 1987.
- ✓ O.P.S. Capítulo IV. **Desarrollo de los sistemas de salud**, Región de las Américas. Evaluación regional. S/f.
- ✓ O.P.S. O.M.S. **Cooperación multilateral en la Argentina 1995/96**. Buenos Aires.
- ✓ O.P.S. Revista de Salud Pública. Vol. 5, N°6. Junio 1999.
- ✓ OLIVERA, Rodolfo. **Basta de salud**. Diario La Capital. Mar del Plata. Martes 112 de abril de 2000.
- ✓ PÉREZ, Ana L. Reportaje a GELDSTEIN, Rosa, socióloga con master en Estudios sociales de la población. FLACSO y CELADE, investigadora del CONICET. **Los hogares con jefas mujeres son los más vulnerables**. Diario Clarín. Bs. As. Domingo 23 de abril de 2000.
- ✓ PLA, M. **El rigor en la investigación cualitativa**. Atención Primaria. Vol. 24, N°5. Septiembre 1999.
- ✓ ROVERE, Mario. Ponencia. **Estrategias actuales de la atención materno infantil**. Simposio Argentino de Pediatría Social. Mar del Plata. Abril – mayo 1999.
- ✓ ROVERE, Mario. **Redes por la salud y por la vida**. Red. Publicación de la Fundación Carlos Auyero. Bs. As. Septiembre 1998.
- ✓ SACCHI, Mónica. **Pobreza y servicios de salud**. Ponencia. 1° Congreso Internacional "Pobres y Pobreza en la sociedad argentina". Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Noviembre 1997.
- ✓ SAN GIÁCOMO, Osvaldo. **Trabajo Social y Sociedad Civil**. Tribuna Libre N°8. Julio 1994.
- ✓ SÁNCHEZ CANDAMIO, M. **Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa.** Atención Primaria. Vol. 24, N°8. Noviembre 1999.
- ✓ SANÍCOLA, Lía. **El trabajo social de redes. Estrategias y modelos organizativos para la integración de los Servicios Sociales.** Tribuna Libre. S/f.

- ✓ SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL. Secretaría de la Nación. Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil. **Capacitación de animadores y promoción de la organización comunitaria**. Mar del Plata. 1996.
- ✓ SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PCIA. DE BS. AS. **Ley 10.751: del Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia.**
- ✓ SIGAL, Eduardo. **Proyecto de Ley instituyendo la A.P.S**. Salud: Participación o clientelismo. Desde el Senado bonaerense. Año 1997.
- ✓ SMITH, R. y otros. **Enseñanza de la atención primaria de la salud: un criterio global**. Foro mundial de la salud. OMS. Ginebra – Suiza. Vol. 9, N°3. 1988.
- ✓ TURABIÁN, J.L. y otro. **¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades comunitarias en atención primaria?** Atención primaria. Vol. 22, N°10. Diciembre 1998.
- ✓ VÁZQUEZ DÍAZ, J.R. **La atención primaria en la primera mitad del siglo XXI.** Atención primaria. Vol.24, N°2. Junio1999.
- ✓ VINOCUR, Pablo. **Chicos argentinos: ni pan ni escuela. La gran hipoteca del siglo XXI**. Diario Clarín. Junio 1999.
- ✓ ZÚÑIGA, Ricardo. **Sobre el sistematizar**. Revista de Trabajo Social, N°61. 1992.

ÍNDICE

Introducción: 1

1. Fundamentación:..... 3
1.1. La preeminencia de lo social:..... 3
1.2. Trabajo Social:..... 3
1.3. Atención Primaria de la Salud:..... 4
1.4. Contexto nacional:..... 4
1.5. La díada Materno-infantil:..... 5
1.6. El lugar:..... 5
1.7. El escenario local. Las políticas públicas:..... 6

2. Marco teórico:..... 9

2.1. Salud:..... 9
2.1.1. ¿De qué concepto de salud partimos?:..... 9
2.1.2. Modelo hegemónico versus Medicina Social:..... 10
2.1.3. Estado de Bienestar versus modelo neoliberal. Las políticas públicas:..... 11
2.1.4. Descentralización y Sistemas Locales de Salud:.....14
2.1.5. Atención Primaria de Salud - Prevención y Promoción:..... 22
2.1.6. Lo Materno–Infantil - La Planificación Familiar:..... 34

2.2. Trabajo Social:..... 43
2.2.1. Participación social:..... 43
2.2.2. Derechos Sociales: la ciudadanía:..... 50
2.2.2.1. El contexto actual: 59
2.2.2.2. Subjetividades e intersubjetividades:..... 61

2.3. Sistematización **y** Trabajo Social:..... 64
2.3.1. El sistematizar: convocatoria a una reflexión colectiva: 64

3. Diagnóstico preliminar:..... 71
3.1. Descripción histórico-geográfica. El origen de los pobladores:..... 71
3.2. Los niños y las mujeres primero:..... 73
3.3. Los servicios urbanos:..... 75
3.4. Los ingresos del trabajo: ¿dónde está el mercado interno?:..... 76
3.4.1. En la economía de la desocupación la mujer se destaca: 78
3.5. Carentes de Obra Social, ¿carentes de salud?:..... 79

4. Representación histórica de la salud en la ciudad:..... 83

4.1. Somera historia del derrotero de la salud marplatense:..... 83

4.2. Un nuevo enfoque: desde 1958 a 1963:..... 85

4.3. Topografía del sector a través de la visión de los vecinos:..... 86
4.3.1. Barrio Parque Palermo:..... 87
4.3.2. Barrio Las Heras:..... 87
4.3.3. Barrio Bosque Grande:..... 89

4.4. La institución municipal:..... 90

5. Encuadre metodológico:..... 97

5.1. Introducción:..... 97
5.2. Objetivo general:..... 97
5.3. Objetivos específicos:..... 97

5.4. Problema:..... 98

5.5. Tipo de diseño:..... 98

5.6. Unidad de análisis:..... 99
5.7. Método y técnica seleccionados:.....100
5.7.1. Técnica de desagregación de variables:.....100
5.7.2. Entrevista:..... 101
5.7.2.1. Segmento 1: de diagnóstico materno-infantil:..... 101
5.7.2.2. Segmento 2: de riesgo social:.....101
5.7.2.3. Segmento 3: de visualización de instituciones o grupos:.....101
5.7.2.4. Segmento 4: de niveles de participación:.....102
5.7.2.5. Segmento 5: de ideas preventivas de la salud materno-infantil:.....102
5.7.2.6. Segmento 6: de ideas promocionales de la salud materno-infantil:.....102

6. Presentación de la experiencia de campo:.....103

6.1. Análisis e interpretación de las entrevistas contextuales:.....103
6.1.1. Introducción:.....103
6.1.2. Segmento 1:.....105
6.1.3. Segmento 2:.....108
6.1.4. Segmento 3:.....112
6.1.5. Segmento 4:.....115
6.1.6. Segmento 5:.....119
6.1.7. Segmento 6:.....123
6.2. Sistematización del Plan de la Embarazada:.....127
6.2.1. Introducción:.....127
6.2.2.Características generales de la institución:.....128
6.2.3. Recursos:.....129
6.2.4. Funcionamiento:.....129
6.2.5. Servicio Social:.....129

6.2.6. Movimiento en Sala del equipo alrededor del Plan:.....129
6.2.7. Historias clínicas del Plan de la Embarazada:.....131

7. Conclusiones:.....133

8. Propuesta:.....137

9. Anexo:.....141

10. Bibliografía consultada:.....181

10.1. Libros.....181

10.2. Publicaciones/Revistas.....183

11. Índice:.....184