

2007

La intervención del servicio social en la recurrencia de las enfermedades respiratorias en menores de 2 años que se encuentran internados en el HIEMI

Eguía, Paola

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/969>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

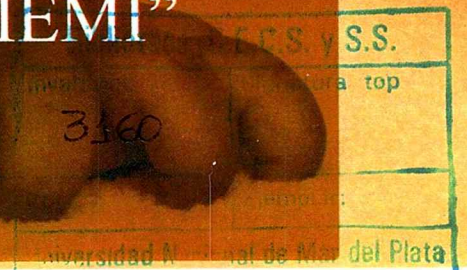
Universidad Nacional de Mar del Plata

Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social

TESIS FINAL

“LA INTERVENCION DEL
S.S. EN LA RECURRENCIA
DE LAS ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS EN MENORES
DE 2 AÑOS QUE SE ENCUENTRAN
INTERNADOS EN EL HIEMI”

Alumna: Eguía Paola
Año: 2007



INDICE: 1

Agradecimientos.....3

Introducción.....4

Fundamentación.....6

Primera parte: marco teórico referencial.....8

El Servicio Social: origen y evolución

Configuración del perfil profesional

Caso Social Individual- Familiar

La persona

La perspectiva de redes

La dimensión familiar

La institución

Política social

Necesidad

Evolución histórica del concepto de salud

Definición de salud

Intervención profesional

Enfermedades respiratorias

Objetivos.....40

Segunda parte: trabajo de campo.....41

El campo de la salud

La salud y lo social

Algunos indicadores de salud en argentina

Salud en Argentina

Periodización de la salud

Programas Nacionales de Salud

Salud Provincial

Programas de atención y prevención Provincial

Salud Municipal

Programas Municipales

Reseña histórica de la atención pública en Mar del Plata

Organización actual del HIEMI

Características del HIEMI

El Servicio Social del HIEMI

Ejes de la problemática elegida

La intervención profesional

Metodología de investigación

Modalidad operativa

Fuentes de datos a emplear

Tercera Parte: análisis de datos y conclusión.....86

Análisis de datos

Conclusión

Propuestas.....96

Anexo.....97

Bibliografía.....104

AGRADECIMIENTOS:

“si asumes que no hay esperanza, garantizas que no habrá esperanza.

Si asumes que hay un instinto hacia la libertad, que hay oportunidades para cambiar las cosas, entonces hay una posibilidad de que puedas contribuir a un mundo mejor. Esa es tu alternativa.”

Noam, Chomsky.

A mi Director de Tesis, por su tiempo brindado, por sus críticas y por haber confiado en mí.

A Rubens Méndez, por la ayuda administrativa y teórica que me ofreció.

A mis amigas, en especial a Flor por su compañerismo y por brindarme a reflexionar siempre.

A mi novio, por su amor, por su apoyo, por la paciencia y... por la ayuda tecnológica.

Y por último a mi Familia, a mis Abuelos y en especial a mi Mamá por confiar en mí, por ayudarme y por darme las herramientas para creer que siempre hay esperanza y oportunidades para el cambio.

INTRODUCCION

Presento en esta tesis final el siguiente tema:

“La intervención del Servicio Social en la recurrencia de episodios de enfermedades respiratorias en niños 0 a 2 años que se encuentran internados en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” (HIEMI).

Las características específicas que se presentan en este trabajo están basadas en la OCA N 1613, tratándose de una investigación, en un área específica; Orientando la problemática a una aproximación diagnóstica “al aquí y ahora”.

En el transcurso de la investigación, modifiqué algunos objetivos, debido a que el eje del tema esta puesto en las características de la intervención del Servicio Social en las enfermedades respiratorias.

Al trabajador social contemporáneo se le impone el desafío de establecer categorías teóricas y metodológicas que amplíen su horizonte interdisciplinar y estimulen la concepción del ser humano como constructor de su propia realidad.

Los procesos de actuación profesional, como escenarios privilegiados de aprendizaje y construcción dialógica de saberes, deben aportar a la construcción social de los sujetos y a la afirmación de las identidades particulares (Olga Lucia Velez Restrepo).

En la primera parte de la tesis se encuentra el Marco Teórico Referencial. En este se presentarán las palabras claves que guiarán el trabajo.

Abordando conceptos fundamentales como la intervención profesional, la concepción de salud, las enfermedades respiratorias, el concepto de persona, de familia y de redes sociales; como así también el de necesidad y el de políticas sociales.

La segunda parte del trabajo hace referencia al trabajo de campo, exponiendo todo lo referido a la salud, en cuanto a periodos de la historia en la Argentina y a niveles como son Nacional, Provincial y Municipal.

Informando también a cerca de los programas de Salud que existen hoy en día. Se encuentra, además, el encuadre institucional del HIEMI, donde se trabajará, y del Servicio Social con toda su historia y sus características.

Se tomarán en cuenta los ejes fundamentales del problema y se abordará la intervención social y profesionalmente.

Se incluye la metodología de investigación y los métodos y técnicas que se emplearán.

A partir de lo anterior se da paso a la tercera parte, análisis de datos.

Se analizarán los datos recolectados, como así también el de las entrevistas realizadas y por último la conclusión del trabajo final.

Para finalizar y completar este trabajo se encontrará un anexo con información de Mar del Plata y sus características fundamentales. También estarán los Derechos del Niño y estadísticas de salud.

FUNDAMENTACION

La elección del tema de la tesis final radica en mi experiencia de la práctica institucional en el HIEMI, llevada a cabo en el año 2005, en el marco de la asignatura Supervisión.

Despertó mi interés sobre esta temática el espacio que se me brindó dentro del servicio social y por supuesto la aproximación a los diferentes profesionales de la salud y a las enfermedades respiratorias que en el periodo que realicé mi practica fueron de gran cantidad, (periodo mayo / octubre).

De la observación de la práctica institucional, noté que los mismos niños volvían al hospital con enfermedades respiratorias cada vez más graves. Por esto me pareció importante conocer sobre la intervención del servicio social en estas enfermedades y lo que otros profesionales piensan de la intervención del trabajador social.

En cuanto a las enfermedades respiratorias, en las que más advertí fueron la bronquiolitis y la neumonía, que se daban en menores de dos años.

También algo que se dio en la observación fue que estas enfermedades se daban (en la mayoría de los casos) en familias muy humildes, donde vivían hacinados, donde las viviendas no cumplían con las necesidades básicas (las ventanas no tenían vidrios o estos estaban rotos; la forma de calentar el ambiente era con garrafa, a leña, etc.). La falta de educación también es importante en estas familias.

Fundamento este tema partiendo de la idea de Salud como el resultado de las condiciones de: alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente y acceso a los servicios de salud.

Dentro de este campo el trabajador social debe desempeñar un rol muy activo, basando su intervención en una visión integral del hombre.

El trabajador social posee una dimensión transformadora, que en muchos casos lo posiciona en un terreno contradictorio entre la institución y las personas que buscan respuestas a sus necesidades (Raquel Castronovo). Existe en la relación, entre los trabajadores sociales y los pacientes un vínculo; este es en sí mismo un restaurador de derechos.

La simple escucha o el acceso a la información, dejan establecida una alianza que reconstruye las condiciones de ciudadanía.

En el trabajo final se tratará la intervención del servicio social hospitalario en estas enfermedades y de ver la compleja trama que hay más allá de las enfermedades, como son: las familias, el nivel socioeconómico, la educación, las condiciones de vida, las viviendas y las condiciones de trabajo, etc.; para poder entender la recurrencia frecuente de los niños.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEORICO REFERENCIAL

El Servicio Social: Origen y evolución

El Trabajo Social como profesión institucionalizada constituye una totalidad histórica y socialmente construida, enmarcada, al mismo tiempo, en una totalidad más amplia que la contiene y la determina.

Según Gustavo Parra (2001) el origen de la profesión lo ubicamos en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX en la respuesta a la cuestión social¹ emergente de la contradicción capital / trabajo. Es partir de 1830 que la burguesía abandona su impronta revolucionaria, se instala en el poder y consolida el modo de producción capitalista, requiriendo disimular o esconder las contradicciones del sistema.

Continuando con esta perspectiva, la profesión surge respondiendo al proyecto político de la burguesía y a los intereses del capitalismo.

El proceso de institucionalización del Trabajo Social que se puede ubicar dentro del último cuarto del siglo XIX y las primeras tres décadas del XX, "... en Europa y los Estados Unidos presentan como rasgo en común su carácter conservador, mediado por la alianza entre burguesía, Iglesia y Estado y teniendo como objetivo no solo la aceptación del modo capitalista de producción como hegemónico, sino también la imposición de un modo capitalista de pensar..."². Las relaciones entre Cuestión Social y la profesionalización del Trabajo Social son complejas, constituyéndose "... el Trabajo Social como una

¹ La Cuestión Social se entiende como la manifestación de las desigualdades estructurales del capitalismo. La misma pone en jaque el poder hegemónico de la burguesía, amenazando el orden social establecido y generando estrategias del poder instituido para callarla, disminuirla, naturalizarla o incorporarla. Iamamoto, Marilda. Cap.: "Intervención profesional frente a la actual cuestión social" en "Trabajo Social y Mundialización". Ed. Espacio. Bs. As., 2002.

² Parra, Gustavo. "Antimodernidad y Trabajo Social". Ed. Espacio. Bs. As., 2001.

alternativa de intervención frente a la misma, frente a las crecientes amenazas que representaban el movimiento obrero organizado y los sectores azorados por los procesos de pobreza...”³. De esta manera, la población objetivo de intervención de la profesión la constituyeron los “pobres”, aquellos a los que había que darles respuestas inmediatas e individuales por su carencia.

La legitimación de la profesión provino del Estado, quien incorporó a los profesionales a su estructura gubernamental. El Estado interviene en la cuestión social a través de políticas sociales, con un marcado carácter de subsidiaridad, que según Gustavo Parra “... no garantiza un derecho, sino que solo legitima un “acto de voluntad”...”⁴.

Por otro lado, debemos decir que hubo acciones desarrolladas a partir del siglo XIX, que constituyeron los antecedentes de la profesión, caracterizadas por ser actividades concretas y sistemáticas de enfrentamiento con la cuestión social realizadas en el ámbito de la asistencia.

Particularmente en Argentina, la primera institución dedicada a intervenir en lo social, alejado de la caridad cristiana, es la Sociedad de Beneficencia la cual la extendió su actividad entre 1823 a 1947 y proporcionó mercado laboral para buena parte de los profesionales, marcando a la profesión de manera importante. Esta sociedad es creada basada en los principios de orden y progreso. Según Estela Grassi, una característica fundamental de esta sociedad fue su carácter femenino, estas mujeres tenían en principio como objetivo educar a

³ Ibídem.

⁴ Ibídem.

niñas pobres, como fuerte actividad moralizante. Luego se orientaron a la atención de huérfanos, ancianos y pobres, creando hospitales, hogares, institutos de menores, etc.

A partir de 1870 el Estado Argentino logra su consolidación como Estado Nacional insertado en la economía mundial, y es con la denominada Generación del 80' que lleva adelante el proyecto modernizador. Se centralizó la atención en tres áreas: política de migración, por la necesidad de poblar el país; políticas sanitarias, para brindar confiabilidad en los productos a exportar; y en políticas educativas; como medio para alcanzar el progreso. Según Gustavo Parra, entre 1870 y 1930 actuaron en el ámbito público y privado diferentes formas de intervención y de respuestas a la cuestión social, ellos son: el movimiento de los médicos higienistas, el catolicismo social y el movimiento obrero.

Es en 1926 cuando se crea el curso de Visitadoras de Higiene Social, dependiendo de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Los mismos eran dirigidos a mujeres apuntando a la prevención y profilaxis en el campo de la salud. En 1930 es creada la primera Escuela de Servicio Social dependiente del Museo Social Argentino, que si bien tenía una preponderancia del pensamiento médico higienista, incorporaba psicología, la economía social, sicopatología, demografía. En 1941 se crea la Escuela Argentina de Asistentes de menores y Asistentes Penales, y en 1945 cambia su nombre a Escuela Argentina de Asistentes Sociales. Según Gustavo Parra estos antecedentes confirmarían "... la tesis sostenida por Ander-Egg,

Alayón y Barreix, de que el Trabajo Social surgió como una profesión para-médica y para-jurídica y con un fuerte carácter auxiliar...”⁵.

A partir de la década del 60’ y del 70’ con el Movimiento de la Reconceptualización se pone en evidencia para el propio colectivo profesional las divergencias en torno a los proyectos socio profesionales vigentes. La conjunción de categorías marxistas con el ideario peronista y a su línea interna vinculada al Cristianismo de Liberación fue una matriz analítica que marca el período en Argentina (Siede, 2004). Esta heterogeneidad de tendencias incluía propuestas reformistas y modernizante de la profesión, y en algunos casos proponiendo una perspectiva revolucionaria del Trabajo Social, abriendo un amplio abanico de posturas en el desarrollo del Trabajo Social Latinoamericano.

La irrupción de la dictadura militar en 1976 llevó a un silenciamiento del debate profesional y permitió el fortalecimiento de la tendencia más conservadora hegemonizando la discusión profesional en los parámetros de actualización operativo instrumental.

En la actualidad, según Virginia Siede “... la falta de profundización sobre la dimensión teórico- metodológica de la intervención profesional anula la posibilidad de superar la centralidad del debate anclado en términos puramente axiológicos y operativos, contribuyendo a afianzar el sincretismo profesional en una acumulación anárquica de referenciales teóricos que son, en algunos casos, eclécticamente combinados y vaciados de los contenidos explicativos de la dinámica social, quedando reducidos a marcos conceptuales que actúan como

⁵ Ibídem.

telón de fondo de los análisis sin extraer de ellos sus trazos explicativos...⁶

Configuración del Perfil Profesional

La especificidad profesional es una construcción histórico-social que se estructura en un proceso, a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Ese ámbito de relaciones está constituido por sujetos sociales, que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una práctica profesional.

El proceso de construcción de la especificidad profesional opera también, a través de la delimitación del conjunto de prácticas y representaciones que den cuenta del problema social. La especificidad se constituye en el mismo proceso de estructuración de un marco de referencia que otorga un significado particular a todos los elementos constitutivos de la especificidad profesional. Estos elementos son:

- Los sujetos sociales: individuo, grupos o instancias sociales involucradas en la intervención profesional.
- El objeto de intervención: un fenómeno real y concreto que demanda ser atendido.

⁶ Siede Virginia. "El Trabajo Social argentino en los 60'-70'. Reconstrucción del debate profesional en el marco de la Reconceptualización". Ponencia presentada en el Congreso de Araxa a Mar del Plata. Mar del Plata, 2004.

- El marco de referencia: conjunto de representaciones desde las cuales se entiende y conceptúa el problema. Es la fundamentación de la intervención.⁷

La especificidad profesional comienza a construirse recuperando elementos de otras prácticas no profesionales.

1880-1900: acción de la Iglesia

Beneficencia como acción pública del Estado, para regular los efectos destructivos del proceso de industrialización y urbanización en Argentina. Estas organizaciones de beneficencia estaban a cargo de las mujeres de la oligarquía y eran financiadas por el Estado y por donaciones privadas. Las acciones eran de caracteres moralizantes y dirigidos a los pobres, quienes lo eran como producto del azar y por debilidades morales que la persona padecía.

Esta modalidad de intervención del Estado ha influido en la Intervención Profesional en varios aspectos: en lo relacionado a la concepción de los pobres, en su clasificación y en las formas de distribución de los recursos.

1900-1920: Asistencia Social (del Estado): se profesionaliza la intervención del Estado, para una mayor eficiencia y racionalidad y para garantizar el orden y la pacificación social, que estaban en peligro por el aumento de la pobreza.

La institucionalización de la profesión es parte del proceso de división técnica del trabajo y del reconocimiento del Estado de que las desigualdades sociales son generadas en el sistema capitalista.

⁷ García Salord, Susana. Especificidad y Rol en Trabajo Social. Currículo- saber- formación. Edit. HVMANITAS. Bs. As.

1920-1930: Momento de conceptualización del Trabajo Social. Se acentúa el papel empírico de la profesión, consumidora de teorías provenientes de otras disciplinas sociales. Se busca conocer el objeto de intervención a través de un conjunto de evidencias, verificadas a través de un conjunto de pasos. El rol del trabajador Social esta orientado a la adaptación de las disfunciones sociales.

1930-1950: Se da un proceso benéfico-asistencial en la profesión. Se explican los hechos por lo que se ve o por lo que informan. Por esto se desarrolla una concepción paramédica y/o parajurídica, tanto en la formación como en el ejercicio profesional. El rol del Trabajador Social, es el de auxiliares de médicos y jueces.

1950-1960: Se consolida y se oficializa el TS de grupo y Comunidad. Se continúa priorizando el papel pragmático de la profesión; el vacío teórico se profundiza. EE.UU. imprimió en la profesión la ideología liberal de superar los problemas sociales con reformas institucionales, que no afectaran la estabilidad del sistema, sino que lo fortaleciera mediante el manejo de la acomodación y adaptación a las condiciones del medio social. La función del conocimiento es proveer información para el desarrollo de Programas de Bienestar y Desarrollo. El rol de TS es de adaptador, orientador y agente de cambio para el desarrollo.

1960-1970: Surgen las refutaciones a la concepción desarrollista dominante en TS. Nace en los países latinoamericanos la Reconceptualización que rechazó el papel asistencial y postuló un servicio social politizado que respondiera a las necesidades del proletariado para revertir el sistema de explotación dominante. Se

presenta el marxismo como la alternativa teórica y metodológica para la profesión. El método científico era el método dialéctico y como método de intervención se propuso el método único, básico e integrado. Se introduce como temática la investigación científica de las prácticas profesionales para eliminar el pragmatismo relativo del TS y producir teoría a partir de su práctica. La función del conocimiento esta relacionada con el uso de categorías mecánicamente aprendidas, con el fin de realizar un análisis casi macro-social. La lógica del conocimiento estaba dada por la acción inmediata para contribuir en los procesos de cambio, acelerándolos. El rol del TS es el de transformador social y educador social.

1970-1980: Se caracteriza por un examen de la Reconceptualización, para encontrar sus contradicciones, inconvenientes, logros y perspectivas, originadas por la ausencia de un proceso coherente entre la realidad institucional, la práctica profesional y la formación académica. Se intenta redefinir el quehacer profesional. Se comienza a poner mayor énfasis en los estudios de la teoría del valor, la política social y la planificación. Etapa de oscurantismo por los golpes de Estado en América Latina, que truncan este proceso de reflexión y de producción teórica. Durante esta década y la anterior se desarrollan en TS las metodologías de Investigación Participante, Investigación Acción, Militancia y Compromiso.

1980-1990: Comienza a examinarse reflexivamente el pasado de la profesión. Período de maduración y consolidación científica donde se hace hincapié en la construcción sólida de la profesión sin modelos

externos. La función del conocimiento es la de búsqueda de nuevas posibilidades teóricas que respondan a la creatividad y a la construcción de la identidad y autonomía profesional. Se acentúa la investigación en TS como medio real de producción teórica para el avance de la profesión. El rol de TS es el de promotor del hombre en su búsqueda de la solución a sus necesidades sociales.

1990-2000: se enmarca al TS en un contexto de crisis paradigmática, de transformación y complejización social. En este contexto, se debe ubicar la construcción del objeto de estudio y de intervención. La función del conocimiento es comprender a los sujetos en su situación, la naturaleza de las relaciones humanas y de la acción humana, que permita la construcción de una teoría de la intervención que mejore su calidad, la garantice y la fundamente. Las formas de abordar el objeto de intervención son más complejas, porque la realidad se ha complejizado, existe una preocupación por la producción teórica en la profesión que redunde en su mayor autonomía. Se esta redescubriendo la riqueza que posee la practica profesional para la producción de conocimiento y el mejoramiento de la intervención. El rol del TS se encuentra en plena redefinición dada por la crisis del contexto.⁸

Para concluir Susana García Salord plantea⁹: La sociedad es quien otorga autoridad a determinadas instancias para que certifiquen la apropiación de un saber y que dicha estructuración se hace en función

⁸Lichardi, María Cecilia. Trabajo final. Implementación de la metodología de caso social individual- familiar en el campo de la Educación durante la práctica institucional supervisada. Sistematización de una experiencia en el Colegio "Dr. Arturo Illia" de la ciudad de Mar del Plata. Año 2005.

del establecimiento de un campo de problemas que ameritan ser resueltos, una base empírica que soporte el ejercicio profesional, una practica especializada respaldada en una concepción científica y la existencia de una teoría a través de la cual se otorga la autonomía como requisito fundamental de la constitución del campo profesional y del objeto de intervención”.

Caso social individual familiar

El caso social individual es un nivel de intervención orientado al individuo y la familia.

Se trata de la atención de la demanda que presenta una persona en una situación concreta y a la que se le responde en consideración a su dimensión psicosocial; incluyendo la historia, pautas culturales y valoraciones, implicando a otras relaciones significativas según la naturaleza de esa demanda, la determinación del sujeto y el criterio profesional (Enrique Di Carlo y Equipo).

La asistencia social individual (casework) es una tarea profesional de carácter educativo, que pretende ayudar a la persona a solucionar sus problemas de funcionamiento social utilizando sus propios recursos y los que ofrece la comunidad.

La dimensión psicosocial de la persona integra los aspectos psicológicos y sociales.

Evaluar los aspectos psicológicos no significa realizar tratamiento de trastornos de la personalidad, implica la comprensión de las condiciones internas del sujeto.

Evaluar los aspectos sociales significa considerar el contexto con una perspectiva amplia y circular de ambiente; la familia, la red social y natural, la comunidad y sus condicionantes históricos, culturales, económicos y políticos.

La Persona

Parto de pensar a la persona como unidad bio-psico-social, caracterizado con rasgos fisonómicos particulares, es un ser reflexivo, con capacidad transformadora que construye en el cotidiano y en relación dialéctica con los otros, conocimiento.

Con necesidad de ser confirmado por otros semejantes, con los cuales descubre el mundo y tratan de explicarlo.

Dentro de un contexto, el ser es parte del mundo, lo social es constitutivo del ser persona.

Actúa respondiendo a las expectativas de los demás, se identifica en un grupo y la sociedad no sólo es el medio donde se desarrolla la personalidad del sujeto sino que es fuente y origen de ésta, cada persona construye una propia identidad.

A lo largo de la vida humana los sujetos van asumiendo diversos roles dentro de los espacios donde se relacionan. La relación con los otros semejantes es mediatizada por el lenguaje que es la forma más compleja de comunicación mediante la cual cada objeto, sujeto y

relaciones adquieren un significado, comunicación con la cual se verbalizan y objetivan las cosas.

Ana Quiroga define al sujeto como...“ser de necesidades, que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que determinan. El sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es sujeto producido en una praxis. Nada hay en él, que no sea la resultante de la interrelación entre individuos y grupos”... ¹⁰

Perspectiva de redes

Por lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que el hombre forma redes naturales “cada uno de estos grupos comparte buena parte de esos referentes – matrices con otros grupos formales e informales con los que forma las redes de cotidianidad, es decir de trabajo, de familia, de amistad, de vecindad, etc. Estas redes no están quietas, sino en proceso continuo de interacción”.¹¹

En las sociedades contemporánea, donde se impulsa mas la integración que las autonomías, las redes constituyen, además de formar renovadoras de acción, instancias importantes para la comprensión de los procesos individuales y sociales y una vía intercomunicacional a través de la cual se recupera la diversidad de las acciones colectivas desarrolladas por diferentes actores sociales.

¹⁰ Quiroga, Ana. “Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo”: Bs. As. 1998. Ed. Cinco. Pags.12 y 13.

¹¹ Villasantes, Tomas. “De las redes sociales a las programaciones integrales”, Pag. 45, Edit. Humanitas, 1998.

Esos pequeños núcleos denominados redes sociales¹², albergan la fuerza y potencia de la acción colectiva actual; a partir de ella se redefinen las relaciones sociales y se establecen muros contenedores del proceso individualista que las economías globalizadas buscan imponer en las sociedades contemporáneas.

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

La dimensión familiar:

El hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupaciones sociales. En la medida en que las sociedades se hacen más complejas y se requieren nuevas habilidades, se diferencian las estructuras sociales.

En la mayoría de las culturas la familia se ha caracterizado por ser patriarcal:¹³

¹² Redes Sociales: "entidades relacionales complejas de carácter colectivo, que tienen atributos morfológicos e interactivos que le son propios y como fin la satisfacción de necesidades afectivas, informáticas y materiales de los miembros que las soportan" (Taucar Nada, Castellano Beatriz y Mallo Lilian, "Redes Sociales Naturales", años 2000. Ed. Humanitas.

¹³ Eroles Carlos. "Trabajo social y familia". Ed. Espacio. 2000.

- En el tipo de familia que describe el antiguo testamento, los jefes de los clanes podían tener varias esposas, en lo que respecta a las mujeres eran de condición relativamente baja
- En la Antigua Roma, no se practicaba la poligamia y la mujer disfrutaba de mejores condiciones. La familia romana era extensa y el patriarca tenía mucha autoridad, como por ejemplo matar a sus propios hijos.
- En la Europa Medieval la familia se regía por las practicas de la iglesia Católica Romana y el feudalismo se caracterizaba por tener una familia extensa y dominada por el hombre.

La revolución industrial genero grandes cambios en la estructura familiar. La industrialización y la urbanización trajeron consigo la desintegración de los Estados feudales e impulsaron una profunda transformación de los modos de vida y del trabajo. Muchas personas abandonaron el campo y acudieron a la ciudad para trabajar en las fábricas. Este proceso llevo a la disolución de numerosas familias extensas. Así el régimen patriarcal fue cediendo terreno lentamente a una mayor igualdad de sexos. La unidad relevante fue el individuo y no la familia.

Se puede observar como la familia ha sufrido y sigue sufriendo diversos cambios a lo largo de la historia, vinculados a los cambios de la sociedad.

En la actualidad, en piases dependientes como el nuestro coexisten diferentes modalidades de organización y funcionamiento de sus miembros.

Concepto de familia:¹⁴

La familia debe ser entendida como "... una unidad bio-psico-social con leyes y dinámicas propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que la rodea..." ..

La familia es un grupo primario donde sus integrantes se interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorecen a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración.

Los diferentes tipos de familia:¹⁵

Actualmente el modelo familiar se encuentra en una constante transformación. No se puede hablar de un solo modelo de familia como tampoco de un solo sistema de valores. Sin embargo la sociedad democrática tiene que promover un modelo de familia, donde las relaciones entre sus miembros estén basadas en el respeto mutuo, el dialogo y la participación.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem.

- Familia como vínculo jurídico y/o religioso: por razones formales o por convicciones religiosas la pareja solemniza su unión.
- Familia consensual o de hecho: se considera que la pareja mantiene un vínculo estable, pero que no ha establecido una unión solemne.
- Familia Nuclear: en este tipo, se da que dos generaciones "padres e hijos" viven juntos. Constituyen estructuras adecuadas para las sociedades urbanizadas.
- Familia ampliada o extensa: en ella se da la convivencia de tres generaciones y-o la presencia de otros familiares convivientes.
- Familia monoparental: esta conformada por el o los hijos y por solamente el padre o la madre, como cabeza de la familia.
- Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de los hijos de distintas uniones: es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido experiencias matrimoniales anteriores.
- Familia separada: padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos.

Estructura familiar: Grupos familiares de crianza: se incluyen a situaciones particulares como la adopción, nietos a cargo de abuelos, etc.

El ciclo de vida Familiar:¹⁶

Toda familia instituye sus propias reglas de funcionamiento que pueden variar según el momento histórico que esta pasando. El ciclo

¹⁶ Ibídem.

vital esta determinado por un hecho crítico, frente al cual la familia siente la necesidad de revisar sus modalidades de funcionamiento.

Para describir las etapas por las cuales atraviesa la familia se toma como referencia a lo planteado por la Lic. Beatriz Valsachi:

- **Formación de la pareja:** el hecho crítico lo constituye el matrimonio o la convivencia estable de una pareja. Cada uno de los miembros de la pareja proviene de diferentes familias, con sus propias reglas y modelos comunicativos. Este periodo se caracteriza por la definición de la frontera de la sociedad conyugal, desde la estipulación de reglas hasta el proceso de separación de las familias de origen.
- **La familia con niños:** el hecho crítico consiste en el nacimiento del hijo. Cambian las reglas internas y externas. Los miembros de la pareja pasan a ser padres. Surgen problemas de orden organizativo: opciones respecto del trabajo de la madre, etc. Implica también la definición del rol de abuelos en la primera generación, que dependerá del nivel de independencia logrado en la primera etapa. Los abuelos deben aceptar el rol de padres asumidos por sus propios hijos y respetar las distancias previamente establecidas.
- **La familia con adolescentes:** el hecho crítico es la adolescencia de los hijos. Como no existe una señal clara que marque el paso de la niñez a la vida adulta, se hace necesario que la familia flexibilice sus fronteras para facilitar la paulatina desvinculación de los hijos. En esta etapa se produce un mayor compromiso en la pareja en vista de la partida de los hijos y un acercamiento a la primera generación que esta envejeciendo.

- La familia trampolín: el hecho crítico es la partida del hogar de los hijos. Es el momento de la incorporación de yernos y nueras a una nueva realidad familiar, en la cual los roles son diferentes. Se cubre la distancia generacional entre padres e hijos que se reconocen como hombres y mujeres adultos con un mundo interior. Se necesita además un empeño cada vez mayor en el sostenimiento de la primera generación, que se encuentra en una fase de envejecimiento progresivo.

- La familia en edad avanzada: los hechos críticos son la jubilación, la enfermedad y la muerte. La jubilación de uno de los cónyuges impone la necesidad de renegociar reglas internas, redefinir deberes y espacios individuales. Por otro lado el jubilado se replantea sus objetivos vitales con la dificultad resultante de organizarse para el tiempo libre. Además surge la necesidad de apoyo ligado al estado de salud, que puede sufrir un deterioro progresivo. La capacidad para prestar apoyo a los padres ancianos esta vinculada a la calidad d la relación establecida en las frases procedentes.

La función familiar.¹⁷

Los roles dentro del seno familiar se fueron diferenciando. Esto se produce cuando se separa el hogar del lugar de trabajo.

El padre era el encargado de ser el sostén económico del hogar y la madre de brindar sostén afectivo a la familia. Entonces las funciones familiares estaban regidas a una cuestión de género.

¹⁷ Ibídem.

En la actualidad estas funciones fueron replanteadas, a raíz de insatisfacción que sentía la mujer al estar excluida del ámbito público. Además el desarrollo científico le permitió una planificación del tamaño de la familia y una simplificación de las tareas domesticas. Esto permitió a la mujer insertarse en el ámbito publico y no estar solamente relegada a las tareas domesticas.

La institución

Rescato este concepto debido a que dentro de las instituciones los trabajadores sociales ejercen acciones profesionales, constantemente oscilantes, entre el control social y la emancipación de los ciudadanos. La Administración es una disciplina científica y técnica que se encarga del estudio del funcionamiento de las organizaciones. Las explica, estudia, predice su comportamiento, es un proceso complejo unificado, dinámico de control, planificación y gestión.

Resulta inevitable ahondar en el concepto de institución como representación viva de lo instituido, es decir, del orden burgués.

La institución es una representación en tanto expresión o manifestación de las políticas del estado y, como ellas, mantiene su dinamismo, dando cuenta de los cambios de sentido en las acciones que el estado encara hacia los ciudadanos, así como de las transformaciones operativas que se instrumentan, ya que es a través de ellas que se hacen tangibles sus políticas.

Las instituciones surgen de la intersección de la norma y la burocracia.

Es desde las instituciones, donde pueden partir las acciones que sostienen en alto la condición de ciudadanos de todos aquellos que acuden a ellas como receptores de las políticas del estado.

Política Social

Es importante tomar este concepto debido a que el problema elegido esta relacionado a las políticas sociales.

La política social es una serie de “Direcciones y objetivos de la acción social, concernientes a necesidades, así como a pautas estructurales o de distribución a través de las cuales, las necesidades son satisfechas”. (Mishra, Ramesh. Society and Social Policy. 1981.)

Las políticas sociales son aquellas relativas a la provisión de servicios o bienes por parte del estado, encuadradas en las políticas de salud, educación, vivienda, etc. Estas políticas han sido analizadas como instrumentos de regulación social, de control de la conflictividad y de legitimación de las estructuras de poder.

Son al mismo tiempo resultado de la lucha social, que no solo responden a requerimiento y estrategias relativas al uso de la fuerza de trabajo y al valor asignado al consumo de los trabajadores en el mercado interno, sino a procesos políticos y culturales referidos a las modalidades organizativas y de acción, a las formas políticas con que se dirime la conflictividad, al estado de correlación de fuerzas y a las propuestas que las distintas fuerzas sociales logran articular en cada momento histórico (Mabel Grimberg, 2000)

Necesidad

Existen diferentes concepciones de necesidad, estas varían según la época, el autor o las visiones desde las teorías sociales:

- La necesidad como privación o falta. Lo que marca una concepción de tipo mecanicista.
- Concepción Clásica de necesidad, esta, divide a estas en necesidades; Naturales; históricas y Superiores.
- Visión Funcional Dinámica. Señala la existencia de tensiones entre el sujeto y el ambiente es determinante en la aparición de lo que se considere necesidad.
- Concepción Marxista. Plantea que las necesidades son un deseo consciente que lleva a los sujetos a la acción.
- Visión del Estado Social; (concepción de necesidad como derecho social) o sea, la existencia de derechos por encima de las necesidades.

En otras palabras, quien tiene una necesidad es acreedor del estado.

Por ultimo se considera a la Necesidad "no solo como estado de carencia sino como potencialidades humanas individuales y colectivas, que hacen posible vivir el mundo traduciéndolo en proyectos de vida que le dan sentido y significado a las relaciones sociales"¹⁸

¹⁸ Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social". Pág. 22. Ed. Espacio. 1998.

Evolución histórica del concepto de Salud

El concepto de Salud, como construcción histórica social, ha ido evolucionando y se ha enriquecido de diferentes perspectivas teóricas.

Desde esta perspectiva, estos conceptos están atravesados por desarrollo del capitalismo, posibilitando la realización del mismo.

Durante el siglo XX, y estas nuestros días, la salud era considerada en contraposición con el concepto de enfermedad, componiendo un binomio Salud-Enfermedad. Se era sano si no se estaba enfermo.

Mediada la década del 40', la OMS define a la Salud como "el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

Milton Terry entrada la década del 50' criticando el carácter utópico de esta definición, define a la Salud como "Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de enfermedad". "...Pasa de un concepto estático de salud a uno dinámico; y establece el concepto continuo Proceso Salud-Enfermedad..."¹⁹

En los años 70', surge el Movimiento de Salud Comunitaria, integrando al concepto de salud una mirada holística, haciendo hincapié en la integración del equipo de salud en la comunidad.

En 1985, la Carta de Ottawa define la Salud como "La salud es el resultado de las condiciones de: Alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de Salud. Este concepto se centra en la idea de la

¹⁹ Castañeda, Gilberto. "La salud y sus determinantes": Depto. de Salud Publica. Asig. Salud Pública. Apunte de cátedra. Noviembre 2003.

participación comunitaria en los sistemas de salud, haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud.

En la segunda posguerra, ante la emergencia de diferentes problemáticas sociales, se incorporan las Ciencias Sociales al campo de Salud tratando de dar respuestas y afrontar las demandas del momento. Esto se expandió a partir de las instituciones del Estado de bienestar, quienes incorporaron gran parte de científicos sociales al campo sanitario (Hermida, 2005).

Según Beatriz Castellanos²⁰ encontramos tres posiciones que coexisten en la actualidad referidas a la Salud:

*Concepción biologicista-mecanicista: que define a la Salud como ausencia de enfermedad. Existe bienestar o malestar ligado a aspectos físicos orgánicos funcionales.

*Concepción ecologista-dinámica: Define a la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo a la ausencia de enfermedad. (OMS) vinculando el bienestar a aspectos psicosociales sumados a los biológicos.

*Concepción histórica-procesal: entendiendo a la Salud como proceso histórico social. Relacionando el bienestar con la calidad de vida, incorporando e integrando a los aspectos físicos, biológicos psicológicos, axiológicos, culturales y sociales.

²⁰ Castellano, Beatriz. "La Intervención de redes naturales: el modelo clínico", en Di Carlo y Equipo "La perspectiva de redes naturales: un modelo de trabajo para el servicio social". Ed. Humanitas. 1998. Citado por Hermida, María E. En "apunte para la reflexión salud/enfermedad". UNMDP. 2005.

Definición de salud:

La salud es considerada en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma.

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir que se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

En otros términos, es necesario reconocer que:

- Las prácticas de atención de la salud se asientan, de modo consciente o inconsciente, en determinados supuestos sobre que es la salud y suponen opciones acerca de los modos de recuperarla;
- Las formas de organización de las instituciones de salud reflejan, de modo explícito o implícito, una concepción acerca de la salud y de su forma de intervención;

- Toda práctica de salud produce efectos en las poblaciones y en los individuos, algunos explícitamente buscados, otros muchas veces ni siquiera previstos o deseados.

La concepción de Salud que enmarca este trabajo es la de salud integral, la cual según Serrano (1995), “abarca la calidad, armonía y “normalidad” en lo social, lo biológico, lo psicológico, lo espiritual. Las interrelaciones de los componentes de los cuatro sistemas mencionados y de ellos entre si, determinan la generación de circunstancias de factores de protección o de riesgo y en su conjunto, dichos sistemas son los responsables de la génesis del estado de salud integral alcanzado por las personas y los grupos”.

Intervención Profesional

La palabra intervención proviene del termino latino *intervenio*, que puede ser traducido como “venir entre” o “interponerse”. De ahí que intervención pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación y, por otra parte, de intromisión, injerencia, intrusión, coerción o represión.

La intervención es un espacio, momento o lugar artificialmente constituido como acción.

En lo social, implica una dirección definida desde la demanda o la construcción de esta, en relación con la denominada “cuestión social”.

Por otra parte, implica la existencia de una autoridad; quien interviene

lo hace por que esta legitimado a partir del reconocimiento del ejercicio de un derecho, o por que hay un estatuto que reglamenta su gestión, de modo que la intervención se estaría autorizando a si misma, a partir de un status legal constituido.

Intervenir implica la construcción de una lógica del acontecimiento fundante de la demanda desde cierto marco teórico o campo de saber.

La intervención desencadena una serie de expectativas y consecuencias fuertemente ligadas a la construcción simbólica y a las representaciones de quien esta interviniendo.

Es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Implica una inscripción en ese "otro" sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una "marca" en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en esta.

Por ultimo, el lugar de la intervención se transforma en territorio ²¹, es decir, un espacio jurídico, que habla de la legitimidad de la intervención, y político, que marca la agenda donde se construyen diferentes aspectos de la cuestión social.

Enfermedades respiratorias

Las enfermedades respiratorias más comunes que se presentan en el HIEMI, sobre todo en el periodo que va, de mayo a octubre, en menores de 2 años, son la gripe, la bronquiolitis y la neumonía.

²¹ Según Michel Foucault "territorio es una noción geográfica, pero es en primer lugar una noción jurídico /política: lo que es controlado por un cierto tipo de saber.

Bronquiolitis

La **bronquiolitis**²² es una enfermedad común del tracto respiratorio, provocada por una infección respiratoria que afecta las diminutas vías aéreas, denominadas "bronquiolos", que llevan a los pulmones. A medida que estas vías aéreas se inflaman, se hinchan y se llenan con mucosidad, haciendo que al niño le cueste respirar.

La enfermedad afecta con mayor frecuencia a lactantes y niños pequeños, porque sus pequeñas vías aéreas se bloquean más fácilmente que las de los niños de más edad o los adultos. Por lo general, la bronquiolitis se da en los dos primeros años de vida, con una mayor incidencia entre los 3 y los 6 meses. Es más común en niños varones que no fueron amamantados y en niños que viven hacinados. La concurrencia a centros para el cuidado de niños y la exposición al humo del cigarrillo también pueden aumentar las probabilidades de que un lactante desarrolle bronquiolitis.

Si bien, a menudo, se trata de una enfermedad leve, algunos lactantes están en riesgo de sufrir una enfermedad más grave que requiere hospitalización. Las condiciones que aumentan el riesgo de una infección severa incluyen el nacimiento prematuro, una enfermedad pulmonar o cardíaca crónica previa, y un sistema inmune debilitado por enfermedades o medicamentos. Los niños que han padecido bronquiolitis tienen más probabilidades de desarrollar asma en una etapa posterior de la vida, pero aún no resulta claro si la bronquiolitis provoca o dispara el asma, o si los niños que finalmente presentan asma simplemente eran más propensos a desarrollar bronquiolitis durante la lactancia. Se están realizando estudios para aclarar la relación entre la bronquiolitis y el desarrollo posterior de asma.

²² www.mardelplata.gov.ar/ciem.

La bronquiolitis suele ser provocada por una infección viral, generalmente el virus sincitial respiratorio (VSR). Las infecciones causadas por este virus son responsables de más de la mitad de todos los casos de la enfermedad y ocurren principalmente en invierno y principios de la primavera. Otros virus asociados con la bronquiolitis incluyen el virus de la gripe y el adenovirus.

Señales y síntomas

Los primeros síntomas de la bronquiolitis suelen ser iguales a los de un resfriado común:

- congestión
- secreciones en la nariz
- tos leve

Estos síntomas, que duran uno o dos días, son seguidos de un agravamiento de la tos y la aparición de un sonido sibilante (silbidos agudos al exhalar).

En algunos casos, se desarrollan gradualmente dificultades respiratorias más severas, marcadas por lo siguiente:

- respiración poco profunda, rápida (60 a 80 veces por minuto)
- frecuencia cardíaca acelerada
- hundimiento del cuello y el tórax con cada respiración, conocido como "retracciones"
- ensanchamiento de las fosas nasales

irritabilidad, con dificultad para dormir y señales de fatiga.

El niño también puede presentar fiebre, falta de apetito y quizá vomite después de toser. Con menor frecuencia, los lactantes pequeños, especialmente los

prematureros, pueden presentar episodios en los que dejan de respirar brevemente (lo que se denomina "apnea") antes de desarrollar otros síntomas. En los casos graves, los síntomas pueden empeorar rápidamente. Un niño con bronquiolitis grave puede cansarse por el trabajo de respirar y tener poca entrada y salida de aire en los pulmones, debido al taponamiento de las pequeñas vías aéreas. La piel puede tornarse azulada (lo que se conoce como "cianosis"), lo cual es especialmente notorio en los labios y las uñas. El niño también puede quedar deshidratado por el esfuerzo que realiza para respirar, por los vómitos y porque come menos.

Contagio

Las infecciones que pueden provocar bronquiolitis son contagiosas. Los gérmenes pueden diseminarse en pequeñas gotas de fluido de la nariz y la boca de una persona infectada. Éstas pueden ser trasladadas por el aire cuando la persona estornuda, tose o se ríe, y también pueden quedar sobre los objetos que la persona ha tocado, como pañuelos usados o juguetes.

Los lactantes que concurren a centros para el cuidado de niños tienen un mayor riesgo de contraer una infección que pueda derivar en bronquiolitis, porque están en contacto con muchos otros niños.

Neumonía²³

Es una infección o una inflamación grave de los pulmones. Los sacos de aire de los pulmones se llenan de pus y de otro líquido. Ello dificulta que el oxígeno llegue a la sangre. Si no hay suficiente oxígeno en la sangre, las células del

²³ www.mardelplata.gov.ar/ciem.

cuerpo no pueden funcionar bien. Debido a eso y a la diseminación de la infección por el cuerpo, la neumonía puede causar la muerte.

La neumonía afecta a los pulmones de dos maneras. La neumonía lobular afecta a una parte, (el lóbulo) de un pulmón.

La neumonía bronquial (bronconeumonía) afecta parte de los dos pulmones.

SINTOMAS: los síntomas pueden ser uno o más de los siguientes:

- dificultad para respirar
- fiebre y sudoración
- escalofríos
- dolor en el pecho
- tos
- mayor producción de mucosidad

La neumonía puede tardar varias semanas o meses en resolverse definitivamente. Se debe hospitalizar y luego continuar el tratamiento en el hogar.

Gripe²⁴

Es una enfermedad contagiosa causada por un virus. Un virus es un germen pequeño. Los virus de la gripe afectan muchas partes del cuerpo, incluyendo los pulmones.

Cuando alguien tiene gripe, estornuda, tose y hasta habla, el virus de la gripe pasa por el aire y puede ser inhalado por las personas que se hallan cerca del enfermo.

²⁴ ídem.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Fiebre: con frecuencia superior a 38,9 centígrados.
- Dolor de cabeza(cefalea)
- Dolor muscular
- Escalofríos
- Tos
- Dolor torácico

PREVENCIÓN DE LA GRIPE:

El mejor modo de prevenir la gripe es la administración anual de la vacuna antigripal. Dicha vacuna se recomienda en personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas (asma, diabetes o enfermedades cardíacas) y menores de 8 años.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

“Conocer las características de la Intervención del Servicio Social en la recurrencia de las enfermedades respiratorias en menores de dos años de edad, que se encuentran internados en HIEMI.”

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. “ Visualizar la injerencia de la situación socioeconómica de las familias de los niños menores de dos años con estas patologías que se atienden el HIEMI”
2. “Indagar sobre los recursos humanos, técnicos e institucionales o de otro origen comprometidos con la problemática en el HIEMI.”
3. “Realizar acciones que favorezcan la adherencia al tratamiento, tanto del niño como de la familia, con estas patologías”.
4. “Contribuir a la producción de información sobre la recurrencia de las enfermedades respiratorias en menores de dos años que se atienden en el HIEMI.”

SEGUNDA PARTE:

TRABAJO DE CAMPO

EL CAMPO DE LA SALUD

Este es uno de los campos de mayor y más antigua implementación del Trabajo Social. Se basa en la premisa de las relaciones entre salud y los factores sociales.

La práctica social esta condicionada por las relaciones de estado y sociedad civil.

La formación profesional depende de una progresiva acción del estado en la regulación de la vida social, esto es cuando toma a su cargo enfrentar las manifestaciones de la cuestión social.

Parra señala dos matices o filosofías fundacionales del Trabajo Social, por un lado una matriz de base doctrinaria fundamentada en los conceptos de persona humana y moral cristiana, por el otro, una matriz de base racionalista y laica, ligada al movimientos de los médicos higienistas, cercanos al liberalismo y al positivismo, apuntaban a una regulación desde lo público, interviniendo en forma preventiva y educativa. Ambas matrices pretenden la armonización y el control de los conflictos sociales.

Esta raíz ideológica del Trabajo Social marca profundas huellas conservadoras, que persisten hasta la actualidad.

Dentro del campo del Trabajo Social en relación con la salud, y en especial desde la práctica, se reproducen en parte las discusiones actuales acerca de los modelos de intervención en salud.

- Por un lado existe una pugna entre dos concepciones, una podríamos denominarla sectorial y la otra integral. La primera plantea su accionar especialmente o específicamente, dentro del campo de la salud, es decir secundariza las problemáticas de tipo social o estructural que conforman desde nuestro punto de vista la totalidad de la cuestión sanitaria.
- La segunda, justamente, plantea lo opuesto, o sea, entiende a la salud como Emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas desde lo teórico como en la práctica. Así esta aproximación a lo social, entendiendo la consulta, la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud, como emergente de una situación mucho más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral.

A partir de la concepción integral de la salud, se van derivando las funciones de los Trabajadores Sociales en este campo de actuación, señalamos las más significativas:

- * Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan a la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.
- * Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex – pacientes, grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.

- * Participar de los equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria, donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.
- * Participar de los equipos de trabajo del área socio-sanitaria promoviendo la formación de programas de medicina y salud comunitaria.
- * Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.
- * Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.

Cualquiera sea la actividad o tareas específicas dentro de este campo, el Trabajo Social en salud pretende proporcionar a los individuos cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Partiendo del supuesto de que no hay recuperación si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.

La salud y lo Social

Dentro de la civilización occidental, la situación de salud, o la enfermedad, son leídas como algo ajeno que, generalmente es planteado a nivel individual.

Desde no hace muchos años, se comenzó a entender la cuestión sanitaria como algo vinculado con lo social. Si bien, podemos encontrar antecedentes a fines del siglo pasado (en esa época surge a escala

mundial la salud pública) estas lecturas eran llevadas adelante desde el contexto de higiene, este estaba ligado al positivismo y se encuadra dentro del modelo liberal positivista.

La OMS declara el derecho a la salud en 1948, y el Estado de Bienestar Europeo estructura un fuerte sistema sanitario al finalizar la segunda guerra mundial. El caso más conocido es el seguro de salud británico.

De todas maneras, las concepciones que plantea la OMS o la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), se encuadran dentro del funcionamiento y están ligadas al modelo desarrollista.

Algunos indicadores de salud en la Argentina

A continuación enumerare las problemáticas más relevantes:

- Alto porcentaje de la población con dificultades de accesibilidad o sin accesibilidad a los servicios de salud.
- Alto índice de mortalidad prevenible.
- Saturación del sistema hospitalario.
- Mala distribución de los recursos existentes.
- Despersonalización de la atención
- Sobreutilización de exámenes, procedimientos e internación.
- Ineficiencia en la emergencia
- Fragmentación de la asistencia.
- Desarticulación en el sistema de derivación.

Estos son solo algunos datos, es posible pensar que correlación tiene cada

uno de ellos con los “medios de producción de la política sanitaria”.

Algunos se refieren a cuestiones de tecnología (Sobreutilización de exámenes, fragmentación de la asistencia, etc.) pero, estos mismos, también nos hablan de la cuestión de la formación de recursos humanos, las instituciones de la salud, o el atravesamiento de tipo presupuestario clave, en relación con los medicamentos.

Salud en Argentina

La salud en la Argentina siempre ha sido un problema medico, lo cual no ha hecho mas que seguir las tendencias internacionales, sobre todo en los últimos años. Tal vez una de las razones para que ello ocurriera, es decir para que las ciencias sociales nunca se ocuparan significativamente del problema salud, se debió a que siempre existió un nivel de salud considerado como bueno para el conjunto de la población, sobre la base de dos hechos fundamentales: uno de los mejores niveles nutricionales del mundo y un nivel de empleo que mantuvo ocupada a toda la población durante largos periodos del siglo veinte.

Sin embargo la preocupación por la relación que existe entre la salud y la sociedad se ha expresado desde hace mucho tiempo, tanto en Argentina como en otros países de América Latina.

Así es que desde el siglo pasado podemos encontrar diversas manifestaciones de esa preocupación, por ejemplo los relatos que identifican los personajes y las instituciones que van construyendo la infraestructura sanitaria del país. Esa

preocupación tiene también una cristalización en el terreno académico, a través de la incorporación de una asignatura en los estudios de medicina.

Podría afirmarse que la preocupación histórica domina la relación entre ciencias sociales y salud durante todo el siglo XIX en nuestro país.

Es posible que la segunda disciplina a la que recurren los médicos en su intento de tener una visión distinta de la salud que la que propone la ciencia médica, sea la antropológica. La consideración de la enfermedad como una subcultura, debe haberse visto facilitada en la medida de la existencia de enfermedades crónicas para las cuales el único tratamiento concebible era el aislamiento, no solo por sus características epidemiológicas intrínsecas, sino por el temor que despertaban en el resto de la sociedad.

Un tercer paso de avance ocurre cuando el país se inserta definitivamente en el circuito del creciente mercado internacional. Ese proceso, comenzado en el último tercio del siglo pasado, se consolida a partir de la segunda guerra mundial cuando Argentina asume su papel de proveedor de alimentos a los países industrializados.

A partir de la crisis del treinta se abren nuevas posibilidades que van a tener consecuencias importantes sobre el pensamiento argentino acerca de la salud: las dos disciplinas de mayor impacto son la administración sanitaria y la psicología, sobre todo el psicoanálisis.

No es fácil rastrear los motivos que indujeron a algunos médicos a buscar en las ciencias sociales la resolución de los problemas, reales o imaginario, que se les planteaban en el ejercicio de su profesión. Es posible que más que una tentativa de resolver problemas, lo que subyacía al tímido recurso que se hacía

a otras disciplinas era debido a una inquietud respecto a lo que hoy se llamaría la determinación del proceso salud / enfermedad.

Las ciencias sociales tienen un interés natural en los problemas salud/enfermedad, tanto para las disciplinas que se ocupan de los aspectos más individuales y de comportamiento como para las que se dedican al análisis de los procesos mas colectivos y de relaciones entre grupos o instituciones. A partir del momento en que el desarrollo del capitalismo adquiere sus características actuales, los problemas que plantean la economía, la sociología y la organización de la salud hacen que estas disciplinas intervengan en el análisis de sus determinaciones.

En Argentina, el interés por el problema a partir de esas disciplinas es muy reciente; Una de las razones que pueden alegarse para el tardío despertar del interés nacional es, en consecuencia, el retraso cultural con que copiamos las tendencias de los países centrales.

Periodización de la salud

A continuación puntualizaremos los aspectos mas destacados de la salud en diferentes periodos de la historia.

Organización Nacional:

El lapso que abarca casi la ultima mitad del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX puede ser considerado el gran periodo de la Organización Nacional,

durante el cual se sientan las bases sociales, económicas y jurídicas de la Argentina.

Es el país de la oligarquía ganadera, en el que la única resistencia obrera hasta la segunda guerra mundial surge del movimiento anarquista, importado por obreros italianos y polacos.

Durante todo este periodo son escasos los aportes de las ciencias sociales a la salud, en coincidencia con lo que ocurre en el nivel mundial, que es el proceso de cientificación de la medicina, es decir es el momento de consolidación del enfoque medico biológico.

Las únicas aproximaciones institucionales son la creación de cátedras de historia de la medicina y de higiene y saneamiento ambiental en varias facultades de medicina.

La Década Infame:

El segundo periodo comienza con una rebelión militar que desaloja a Hipólito Yrigoyen de la Presidencia. En el ámbito internacional se daba la gran crisis del 30, poniendo a la Argentina en un papel vital como proveedor de alimentos.

Los años que van de 1930 a 1943 son años de transición, se transfiere el poder de una clase oligárquica rural, a otra democrática urbana.

En salud se sigue la misma tendencia del periodo anterior, no habiendo desarrollos importantes en el ámbito oficial, salvo las campañas de erradicación de ciertas enfermedades como malaria, de nuevo en coincidencia con los intereses de la fracción de la clase dominante.

La institución que se crea en este lapso en el ámbito privado es la Asociación Psicoanalítica Argentina, grupo cerrado y elitista destinado a conducir con firmeza el crecimiento y desarrollo de las actividades de los psicoanalistas freudianos en el país.

El Peronismo:

El tercer periodo es el de mayor controversias, a nivel político y científico, debido a la figura de Perón que ocasiono y seguirá ocasionando diferentes apasionamientos.

Los años que van de 1943 a 1974 son fértiles en realizaciones en el área de salud, tanto en lo que corresponde al desarrollo de instituciones como en la efectivización de programas en beneficio del conjunto de la población, pero también en la reflexión conceptual sobre el saber y la practica que fundamenta esas acciones.

1943 / 1955: La acción institucional va desde la creación del Ministerio de Salud, durante la primera presidencia de Perón, hasta la conformación de un vasto sistema de obras sociales manejadas por los sindicatos, los cuales encuentran allí una fuente de recursos de gran valor para su acción política y su fortalecimiento. Además, se completan una importante red de establecimientos asistenciales que permite el acceso de la población general al tipo de servicios que hasta entonces había sido privilegiado de ricos, tanto en calidad de prestación médica como en confort de cuidados.

No-solo en el ámbito de servicios es donde se desenvuelve la actividad oficial. Es importante la actividad institucional académica, en la cual ocurren novedades como la creación de la Escuela de Salud Publica del Litoral.

1955 / 1974: lo más importante de la subetapa no esta en lo que ocurre en las esferas del gobierno o en los grupos que representan a las distintas fracciones de la clase dominante, sino en las formas que adopta la creciente consolidación del movimiento popular, al mismo tiempo que se producen avances en la conformación de una clase para sí.

Durante uno de los gobiernos civiles, el del desarrollista Frondizi, se crea una escuela de salud publica en dependencia del Ministerio de salud de la Nación, la cual nuclea algunos de los grupos que, a pesar de permanecer en el gobierno han comenzado a revalorizar las acciones del Peronismo en el terreno de la salud. Posteriormente, en 1960, se crea otra escuela en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires, la cual surge a instancias de la intelectualidad medica con mentalidad sanitaria, tendencia que proviene de los grupos mas progresistas de los países avanzados y de las formulaciones que están produciendo una transformación notable en los países donde se ha producido el ascenso al poder de los socialistas.

1974 / 1976: La muerte de Perón elimina el último obstáculo para que el conflicto se manifieste, terminando definitivamente con la forma de organización y conducción.

El Proceso:

El cuarto periodo comienza el 24 de marzo de 1976, donde las instituciones de salud corrieron una suerte similar a las del resto de la sociedad civil. Algunas de ellas pasaron a llevar una vida vegetativa, como la escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, por ejemplo, en tanto otras eran golpeadas por la más dura de las represiones: los trabajadores de salud mental fueron uno de los grupos de profesionales que más sufrió, con la acusación de apoyo psicológico, a lo que se llamó la subversión. Además de reprimir a los profesionales, se desmantelaron los servicios existentes en los hospitales públicos.

Hubo una acción deliberada y sistemática por adecuar las instituciones de salud a lo que constituía la teorización económica señalada: la salud como respuesta a una concepción económica basada en la oferta y la demanda, o sea, quien quiera salud que la pague. Esta manera de pensar se orienta a la desaparición de los servicios públicos.

Situación Actual:

Existen carencias y diferentes vacíos que van desde las instituciones hasta la organización de los servicios, destacándose lo insuficiente de las propuestas que surgen en los ámbitos oficiales, justificadas por la precariedad de la

situación actual, dichas carencias apuntan a la necesidad de redefiniciones de políticas de salud que permitan crear las condiciones necesarias para la realización de aportes significativos en pro del mejoramiento de la salud de la población, y a la redefinición del Estado Nacional que coloque a la Argentina actual en el siglo XXI (Testa Mario).

PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD²⁵

- **PROGRAMA REMEDIAR**: El mismo tiene como finalidad la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios para la población más carenciada.
- **PROGRAMA NACIONAL DEL CONTROL DEL TABACO**: Los ambientes libres de humo de tabaco promueven la salud de trabajadores y clientes. Además se reduce la posibilidad de riesgo de accidentes, incendios y deterioro de instalaciones y equipos. También se favorece el presentismo laboral y con ello la productividad.
- **PROGRAMA DE AUTOPRODUCCION DE ALIMENTOS**: Nace en septiembre del 2002, con el objetivo de organizar una red de producción y comercialización de productos de huerta y granja, libres de agroquímicos centrado en la oferta directa a los consumidores. En la actualidad funcionan 120 huertas.

²⁵ [www.mardelplata.gov.ar/salud y población/información sobre salud](http://www.mardelplata.gov.ar/salud_y_poblacion/informacion_sobre_salud).

SALUD PROVINCIAL

En la Provincia de Buenos Aires es donde se concentra la mayor cantidad de Hospitales públicos y de salas de atención pública que en el resto del país.

La mayoría de estos lugares no cuenta con los recursos suficientes para la gran cantidad de gente que acude a estos.

El empeoramiento de la Provincia de Buenos Aires, tuvo su etapa crítica en el periodo 1998/2003, alcanzando los índices más altos a partir del año 2002.²⁶

Las políticas públicas de los años noventa tuvieron a los pobres estructurales como sus principales destinatarios, pero a partir del aumento de la recesión económica el Estado debió extender sus acciones a los sectores denominados “nuevos pobres”, definidos como grupos sociales con dificultades de empleo, una alta tasa de precarización laboral e ingresos bajos e irregulares.

Esto genera un colapso en el sistema de salud, que aun hoy no tiene respuesta.

Debido a la falta de políticas de salud, comprometidas con el cambio social, dejando de focalizar en pequeños grupos carentes de todo recurso.

PROGRAMAS DE ATENCION Y PREVENCION PROVINCIALES²⁷

²⁶ vinocur, Pablo y Halperin, Leopoldo. “Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa”. Cepal. 2004.

²⁷ www.mardelplata.gov.ar/ssalud y población/ información sobre salud.

- PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL.
- PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS (VHI, SIDA Y ETS).
- PROGRAMA DE TBC (TUBERCULOSIS).
- PRODIABA (PROGRAMA DE PREVENCION DE DIABETES).
- PROEPI(PROGRAMA DE PREVENCION DE EPILEPSIA)
- PROBAS(PROGRAMA BONAERENSE DE PREVENCION DE ASMA)
- PROPAL (PROGRAMA DE PREVENCION DE ACCIDENTES Y LESIONES)
- PROGEMA
- PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (PCEI)
- ZOONOSIS RURALES
- ZOONOSIS URBANA
- ATENCION A LAS ADICCIONES
- PROGRAMA DE PREVENCION EN HIPERTENSION
- DIRECCION DE SALUD MENTAL
- PROGRAMA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CONGENITAS “ PROD Y TEC”
- SISTEMA PROVINCIAL DE HEMOTERAPIA
- RED PROVINCIAL DE EMERGENCIAS (SIES)
- PROGRAMA “ SALUD EN MOVIMIENTO”
- PROGRAMA DE ATENCION NOMINALIZADA DE LA SALUD “PANDELAS”
- PROGRAMA “ CONSULTORIO EN EL BARRIO” SPS
- PROGRAMA DROGRAS DE ALTO COSTO.

SALUD MUNICIPAL

La Municipalidad de Gral. Pueyrredon se encarga de brindar la asistencia sanitaria esencial, para poner al alcance de todos servicios básicos un costo que el gobierno local y el país aun no pueden soportar (diario La Capital, mayo 2006).

La atención primaria de la salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad.

La política de atención de la salud pública, ha sido pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades, por ese motivo existen diversos Programas dirigidos a grupos de niños, adultos y ancianos.

Los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad, para que todos puedan contar con un Centro de Atención cercano a su domicilio. Para acceder a la atención médica gratuita, sólo es necesario dirigirse al Centro de Salud más cercano y solicitar turno, pero desde hace varios años, estos centros de salud se encuentran colapsados por la cantidad de gente que reciben, por la falta de recursos materiales, técnicos y profesionales, etc.

Desde los años noventa se descentralizan las funciones del Estado y la Municipalidad debió, cambiar su rol de: Estado administrador de servicios a gestor y promotor del desarrollo local.

La gestión local y la política municipal tienen hoy una importancia y una complejidad que no tenían hace más de diez años.

Descentralizar las funciones del Estado, genera mas democracia y participación social, pero la reforma del Estado genero la municipalización de la crisis, debido a no poder atender a todas las problemáticas que se le asignaron, por falta de muchos recursos, sobre todo el económico.

PROGRAMAS MUNICIPALES²⁸

- PROGRAMA DE PROTECCION DEL DESARROLLO INFANTIL: La Secretaria de Salud es la responsable de implementar este programa en el partido. A si mismo coordina las acciones sobre estrategias para el desarrollo del programa. El proyecto se centra en atender a la población infantil de 0 a 6 años y embarazadas.
- PROGRAMA HIJOS DE CARTONEROS Y FRANELITAS: La Secretaria de Desarrollo Social a través de la Dirección de Minoridad implementa este programa orientado a la contención de los niños y niñas de 3 a 11 años para hijos de trabajadores en la vía pública.
- PROGRAMA POR UN MUNDO CON LUGAR PARA TODOS: Este programa esta orientado a eliminar la discriminación contra travestis, trabajadoras sexuales, gays y lesbianas.

²⁸ [www.mardelplata.gov.ar/población y salud](http://www.mardelplata.gov.ar/población-y-salud).

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” (HIEMI)

Reseña histórica de la atención pública en la ciudad de Mar del Plata:

- En 1881, la atención de la salud en nuestra ciudad, estaba a cargo de la Sociedad de Socorros Mutuos cuando se vio atacada por la Fiebre Tifoidea, así se inaugura un Hospital provisorio.
- En 1893 se inaugura el Asilo Marítimo, que luego paso a llamarse Sanatorio Marítimo. El mismo estaba destinado a los niños débiles y convalecientes debido a la tuberculosis.
- En 1902 se dieron los primeros pasos del Hospital Mar del Plata a cargo de una Comisión de Vecinos encabezada por Victorio Tetamanti y Félix Camet.
- En 1907 se realiza la inauguración del Hospital de Mar del Plata, era continuación de la llevada adelante en 1881 por la Sociedad de Socorros de Pobres, a cargo de la Sociedad de Beneficencia, Hospital Mar del Plata.
- En el Partido de Gral. Pueyrredon, como consecuencia del incremento de la población y de la inserción laboral en el ámbito urbano, paulatinamente comenzaron a surgir los primeros conflictos con respecto a la atención sanitaria dentro de la ciudad.

- En Mar del Plata fueron los cambios políticos producidos por el acceso de los socialistas a la intendencia Municipal los que iniciaron los planteos del cuidado de la salud de la población. Hasta ese momento no existía en la zona una asistencia pública y gratuita.
- En 1924, el Municipio puso en funcionamiento la farmacia social, que se conformo como sociedad cooperativa, compuesta por la Municipalidad, la Sociedad de Socorros Mutuos y entidades colectivas que perseguían como finalidad la asistencia social.
- 1947 todas las prestaciones adquirieron el carácter de gratuito, siendo intervenido por el gobierno de la provincia, con lo que se terminó definitivamente con el dominio que sobre él ejercía la sociedad de beneficencia, pasando a ser dominio exclusivo del Estado. Fue en esta etapa el Hospital Mar del Plata el promotor y el canal a través del cual se produjeron las especializaciones y transformaciones de la salud en la ciudad.
- Entre 1958 y 1963 se crearon tres unidades sanitarias a cargo del Municipio, que fueron ubicadas en los barrios el Martillo, Camet y Batán.
- 1977 el Hospital vuelve a transformarse, convirtiéndose oficialmente en el actual HIEMI.

Organización actual del HIEMI

El HIEMI desde el año 1997 se encuentra enmarcado en lo que se denomina "Organización y Gestión Hospitalaria, el mismo es un proyecto de administración hospitalaria enfocada en los resultados.

Según la Organización Panamericana de la Salud los servicios hospitalarios están organizados según las necesidades de los pacientes, de manera que reciban la atención de acuerdo a su necesidad, en el momento y en el sitio del hospital mas apropiado para su estado clínico.

Esta forma de organizar la internación de las personas se basa en la complejidad del tratamiento que requiere su atención:

- Cuidados Intensivos: para pacientes críticos, con patología aguda o crónica, que requieran observación permanente y cuidados intensivos de enfermería.
- Cuidados Intermedios: para pacientes que requieren control de los signos vitales y prestaciones de enfermería frecuentes.
- Cuidados Mínimos: para paciente que puedan ser auto suficientes o con la ayuda de un familiar que pueda ocuparse de su cuidado, con necesidad de prestaciones.
- Atención Ambulatoria: se realiza a través de consultorios externos para diagnostico, tratamiento, prevención y/o rehabilitación.
- Atención Domiciliaria: es la cobertura de las necesidades del individuo en su propio domicilio, tiene por finalidad respetar el propio derecho del individuo a las atenciones y cuidados dentro del marco familiar. En forma más amplia la atención domiciliaria puede abarcar la internación domiciliaria.
- Atención de largo plazo: para pacientes que requieren atención especializada del medico y de la enfermera por tiempo prolongado.

Son consideradas como ventajas de este modelo de atención que:

- Promueve las comunicaciones e interrelaciones de los servicios
- Optimiza la utilización racional de los recursos humanos y materiales
- Agiliza las interconsultas
- Favorece la capacitación del personal en pos de la multidisciplina.

Caracterización del HIEMI

El HIEMI se encuentra ubicado en la ciudad de Mar del Plata, cabecera del Partido de General Pueyrredón.

Es un Hospital especializado, que recibe la derivación de todos los Partidos de la Zona VIII (16 partidos del Sudoeste de la Provincia de Buenos Aires), y excepcionalmente de otras ciudades de nuestra Provincia y del resto del país. La Zona VIII abarca los siguientes partidos: Gral. Pueyrredón, Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, Partido de la Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell.

El HIEMI forma parte del sistema de salud, ocupando un lugar de atención de complejidad. Desde allí intenta articular con el primer nivel de atención, que se encuentra en manos de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, representado por los 29 Centros de Salud, emplazados en los barrios de nuestra ciudad.

A su vez el HIEMI tiene como referencia y lugares de derivación al Hospital de Niños de la Plata “Sor María Ludovico” y Hospital Nacional de Pediatría “Dr. Juan P. Garrahan”. Asimismo, se articula con las Instituciones de salud Nacionales: a saber: Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara” (INE), e Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INAREPS).

El HIEMI tiene relación con el sector educación, con todas las instituciones educativas de los ámbitos municipal, provincial, nacional y privado. También se relaciona con el Poder Judicial, especialmente a través de los fueros de Familia, Menores y Defensorías. También interactúa con las diversas ONGs, Grupos de Autoayuda, etc.

Obviamente se relaciona con las demás instancias del sector salud: municipales, provinciales y nacionales. La intersectorialidad es la característica del Hospital, y es necesaria para atender la demanda compleja que recibe.

La población que se atiende en el HIEMI son menores de hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo.

Objetivos Institucionales

- Brindar asistencia, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud a niños de 0 a 15 años y a mujeres embarazadas a partir del octavo mes y / o embarazos de alto riesgo.
- Realizar prevención secundaria

- Brindar capacitación a profesionales de las diferentes disciplinas de pregrado y posgrado de diferentes Universidades Nacionales.

Áreas de Atención de Salud del Hospital

Neonatología:

Asiste al recién nacido hasta el mes de vida abarcando Unidad de Internación y consultorio externo;

Pediatría:

Brinda atención e internación, guardia y Consultorios externos, abarcando diferentes especialidades;

Obstetricia:

Atiende a las mujeres embarazadas, partos normales, cesárea y embarazos de alto riesgo desde Consultorios Externos, Guardia y Sala de Internación.

Funciones de la Institución

- Función asistencial: de diagnóstico y tratamiento el enfermo;
- Función sanitaria: de esclarecimiento de los cuadros que más gravitan sobre las cifras de morbilidad y mortalidad, por enfermedades transmisibles y sociales;
- Función social: recuperativa sobre el enfermo y de apoyo económico al mismo y a su grupo familiar;
- Función cultural: formadora de hábitos higiénicos e integradora de conceptos básicos sobre las enfermedades;
- Función de investigación: aplicada al progreso de la medicina.

El Servicio Social del HIEMI:

Breve reseña histórica:

- 1960 el profesional de Servicio Social era contratado por la Asociación de la Cooperadora. La función que tenía dicho profesional era la de evaluar que persona tenía la necesidad de acceder a determinados recursos. Esta era una manera voluntaria y con mucho sentido de beneficencia.
- 1970 desde el Ministerio de Salud se implementa una Política sobre Áreas Institucionales, manejadas por programas. Primeramente el Programa de lactantes, como forma de controlar y contrarrestar la mortalidad infantil que se venía produciendo en ese entonces. Dicho Programa consistía en el control del niño sano y la entrega de leche a niños de 0 a 1 año y medio de edad. La función del Trabajador Social era de evaluar los diferentes casos y llevar un control y seguimiento de los mismos.

Otros de los programas que se implementaron específicamente en Hospitales fueron el Programa de Tuberculosis y el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual, en los cuales intervenía un profesional de Servicio Social.

También intervenía un profesional de Servicio Social en el Servicio de Odontología.

Si bien existían profesionales de Servicio Social en diferentes áreas del hospital, los mismos trabajaban de forma desarticulada, no existía ningún tipo de vinculación entre ellos.

- Fines del año 1970, los profesionales de Servicio Social se unifican y se crea un Servicio Social como tal.
- 1980 el Servicio Social se organiza como un servicio más del hospital, pero el único factor que unía a los profesionales era la permanencia de los mismos en un mismo espacio. No existían reuniones de equipo, ateneos, etcétera.
- En la actualidad el Servicio Social está organizado y funciona como un servicio lo requiere. Existen en él profesionales los cuales trabajan en equipo, se realizan reuniones, ateneos, etcétera. Un dato muy importante a destacar es que en años anteriores el Trabajador Social esperaba que lo llamaran de los diferentes servicios para intervenir y hoy los profesionales de Servicio Social se encuentran integrados en todas las áreas del hospital trabajando interdisciplinariamente en el estudio, tratamiento y seguimiento de pacientes.

Misiones y Funciones del Servicio Social:

El Servicio Social desempeña un rol de servicios en la institución hospitalaria, basando su intervención en una visión integral del hombre de este modo se comprende al ser humano como sujeto bio- psico - social, actor y protagonista de su propia vida y salud portador de derechos.

El Servicio Social dirige sus acciones desde un concepto de Salud Integral, no focaliza únicamente en los aspectos médicos y asistenciales sino que es incorporada una mirada histórica social que obliga a explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico tanto a nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

Se toma contacto con el paciente y su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la comunicación y cooperación, procurando brindar contención en el proceso de internación.

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

Objetivo General del Servicio Social:

- Participar como profesional de la Salud desde lo específico de la disciplina en la organización de estrategias sanitarias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población en el marco a la vigencia del derecho de la salud.
- Analizar los procesos Salud/ Enfermedad / Atención, de los aportes de las ciencias sociales como campo de intervención en trabajo social, integrando equipos interdisciplinarios.

Objetivos Específicos del Servicio Social

- Intervenir en el abordaje de los problemas humanos prevalentes considerando los aspectos relacionales socio ambientales, su incidencia en el proceso salud enfermedad del paciente su grupo familiar, realidad familiar amplia y comunidad en la que vive
- Participar en el Equipo de Salud, desde un enfoque integral de la Salud, incorporando herramientas para la didáctica de la educación para la salud, trabajando a nivel individual, familiar y comunitario
- Favorecer la adecuada información, acceso y aprovechamiento de los recursos de la institución y de la comunidad, a través del trabajo interinstitucional e intersectorial.

Estructura y Organización:

Planta Física: el Servicio Social tiene una superficie de 35 metros cuadrados, distribuyéndose la misma de la siguiente manera:

- 2 box semi cerrados.
- 1 cocina.
- 1 oficina.
- 1 ventanilla.
- 1 espacio de recepción.

Los recursos materiales con los que cuenta son a saber:

- 2 computadoras.
- 1 biblioteca.

- Carpeta de registros.
- 1 fax.
- 6 escritorios.
- 2 teléfonos.
- Libro de mensajes.

Recursos Humanos:

Dentro del Servicio Social hay una jefa del servicio, ocho Profesionales pertenecientes a “Planta Permanente”, seis profesionales residentes y dos secretarias.

El Servicio Social se organiza con una Guardia por día, la cual la fija la jefa del Servicio. Los días miércoles se realizan las reuniones de equipo en el horario de 8:00 hs. a 10:30 hs., en el servicio, en las cuales se trabaja sobre diversos temas tanto del servicio en sí, como de otras áreas del hospital.

También se participa en los diferentes programas diseñados y ejecutados por la institución para la atención de las demandas, la forma de participación en ellos es la inserción del trabajador Social en diversas disciplinas, interno o externo sobre una internación. Además se arman proyectos en conjunto tanto individualmente como grupalmente.

Otras actividades son:

- Entrevistas a las familias.
- Participación en los pases de sala junto con el equipo médico.

- Interconsultas intra e inter hospitalarias.
- Coordinación con otras instituciones.
- Gestiones.
- Visitas domiciliarias.
- Realización y presentación de informes socio ambientales.
- Realización de encuestas sociales y reseñas sociales.
- Entrega de viáticos para pasajes de colectivos con dinero proveniente de la cooperadora del hospital.
- Entrega de vales para pañales, también provenientes de la cooperadora del hospital.
- Realización de formularios para pasajes, del niño y familiares, a otros hospitales en caso de consultas o por operaciones, tratamientos, etc.

En lo que respecta al estilo de coordinación la misma se da en tres

Niveles. A saber:

1. Jefatura del Servicio Social: el estilo de coordinación es dinámico.

Investigación, evaluación y planificación.

En relación con las tareas de Intervención en Casos Sociales de los colegas, se realiza un acompañamiento de los casos, o sea una supervisión, a través de un trabajo en conjunto.

2. Dentro de la Institución: Se trabaja con la Dirección mediante la solicitud y la presentación de diversas propuestas. Y con el resto del Hospital se trabaja desde el abordaje psicosocial. Se da al nivel de planificación. Se tiene en cuenta al Servicio Social, en los problemas

psicosociales y por la inserción de los profesionales de Servicio Social en la sala de médicos.

3. A nivel Intersectorial: con La Secretaría de Desarrollo Social y Tribunales. Se produce a través de reuniones, entrevistas que se articulan en conjunto.

Programas de la matriz institucional en los que interviene el Servicio Social:

- Programa de Prevención en Diabetes (Prodiaba): El Prodiaba se basa en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la organización Panamericana de la Salud. Se sustenta en la Ley Provincial 11.620 (sancionada en 1995) y adhiere activamente a la Declaración de las Américas (Puerto rico 1969. Cuenta con el auspicio de OMS, OPS, Federación Internacional de Diabetes y Sociedad Argentina de Diabetes.

Los Objetivos del Prodiaba son:

- Prevenir el desarrollo de la diabetes, en individuos y comunidades susceptibles.
- Mantener y mejorar la salud y calidad de vida del diabético mediante su educación diabetológica y atención efectiva.
- Proveer capacitación continua a los integrantes del equipo de salud.
- Prevenir las complicaciones de la diabetes y disminuir la morbilidad, mortalidad y costo de la enfermedad.

- Estimular y sostener la investigación dedicada a la prevención y control de la diabetes mellitus.

La intervención del profesional de Trabajo Social es completar junto con el paciente el formulario correspondiente para ingresar a dicho programa a fin de que se le suministre la medicación al paciente.

Además, se le brinda como a su grupo familiar acompañamiento y asesoramiento en todo lo que respecta a la enfermedad.

Programa Provincial de VIH/ SIDA:

Los Objetivos desde el Servicio Social son:

- Elaborar y difundir las normas de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la infección por VIH y otros retrovirus humanos, y condiciones asociadas.
- Brindar atención y seguimiento a los pacientes infectados por VIH y otros retrovirus humanos.
- Asesorar y educar al paciente y su grupo familiar.

Proepi:

Desde dicho programa se hace entrega de los medicamentos a los pacientes que sufren de la enfermedad de epilepsia. La intervención del Servicio social en este programa, se remite a una función mas administrativa que es la de completar junto con el paciente o familiares del mismo una "encuesta social", para que a través de esta y del

certificado de salud expendido por el médico se le haga entrega de los medicamentos. Esta encuesta social se realiza anualmente.

Programa para Celíacos:

Los objetivos del programa son:

- Informar sobre la patología.
- Acompañar en el diagnóstico a la familia.
- Estimular el cumplimiento de la dieta y los controles.

Mediante este programa se le entrega a la familia del enfermo de celiaquía los alimentos específicos que puede ingerir el niño.

Desde el servicio Social se arma un Legajo de cada niño para llevar el seguimiento del caso.

Otras formas de intervención del servicio Social son a través de su participación en equipos interdisciplinarios.

Fibrosis Quística:

Se trabaja en equipos Interdisciplinarios en los que intervienen profesionales de Neumonología, Área Nutricional, Enfermería y Servicio Social.

El objetivo de dicho equipo es garantizar el tratamiento y seguimiento del paciente. En caso de que el paciente requiera de medicación, ésta le es brindada por el Banco de drogas de la Provincia.

Maltrato Infantil y Abuso Sexual:

En este comité se trabaja interdisciplinariamente en el intervienen profesionales de Trabajo Social, Psicología, Abogacía, Sociología y Medicina.

El objetivo es estudiar las diversas problemáticas en torno a la violencia familiar, para recapacitarse continuamente. Organizar el caudal interno y en coordinación con la propia institución y con otras instituciones para capacitar a los médicos de pre- grado y a los médicos de guardia, con el objetivo de mejorar la calidad de asistencia a los niños.

Proyecto creado por el Servicio Social:

Proyecto Kumelen:

Depende exclusivamente del Servicio Social y fue creado en el año 1997.

Antes este grupo de voluntarias era coordinado por dos psicólogas, hoy lo coordinan las mismas voluntarias.

El Servicio Social ayuda desde las complicaciones que se les presentan, además al ingreso de nuevas voluntarias se les brinda la capacitación correspondiente.

Este grupo de voluntarias esta centrado en la tarea, que se basa en la internación de los chicos; Esto es, las voluntarias ofrecen el servicio de acompañamiento y atención de niños, que se encuentran internados en el hospital y que no cuentan en determinados momentos con un familiar que los acompañe.

Sistema Institucional:

Desde sus orígenes el trabajador social se construye interviniendo en forma relevante dentro del campo de la salud. La inserción del trabajador social en este campo abarca tres niveles de atención:

1º Nivel de atención: es aquel destinado a cumplir con las funciones de prevención y promoción de la salud. Estas actividades se llevan adelante en los Centros de Salud.

La intervención del trabajador social generalmente se da dentro de equipos interdisciplinarios, en acciones de salud definidas, especialmente dentro de los “programas de salud Materno Infantil”, los mismos tienen como ejes: el control del embarazo, parto y puerperio, el control del niño sano, etc.

2º Nivel de atención: clásicamente se denomina segundo nivel de atención en salud a la asistencia en Hospitales Generales. La intervención del Trabajador Social se vincula con las problemáticas del paciente internado o que concurre a consultar al hospital.

3º Nivel de atención: se ubica en Hospitales Especializados, donde la tarea del Servicio Social se relaciona con problemáticas de Salud específica.

La demanda:

El tipo demanda que llega al servicio es por derivación, interconsulta o espontánea.

La población asistida es niños de 0 a 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes o embarazos de alto riesgo. Las problemáticas prevalentes tienen que ver con las problemáticas específicas tanto en pediatría como en obstetricia.

La forma de sistematización de la información es a través de reseña social, informe social, encuesta social única, encuesta a madres menores de 21 años, entrevista de neurología, entrevista de obstetricia. Asimismo mensualmente se elaboran estadísticas de los casos en los cuales se intervino o se continúa interviniendo, datos cuantitativos, los que se elevan al Servicio de Estadística del Hospital y luego son elevados al Ministerio de Salud.

Ejes de la problemática elegida:

Para encuadrar y caracterizar las enfermedades respiratorias es necesario hacer referencia a ejes fundamentales como son la vivienda, el trabajo y el clima en la ciudad de Mar del Plata, para analizar la calidad de vida de las familias y los menores de dos años que se atienden en el HIEMI.

- **Situación Habitacional en la ciudad de Mar del Plata:**

La ciudad de Mar del Plata, centro turístico más importante de la Argentina, presenta una particular conformación en cuanto a su situación habitacional: mas de 7700 hogares habitan ranchos, casillas y diversas instalaciones inaptas, es decir cerca del 5% del total; mientras

existen 90.000 viviendas desocupadas siendo estas segundas residencias o de veraneo. Cabe mencionar que un alto número de estas últimas se encuentran a la venta²⁹

Teniendo en cuenta que Mar del Plata es una ciudad con características, de intenso crecimiento demográfico, de creciente tendencia a una terciarización débil de las actividades y con un alto porcentaje de personas desocupadas, los problemas de demanda habitacional tienden a crecer.

El último periodo intercensal le asigna un 10% del crecimiento de las ciudades medias del país, calculando que se recibió a unos 43.000 habitantes resultantes del proceso de migración.

Existe una vasta población que se suma a los 7700 hogares de carencia extrema y son 1300 hogares que habitan inquilinato y pensiones u hoteles, cantidad que varía según la actividad laboral (en su mayoría informal) que el jefe de familia posea en su momento.

Según el Programa Habitar de Mar del Plata, el campo de la vivienda deficitaria alcanza algo más del 14% de la población, es decir poco más de 22.700 hogares, cifra que fue presentada en 1995.

Este crecimiento en la situación de viviendas deficitarias, debe correlacionarse con la crisis productiva/ ocupacional de la ciudad, su terciarización débil progresiva, el alto porcentaje de personas desempleadas y su intercalación con las condiciones generales de la crisis regresiva, tanto en el aspecto económico como en lo social. El

²⁹ los datos y porcentajes fueron extraídos de la publicación "Diagnóstico Institucional". Trabajo de la Residencia del HIEMI. Residentes de Servicio Social: Lic. Marino Celina y Lic. Prieto, Ana. Julio, 2002.

salario incide directamente en la capacidad de acceder a una vivienda, ya sea por medio de su compra o su alquiler.

La ciudad alberga a una población que escapa a los datos oficiales anteriores, como son los que habitan en forma ilegal, ocupando casas.

- **Situación del Mercado de Trabajo Local:**

El mercado de trabajo local ha mostrado en la década del 90, un alto crecimiento de la desocupación. Esta no depende solo del crecimiento de la población, sino que tiene estrecha vinculación con la destrucción de empleos 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 inmigrantes.

Cerca del 60% de los ocupados se encuentran en la condición de asalariados y un 25 % como cuentapropista. El 15% del mercado pertenecen al sector informal local.

La precariedad laboral se presenta como un continuo de frágiles condiciones de trabajo, que recorre todos los segmentos del mercado de trabajo y que afecta al 37% de los ocupados. Esta situación es particularmente intensa entre los ocupados en el sector informal.

Las situaciones que se derivan de la estructura del mercado laboral local, así como de las precarias condiciones de ingresos de los pasivos, dan lugar a un cuadro de vulnerabilidad social que se expresa en una regresiva distribución del ingreso. Esto da lugar a que la capacidad de consumo de los hogares este fuertemente deteriorado y que cerca de la mitad de los mismos este por debajo de la línea de

pobreza, destacándose que casi el 15% de las familias se encuentran en situación de indigencia.

Se considera pobre a toda familia cuyos ingresos son insuficientes para solventar un conjunto de necesidades básicas, que según el Indec cuesta 856,86 pesos e indigentes a las de ingresos insuficientes para comprar una canasta alimentaria, que requiere 391,10 pesos³⁰

Los datos referidos a las personas utilizan la clasificación de pobre o indigente referida para los hogares, lo que significa que una persona es pobre o indigente si pertenece a un hogar con estas características. En todos los casos, la pobreza es mayor para las personas que para los hogares, lo que indica que en promedio los hogares pobres tienen más miembros que los no pobres.

Se puede concluir, en este sentido que el proceso iniciado a mediados de los 70 tuvo como resultado un incremento de la pobreza global, explicado por la caída de los ingresos de un universo social muy amplio. Por otra parte, si bien los pobres por NBI representan actualmente una porción algo menor que quince años atrás, sus condiciones de vida empeoraron, tanto por la disminución de su capacidad de consumo como por la intensidad de las carencias. Esto da como resultado una estructura social sumamente heterogénea, compuesta por sectores que tienen muy distinto origen, disímiles expectativas y experiencias organizativas y que en consecuencia, poseen vivencias diferentes sobre las causas y sobre las posibles respuestas que mejor se adecuen a la coyuntura.

³⁰ los datos fueron extraídos del Diario La Capital. Mar del Plata. 5 de Agosto de 2006.

Los programas de ajuste no han hecho mas que acentuar la inequidad de la distribución de los recursos que genera el sistema económico, recortando gastos y aumentando los ingresos tributarios vías impuestos a los consumos. En consecuencia, una política económica social, dirigida a reducir los niveles de pobreza debería modificar la estructura fiscal y corregir los criterios de asignación de la erogación (Informe UNICEF, 2001). Pero según Inés, Cortazzo: el desafío es pensar en nuevas formas de participación y solidaridad.

Mar del plata y el clima

Mar del plata es la ciudad cabecera del Partido de Gral. Pueyrredón y se encuentra sobre el mar Argentino en la zona sudeste de la Provincia de Buenos Aires.

El clima de la ciudad es templado con influencia marítima, circunstancia que esta dada por la particularidad de esta porción del territorio que se interna en el mar por medio del Cabo Corriente, punto más saliente de la Costa Atlántica. Es un clima con una humedad muy alta, durante todo el año (79%), por la cercanía al mar y esto afecta la salud tanto de niños como de gente mayor principalmente³¹

³¹ datos extraídos de la Subsecretaría de la producción, Dpto. de Información Estratégica Municipal. Mar del Plata. 2006.

La intervención en lo social

En la intervención en lo social, lo que sobresale es la presencia de relatos. Es decir, la intervención implica analizar relatos, que se recortan dentro de lo que se denomina cuestión social y poseen una faz material y una simbólica que se constituye de una manera histórica_ social, como forma de expresión de diferentes actores sociales.

La “cuestión social” es un concepto fundamental para poder situar el sentido de la intervención profesional. Esta se expresa con mayor claridad en el marco de constitución del sistema capitalista. A partir de ella la cuestión social se entiende como la expresión de la relación contradictoria entre capital – trabajo. Esta relación constituye el núcleo central de un proceso que se explicita en la forma de organización económica, social y política que afecta a la clase trabajadora en su proceso de reproducción biológica y social, así como a los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo.

La cuestión social generada hacia fines del siglo XIX, estaba referida a las disfunciones de la sociedad industrial, sobre todo a las formas de organización de la producción y a las condiciones de vinculación con el mundo del trabajo (Rosanvallon).

A partir de 1970 este esquema se quiebra, y desde principios de los ochenta, crece la desocupación y aparecen nuevas formas de pobreza; creándose una “nueva cuestión social”.

La nueva cuestión social no pasa solamente por el enfrentamiento de la exclusión; sino que existe también por la precarización del trabajo y por la

tecnificación de la mano de obra; pero además por el quiebre de la protección social y los cambios generados en la subjetividad de los individuos.

La transformación de la sociedad salarial en el contexto de los procesos de globalización de la economía y su implicancia directa en la transformación de la categoría trabajo y en los sistemas de protección, constituyen hoy la nueva cuestión social.

Para Antunes, el resultado de estas transformaciones es el crecimiento del desempleo estructural que afecta a los países capitalistas avanzados y no avanzados.

Las transformaciones del mercado laboral, caracterizadas por un proceso de inclusión, altamente tecnificado, y exclusión, pensada como población sobrante, sin posibilidades de ser revertido, han generado en la sociedad argentina el fenómeno de la pobreza, como un proceso acumulativo y complejo relacionado con la falta de ingreso suficiente, problemas de salud, vivienda, desesperanza e imposibilidad de pensar un proyecto de cambio a corto plazo.

(Margarita Rozas Pagaza).

Para el caso del Trabajo Social, autores como Paulo Netto, han establecido, que el surgimiento del Servicio Social está ligado a la cuestión social y relacionado con el orden burgués. Dicho autor entiende la cuestión social como el conjunto de problemas sociales, políticos y económicos que la clase trabajadora tiene en la constitución del capitalismo.

Otra cuestión significativa de la intervención en lo social se relaciona con la recuperación de solidaridades.

La noción de solidaridad posibilita repensar algunas cuestiones de la intervención, desde donde se intenta problematizar una serie de conceptos. De

esta forma las nociones de igualdad, identidad, pertenencia, presencia, origen, etc., se relacionan con la problemática de la integración.

En definitiva la intervención en lo social implica una necesaria articulación entre la subjetividad y los procesos colectivos con un horizonte predeterminado: el de la problemática de la integración. Por último, la intervención en lo social expresa la necesidad de una búsqueda, de una construcción, de una modalidad discursiva diferente, determinada ahora por el sujeto, por su propia palabra. (Alfredo J. Carballada).

Intervención profesional

Al hablar sobre la intervención profesional, nos referimos a la comprensión del SOBRE QUE, el PARA QUE, el COMO y CON QUIEN.

Es un proceso de construcción histórico- social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social esta referida a la relación sujeto – necesidad como expresión particular de la cuestión social (Margarita Rozas Pagaza).

La ubicación de la intervención profesional en el marco de las problemáticas derivadas de la producción y reproducción de la vida social como expresión de la cuestión social permite a los trabajadores sociales revalorizar la capacidad transformativa de los actores sociales. Según Giddens” los agentes sociales son los que producen, mantienen y alteran cualquier grado de sistematicidad de la realidad.

La actuación profesional remite a todas esas acciones materiales y / o discursivas que realizan los agentes profesionales y al conjunto balanceado de lógicas y competencias administrativas, experiencias, cognitivas y

creativas que le infundén vida al ejercicio profesional, proyectándolo. Las intenciones y los conocimientos desplegados por los profesionales están enmarcados en condiciones a veces desconocidas, y sus consecuencias, tienen que asumirse con criterio y responsabilidad ética (Olga Lucia Velez Restrepo).

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

Investigar implica enfrentar y resolver problemas de forma planificada y con un determinado fin, con la intención de generar conocimiento. El sentido de tal proceso es la comprensión de los fenómenos que constituyen nuestra realidad. Para ello, se precisa establecer un plan que conduzca el proceso de búsqueda desde la reflexión hasta la obtención de resultados con un método que permita el mejor abordaje del fenómeno.

Se realizó una aproximación diagnóstica de la temática, teniendo en cuenta la perspectiva de los actores, su entorno institucional y su accionar.

El diseño para llegar a cabo las entrevistas fue de tipo exploratorio descriptivo, para conocer las características de la intervención del trabajador social en las enfermedades respiratorias en menores de dos años de edad que se encuentran internados en el HIEMI.

Se utilizaron técnicas cuantitativas obtenidas de fuentes secundarias y técnicas cualitativas como la entrevista y la observación.

MODALIDAD OPERATIVA:

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

- Entrevistas semi estructuradas a:

Jefa del Servicio Social del Hiemi: Lic. Ma. Eugenia Epele.

Jefe del área de Neumonología: Dr. Jorge Taborda.

Jefe del área de Pediatría: Dr. Jorge Villar.

Jefa del área Salud Mental: Cristina Llorente.

Pediatra del Área de Nutrición: Ma. Adela Rossi.

- Reseñas sociales.
- Observación documental (historias clínicas, informes anteriores, etc.).
- Registro de la información: a través de informes socioambientales y reseñas sociales.

Fuentes de datos a emplear:

Fuente primaria:

La fuente de datos primaria a utilizar serán los testimonios de los profesionales de la salud del HIEMI.

Fuente secundaria:

Las fuentes de datos secundarios serán los documentos institucionales del Hospital.

Abordaje institucional:

Las disciplinas que intervienen en el tratamiento de los casos son:

Trabajo Social, Pediatría, Neumonología, Nutrición, Salud Mental,
entre otras.

TERCERA PARTE

ANALISIS DE DATOS

y

CONCLUSION

ANALISIS DE DATOS

A partir de los datos consignados en las fuentes consultadas se realizó el análisis de los mismos.

Para el análisis de la intervención del servicio social en la recurrencia de las enfermedades respiratorias en menores de dos años que se encuentran internados en el HIEMI, se utilizó la entrevista, como fuente primaria.

“Las entrevistas nos permiten el acceso a un tipo de información que se halla contenida en la biografía del entrevistado, que ha sido interpretada por el y que será proporcionada con una orientación e interpretación específica. Esta interpretación es más significativa que la propia información que contiene” (Ageitos, Laplacette, 2004).

Las entrevistas fueron individuales, se realizaron en el HIEMI, se acordaron previamente con cada profesional y algunas fueron grabadas, con previa autorización de cada entrevistado.

En todos los casos se explicó el tema a investigar, aclarando los objetivos del mismo, y la necesidad de su participación para el cumplimiento de las expectativas del trabajo final.

Cabe aclarar que el haber realizado mis prácticas institucionales en la institución, me facilitó enormemente la tarea, ya que se contó con la buena predisposición de todos los profesionales entrevistados.

En las entrevistas a los profesionales de la salud se les indago sobre la recurrencia en las enfermedades respiratorias en menores de dos años, poniéndonos de acuerdo en que existe la recurrencia de estas enfermedades, en las mismas familias, por problemas sociales.

Se indago también, sobre la intervención de cada profesional en la problemática, sobre las expectativas de la intervención del servicio social en estas enfermedades, sobre los recursos con los que cuenta el hospital, sobre la interdisciplinariedad dentro del HIEMI, sobre la atención primaria de la salud, etc.

Se entrevisto a la totalidad de profesionales vinculados a las enfermedades respiratorias en el HIEMI a saber: una trabajadora social, una psicóloga, medico pediatra, medico de neumonología y pediatra del área de nutrición.

INTERPRETACION DE LOS DATOS

El trabajo interpretativo comenzó con la realización y desgrabación de las entrevistas.

Se anotaron comentarios, apreciaciones, asociaciones entre distintos testimonios.

Una vez cerrada la instancia de recolección de datos, se dio lectura a cada uno de los mismos.

De la lectura de la mayoría de las Historias Clínicas de los menores con enfermedades broncopulmonares se puede ver que:

- Los padres se encuentran ausentes o son abandonicos.
- Padres con problemas de adicción (alcoholismo, drogadicción, etc.)
- Padres desocupados o realizando changas por tiempo determinado.

- Familias con problemas sociales (problemas económicos, de vivienda, de calefacción, problemas de relación familiar, falta de higiene, falta de educación, etc.)
- Madres con más de tres chicos.
- Madres con desnutrición primaria desde el embarazo.
- Niños con falta de nutrientes en los primeros años de vida.
- Madres adolescentes.
- Hacinamiento.
- Etc.

De las reseñas sociales se describe lo siguiente:

Los menores conviven en viviendas inadecuadas para su salud (humedad en las casas; vidrios rotos, falta de calefacción o esta es inadecuada; hacinamiento; falta de higiene en las viviendas o esta es insuficiente; etc.), los padres de los niños menores no conviven con estos, son abandonados o se encuentran ausentes por largos periodos de la casa.

De la situación económica de los menores, en la mayoría de los casos se hacen cargo otros familiares como son las abuelas o las tías.

Las madres tienen más de tres chicos y en algunos casos son adolescentes, mostrando poco interés en los menores con estas enfermedades.

De los datos recolectados del Área de Estadísticas del HIEMI, se observa lo siguiente:

Casos de interacción en el HIEMI, en el año 2005:

- ✓ Menores de dos años internados por bronquiolitis: 521 pacientes.

✓ Menores de dos años internados por neumonía: 282 pacientes.

De estos menores los que volvieron a internarse en el HIEMI por bronquiolitis fueron 34 los casos registrados y por neumonía 14 casos; de los cuales en el caso de la bronquiolitis y la neumonía la mayoría recurrió por la misma enfermedad.

Pero los demás casos, vuelven en el mismo año, pero en diferentes meses, registrándose problemas sociales.

Del análisis de los testimonios se realizaron las siguientes apreciaciones:

Los temas previstos para las entrevistas fueron correctos, sin necesitar de modificaciones.

Para preservar la identidad de los entrevistados se asignó a cada uno una letra.

A continuación los temas en los que coincidieron la mayoría de los profesionales de la salud.

Recurrencia de las enfermedades respiratorias, en las mismas familias y en los mismos menores:

Todos coincidieron en que existe la recurrencia en estas enfermedades debido a:

- Situación económica desfavorable,
- Viviendas inadecuadas,
- La calefacción y la ventilación no son adecuadas,
- La higiene es insuficiente,
- El clima de la ciudad influye al presentar mucha humedad,

- Falta de alimentación equilibrada,
- Falta de cuidados cotidianos, por falta de educación.
- Hacinamiento,
- Etc.

..."La situación habitacional es fundamental para prevenir las enfermedades broncopulmonares ".... (Profesional X).

..."Al no alimentarse bien, bajan las defensas y los chicos se enferman mas frecuentemente"... (Profesional Y).

Definición de la desnutrición primaria: es una enfermedad sistémica determinada por una situación pluricarencial (de nutrientes, de afectos, sanitarias, sociales, económicas, etc.) que limita la capacidad de expresión del potencial genético en múltiples áreas. (Diagnostico de desnutrición primaria infantil, prestado por el área de Nutrición del HIEMI).

Los profesionales de la salud coincidieron también en que la recurrencia de estas enfermedades se trabaja clínicamente, por distintas razones que individualmente expreso cada profesional:

- por que el hospital solo atiende la urgencia,
- por que la enfermedad no es grave, ni crónica,
- por que estas enfermedades no se pueden prevenir, y siempre habrá enfermedades respiratorias, sobre todo en épocas invernales.

- Por que hay una corriente de pensamiento biologicista y genético muy fuerte en el hospital.

...” Entra el chico con una enfermedad broncopulmonar, se lo interna, se le da la medicación correspondiente y ya esta”... (Profesional X).

Expectativas de la intervención del Servicio Social en la recurrencia de las enfermedades respiratorias:

Todos los profesionales coincidieron en que el servicio social es quien debe hacer una evaluación del caso socialmente y un análisis social del paciente y de la familia; por que conoce el medio y sabe como interactúa, el paciente y la familia, en el.

Pero desde el servicio social el tipo de intervención es asistencialista. Se consigue lo que necesita el niño, ya sea un nebulizador, una hidrocámara o la medicación correspondiente.

...” Se debería trabajar desde lo ambiental”... (Expresa X).

...” Nosotros interactuamos con el Servicio Social, ellos hacen un análisis social y nosotros lo entendemos, y hacemos un recorte desde nuestra función, desde nuestro rol “... (Profesional Z).

Los recursos que existen en el HIEMI:

Aquí se plantea una división importante entre los profesionales, algunos expresaron que el hospital cuenta con recursos y que estos están bien.

Hay recursos de todo tipo: hay medicación, hay camas, hay comida, hay calefacción, hay vestimenta, hay profesionales.

..."Después de la crisis del 2001, hoy pedís algo y a los pocos días lo tenés"... (Profesional LL)

..."esto no es Disneylandia, pero estamos mejor que otros hospitales de Buenos Aires o de La Plata"... (Profesional W).

Otros profesionales expresaron que no hay recursos y los que hay no son suficientes para abastecer a la comunidad del HIEMI.

La Cooperadora es fundamental para conseguir los recursos que no tiene el hospital.

Según la profesional X "se consiguen los medicamentos "comunes", si se necesita otro tipo de medicación, hay que pedirlo a la Provincia, esto genera pérdida de tiempo en papeles y que el chico se quede más tiempo internado".

Primer nivel de atención:

Todos los profesionales coincidieron en que es fundamental para prevenir estas enfermedades.

... "Las salas de atención fallan y no dan buenas respuestas, por eso la mayoría de los casos llegan acá"... (Profesional Z)

CONCLUSIÓN

La presente tesis final tuvo como objetivo conocer las características de la intervención del servicio social en la recurrencia de las enfermedades respiratorias en menores de dos años que se encuentran internados en el HIEMI.

Para lograr este objetivo, primero se caracterizo a la población más vulnerable, que son los niños de dos años, y que sus familias se encuentran por debajo de la línea de pobreza.

Una vez caracterizada la población, se busco a los profesionales que intervienen en las enfermedades respiratorias, para conocer a cerca de estas y su recurrencia en el HIEMI, y por último se caracterizo la intervención del servicio social.

De lo investigado se puede concluir en que existe recurrencia de las enfermedades respiratorias, en menores de dos años. La recurrencia se puede dar por la misma enfermedad (o sea el niño vuelve al hospital a los 3 o 4 días como mucho), o se puede dar que el niño vuelva al mes o mas, y esto si depende del ambiente social del niño.

Existe una gran franja en el HIEMI, de casos de recurrencia de estas enfermedades por la situación social desfavorable de una gran cantidad de marplatenses.

La respuesta de los diferentes profesionales de la salud ante este problema, es trabajarlo clínicamente, y desde el servicio social se interviene asistencialmente, tratando de que al niño se le de el alta, en buen estado de salud y con la medicación correspondiente.

A su vez, la concepción biologicista individualista hace difícil la adopción de estrategias de cuidados de la salud por parte de los pacientes, en tanto los relega a un rol pasivo a la hora de mejorar su calidad de vida y los identifica como únicos responsables de su enfermedad. "El sistema medico oficial cuando focaliza su cuadro de referencia en lo biológico individual o en la presión del modo de vida, refuerza la representación del fenómeno salud / enfermedad de forma positivista. En verdad la visión de lo social cuando se incorpora al concepto dominante, es tratada como un elemento mas para el diagnostico, en una relación lineal e ilustrativa". (De Souza Minayo, 1997).

Las prácticas sociales de la salud, que se vinculen con una concepción integral, tomando el cambio como un factor posible y positivo, repercutirán positivamente en prácticas saludables a adoptar en los pacientes y familiares.

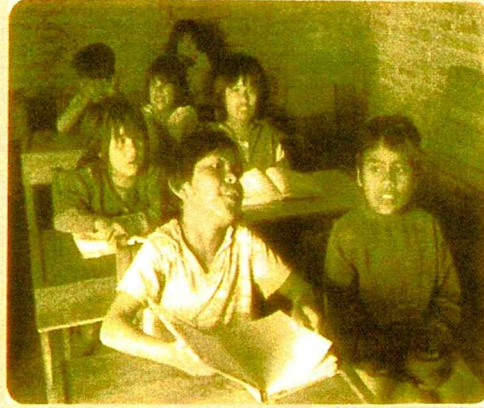
Una intervención positiva y comprometida del equipo de salud permite una buena adherencia al tratamiento, una mejor aceptación del diagnostico y una mejor calidad de vida.

PROPUESTAS

1. Como primera propuesta, planteo que estas enfermedades respiratorias empiecen a trabajarse desde lo social, para prevenir la recurrencia.
2. Realizar campañas de prevención de las enfermedades respiratorias antes del otoño.
3. Involucrar al primer nivel de atención en la prevención de estas enfermedades, para brindar información adecuada, a cerca de factores de riesgo como por ejemplo: la calefacción y la ventilación de las viviendas.
4. Confeccionar una lista con la cantidad de niños que necesitan con urgencia, todos los años, la vacuna antigripal, para empezar a prevenir la recurrencia de las enfermedades respiratorias.

Anexo

Los Derechos del Niño



1. Derecho a la igualdad sin distinción de raza, credo o nacionalidad
2. Derecho a una protección especial para su desarrollo físico, mental y social
3. Derecho a un nombre y a una nacionalidad
4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada para el niño y la madre
5. Derecho a una educación y cuidados especiales
6. Derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación en el trabajo
7. Derecho a comprensión y amor por parte de los padres y de la sociedad
8. Derecho a recibir educación gratuita y disfrutar de los juegos
9. Derecho a formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos
10. Derecho a ser los primeros en recibir ayuda en caso de desastre

Indicadores de salud materno infantil

Indicadores												
Jurisdicción												
Total país	1983	1986	1990	1993	1995	1998	2000	2003	2005	2007	2009	2011
Región centro	16,6	99,5	1,2	7,9	0,3	12,7	3,1	14,9	9,7	5,3	0,5	14,7
Ciudad de Bs. As.	13,6	99,5	1,2	7,4	0,1	6,6	1,4	10,0	6,4	3,6	0,4	8,6
Buenos Aires	17,0	99,4	1,2	8,2	0,2	11,9	3,2	16,8	10,0	5,9	0,5	14,9
Córdoba	16,6	99,5	1,2	7,6	0,3	14,1	2,9	14,8	10,0	4,7	0,5	15,4
Entre Ríos	19,5	99,8	1,1	8,0	0,7	17,7	1,8	10,5	12,3	4,2	0,5	19,1
Santa Fe	16,7	99,4	1,1	7,6	0,9	18,1	4,9	14,0	9,4	4,7	0,5	15,7
Región Cuyo	19,1	99,2	1,1	7,4	0,4	14,8	7,6	15,8	11,2	4,6	0,7	20,0
La Rioja	21,4	99,5	1,1	7,9	0,5	18,2	11,1	20,8	15,5	5,2	0,7	17,9
Mendoza	16,9	99,2	0,9	7,1	0,4	14,2	7,2	12,3	8,1	4,2	0,7	17,1
San Juan	22,3	99,0	1,5	8,0	0,3	13,5	6,1	20,2	14,6	5,6	0,9	26,6
San Luis	22,0	99,7	1,1	7,2	0,4	16,0	8,4	16,5	12,6	3,9	0,5	21,0
Región Noroeste	23,1	96,2	1,2	7,3	0,6	17,1	6,9	19,9	13,4	6,5	0,9	20,1
Catamarca	24,4	96,9	1,4	7,3	0,6	20,0	6,2	20,6	14,8	5,8	0,6	19,5
Jujuy	22,1	96,5	1,4	6,9	0,6	17,6	10,9	20,6	12,7	7,9	0,8	21,8
Salta	24,7	95,1	1,0	7,2	0,5	16,1	6,9	18,9	11,2	7,7	1,3	15,6
Santiago del Estero	22,1	93,3	0,8	7,5	0,8	18,9	6,8	12,4	6,8	5,6	0,8	10,2
Tucumán	22,6	98,5	1,5	7,5	0,4	15,9	5,3	24,3	18,9	5,4	0,7	28,8
Región Noreste	23,9	96,5	1,1	8,0	1,0	21,0	8,2	24,5	16,9	7,6	1,2	24,5
Corrientes	23,3	98,4	1,1	8,4	0,8	18,6	7,2	23,0	16,9	6,8	0,9	23,1
Chaco	24,9	96,0	1,0	8,0	1,3	24,2	7,8	26,7	17,8	8,9	1,5	22,6
Formosa	25,1	91,9	1,4	8,2	1,2	20,5	16,6	25,5	18,1	7,4	1,8	24,1
Misiones	22,9	97,7	1,1	7,4	0,9	20,2	4,6	22,3	15,3	7,0	0,8	28,0
Reg. Patagónica	17,1	99,6	1,2	7,2	0,7	17,6	2,5	14,4	10,2	4,1	0,3	16,5
Chubut	17,1	99,7	1,1	7,3	0,8	17,8	1,3	17,8	12,3	5,5	0,4	17,5
La Pampa	16,7	98,9	1,3	7,4	0,6	18,1	5,7	13,1	9,5	3,8	0,3	16,4
Rioquén	16,1	99,6	1,2	7,2	0,7	17,8	-	11,7	7,9	3,8	0,3	14,4
Río Negro	17,3	99,6	1,2	7,2	0,4	18,3	4,5	14,8	10,4	4,4	0,4	17,5
Santa Cruz	13,2	99,9	1,2	7,0	0,5	16,3	2,4	17,2	14,1	3,1	0,3	19,0
Tierra del Fuego	17,2	99,9	0,8	6,0	0,2	12,7	9,1	9,1	6,4	2,7	0,2	13,5

1. Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes) (2002) - MS Serie 5 N° 46/03.

2. Porcentaje de nacidos vivos registrados en establecimientos asistenciales con relación al total de nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

3. Porcentaje de nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (<1.500grs.) (2002) (de peso reconocido) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.

4. Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (<2.500grs.) (2002) (de peso reconocido) MS Serie 5 N° 46/03.

5. Porcentaje de nacidos vivos de madres

menores de 15 años (2002) (de edad conocida) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.

6. Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años (2002) (de edad conocida) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.

7. Tasa de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

8. Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

9. Tasa de mortalidad neonatal expresada

por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

10. Tasa de mortalidad postneonatal expresada por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

11. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años expresada por mil niños de 1 a 4 años (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

12. Tasa de mortalidad perinatal (expresada por mil nacidos vivos y defunciones fetales tardías) (2002) MS Serie 5 N° 46/03. Nota: Los totales por regiones han sido calculados en base a datos existentes en la publicación MS Serie 5 N° 46/03.

EL PAÍS

Durante el cuarto trimestre bajó a 8,7 por ciento

Cayó a un dígito la tasa de desempleo

Si se excluyeran el Plan Jefas y Jefes de Hogar, la desocupación en el cuarto trimestre de 2006 llegaría a 10,1 %, en tanto que la tasa de actividad sería de 46,1 y la de empleo de 41,4.

BUENOS AIRES

La tasa de desocupación bajó a 8,7 % durante el cuarto trimestre de 2006, contra 10,2 % del tercer trimestre, según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), informó ayer el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec).

La cifra es paradigmática ya que desde hace casi 14 años (noviembre de 1993) no se registraba un nivel de tasa de un dígito y, a su vez, destacable después de haber marcado un escalofriante 24,1 % a mediados de 2002, en pleno desarrollo de la crisis de la convertibilidad.

Sobre una población de referencia de 20.040 pobladores encuestados por el Indec en 31 aglomerados urbanos, se individualizaron 11.075 integrantes de la población económicamente activa, con 10.115 ocupados, 960 desocupados y 1.201 subocupados.

La información del Indec recuerda que a partir del tercer trimestre de 2006 se incorporaron a la EPH continua tres nuevos aglomerados urbanos: San Nicolás-Villa Constitución; Viedma-Carmen de Patagones y Rawson-Trelew.

Según el adelanto de los principales indicadores del mercado de trabajo suministrado por el Indec la tasa de empleo se ubicó en 42,1, contra 41,6 del trimestre anterior.

Subocupación

La tasa de subocupación, en tanto, bajó a 10,8 % en el cuarto trimestre de 2006, frente a 11,1 del tercer trimestre. La subocupación demandante se ubicó en 7,5 % (antes 7,4) y la subocupación no demandante pasó 3,6 en el tercer tri-



Fuente: INDEC

Infografía • Télam

Puestos de trabajo

BUENOS AIRES — El Ministerio de Economía destacó ayer que durante 2006 se crearon 721 mil empleos, lo cual permitió que la tasa de desocupación cayera al 8,7 por ciento durante el cuarto trimestre del año.

Por otra parte, el Palacio de Hacienda remarcó que la Tasa de Empleo (42,1 por ciento) "se ubica en niveles récord de toda la serie empalmada desde 1991". El informe advierte que "el nivel récord se sostiene aún si a la

tasa de empleo se le deducen los planes sociales".

La cartera a cargo de Felisa Miceli recalcó que la "subocupación cayó 1,1 puntos porcentuales, mostrando una sostenida inserción de trabajadores desocupados en puestos de jornada completa". Economía indicó que 277 mil nuevas personas se volcaron al mercado de trabajo y pese a este incremento de oferta en la mano de obra, el número de desocupados se redujo en

180 mil, con respecto a igual trimestre del año anterior. Asimismo, añadió que "los datos desagregados muestran que 118 mil personas dejaron la subocupación, lo que implica una reducción de 6,6 por ciento".

En términos de elasticidad (empleo/PBI), Economía indicó que "se observa que desde el segundo trimestre de 2006 se ubica en 0,58 para el total del empleo y alcanza a 1,14 para el empleo pleno sin planes sociales". ■

mestre a 3,3 % en el cuarto.

En lo referente al impacto del Plan Jefas y Jefes de Hogar sobre las tasas básicas de los indicadores, se señala que si se excluyeran del cálculo los beneficiarios de esa ayuda social, la desocupación en el cuarto trimestre de 2006 llegaría a 10,1 %, en tanto que la tasa de actividad sería de 46,1 y la de empleo de 41,4.

Según aclara la comunicación del Indec, en la medición de personas que tienen un plan social "sólo se consideran ocupadas si realizan una contraprestación laboral por el mismo" y, en caso "de recibir un plan sin realizar un trabajo se consideran desocupados o inactivos, según las definiciones habituales".

La EPH es un programa nacional de producción sistemática y permanente de indicadores sociales que lleva a cabo el Indec conjuntamente con las direc-

ciones provinciales de Estadística y tiene por objetivo central relevar las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población.

El informe difundido hoy es un adelanto de los resultados correspondientes al cuarto trimestre de 2006.

El trabajo definitivo -que incluye el segundo semestre de 2006- con la información desagregada por área geográfica, será difundido el 14 de marzo próximo. ■

LOS BEBÉS PUEDEN
COMENZAR A
RECIBIR LA VACUNA
ANTIGRIpal, A PARTIR
DE LOS SEIS MESES.



LA ANTIGRIpal SE APLICA POR VÍA
INTRAMUSCULAR EN EL MUSLO
SI EL NIÑO TIENE MENOS DE UN
AÑO, Y EN EL BRAZO SI ES MÁS
GRANDE, Y PUEDE INCLUSO
SUMINISTRARSE JUNTO CON
CUALQUIER OTRA INMUNIZACIÓN,
PERO ESO SÍ EN DIFERENTE SITIO.

LA VACUNA ANTIGRIpal DEBE
APLICARSE DURANTE MARZO Y
ABRIL, PORQUE SE REQUEREN
ENTRE 10 Y 15 DÍAS PARA QUE
COMIENCE A HACER EFECTO.
DE ESTA MANERA, CUANDO
EL VIRUS EMPIEZA A CIRCULAR,
EL NIÑO YA ESTARÁ PROTEGIDO.

Es común creer que la vacuna antigripal solo se aplica a los adultos, y especialmente a los ancianos. Nada más equivocado. De hecho, conviene empezar a vacunar a los niños a partir de los seis meses de vida, ya que durante la infancia la probabilidad de infección es, como la frecuencia de consultas médicas ocasionales por la gripe son, elevada. Con respecto a los bebés menores de seis meses, si bien no deben vacunarse, sí es necesario que lo hagan todos los que conviven con ellos: papá, mamá, los hermanos y hermanas, familiares y personas que tengan contacto cotidiano, para reducir la posibilidad de contagiarlos.

A LA HORA DE DECIDIR QUÉ MARCA APLICAR, CONVIENE SABER QUE TODAS LAS VACUNAS QUE SE VENDEN EN EL PAÍS ESTÁN ELABORADAS CON LAS MISMAS CEPAS Y SON APROBADAS POR LA OMS Y LA ANMAT.

La vacuna

La antigripal se aplica por vía intramuscular, en el muslo si el niño tiene menos de un año, y en el brazo si es más grande, y puede incluso suministrarse junto con cualquier otra inmunización, pero eso sí en diferente sitio.

Si el niño tiene fiebre no debe vacunarse, así como hay problema en hacerlo si solo tiene modulets o tos. De todas maneras, es el pediatra quien decide qué es el momento más apropiado para darle la vacuna.

Los niños de entre seis meses y tres años reciben la vacuna antigripal equivalente a 0,25 ml, una dosis. A los tres y a los cinco grandecitos se les administra 0,50 ml, una dosis completa. Y una salvedad: a los pequeños de entre seis meses y cuatro años que nunca tuvieron la vacuna antigripal se les debe dar dos dosis, separadas por un intervalo de 21 días.

A la hora de decidir qué marca aplicar, conviene saber que todas las vacunas que se comercializan en el país están elaboradas con las mismas cepas y suministradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), y que todas llevan cada dos años los virus que están circulando en el mundo.

En cuanto a los efectos adversos, como en el caso de todas las vacunas, el riesgo de infección por el virus de la gripe es mucho menor que el de sufrir una infección por el virus de la gripe.

A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE CON LAS
DEMÁS INMUNIZACIONES, LA VACUNA ANTIGRIpal
DEBE APLICARSE TODOS LOS AÑOS.

Todos los años

A diferencia de lo que ocurre con las demás inmunizaciones, la antigripal debe aplicarse todos los años, debido a que las cepas que componen la vacuna se modifican de acuerdo con los tipos de virus de gripe que circulan en cada hemisferio el año anterior. La OMS es la responsable de establecer cuáles son las que corresponde incluir cada año.

En cuanto al momento más conveniente, la vacuna debe aplicarse idealmente durante marzo y abril, porque se requieren entre 10 y 15 días para que comience a hacer efecto. De esta manera, cuando el virus empiece a circular, el niño ya estará protegido.

Copyright Ahora Mamá

MAR DEL PLATA EN DOS HOJAS 2006

Datos Demográficos

Población 1881/2001

Evolución Histórica

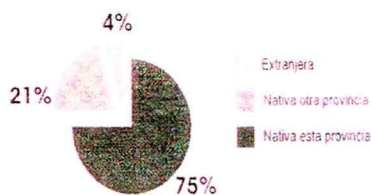
Otros indicadores

Fecha del Censo	Año	Población total	Variación absoluta	Tasa intercensal
Domingo 9 de octubre	1881	4.030		
?	1895	8.175	4.145	50,70
?	1914	32.940	24.765	75,18
Sábado 11 de mayo	1947	123.811	90.871	73,39
Jueves 30 de septiembre	1960	224.824	101.013	44,93
Martes 30 de septiembre	1970	323.350	98.526	30,47
Miércoles 22 de octubre	1980	434.160	110.810	25,52
Miércoles 15 de mayo	1991	532.845	98.685	18,52
Sábado 18 de noviembre	2001	564.056	31.211	5,90

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001

Población Nativa

Base 2001



Población 1991/2001

Composición Etnaria

Por pequeños grupos de edades

Comparativa intercensal	Totales	
	1991	2001
Grupos de edades	532.845	564.056
00-04	45.064	41.516
05-09	45.270	44.289
10-14	47.160	46.252
15-19	44.445	44.423
20-24	39.421	44.948
25-29	37.263	40.008
30-34	36.665	36.180
35-39	35.725	34.895
40-44	34.977	35.144
45-49	30.479	33.175
50-54	27.134	32.607
55-59	26.147	27.569
60-64	25.075	24.756
65-69	22.228	22.591
70-74	15.869	21.926
75-79	11.014	16.775
80-84	5.843	9.985
85 y más	3.066	7.017

Total	Población Nativa						Población No Nativa		
	Esta Provincia			Otra Provincia			Total	Varones	Mujeres
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres			
564.056	420.129	201.906	218.223	119.509	54.601	64.908	24.418	11.231	13.187

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001

Indicadores Demográficos - 2001

Censo Nacional de Población 2001

Índice de masculinidad	90,4
Índice de dependencia potencial	59,5
por juventud	37,3
por vejez	22,1
Índice de renovación	1,7
Población con NBI (%)	10,9
Población sin cobertura de salud (%)	39,6
Población de 65 años y más sin cobertura de salud (%)	13,3
Mujeres en edad fértil (15 a 49 años - %)	45,5
Promedio de hijos por mujer	1,8
Tasa neta de escolarización (%)	
EGB	94,3
Polimodal	56,6
Terciario y Universitario	21,7
Tasa de analfabetismo	1,1

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001

Edad promedio 1991/2001

Intercensal	Edad Promedio	
	1991	2001
Ambos Sexos	33,7 años	35,8 años
Hombres	32,4 años	34,0 años
Mujeres	34,9 años	37,4 años

Fecundidad Censo 2001

Fecundidad			
Mujeres de 14 años o más	Hijos e hijas nacidos vivos	Hijos e hijas sobrevivientes	Promedio de hijos x mujer
236.228	415.589	399.803	1,8

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001



MAR DEL PLATA EN DOS HOJAS 2006

Aspectos Sociales

Empleo y Desempleo 2005

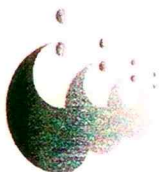
Expresado en tasa (%)

Mar del Plata 7 Botán AÑO 2005	Análisis trimestral			
	1er. Trim	2do. Trim	3ro. Trim	4to. Trim
Tasa de actividad	50.4	47.5	48.7	50.3
Tasa de empleo	44.3	41.4	42.3	44.2
Tasa de desocupación	12.2	12.9	13.3	12.2
Tasa de subocupación	13.0	14.7	14.9	12.6
demandante	7.7	8.5	7.1	7.0
no demandante	5.6	6.2	7.8	5.6

Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares

Mar del Plata 7 Botán AÑO 2006	Análisis trimestral	
	1er. Trim	
Tasa de actividad	48.5	
Tasa de empleo	43.5	
Tasa de desocupación	10.4	
Tasa de subocupación	11.3	
demandante	6.3	
no demandante	5.0	

Observación: En el aglomerado Mar del Plata no se relevó el mes de enero y la primera semana de febrero debido a conflicto con el personal.
Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares



Indicadores de Salud 1991-2001

Cobertura en salud			
1991		2001	
Población total	Sin cobertura %	Población total	Sin cobertura %
532.845	30.2	564.056	39.6

Población				
Población total	Población 65 o más	Con cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura %
564.056	78.294	67.856	10.438	13.3

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001

Hechos Vitales 1970/2003

Indicadores	1970	1980	1990	2000	2001	2002*	2003*
Nacimientos	6.058	10.320	10.795	9.838	9.608	9.721	10.322
Defunciones Gales	2.935	3.243	4.233	5.300	5.525	5.475	5.487
Matrimonios	2.347	2.289	3.409	2.061	1.995	2.035	2.015
Defunciones Infant	400	214	187	148	160	142	161
Defunciones Fetales	63	209	127	74	95	81	88

Fuente: Registro Provincial de las Personas 7* Datos provisionales-Fuente: CIEM-MGP

Indicadores de Educación 2001

Población de 3 años y más que asiste	Población de 3 años y más que asiste según nivel de enseñanza			
	Inicial / Preescolar	EGG	Polimodal	Superior no Univ. / Superior Universitario
163.481	13.1	54.9	14.5	5.3

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001

Población de 15 años y más	Nivel de instrucción			
	Sin instrucción y primario incom.	Primario comp. Secundario	Secundario comp. y más	
431.999	12.9	49.1	38.0	

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001

Pobreza - Indigencia 2005

Indicadores expresados en tasas	Pobreza		Indigencia	
	Mar del Plata	Región	Mar del Plata	Región
Hogares	18.3 %	22.1 %	8.6 %	8.5 %
Personas	26.4 %	30.7 %	12.9 %	12.4 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos - EPH - Base: último semestre 2005

Tasa de Analfabetismo - 1991/2001

1991			2001		
Tota	Varones	Mujeres	Tota	Varones	Mujeres
1.4	1.4	1.4	1.1	1.2	1.1

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos - Censo 1991-2001

Pacientes atendidos 2005

Sector Municipal

Servicios	Centros	Subcentros	U.Sanitarias	Postas	Total
Carnet de Conductor	45.055	0	0	0	45.055
Clinica Médica	24.866	29.293	30.778	0	84.937
Endocrinología-Pediatrica	2.798	0	0	0	2.798
Ginecología	4.514	7.052	15.180	0	26.746
Medicina General	970	15.859	33.740	5.013	55.582
Medicina Preventiva	3.615	0	0	0	3.615
Neurología	1.703	0	0	0	1.703
Oncología	17.146	16.661	16.624	0	50.431
Oftalmología	11.843	234	0	0	12.077
Otros Servicios	138.322	162.781	256.004	5.622	562.729
Patología Clínica	3.853	2.138	3.401	0	9.392
Pediatría	14.587	34.053	59.231	443	108.314
Salud Mental	11.548	8.738	10.149	214	30.649
TOTAL	280.820	276.809	425.107	11.292	994.028

Fuente: Secretaría de Salud - Dirección de Atención Primaria de la Salud

Matrícula escolar inicial - 2005

NIVELES	Nacional	Privada	Provincial	Municipal	Totales
Inicial		15.924	8	4.590	20.522
EGG		33.828	47.789	10.705	92.322
Polimodal	1.375	9.038	17.393	4.999	32.806
Bach. Adultos		322	4.359	273	6.954
Superior		5.353	17	59	5.509
Especial		192	2.345		2.537
Educación física			7.699		7.699
Educ. psicología y ASE			200		200
Dirección de Artística			5.242	522	5.764
Universidad	50.496	4.422			54.918
TOTALES	51.872	69.057	87.055	21.248	229.232

Aclaración: el nivel polimodal del sector Municipal incluye Bach. Adultos, Formación profesional, Superior y D. de Artes.
Universidades privadas incluye Universidad CAECy y Universidad PAFyA

Fuente: Jefatura de Gestión Privada Región 19 y Secretaría de Educación - MGP



MGP

BIBLIOGRAFIA:

- Anuario anual sobre la ciudad de Mar del Plata, realizado por la Subsecretaria de la producción. Departamento de Información Estratégica Municipal. Año 2006.
- Beccaria, Luis y Vinocur, Pablo. "La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza". Documento de trabajo de UNICEF, Argentina. Marzo, 1998.
- Carballeda, J. Alfredo. "La Intervención en lo Social, Exclusión e Integración en los nuevos escenarios sociales". Ed. Paidós, mayo de 2005.
- Carballeda, Alfredo y Barberena, Mariano. "Trabajo Social, Políticas Sociales y Salud". Ed. Espacio.
- Castañeda, Gilberto. "La Salud y sus determinantes". Depto de Salud Publica, Asignatura Salud Publica, apunte de cátedra. Noviembre 2003.
- Castellano, Beatriz. "La perspectiva de redes naturales. Un modelo de trabajo para el servicio social". Argentina. Ed. Humanitas, 1998.
- Cortazzo, Inés y Moise, Cecilia. "Estado, Salud y Desocupación. De la Vulnerabilidad a la Exclusión". Ed. Paidós. Primera edición 2000.

- Di Carlo, Enrique y Equipo. "Redes Sociales y Naturales. Un modelo de trabajo para el servicio social". Ed. Humanitas, 1997.
- Dieguez, Alberto José. "La intervención Comunitaria", Experiencias y reflexiones. Ed. Espacio. Año 2000.
- Dieguez, Alberto José. "diseño y evaluación de proyectos de intervención socioeducativa y trabajo social comunitario". Ed. Espacio, año 2002.
- Eroles, Carlos. "Trabajo Social y Familia". Ed. Espacio. Año 2000.
- Estrada Espinosa, Víctor Mario. "Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?". Ed. Espacio, 2006.
- Faleiros, Vicente De Paula. "Metodología e Ideologías del Trabajo Social". Ediciones Celats.
- Foucault, Michel. "La Verdad y las Formas Jurídicas". Ed. Gedisa S.A. Junio, 2003, Barcelona.
- García Salord, Susana. "Especificidad y rol del trabajo social. Currículo-Saber- Formación". Ed. Humanitas, 1998. Buenos Aires.

- Grassi, Estela. "Crisis y ajustes sociales: crisis y ajuste estructural". Ed. Espacio. Buenos Aires, 2004.
- Hermida, Ma. Eugenia. "El Trabajo Social y la Salud / Enfermedad: Aproximaciones Históricas – Epistemológicas". Ficha de cátedra de Supervisión de Servicio Social. Año 2005.
- Kadushin, Alfred. "La entrevista en Trabajo social". Ed. Extemporáneos S.A. 1974.
- Kreiman, Miriam y Pascual, Viviana. "Intervención en Salud ¿Asistencia o construcción de ciudadanía?". Ed. Espacio, 2001.
- Marino, Celia y Prieto, Ana. "Diagnostico Institucional". Residencia de Servicio social del HIEMI. Julio, 2002.
- Parra, Gustavo. "Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y Expansión del Trabajo social Argentino". Ed. Espacio. 2001.
- Pastor, V. y Aldeguer. "La Gestión Hospitalaria". Ed. Espacio. 1998.
- Quiroga, Ana P. "Enfoques y perspectivas en psicología social. (Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichón Riviere),". Ed. Cinco. Buenos Aires. 1986.

- Ruth Teubal y Colaboradores. "Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones". Ed. Paidós, 2001.
- Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social". Ed. Espacio. Año 2002.
- Siede, Virginia. "El trabajo social argentino en los años 60- 70. Reconstrucción del debate profesional en el marco de la Reconceptualización". Ponencia presentada en el Congreso de Araxa a Mar del Plata. Mar del Plata, 2004.
- Souza Minayo, Maria Cecilia. "Investigación social". Ed. Lugar. 2003.
- Stahl, Karin. "Política Social en América Latina. La Privatización de la Crisis". Ed. Cepal, 2001.
- Testa, Mario. "Pensar en Salud". Ed. Lugar, 1997.
- Velez, Restrepo, Olga Lucia. "La representación actual del trabajo social". Ed. Espacio. 1998.