

2011

Trabajo Social en la atención primaria de salud : Sistematización de una práctica pre-profesional supervisada

Garrammone, María Cintia

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/53>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Licenciatura en Servicio Social

TESIS 2011

TITULO:

**TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:
SISTEMATIZACIÓN DE UNA PRÁCTICA
PRE - PROFESIONAL SUPERVISADA**

Tema: “Intervención del Servicio Social basada en la metodología de caso social individual familiar en el campo de la salud durante la práctica institucional supervisada: Sistematización de una experiencia realizada en el Subcentro de Salud del barrio Libertad de la ciudad de Mar del Plata, en el período de mayo de 2009 a febrero de 2010”.

Directora: Lic. Florencia Medevescig

Co-directora: Lic. Daniela Gibeaud

Alumnas: Garrammone, Maria Cintia - Pérez García, Lucía

INDICE

Fundamentación.....	5
Objetivos.....	10
Primera Parte: Marco Teórico	
SALUD	
Definición.....	12
Evolución Histórica.....	14
Políticas de Salud.....	15
Estructura del Sistema de Salud.....	25
Niveles de Atención.....	29
Determinantes Sociales.....	32
Instituciones.....	35
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	
Definición.....	38
Antecedentes y características.....	40
Objetivos.....	40
Interdisciplina.....	41
Participación y Comunicación Social.....	42
TRABAJO SOCIAL	
Definición.....	45
Paradigma de la Complejidad.....	45
Intervención.....	50

Metodología de intervención en Trabajo Social.....	54
Trabajo Social con Familias.....	59
Técnicas de intervención.....	63
Trabajo social en Salud.....	67
Práctica pre profesional supervisada	72
Sistematización.....	79
Segunda Parte: Trabajo de Campo	
Introducción.....	84
Caracterización del barrio y su población.....	85
Estructura de la Institución.....	92
Origen de la Institución.....	95
Organización de la Institución.....	99
El Servicio Social.....	102
Proceso de aprendizaje supervisado.....	123
Casos Sociales.....	127
Tercer Parte	
Análisis de los datos.....	158
Cuarta Parte	
Conclusiones y Propuestas.....	170
Bibliografía.....	174
Anexo.....	179

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta Tesis en primer lugar a mi hija que me motivó a finalizar una etapa de mi vida para comenzar la siguiente aún con más fuerza; a mi esposo que siempre estuvo a mi lado con mucha “paciencia” y esperanzas! Y por supuesto a mis papás y hermanas que confiaron en mí y me apoyaron en todo momento!

Cintia Garrammone

Quiero agradecer a mi familia, mis papas, hermanos, a mi sobrina Juana, la abuela Ana, primos, tíos. A mis amigas y amigos, por su apoyo y comprensión no sólo en este proceso, sino a lo largo de mi formación académica y mi vida... A todas las personas que han formado parte de este proceso en distintas formas, por su apoyo y cariño. Y finalmente a mi amiga y compañera Cintia por haber hecho más fácil y bella esta larga y ardua tarea.

Lucia Pérez García

Queremos agradecer a Florencia Medvescig y a Daniela Gibeaud, nuestras supervisoras, que a su vez son nuestra directora y co directora de este trabajo, que con mucho esfuerzo y dedicación nos guiaron en este largo camino, nos corrigieron una y mil veces nuestras producciones y sacrificaron muchas de sus horas en nosotras. Son dos excelentes profesionales y personas. MUCHAS GRACIAS por su constancia en nuestra formación, su afecto, y su compromiso.

Cin y Lu

FUNDAMENTACION

La presente tesis, tiene por finalidad, realizar una descripción y análisis de la intervención profesional, del Trabajador Social de un centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata a partir de la sistematización de la Práctica de pregrado de Licenciatura en Servicio Social. La misma fue realizada por las autoras del presente trabajo, en el periodo de junio de 2009 a febrero de 2010 en el Subcentro de Salud del Barrio Libertad.

El abordaje que se plantea en la presente tesis, implica una mirada integral de la salud. En consecuencia, las intervenciones que se sistematizan, están orientadas por el trinomio salud – enfermedad – atención.

“La construcción del concepto salud enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud - enfermedad. Cada sociedad y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina.

Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.”¹

¹ Margarita Hausberger “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta” 2007 www.scielo.org.ar

Desde este análisis, se interpela y complejiza la realidad a fin de obtener nuevos interrogantes que propicien el progreso, abordando el problema planteado por la persona desde un enfoque integral, investigando posibles vías de acción con el otro.

“La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

*Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica”.*²

La Atención Primaria como estrategia, busca dar una *“... respuesta “integral” a los problemas de la salud, para ello requiere la jerarquización de las actividades de promoción y prevención desde un enfoque que destaque la participación comunitaria”.*³*“El propiciar la participación de la comunidad y del propio núcleo familiar, realizar una planificación adecuada de las necesidades de la población y enfatizar las acciones de salud en los aspectos preventivos promocionales, son acciones que merecen un trabajo integral”.*⁴

El Subcentro de Salud Libertad, es una institución de Atención Primaria de la Salud, ubicada en el barrio Libertad; emplazado en el sector Noreste de la ciudad de Mar del Plata. El acceso a los servicios y el tipo de edificación, se encuentran diferenciados en dos sectores delimitados por la avenida Libertad que atraviesa el barrio. Esta diferenciación se evidencia particularmente, en las condiciones edilicias, en el acceso a

² Ministerio de Salud Nación; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios*. Módulo1 , Ciudad de Buenos Aires, Plan Federal de Salud, 2007, Pág. 143.

³ Ministerio de Salud Nación; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria*. Op. Cit. Pág. 160.

⁴ Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud Loreto, Red Barnett, *“Gestión Participativa, Manual para profesionales de salud”*, Iquitos, Perú, 1997. (www.sleekfreak.ath.cx/HLTHES/APS)

los diferentes servicios y en la infraestructura. Quien concurre con mayor frecuencia al Servicio Social del Subcentro, es la población que reside en la zona Este del barrio. El mismo, cuenta con instituciones educativas (Educación Inicial, Educación Primaria, tanto Provincial como Municipal), Sociedad de Fomento, Comunidades Eclesiales de Base y Comedores Barriales.

Los comercios más frecuentes que se observan son: proveedores de alimentos, venta de indumentaria (“ferias americanas”), compra venta de materiales reciclables (cartones, vidrios) en su mayoría instalados en domicilios particulares de manera informal.

Las problemáticas que se viven en el barrio se relacionan principalmente con la desocupación, la precariedad laboral; la insatisfacción de necesidades básicas; la continua comercialización y consumo de drogas; la inseguridad, dada por los enfrentamientos armados entre jóvenes y hurtos frecuentes; la falta de espacios de recreación públicos; el descuido de espacios verdes y la falta de infraestructura pluvial.

La población está constituida principalmente por familias jóvenes extensas; donde conviven nuevos grupos con sus familias de origen. Son grupos familiares numerosos, ensamblados, uniones de hecho, con padres adolescentes y adultos jóvenes.

Las problemáticas más frecuentes que se observan en el Servicio Social son: ausencia a los controles de salud de los niños, dificultades en la vinculación intrafamiliar, situaciones de adicción, situaciones de precariedad e inestabilidad habitacional (desalojos, incendios, viviendas sin terminar o deterioradas, propiedades usurpadas), falta de recursos económicos para satisfacer necesidades básicas (el servicio social es quien gestiona diferentes recursos de apoyo relacionados con la alimentación, abrigo, etc.)

Este es el escenario en el que se llevó a cabo la intervención, la cual se encuentra enmarcada en la práctica pre profesional, planteada por la Licenciatura en Servicio

Social. En la Universidad Nacional de Mar del Plata, el plan de estudio de la carrera, contempla distintos niveles de práctica. En el quinto año de formación académica, desde la asignatura “Supervisión” se realiza la inserción al interior de un Servicio Social de una institución particular. La experiencia se supervisa desde dos instancias, una supervisión de campo, a cargo de una supervisora sede, quien se desempeña laboralmente en la institución donde se inserta el alumno y una supervisión académica universitaria, a cargo del profesor responsable. *“La supervisión de prácticas pre profesionales, se constituye como un proceso metodológico – educativo, cuya justificación y validez debe centrarse en la necesidad de desarrollar al máximo las potencialidades del futuro Trabajador Social.”*⁵ Este espacio de práctica requiere la adquisición y puesta en acción de todos los conocimientos aprehendidos en el transcurso de la formación académica.

Dentro de este marco, nos insertamos en una institución de salud, la cual depende de la Municipalidad de General Pueyrredón. Es el Servicio Social quien tiene la posibilidad y responsabilidad de trabajar directamente con las personas de la comunidad, en relación a las problemáticas sociales, económicas, culturales, ambientales que afectan su calidad de vida.

La intervención se centra particularmente en la atención, promoción y prevención de la salud.

A partir de este proceso vivido, se sistematiza el trabajo realizado desde el Servicio Social, con la población del barrio Libertad, con el fin de repensar la intervención realizada, extraer enseñanzas, desde un pensamiento crítico, generando posibles alternativas de acción. Buscamos hacer visible y poder compartir nuestra práctica.

El trabajo presentado esta organizado en cuatro partes y un anexo: marco teórico, trabajo de campo, análisis de los datos, conclusiones y propuestas.

⁵ Universidad Nacional de Mar del Plata. Licenciatura en Servicio Social. Plan de Trabajo Docente Cátedra Supervisión. Año 2009

El marco teórico, está conformado por el concepto de salud, su evolución, y características; la definición de Atención Primaria de la Salud y sus objetivos; el Trabajo Social, incluyendo la metodología empleada y su devenir histórico.

El trabajo de campo, está conformado por la caracterización del barrio, de la institución y del Servicio Social, a su vez incluye la descripción del proceso de aprendizaje supervisado.

El análisis de los datos, implica un estudio de la práctica pre profesional del Trabajador Social dentro de la institución.

El trabajo finaliza con conclusiones y propuestas.

OBJETIVO GENERAL

- Describir y analizar la intervención del Trabajador Social en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, a partir de la práctica de pregrado realizada en el Subcentro de Salud Libertad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características de la Atención Primaria en Salud.
- Conocer la estructura y organigrama del área de salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.
- Conocer y describir las características socio – demográficas del barrio Libertad.
- Conocer y describir la organización del Subcentro de Salud Libertad.
- Describir y analizar las funciones y organización del Servicio Social en la Atención Primaria de la Salud, del Subcentro de Salud Libertad.
- Describir el proceso de aprendizaje supervisado.
- Describir la sistematización de los casos abordados.

1
Primera
Parte

Marco
Teórico

SALUD

DEFINICION

Ya resulta clásica la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.): "Es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades."

Esta definición, analizada en profundidad presenta tres inconvenientes:

- 1) Es utópica: "el completo estado de bienestar..." es imposible.
- 2) Es retórica: no sirve operativamente para planificar un programa de salud.
- 3) Es "medicalizante": esto es lo más grave, ya que todo aquello que no sea "completo estado de bienestar" es decir, la cotidianeidad, pertenece al ámbito de la medicina.

Veamos, en cambio, otra definición de salud propuesta por el X Congreso Catalán de Médicos y Biólogos, Barcelona, 1988: "Salud es la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Es un bien ser y no un "bien - estar"⁶ (en obvia alusión a la definición de la O.M.S.).

Esta definición des - medicaliza la salud y la considera un derecho humano y como tal es universal, igualitario, innegociable y un deber del Estado asegurar su acceso a toda la población.

Si bien este último concepto fue superior de la estricta medicina biologicista, que consideraba a la salud como la ausencia de enfermedad; nos parece pertinente mencionar una reflexión surgida de un informe realizado desde el Ministerio de Salud de Canadá, en el año 1974. El informe fue un punto de inflexión y cambio para el

⁶ Francisco Maglio "Determinantes sociales de la salud y la enfermedad" <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c074/maglio.php>

trabajo en salud pública, ampliando la comprensión de la salud. Contribuyó al pensamiento sanitarista conceptualizando el campo de la salud en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de morbilidad y mortalidad y a partir de analizar el modo en que cada elemento afecta el grado de salud en el país.

“BIOLOGÍA HUMANA: Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento y los diferentes aparatos internos del organismo.

MEDIO AMBIENTE: Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Por ejemplo: la contaminación del aire, el abastecimiento de agua, la pureza de los alimentos, etc.

ESTILO DE VIDA: Representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Consiste en la cantidad, la calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud.”⁷

Este concepto de salud que de aquí deviene, resulta abarcativo, cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una combinación de

⁷ Ministerio de Salud Nación; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios. Módulo1* , “Salud y Sociedad” Ciudad de Buenos Aires, Plan Federal de Salud, 2007, Pág 38-41

los cuatro. Uno de los principales obstáculos que se presentan para mejorar la salud de las personas es que el poder para lograrlo se halla disperso entre los individuos, los gobiernos, los profesionales y las instituciones de salud. Este concepto de campo de la salud unifica las responsabilidades de las partes y permite a los individuos descubrir la importancia de todos los componentes, inclusive aquellos bajo la responsabilidad de otros. “Es una visión unificada del campo de la salud, que probablemente contribuya al mejoramiento del nivel de salud.”⁸

Las autoras de la presente tesis, tomamos este último concepto de campo de salud, para analizar los datos y realizar la sistematización propuesta.

EVOLUCION HISTORICA

Consideramos relevante, poder describir como se fue transformando el concepto de salud a lo largo de la historia, para poder dar cuenta de la influencia que tuvieron los acontecimientos sucedidos en la actual definición del concepto de salud, como así también en los nuevos escenarios en los que el mismo se manifiesta. A continuación mencionamos los principales momentos:

Los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, a partir del momento en que la ciencia helenística se implanta en Europa el interés se vuelca hacia la enfermedad y lo normal pasa a ser la ausencia de síntomas patológicos.

“A partir del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones sobre salud:

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

⁸ Op. Cita (Ministerio de Salud Nación) Pág 38-41

- El otro corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces, la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se habla entonces del proceso salud – enfermedad.”⁹

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

POLITICAS DE SALUD

Cuando hablamos de política, entendemos ésta como el “conjunto de decisiones que permiten la organización de una comunidad haciendo viable la convivencia armónica entre sus integrantes.”¹⁰ Es por ello que definimos a una política pública como “el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.”¹¹

Las políticas de salud, son políticas públicas; los derechos sociales, como el derecho a la salud, el derecho a la educación o el derecho a la vivienda, son derechos para cuyo goce se requiere de una acción estatal, expresada generalmente mediante una política pública de salud, de educación o de vivienda, y que, por lo tanto, estos derechos sólo se pueden ejercer si existe una decisión política, su correspondiente

⁹ Ministerio de Salud Nación; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios*. Módulo1 , “Salud y Sociedad” Ciudad de Buenos Aires, Plan Federal de Salud, 2007, Pág 35-36

¹⁰ Ministerio de Salud Nación; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios*. Módulo5 , “Políticas de Salud” Ciudad de Buenos Aires, Plan Federal de Salud, 2007, Pág. 25

¹¹ Op. Cita. Ministerio de Salud Nación Pág. 18

asignación de recursos y la estrategia de implementación necesaria para poner en práctica esa decisión.

Para el análisis y formulación de políticas de salud es preciso distinguir política de salud, estado de salud de la población y sistema de salud. Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición del rol del Estado en la salud. A partir de ella la salud alcanza el estatus de cuestión pública, de un problema de Estado, definiendo derechos y deberes. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

Del concepto de sistema de salud, se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado.

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.

La política de salud es el resultado de una gran variedad de factores. Por un lado es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la salud. Por otro, del surgimiento de tecnología. Pero fundamentalmente del balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales de la sociedad: la concepción de la solidaridad y la equidad. Formular políticas de salud involucra identificar alternativas para las líneas de acción, establecer prioridades, dividir las tareas y articular recursos. La formulación de una política será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con fines y valores con que sea concebida.

“Una política para la salud que busque mejorar desde el punto de vista cualitativo las condiciones de salud de la población, tiene que estar integrada a una política pública

social, y ésta a la vez debe ser coherente con una política pública que realice profundas transformaciones económicas y sociales estructurales.”¹²

Para operativizar cualquier tipo de política de salud, es necesario implementar diferentes planes, programas y proyectos, es por ello que consideramos oportuno citar aquí la diferenciación que existe entre cada uno de ellos:

PLAN: conjunto de disposiciones que se toman de cara a lograr o alcanzar algo que se considera valedero en plazos determinados y en etapas definidas.

PROGRAMA: conjunto de actuaciones que se desean emprender en un tiempo concreto y en una determinada materia o ámbito de actuación, para lograr objetivos determinados de antemano.

En el campo de la planificación, el término hace referencia al conjunto de proyectos, actividades y procesos o servicios orientados al logro de determinados objetivos.

PROYECTO: se trata de la ordenación de un conjunto de actividades que, combinando con recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, se realizan con el propósito de conseguir un determinado objetivo o resultado. Estas actividades se articulan, interrelacionan y coordinan entre sí, dentro de un plazo determinado y con las posibilidades y limitaciones que vienen dadas por los recursos disponibles.¹³

El Sistema de Salud actual de nuestro país es producto de una larga evolución. Como todo proceso ha presentado a lo largo de las décadas diferentes características. El objetivo del presente análisis no es realizar un relato histórico sobre la evolución

¹² Estrada Ospina, Víctor Mario. “Salud y planificación social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?” Editorial espacio, Pág. 64

¹³ Ander Egg Ezequiel, “Diccionario de Trabajo Social” Editorial Lumen. Séptima impresión.1995

del Sistema de Salud argentino, sino analizar algunas de las características más relevantes que presenta en la actualidad.

Según Maitena María Fidalgo en su libro “Adiós al derecho a la salud”¹⁴, en nuestro país, podemos describir cuatro grandes momentos de la historia de las políticas de salud en la Argentina:

Para ello, confeccionamos un cuadro resumen el cual se basa en el análisis de la autora y resume las principales características de cada momento:

PERIODO	MODELO	SALUD	MODIFICACIONES	INSTITUCIONES
1923 a 1930	LIBERAL TRADICIONAL	-Medicina privada para aquellos que poseen capacidad de pago. -Hospitales de beneficencia para aquellos sin recursos. -Servicios mutuales de origen migratorio.	-La sociedad de Beneficencia, era quien reflejaba el accionar de un Estado liberal. Subsidiando a instituciones privadas eludía las demandas sociales. -Aquí surge la figura del médico así la cuestión de la atención de la salud quedó instalada como un asunto netamente privado e individual. -Del modelo agro exportador hacia otro	-En 1880 se crea el Departamento Nacional de Higiene, con lo cual se constituye la salud como un objetivo explícito de intervención política.

¹⁴ Fidalgo Maitena “Adiós al Derecho a la Salud” Editorial Espacio. Año 2008

			centrado en la industrialización.	
1946 a 1955	BENEFAC TOR	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento del sistema hospitalario nacional. -Expansión y una fuerte inversión de la salud pública. -La salud de los trabajadores como cuestión de Estado: se da origen al sistema de obras sociales. 	- Crecimiento del subsector público fue acompañado por el desarrollo del sector social.	<ul style="list-style-type: none"> -En 1943 el Poder Ejecutivo Nacional crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. - En 1949 se crea el Ministerio de Salud Público Nacional.
1955 a 1976	DESARRO LLISTA	<ul style="list-style-type: none"> -El Estado establece la obligatoriedad de la cobertura para toda la población que se encuentra en relación de dependencia. Disminuye la población cubierta. 	-Internacionalización del aparato productivo.	-Desjerarquiza- ción de las instituciones públicas.

1976 a 1983	APERTURA RISTA	-Momento propicio para el desarrollo del sector privado en salud.	-Quiebre del orden democrático. - Proceso de Reorganización Nacional.	-Deterioro las entidades sindicales.
-------------------	---------------------------	---	--	--------------------------------------

Con la recuperación de la democracia, en los ochenta, se destaca el surgimiento de dos leyes respecto a la salud; una es la Ley de Obras Sociales y la Ley del Seguro Nacional de Salud, la cual fija el derecho a la salud de todos los habitantes, velando por prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas.

El rol del Estado durante la década del 90 fue caracterizado por la descentralización, reducción y privatización que implicaron una modificación con respecto al Estado Benefactor, de las décadas anteriores. El Ministerio de Salud de la Nación, previo a esta década, se presentaba como la institución que definía cuestiones en materia sanitaria, materia regulatoria, como principal fuente de financiamiento y prestador de servicios. El resultado de las reformas desarrolladas en los noventa fue un Sistema de menor tamaño que traspasó la mayoría de las instituciones prestadoras de servicios a los Sistemas Provinciales de Salud que a su vez descentralizaron algunos de sus establecimientos en los municipios.

Transitada la emergencia económica de comienzos de ésta década y de cara a una mejora en la eficiencia en materia de establecimiento de Políticas Sociales, el rol del Ministerio de Salud se ha modificado.

En la actualidad nos encontramos con una entidad que regula, controla y establece a través del consenso con las Provincias, en el marco del Consejo Federal de Salud

(COFESA), la política sanitaria nacional. Dos cuestiones son de suma relevancia en la situación actual: el modo de financiamiento y el rol regulador.

“El financiamiento en materia de salud ha estado caracterizado por *tres tipos de transferencias: directas; a través de Programas específicos; a través de Programas con mayores condicionalidades.*

Las *transferencias directas* no han prevalecido. Se han desarrollado particularmente vinculadas a la compra de equipamiento hospitalario o de centros de atención primaria de la salud. En ésta materia se observa también la utilización de fondos para mejoras de planta física. Pese a la importancia que poseen estas transferencias, los montos totales de este tipo de transferencias no resultan significativos. En materia de *transferencias a través de Programas específicos* son de vital importancia: el Programa Federal de Salud (PROFE); el Programa REMEDIAR y el Programa de VIH/SIDA. El objetivo del PROFE es garantizar la cobertura médico asistencial a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC), beneficiarios que con anterioridad fueran cubiertos por el PAMI. El PROFE es el programa que realiza mayores transferencias a las provincias: durante el 2006 el programa transfirió cerca de 400 millones de pesos.

Las mismas tienen por objetivo mejorar las prestaciones y efectivizar la gestión mediante sistemas de asistencia técnica a las provincias. El Programa REMEDIAR tiene por objetivo la distribución de medicamentos con direccionalidad específica: primer nivel de atención. El Programa ha tenido dos impactos claros. Por un lado, permite el acceso a una serie de medicamentos, vinculados al primer nivel de atención, de manera gratuita. En segundo lugar ha permitido re direccionar el flujo de pacientes de centros de alta complejidad hacia los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) permitiendo una atención de mayor eficiencia y mejorando el acceso. El Programa de VIH/SIDA se presenta como un programa focalizado en la atención de VIH/SIDA tanto en materia de prevención, control y provisión de medicación retroviral. Este tipo de transferencias posee como objetivo final generar un impacto redistributivo

real en la población objetivo. Población que fuera de mayor vulnerabilidad durante los años de emergencia económica y que en la actualidad debe ser atendida a fin de re direccionar parte de la mejora del bienestar social derivado del crecimiento sostenido de los últimos años, impulsados bajo la gestión del Ministro Ginés González García.

Finalmente en relación a los *Programas con mayores condicionalidades*, el PLAN NACER que establece un seguro de maternidad e infancia que cubre a aquellas madres que carecen de cobertura, hasta los 45 días posteriores al parto y al niño hasta los 5 años de edad. La cobertura se realiza mediante transferencias a las provincias que han adherido al Plan mediante la firma de un convenio con la Nación. En el comienzo el Plan contaba con 9 provincias adheridas, de la Región del NOA-NEA. Hoy el Plan se extiende a otras 15 provincias del país. Tanto el Plan Nacer como el Programa REMEDIAR tienen como objetivo el primer nivel de atención y una mejora de la accesibilidad de aquellas personas en situación de mayor vulnerabilidad.

Los Programas presentados con anterioridad han tenido una clara incidencia en el aumento de las consultas ambulatorias. A modo de referencia, pese a que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la mayoría de las consultas se realizan en Hospitales, esta no es una práctica que se mantiene en todo el país. En los últimos años la cantidad de consultas realizadas en Centros de Atención Primaria ha pasado del 30 al 53 %, a nivel total de país.

El mercado de salud al igual que el resto de los mercados presenta fallas. Las mismas tienen que ver, sobre todo, con asimetrías informativas propias del ámbito en que se desarrolla. Dos tipos de asimetrías deben ser tenidas en cuenta al observar el mercado. Por una parte, la relación asimétrica que se establece entre los prestadores de los servicios de salud y el Ministerio de Salud. Asimismo, la que se establece entre los pacientes y los proveedores de servicios asistenciales, sean estos CAPS u Hospitales. En ambos casos la situación es similar, una de las partes opera con mayor y más preciso caudal de información. Esta situación tiene implicancias

fundamentalmente en dos cuestiones: la equidad en la distribución de las prestaciones y la calidad del servicio. Es en estas dos situaciones el Estado debe aparecer, como regulador a fin de garantizar, tanto calidad en la prestación, como acceso. En materia de **equidad**, es ejemplificador el caso del Plan Nacer. No son desconocidas las diferencias que existen entre las diferentes regiones que componen nuestro país. Es tarea del Ministerio de Salud de la Nación mitigar las mismas para garantizar un acceso más justo para toda la población. Las regiones del NOA (Noroeste Argentino) y NEA (Noreste Argentino) fueron las primeras en firmar los convenios correspondientes al Plan. Estas regiones, a comienzos de ésta década, presentaban mayores niveles de vulnerabilidad. Esto generó la necesidad de un plan regulatorio de intervención integral. La Política sanitaria basada en la Atención Primaria de la Salud fue la herramienta elegida para abordar, inicialmente, aquellas provincias que presentaban índices con mayores problemáticas. Abordada la problemática del acceso e iniciados los procesos tendientes a mejorarlo, la segunda cuestión a observar fue la **calidad**. Es de público conocimiento que quienes poseen acceso a: o bien la seguridad social o bien a seguros de salud pre pagos privados, acceden a servicios de calidad diferenciada en relación a quienes no poseen ese tipo de cobertura. Abordar cuestiones de acceso para este segundo grupo es tan importante como garantizar el acceso a las prestaciones. Equidad y calidad deben ir por la misma senda. Observemos, algunos ejemplos en donde esta diada prevalece.

Política de Medicamentos: La Ley de prescripción por nombre genérico regula y fiscaliza tanto la producción como la importación de medicamentos, garantizando la calidad y el aprovisionamiento de los mismos.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Esta segunda política hace foco sobre la identificación de problemas vinculados al área de salud sexual y maternidad, analizando: mortalidad materna, frecuencia de abortos y prevención de embarazos no deseados. La política focaliza la atención en garantizar la provisión de

dispositivos, recursos y tecnología en materia de salud sexual, a sectores de la población que poseen dificultades en el acceso.

Política de Trasplantes. El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) y la Ley Nacional de Trasplante han sido herramientas en búsqueda de garantizar el acceso y la transparencia en la asignación de un recurso escaso, como son los órganos y los tejidos para implantes.

En los últimos años ha prevalecido el enfoque basado en el fortalecimiento de la *Atención Primaria de la Salud*. Las políticas presentadas hasta aquí tienen base en esta área. En relación a esto, tres cuestiones son fundamentales para el fortalecimiento del primer nivel de atención: la mejora en el acceso a medicamentos (Programa REMEDIAR); Programa Médicos Comunitarios, posgrado en salud social y Comunitaria que permitió la inclusión de 7.000 profesionales en el sistema, aumentando a 2000 la cantidad de centros de asistencia que cuentan con profesionales con esta especialización. Finalmente, el Plan Nacer que ha tenido incidencia directa en la reducción de la mortalidad infantil, producto de la prolongación del cuidado y la cobertura tanto de la madre como del niño.

Realicemos algunas aclaraciones finales con respecto al rol regulador del Estado Nacional. El carácter federal de nuestro país hace que cada una de las provincias que lo componen tenga responsabilidad sobre la regulación y provisión en materia de salud.

Asimismo, como estado parte del MERCOSUR se ha generado la necesidad de avanzar en la armonización de las normas que regulan el mercado de salud. En ese sentido se han implementado programas para el desarrollo de bases de información con respecto a la normativa en materia de salud, digitalizadas y de público acceso. En materia de Recursos Humanos se ha comenzado un largo trabajo aumentando los espacios de formación de profesionales (Programa Médicos Comunitarios; Tecnicatura

en Enfermería), mejoras en las normas de habilitación de los establecimientos, entre otras cosas.

La regulación sanitaria hace referencia a la formulación de reglas claras capaces de persuadir a los actores individuales (fuerza de trabajo en salud, agentes económicos, a portarse de manera benéfica para el sistema de salud). La regulación sanitaria plantea decisiones técnicas pero, fundamentalmente, políticas.

En este sentido, es necesario rescatar la autoridad sanitaria con poder de rectoría, como el gran director de orquesta que define: prioridades, modela conductas, sincroniza esfuerzos, orienta y fortalece a determinados actores del campo.”¹⁵

La política de Salud desarrollada anteriormente, da lugar a la siguiente estructura del sistema de salud nacional.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD

“El sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población; es el resultado de la articulación de tres componentes: político, económico y técnico.”¹⁶

De la combinación de los tres componentes surgen tres modelos:

- 1) Político (modelo de gestión), define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las actividades del Estado en salud como ser, definir que tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, que servicios debe proveer directamente el Estado y cuales y como debe comprar el Estado al sector privado; y por último como se debe regular a las empresas de salud.

¹⁵ Soratti, Carlos. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. “Actores y Agenda en el Sistema de Salud argentino. El Rol del Ministerio de Salud de la Nación”SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA. SEMINARIO I – JUNIO 2007

¹⁶ Ministerio de Salud Nacion; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios*. Módulo5 , “Políticas de Salud” Ciudad de Buenos Aires, Plan Federal de Salud, 2007, Pág 43-48

2) Económico (modelo de financiación) define: ¿Cuánto debe gastar en salud el país? ¿De dónde provienen los recursos? ¿Cómo se asignan esos recursos?.

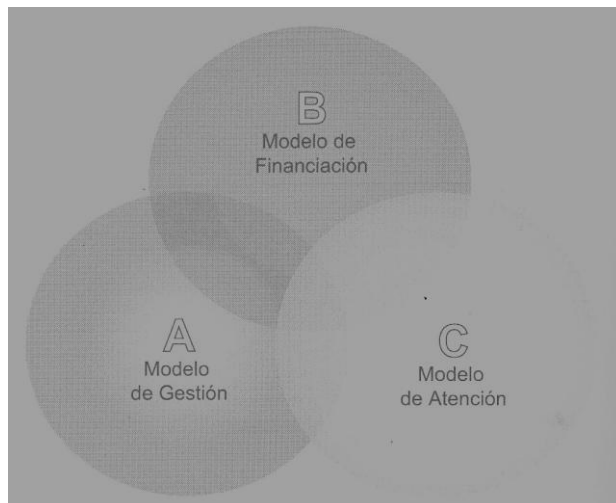
Existe una serie de variables que deben ser consideradas para buscar respuestas a estos interrogantes y están relacionadas con:

- Los niveles de salud de la población.
- Los modelos de sistemas de salud.
- El tamaño de la economía.

3) Técnico (modelo de atención) define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población; a quién se cubrirá con ellos; con qué criterios se prestarán y dónde.

El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación que se da en primer lugar en tres grandes subsectores:

- Público: nacional, provincial y municipal.
- De la seguridad social: obras sociales nacionales, obra sociales provinciales, obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes legislativo y judicial.
- Privado: seguros voluntarios (medicina pre paga) expresado en múltiples entidades.



El Estado posee un rol primordial en la protección de la salud como un derecho, ya que el mismo debe establecer normas de equidad en la distribución y el acceso a la salud.

“Dicho papel se ejerce mediante:

- Rectoría.
- Regulación.
- Control de la actividad global del sistema.

A su vez, las tareas incluidas en este papel son:

- Financiación de las acciones.
- Compra de servicios al sector privado.
- Provisión de servicios e información.
- Persuasión a la población.

En la Argentina el papel de rectoría en términos de políticas sanitarias nacionales es ejercido por el Ministerio de Salud y Ambiente, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA (Consejo Federal de Salud)¹⁷

La rectoría, consiste en el trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria en términos de:

- Prevención de enfermedades,
- Planeamiento y formación de recursos humanos,
- Condiciones de gestión de los establecimientos de salud,
- Control de enfermedades transmisibles,
- Control de alimentos,
- Y productos farmacéuticos.

La regulación y el control lo ejercen estos mismos organismos por medio de:

- Habilitación y acreditación del personal de salud,
- Ejercicio profesional,
- Habilitación de establecimientos de salud.

Según Estrada Ospina “el Sistema de Salud es la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida y además para darles sustento a la equidad y la justicia social. Es también el mejor y más rápido redistribuidor social dentro de las políticas de Estado.”

¹⁷ Ministerio de Salud Nacion; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios*. Módulo5 , “Políticas de Salud” Ciudad de Buenos Aires, Plan Federal de Salud, 2007, Pág 43-48

Se considera que invertir en salud es más justo, lo más oportuno y lo más eficaz socialmente. La salud es entendida como un motor fundamental en el crecimiento económico de las naciones ya que a partir de esto se crea un capital social o capital sanitario que es impulsor del desarrollo de las sociedades.

“Un pueblo sano tiene mas productividad, trabaja y aprende mejor logrando una mayor armonía social. Es necesario disminuir las inequidades. El trabajo digno para todos y la redistribución del ingreso son formidables insumos sociales para combatir la inequidad.”¹⁸

NIVELES DE ATENCION

La organización de la atención de la salud, posee diferentes niveles de complejidad que tienen por objetivo brindar cobertura por medio de diversos servicios de salud, dando así respuesta a las necesidades de salud de la población.

“**El primer 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 denominados centros de salud, unidades sanitarias, centros periféricos, salas de primeros auxilios, dispensarios, entre otros. El elemento principal es la participación comunitaria.”¹⁹

De acuerdo a la resolución 482/02 la cual establece las normas de organización y funcionamiento del área de Servicio Social de los establecimientos asistenciales, este nivel es considerado de bajo riesgo. El mismo “constituye la puerta de entrada a la red. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, atención de la demanda

¹⁸ Estrada Ospina, Víctor Mario. “Salud y planificación social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?” Editorial espacio, Pág. 57-58

¹⁹ Dr. Luis Rozas Villanueva “Niveles de Atención” www.udec.cl

espontánea o de morbilidad percibida, búsqueda de la demanda oculta, control de salud de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

- Alcances y Objetivos para el Área de Servicio Social en este nivel:

Metodológicamente este Nivel es el de mayor complejidad dado que requiere mayor despliegue de estrategias de intervención interdisciplinaria, intra y extra murales, intersectoriales, con mecanismos explícitos de referencia y contrarreferencia. Aborda situaciones de alta complejidad social, mediante la intervención profesional, actuando (prioritariamente) en el lugar donde se genera la necesidad.

Su ámbito de aplicación se extiende a: Oficinas, Consultorios, Centros de Salud, Unidades Sanitarias y Establecimientos Hospitalarios.

Propicia el acceso a la red de servicios o sistema en gran parte de los casos. Interviene en la formación y articulación de redes sociales intersectoriales que contribuyen al cuidado y atención de la salud incidiendo en la disminución de la morbimortalidad.

Realiza Investigación y Diagnóstico de las condiciones de salud en la población. Genera actitudes de participación que faciliten la asunción de responsabilidades en el cuidado y atención de la salud entre los miembros de la comunidad a través de acciones de promoción, prevención, protección, atención y rehabilitación a fin de disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir.”²⁰

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

²⁰Norma de organización y funcionamiento del área de Servicio Social de los establecimientos asistenciales. Buenos Aires, 16 de agosto de 2002. VISTO el Expediente N°1-2002-15573/99-8 el Registro del Ministerio de Salud.

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

2) Atención integral ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud. (Mayor número de especialidades)²¹

Allí, desde el Servicio Social, la intervención del Trabajo Social se vincula con las problemáticas de las personas internadas o que concurren a consultar al hospital, y al mismo tiempo con sus redes sociales.

En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo que se denomina referencia y contra referencia, dentro de un área definida que generalmente es llamada Programática, coordinando con el centro de salud acciones de diversa índole.

“El tercer nivel de atención se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas.”²²

En este nivel los cuidados tienen el propósito de ayudar a los usuarios a conseguir un grado de funcionamiento tan elevado como sea posible. Son hospitales de mayor complejidad. Realizan más énfasis en investigación y docencia. La tarea del Servicio Social se relaciona con problemáticas de salud específicas. Allí se determinan campos

²¹ Dr. Luis Rozas Villanueva “Niveles de Atención” www2.udec.cl/ofem/oem/natenc03.ppt

²² Op. Cita Rozas Vilanuenueva.

de intervención donde el Trabajador Social se singulariza, obteniendo un alto nivel de especificidad.²³

DETERMINANTES SOCIALES DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD – ATENCION

“Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud”. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”.

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos.

El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones.

La revisión de los modelos planteados y su evolución ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud.

²³ Alfredo J. M. Carballeda y Mariano Barberena. “Trabajo Social, Política Social y salud.” <http://www.margen.org/catedras/apunte11.htm>

Uno de los primeros y más influyentes fue el de Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención.

Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Desde esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico.

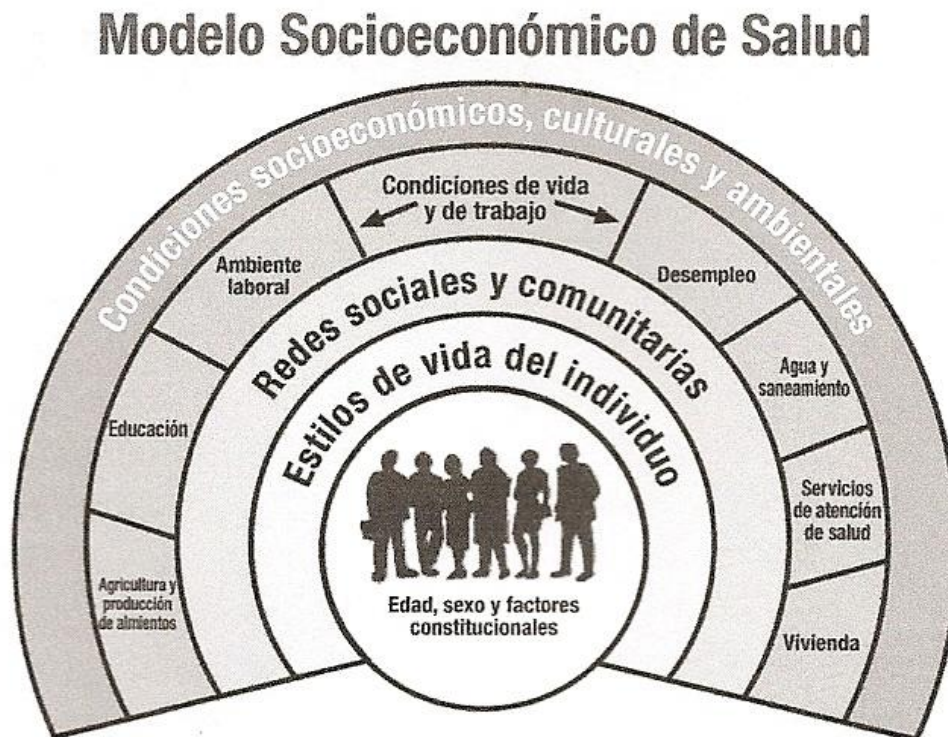
Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña.

Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. (Figura 1) Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.

Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones

socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.”²⁴

Figura 1: Los principales determinantes de la salud.



La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar

²⁴ Patricia Frenz "Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud" <http://www.redsalud.gov.cl>

adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social.

INSTITUCIONES

“El individuo como tal no puede vivir aislado, sino en continua interacción con sus semejantes, por tanto es un ente sociable. Los individuos tienen que cooperar unos con otros, por sus restricciones personales y deben constituir organizaciones que les permitan lograr algunos objetivos que el trabajo individual no alcanzaría realizar.

Al intentar conceptualizar el término organización, nos encontramos con que, como sucede a menudo con diferentes vocablos, son muchas las acepciones que se le asocian. Esto se debe a que, a lo largo de la historia, se han desarrollado nociones desde diferentes escuelas de pensamiento. Desde una perspectiva sistémica, una organización se define como: un sistema de actividades conscientemente coordinadas formado por dos o más personas. La cooperación entre ellas es esencial para la existencia de la organización y ésta existe cuando:

- Hay personas capaces de comunicarse,
- Que estén dispuestas a actuar conjuntamente,
- Para obtener un objetivo común.”²⁵

Desde el enfoque de la complejidad, se entiende que dentro y fuera de la organización “los vínculos no son conexiones entre entidades (objetos o sujetos) preexistentes, ni estructuras fijas e independientes, sino que los vínculos emergen simultáneamente con aquello que enlazan en una dinámica de auto organización. Se trata de pasar de un único mundo compuesto por elementos y relaciones fijadas por las leyes de la lógica clásica a ‘multimundos’ donde unidades heterogéneas y vínculos no tienen un sentido unívoco, no están completamente determinados, no existen

²⁵ Barnard, Chester I. “Las funciones del ejecutivo” Atlas. 1971.

independientemente sino que emergen y coevolucionan en una dinámica creativa: el juego de la vida.”²⁶

Las personas nacemos dentro de instituciones, la familia es una institución pilar para la formación de la sociedad. Participamos en instituciones educativas, de salud, culturales, políticas, entre otras, con mayor o menor niveles de organización o con mayor o menor delimitación de sus fronteras, pero en el cotidiano diario participamos en una pluralidad de instituciones, donde nuestro rol se va transformando de acuerdo al marco institucional. “La cultura de la organización es un concepto derivado de la intersección de dos teorías: la de la cultura como conjunto compartido de creencias y símbolos y la de organización como red de significados e imágenes más o menos compartidas por el personal de la institución.”²⁷

Las instituciones de salud, comparten las características descritas con anterioridad, están conformadas por vínculos que emergen de la dinámica cotidiana y poseen un marco regulatorio que guía el desempeño de cada uno de los actores que participan de ella y la transforman.

“La cultura organizacional en sistemas de salud es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales.

Lo más característico de los sistemas de salud es su enorme complejidad estructural y la coexistencia de varios grupos o equipos de trabajo profesional (subculturas) cuya

²⁶ Najmanovich, Denis. El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación. Ed. Biblos. Pág. 70-71

²⁷ Etkin, Jorge. POLÍTICA, GOBIERNO Y GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES. ED. Parson Educación. Argentina. Año 2000. Pág. 221.

meta común es producir servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los usuarios y las expectativas de la sociedad.”²⁸

Nos parece pertinente mencionar las diferencias existentes entre los conceptos de Objetivo, Función y Misión, ya que son categorías de análisis tomadas al describir tanto la institución donde intervenimos, como así también, el proceso de intervención llevado a cabo desde el Servicio Social.

Entendemos por objetivo, a “la expresión cualitativa de ciertos propósitos que se especifican expresamente y que se desea alcanzar con la realización del Plan, Programa o Proyecto. Constituye el punto central de referencia para entender la naturaleza específica de las acciones que se han de realizar.

Los objetivos se expresan como resultados finales y no como tareas o actividades”²⁹

En las Ciencias Sociales, se define función como el “papel o rol que desempeñan las instituciones y los individuos dentro del sistema más amplio del que forman parte. En todos los casos, se alude a la actividad ejercida por un elemento de un conjunto cuyas partes son interdependientes.”³⁰

Finalmente consideramos que la misión es el motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una empresa u organización porque define: 1) lo que pretende cumplir en su entorno o sistema social en el que actúa, 2) lo que pretende hacer, y 3) el para quién lo va a hacer; y es influenciada en momentos concretos por algunos elementos como: la historia de la organización, los factores externos o del entorno, los recursos disponibles, y sus capacidades distintivas.³¹

²⁸ Carrada Bravo, Teodoro. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? 2002 www.medigraphic.com

²⁹ Ander Egg Ezequiel, “Diccionario de Trabajo Social” Editorial Lumen. Séptima impresión. 1995

³⁰ Op. Cita Ander Egg. 1995

³¹ Ivan Thompson <http://www.mitecnologico.com/Main/ProcesoDePlaneacionMision>

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD**DEFINICION**

“La Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica”.³²

La A.P.S. como estrategia, busca dar una “...respuesta “integral” a los problemas de la salud, para ello requiere la jerarquización de las actividades de promoción y prevención desde un enfoque que destaque la participación comunitaria”.³³ “El propiciar la participación de la comunidad y del propio núcleo familiar, realizar una planificación adecuada de las necesidades de la población y enfatizar las acciones de salud en los aspectos preventivos promocionales, son acciones que merece un trabajo integral.”³⁴

La A.P.S. está dirigida a la atención de las personas de manera continua, sostenida de acuerdo a la estructura económica del país y con libre acceso a toda la población; con base científica que permita realizar una investigación sobre las necesidades comunes y cuya comunidad sea miembro activo de las definiciones en cuanto a su salud.

La A.P.S. significa un primer contacto (atención); continuidad (permanencia del vínculo entre el profesional y la persona); integralidad (la atención de la persona debe

³² Ministerio de Salud Nación; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios*. Módulo1 , Ciudad de Buenos Aires, Plan Federal de Salud, 2007, Pág. 143.

³³ Op. Cit. Pág. 160. Ministerio de Salud Nación; *Posgrado en Salud Social y Comunitaria*. Op. Cit. Pág. 160.

³⁴ Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud Loreto, Red Barnet, “*Gestión Participativa, Manual para profesionales de salud*”, Iquitos, Perú, 1997. (www.sleekfreak.ath.cx/HLTHES/APS)

ser relacionada con su contexto) y coordinación entre los integrantes del equipo la institución y la comunidad.

La estrategia de A.P.S. cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de servicios, el cambio fundamental implícito es que la comunidad y sus individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio – cultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad, así como interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad. Para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

Las acciones, para alcanzar las metas en A.P.S., deben ser por lo tanto integrales, es decir, dirigidas no solo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo por eso se las denomina: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación).

El equipo de Salud debe realizar el abordaje en forma interdisciplinaria, de manera tal que cada especialista integre sus conocimientos específicos con el fin de lograr un código único, común y operacional. Creando un sistema de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio-tiempo y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados.

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

ANTECEDENTES Y CARACTERISTICAS

Desde 1978, se dio estatus prioritario y reconocimiento conceptual a la A.P.S., en la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata. Así queda reconocida en el campo de la Salud Pública:

“Existe una Política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la O.M.S., en 1977, denominada “Salud para todos en el año 2000.”

En 1978, en la reunión Alma-Ata, quedo establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia especifica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como A.P.S., la que no se debe confundirse con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.”

OBJETIVOS

Esta estrategia incluye como principios básicos:

- Accesibilidad de la población a la atención de la salud.
- Cobertura universal en función de las necesidades de salud de la población.
- Organización y participación de la comunidad para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado.
- Acción intersectorial, entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios.
- Desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponibles.

INTERDISCIPLINA

En la publicación “Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes” se define a la interdisciplina de la siguiente manera “...en la actividad interdisciplinaria varias disciplinas unen sus esfuerzos creando una nueva disciplina, compartiendo sus marcos conceptuales y dependiendo una de otras. El método del equipo interdisciplinario no puede proponer problemas de jerarquía entre los integrantes sino, quizás, pensar en grados de saber, respetando la pluralidad. Para que un equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales no trabajen en compartimentos estancos sino formando una red y construya entre todos un saber compartido”³⁵

Entendemos por A.P.S. un modelo estratégico de salud, basado en la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud, que no sólo se identifique con la oferta de servicios, sino que también incorpore a la población usuaria como parte de un proceso de retroalimentación mediante prácticas participativas. Asimismo, el modelo de A.P.S. incluye la combinación de aprendizaje interdisciplinario de médicos y trabajadores de la salud, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, economistas y especialistas en gestión, entre otros, a fin de permitir un uso eficiente de recursos, generando así mayor equidad y acceso.

La puesta en práctica de un modelo basado en A.P.S. requiere de una labor colaborativa de investigadores y gestores de política pública, que permita el intercambio de experiencias, la sistematización y el aprendizaje.³⁶

³⁵ Allegro, Fabián; Beltrán, Fernando; Benmergui, Silvia; Molina, José Luis; Oszlak, Claudia; Panelo, Adolfo; y Pérez, Isabel. Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes. Resumen del trabajo realizado en el XLI Curso de Administración de Servicios de Salud, 2007. BOLETIN CIENTIFICO, Asociación de Médicos Municipales de la CBA. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, Año 12 - Nº 56 Octubre 2007

³⁶ Daniel Maceira (comp.) “Atención Primaria en Salud” Enfoques interdisciplinarios. Ed. Paidós Tramas Sociales 44. Año 2007. Págs 16-17

PARTICIPACION Y COMUNICACIÓN SOCIAL

“Garantizar el derecho a la salud, requiere no sólo del compromiso formal de las autoridades políticas y sanitarias, sino también de un modelo de atención que haga efectivo tal derecho y logre instrumentar el acceso a un sistema sanitario más inclusivo, participativo y eficaz. Para ello es necesario dotar al sistema de salud de herramientas de participación y comunicación, de gestión y evaluación, con iniciativas que se inspiren en las necesidades observables de la población, y que incorporen a la comunidad como protagonista, no sólo como usuaria.

La Comunicación en salud, juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, para que un programa de comunicación para la salud resulte exitoso, requiere basarse en la investigación sobre el público destinatario en la elaboración de mensajes y materiales pertinentes, y en la identificación de canales con más probabilidades de llegar a quienes se encuentran en riesgo. La comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre los determinantes de la salud. Así la comunicación se entiende como un proceso de carácter social, que posibilita el reconocimiento, el encuentro y el diálogo de diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.”³⁷

“El concepto de salud comunitaria, dio inicio a un enfoque amplio de salud, que incluye diversos factores que inciden en los problemas de salud, así como también la

³⁷ Mosquera M. (2003): “Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias”, trabajo comisionado por la Organización Panamericana de la Salud(1-15) en Daniel Maceira (comp.) “Atención Primaria en Salud” Enfoques interdisciplinarios. Ed.Paidós Tramas Sociales 44. Año 2007

acción interdisciplinaria que se requiere para solucionarlos. Este enfoque hace hincapié en la comunicación y educación en salud por medio de la participación comunitaria, que considera las necesidades de la población y permite conocer y respetar sus valores, tradiciones y estereotipos y fomentar la responsabilidad individual y comunitaria³⁸

Según Coe, la comunicación para la salud puede definirse como la “modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño”, o como “un proceso de presentar y evaluar información educativa, persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos”.³⁹

En la última década se produjo – en el pensamiento de la comunicación y la educación para la salud – el pasaje de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque en el cual las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema se constituyen en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud.⁴⁰

El sistema de salud requiere que se desarrollen mecanismos de participación ciudadana que permitan ejercer control social sobre las diferentes funciones de este sistema. Se considera la participación como un proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación,

³⁸ García González, R.; Suárez Pérez, R. y Mateo de Acosta, O. (julio 1997): “Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético”, Revista panamericana de salud pública, n°1, vol. 2:32-36 Washington. En Daniel Maceira (comp.) “Atención Primaria en Salud” Enfoques interdisciplinarios. Ed.Paidós Tramas Sociales 44. Año 2007

³⁹ Coe G. (septiembre de 1998): “Comunicación y promoción de la salud” Chasqui, Revista latinoamericana de comunicación, n° 63, Comunicación en salud. En Daniel Maceira (comp.) “Atención Primaria en Salud” Enfoques interdisciplinarios. Ed.Paidós Tramas Sociales 44. Año 2007

⁴⁰ Op. Cita (Mosquera 2003)

implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la A.P.S.⁴¹

Para ser una verdadera participación de la comunidad debe estar basada en la intervención voluntaria y en un sentimiento de responsabilidad para con la comunidad en general y lo que es aun más importante, debe haber un verdadero traspaso de autoridad y poder, así como de responsabilidad. La verdadera participación de la comunidad requiere una considerable descentralización de la autoridad decisoria y del poder en lo que se refiere a la asignación de los recursos.⁴²

Se debe permitir al pueblo ser protagonista de su proceso de salud. La salud como derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por los servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.⁴³

⁴¹ Vázquez M.L.; Siquiera, E.; Kruze, I.; Da Silva A. y Leite I. C. (2000): "Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina", Gaceta Sanitaria, vol. 16, n°1, Barcelona, enero – febrero. En Daniel Maceira (comp.) "Atención Primaria en Salud" Enfoques interdisciplinarios. Ed.Paidós Tramas Sociales 44. Año 2007

⁴² Lemus, J. (2001): Salud pública: marco conceptual e instrumentos operativos, Bs. As., Kohan. En Daniel Maceira (comp.) "Atención Primaria en Salud" Enfoques interdisciplinarios. Ed.Paidós Tramas Sociales 44. Año 2007

⁴³ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.(2007) Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa médicos Comunitarios. Módulo 5 Políticas de Salud. Pág. 75

TRABAJO SOCIAL

DEFINICIÓN

Nos resulta enriquecedora la mirada que brinda lamamoto sobre los trabajadores sociales, es por ello que la tomamos como base del análisis metodológico que a continuación describimos: *“Uno de los mayores desafíos de los trabajadores sociales hoy, es desarrollar la capacidad de descifrar la complejidad de la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y efectivizar derechos a partir de demandas emergentes en lo cotidiano”*⁴⁴

PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

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

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

⁴⁴ lamamoto, Marilda "O Serviço Social na Contemporaneidade" en "Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo social" Varios Autores. Editorial Espacio. 2003

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

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

Surge así un conjunto diverso y rico de opciones cognitivas, al redefinir los términos de esa polaridad radical de la Modernidad que hacía de sujeto y objeto dos esencias independientes. En la actualidad esta opción está en crisis y avanzamos hacia un cambio que reconoce la legitimidad de la complejidad.

Desde estas nuevas concepciones sujeto/objeto no son compartimentos estancos sino que podemos empezar a pensarlos como términos que dan cuenta de un proceso sin fin de objetivación/subjetivación que producen entidades con una autonomía relativa pero altamente interdependientes.⁴⁵

Susana Cazzaniga⁴⁶, plantea un abordaje desde la singularidad y considera al sujeto como un ser pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de esa misma historia. A decir de Castoriadis⁴⁷ "... el sujeto es eso, flujo representativo - afectivo - intencional donde ha emergido la posibilidad de la reflexión y donde la espontaneidad bruta de la imaginación radical se ha convertido en parte en espontaneidad reflexiva..." Pensar en la singularidad, es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto.

⁴⁵ Dra. Denise Najmanovich (Diciembre 2001) "Metamorfosis de fin de siglo: Crisis, Cambio y Complejidad. Conociendo el conocimiento del conocimiento" ref. www.denisenajmanovich.com.ar

⁴⁶ Susana Cazzaniga "El abordaje desde la singularidad. Facultad de Trabajo Social UNER(Universidad Nacional de Entre Ríos) 1997. Mimeo

⁴⁷ Castoriadis, Cornelius; "Hecho y por hacer", Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1998

Desde otro punto de vista, pero aportando en la misma línea de pensamiento, puede ser interesante entender al sujeto como un entrecruzamiento de aspectos universales (o genericidad, según Agnes Heller), particulares y singulares. Lo universal o genericidad expresa la condición de seres humanos, con derechos y capacidades; universal en tanto horizonte de sentido, el "deber ser". Lo particular, comprende al sujeto en sus condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, su historia social familiar, lo que "hace ser". Lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del "es" como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular.

Siguiendo con el análisis de esta autora, la sociedad se entiende como una construcción histórico-social, una creación permanente, que se va instituyendo como institución imaginaria. Al ser una construcción humana, que va produciendo sus propias normas, también puede ser transformada.

Con estos análisis, intenta romper con las formas instituidas de intervenir en Trabajo Social, problematizar, crear y construir en relación con las autonomías de los sujetos con los que trabajamos.

En la contemporaneidad es posible la co-emergencia de modos diversos de comunidad, con distintas posibilidades de interacción, que lleva a nuevos productos y procesos cognitivos⁴⁸

“En las últimas décadas las perspectivas que hacen lugar a la complejidad han comenzado a tallar fuerte en la cultura y nos proponen diversas alternativas para salir del Universo Mecánico de la simplicidad y adentrarnos en los vericuetos de un

⁴⁸ Op. Cita Najmanovich. (Diciembre 2001)

Multimundo Vital en el que son compatibles la estabilidad y el cambio, la unidad y la heterogeneidad.

La complejidad, implica forjar un marco conceptual completamente distinto que permita concebir sistemas multidimensionales nacidos en una dinámica relacional y que nos llevan a pensar (nos) y a construir mundos de sentido muy diferentes a los que surgen de los modelos de pensamiento basados en oposiciones binarias.

Con relación al pensamiento, cuidado y atención de la salud consideramos que el modelo de la simplicidad ha sido estructurado a partir de la conjugación de cinco oposiciones dicotómicas fundamentales:

Cuerpo/Mente,

Individuo/Sociedad,

Humano/Naturaleza,

Normal/Patológico,

Público/Privado,

Todas estas polaridades están embebidas en la distinción radical entre “Sujeto/Objeto”. Es por ello que todo proyecto de construcción de abordajes que hagan lugar a la complejidad debe incluir necesariamente el cuestionamiento a la epistemología de base sobre la cual se ha sustentado la simplicidad. Ya no se trata de indicar nuevos lugares en el viejo mapa de la Modernidad, sino que los desarrollos contemporáneos exigen la construcción de un nuevo espacio de pensamiento en el que podamos tejer múltiples configuraciones que nos permitan crear nuevas formas de producir sentido y construir prácticas profesionales enriquecidas.

Las entidades puras, completamente determinadas y definidas en sí mismas del pensamiento dicotómico aparecen en las perspectivas de la complejidad interpenetrándose, fertilizándose, mixturándose y por lo tanto, desplegando una multitud de configuraciones y posibilidades nuevas de pensar – vivir – sentir – actuar.

Las concepciones clásicas son el fruto de una perspectiva reduccionista que ha restringido lo corporal a lo biológico, lo vivo a lo físico y esto a lo mecánico.

Descuartizado en “aparatos” y “sistemas”, aislado de su medio nutriente, el cuerpo se volvió antónimo de la mente. El hombre se separó de la comunidad, la persona del organismo, la humanidad del cosmos. Esta fue la expresión en el campo de la salud que tomó el pensamiento moderno, que privilegia la sustancia respecto del proceso, la materia en relación a la forma, la estabilidad por sobre la transformación, en suma, la simplicidad mecánica a la complejidad de la vida. Este pensamiento no resultó estéril, por el contrario, construyó un abordaje y una práctica médica que obtuvo importantísimos y resonantes éxitos, pero que de ninguna manera son la garantía de su verdad y menos aún de su validez ilimitada. El universalismo del modelo médico hegemónico basado en la concepción mecánica de la ciencia de la simplicidad ha sido uno de los obstáculos más poderosos para seguir produciendo nuevos sentidos.

Afortunadamente, en las últimas décadas del siglo XX han comenzado a desarrollarse otros paradigmas, otras metáforas y otros puntos de vista que están rompiendo ese cerco cognitivo y experiencial de la perspectiva clásica, dándonos la posibilidad de ampliar, enriquecer y sofisticar el pensamiento y las prácticas de cuidado de la salud.

Para entrar al reino de la complejidad es necesario componer otro paisaje conceptual, buscar otros puntos de partidas y forjar otras formas de interacción y de producción de sentido y experiencia que nos permitan pensar la salud como una problemática del vivir humano como “sujetos entramados” en lugar de concebirla como un desperfecto mecánico. Para ello es preciso entrar al espacio cognitivo de la dinámica vincular, de los procesos y de las redes.

Los seres vivos son sistemas autónomos pero no independientes, su autonomía sólo existe en y por las relaciones de intercambio, es una “autonomía ligada”. La vida no ocurre en un medio inerte, sino que fluye en una red de relaciones en una dinámica de

transformaciones globales co – evolutivas con el ambiente. El cuerpo desde la complejidad es un nodo cambiante en la gigantesca y vibrante trama de la vida.

El desafío para aquellos que quieran hacer lugar a la complejidad en el campo de la salud es un desafío a la vez teórico y pragmático, social e individual, político y ético. Desde el punto de vista epistemológico requiere, además, una precaución particular, puesto que la salida del universo de la simplicidad implica adentrarse en los territorios de la diversidad, por lo tanto renunciar a la ilusión de crear una concepción universal de la salud diametralmente diferente a la mecanicista.

Un enfoque complejo sólo será posible a partir de equipos interdisciplinarios en interacción permanente con las comunidades a las que "ayudaran" a darse y poner en marcha sus planes de salud. Desde esta perspectiva, que no monopoliza el saber sobre la salud en los profesionales médicos, sino que la entiende como un proyecto de vida de un grupo humano, la responsabilidad en la planificación, puesta en práctica y evaluación pertenece a la comunidad en su conjunto⁴⁹

INTERVENCIÓN

Carballeda considera la intervención, “como una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la intervención como campo es un lugar de construcción de creencias, hábitos y modalidades de hacer. La intervención es también un lugar de certezas e incertidumbre. De ahí que la intervención involucre un compromiso ético. Dado que se interviene no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que estos generan. La reflexión también se orienta hacia los condicionantes de la intervención, desde diferentes aspectos, pero esencialmente a partir de prácticas, representaciones sociales y construcciones discursivas que la

⁴⁹ Dra. Denise Najmanovich; Dra. Vera Lennie “Pasos hacia un pensamiento complejo en salud” Presentado en el Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Complejidad. La Habana. Enero 2001

preceden. De algún modo le imponen un orden, una ley que le confiere dirección al hacer, de allí que la intervención envuelve una reflexión ética, donde las prácticas requieren mirarse hacia dentro, dialogar con su propia historia, con los atravesamientos del contexto”⁵⁰.

La intervención profesional, desde la postura de Cazzaniga, es entendida como “la puesta en "acto" de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional”. Vista de esta manera, la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, entre otros.

La intervención profesional es una construcción artificial de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (desde aquellos que solicitan la intervención-instituciones, sujetos individuales y colectivos- y desde el propio sujeto profesional).

La **demanda**, se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto histórico particular. Exige un esfuerzo de construcción teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado.

La intervención profesional, en tanto trabajo, quehacer o práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que le es presentada, se expresa en una construcción metodológica, en un conjunto de

⁵⁰ Alfredo Juan Manuel Carballeda “La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas”
Revista Escenarios N°2 Escuela Superior de La Plata. UNLP La Plata 1997

mediaciones que darán cuenta de la intencionalidad de la transformación y de sus cómo particulares.

La intervención profesional incorpora el análisis comprensivo de la demanda. Su intencionalidad, desde este posicionamiento, consiste en la transferencia de autonomía y el aporte a los procesos de construcción de identidades sociales. Desde la singularidad del sujeto (el "es"), hacia la particularidad (el "hace ser"), en el marco de la genericidad, los derechos humanos (el "debe ser").

Esta perspectiva de la simplicidad, da cuenta del uso y construcción de técnicas e instrumentos orientados por la intencionalidad explicitada. Por lo tanto, la observación y las entrevistas estarán guiadas hacia la indagación de la historia de vida de los sujetos, sus trayectorias familiares y sociales. Esto significa recuperar con el "otro", los aspectos de sus condiciones de vida, su cotidiano, intentando comprender las significaciones que le otorga. No se trata de una interpretación psicológica, sino de la búsqueda de las referencias sociales, sus pertenencias, lo que aparece desde el sujeto como aspectos que le reafirman su identidad social.

Cada situación particular dará los contenidos de los aspectos a indagar. Una entrevista, tendrá para el Trabajo Social un doble valor: conocer la trayectoria del sujeto, pero a la vez producir la autorreflexión de ese sujeto sobre su vida.

Los registros tendrán que dar cuenta de los relatos, los que el trabajador social deberá analizar en función de los objetivos perseguidos. Los planes de acción se construirán según el proceso de entrevistas que se irán realizando y estarán en la línea del refuerzo de las referencias sociales. Desde allí, se considerarán las entrevistas domiciliarias, entrevistas con miembros de organizaciones o instituciones, coordinaciones, reuniones con otros profesionales, presentación de informes, instancias de trabajo grupales (talleres, asambleas), elaboración de programas específicos.

Método de intervención

Cazzaniga también plantea que, pensar en un método implica pensar en el entramado de supuestos teóricos, epistemológicos, ideológicos y éticos, desde el cual se comprende la realidad a modificar y se establecen los modos de realizarlo; así, se constituye en una estrategia que se sigue para abordar un recorte de la realidad (fenómeno, situación), desde una perspectiva teórica que otorga referencia para la selección de técnicas y procedimientos específicos a usar, teniendo en cuenta las características particulares y la forma, también particular en que debe ser abordado.

Campo Problemático

La matriz conceptual, entendida como una constelación de categorías teóricas generales y particulares que fundamentan una disciplina y la intervención profesional, opera como condición de posibilidad en la construcción del campo problemático de intervención.

El campo problemático, así planteado, es comprendido como la construcción conceptual, producto de la tensión entre categorías teóricas y empíricas, que recorta y focaliza la intervención profesional, desde el cual se definen las diferentes líneas o formas de abordaje.

Como argumenta Margarita Rozas, esta construcción de los campos problemáticos, no debe ser vista como un proceso endógeno, un proceso que se resuelva al interior de la disciplina, sino como una construcción que exige "... mediaciones en vínculo con las nuevas condiciones de reproducción material, social y simbólica por las que atraviesan los sujetos sociales en su vida cotidiana..." Dicho de otra manera, los campos problemáticos de la intervención profesional se construyen y redefinen en relación con las transformaciones sociales que afectan la vida de los sujetos, en tanto sobrevivencia, dignidad, y derechos, o dicho en las palabras de Margarita Rozas, en relación con la cuestión social del momento histórico.

De esta forma, matriz conceptual, realidad, campo problemático, se convierten en dimensiones específicas (o en todo caso, centrales) del proceso metodológico. Las categorías de la matriz conceptual interpelan la realidad (las expresiones concretas de la cuestión social) y remiten a la construcción del campo problemático de intervención. Cada escenario particular (institución u organización desde la cual intervenimos profesionalmente) condicionará los sesgos a ese proceso metodológico y los modos de abordar las modificaciones o transformaciones del campo problemático.

La definición de abordar una situación desde una perspectiva más individualizada, surge de la construcción del campo problemático, como momento de comprensión, donde cobra relevancia el análisis de la demanda, en relación con los sujetos, la forma en que los mismos perciben sus necesidades y el modo en que plantean su propia supervivencia; la cuestión social como expresión de los conflictos producto de las desigualdades sociales; la institución, sus características y la intencionalidad de los servicios que presta, etc.⁵¹

METODOLOGIA DE INTERVENCION EN TRABAJO SOCIAL

Para analizar la metodología de intervención a la cual adherimos, nos resulta imprescindible realizar una breve descripción de algunos términos que fueron tomados de la historia del Trabajo Social y resignificados en la metodología propuesta por Margarita Rozas Pagaza.⁵²

Iniciaremos el texto, con el concepto de “*bienestar social*” el cual a partir de la instauración de la Modernidad, influyó en la configuración de las prácticas asistenciales más sistematizadas, constituyendo el primer antecedente de lo que después sería una metodología de intervención.

⁵¹ Susana Cazzaniga “El abordaje desde la singularidad. Facultad de Trabajo Social UNER(Universidad Nacional de Entre Ríos) 1997. Mimeo.

⁵² Rozas Pagaza Margarita (2002) “Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en Trabajo Social” Editorial Espacio.

El proceso de intervención estaba centrado en el bienestar social como aspiración individual. El objetivo era tecnificar el proceso de intervención con el fin de conseguir el bienestar social como una aspiración técnicamente factible en la solución de cada caso social, alcanzando eficacia.

Actualmente en el Trabajo Social se entiende que el bienestar social no es la solución de un problema individual, sino la aspiración de una sociedad que compromete niveles de decisión mucho más complejos que atañen al campo político, social y económico.

Por otra parte es necesario definir el “*campo problemático*” como una construcción que se desarrolla en el ámbito de relaciones establecidas entre las necesidades de los sectores excluidos y la distribución de recursos que usualmente se denominan servicios sociales.

Respecto de las “*necesidades*”, el Trabajador Social debe analizar:

- Las necesidades sentidas, las cuales aparecen en la intervención como demanda – carencia y forman parte del saber cotidiano de los sujetos por el carácter práctico de su vivencia. Por lo tanto constituyen un punto de partida del proceso metodológico de intervención.
- Las necesidades sentidas aluden a un conjunto de problemáticas que tienen un grupo, una comunidad particular. Estas necesidades permiten caracterizar el perfil de los sujetos con los que uno trabaja; este perfil debe ser enriquecido por un proceso de comunicación con los sujetos a fin de obtener datos y observar las formas en que se utilizan los saberes particulares para la solución que les dan a las necesidades.
- Analizar las necesidades pensando siempre con relación al perfil de cada grupo a fin de comprenderlas, interpretarlas y canalizar sus soluciones.

- Una vez analizadas las necesidades, es necesaria la planificación de objetivos, acciones y recursos para viabilizar las posibles soluciones.

A partir del análisis de las necesidades sentidas, se va configurando el objeto de intervención.

El objeto de intervención como campo problemático no aparece de inmediato en la realidad, es una construcción del pensamiento basado en datos que aportan a la comprensión de la relación sujeto – necesidad.

Para abordar el objeto de intervención, es necesario articular una forma de proceder que organice y dé significado al conjunto de las acciones. Este “cómo hacer” no es un conjunto de etapas o secuencias lineales, sino una guía de cómo intervenir, que se nutre y enriquece en la práctica de los distintos actores.

La metodología de intervención entendida como proceso, construye y reconstruye el desarrollo de la práctica. Es un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención pero fundamentalmente se considera una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social con el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional.

En este proceso se pueden combinar abordajes de carácter individual – familiar y distintas técnicas de acuerdo con la problemática del objeto de intervención, también se pueden orientar diversas alternativas de acción en las que están incorporadas las tres miradas de los actores de la intervención: la institución, el sujeto y el trabajador social.

Rozas Pagaza, denomina proceso metodológico a la secuencia de tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación, que generalmente se dan en la intervención profesional.

Para comprender la mencionada secuencia lógica, es necesario partir de la complejidad existente en la construcción del campo problemático en la intervención. Esta complejidad es expresión de un conjunto de dimensiones de la cuestión social que, para el trabajador social, se expresa en la difícil y contradictoria relación entre sujeto y necesidad. Esta relación es el eje que da direccionalidad a la intervención profesional.

El inicio metodológico de la intervención comienza por un recorte geográfico y social del contexto en el cual el profesional inicia su práctica. En un primer momento, llamado INSERCIÓN, se inicia el conocimiento de dicho contexto particular, a fin de establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica.

El proceso de ubicación, significa situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional, que son: los sujetos con sus demandas y la racionalidad que le dan a dichas demandas, la institución con sus propias demandas y su racionalidad respecto a la relación de los sujetos con sus necesidades y el trabajador social con su saber específico para analizar esa relación sujeto-necesidad como expresión complejizada de la cuestión social.

Para el trabajador social es el momento de reflexión, para establecer una estrategia de intervención, porque es la instancia de búsqueda del “sobre qué” de la intervención.

En este proceso de inserción se pueden establecer niveles de inserción que se desarrollan gradualmente por el carácter de complejidad de la realidad particular en la que se genera la intervención.

El proceso de conocimiento adquirido durante la inserción, nos posibilita tener elementos empíricos que necesitan ser analizados en la perspectiva de visualizar el campo problemático sobre el cual se precisaran los objetivos de la intervención profesional. Este es el sentido del DIAGNOSTICO en el proceso de intervención.

Es una instancia en la que se explicitan los nexos de la cuestión social relacionada a la satisfacción de las necesidades de los sujetos y que permite obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.

Es una síntesis donde se intenta develar la complejidad de las problemáticas que se han ido analizando en el transcurso de la inserción profesional.

Dentro del proceso de la intervención profesional, encontramos un tercer momento, llamado PLANIFICACION, está orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado en la realidad. Esta realidad es considerada compleja en la medida que los actores interactúan a través de distintas racionalidades y autoreferencias explicativas.

La planificación permite ordenar las acciones de estos distintos actores en función de objetivos específicos que orientan el desarrollo del ejercicio profesional y donde la participación de los actores a partir de un proceso real de elaboración y toma de decisiones, determina la viabilidad de la misma.

Una vez definida la intervención profesional del trabajador social y la metodología que se adopta como proceso de intervención, consideramos necesario describir cuál fue el sustento teórico de las actuaciones pre profesionales que dan origen al presente trabajo.

Tomamos el análisis planteado por Eroles, en su libro "Familia y Trabajo Social"⁵³ quien expone que la reconceptualización del Trabajo Social en América Latina y en casi todo el mundo posibilitó, superar el anacronismo de los llamados métodos de caso individual, grupo y comunidad, para incorporar definitivamente el concepto de

⁵³ Eroles, Carlos, coordinador. "Familia y Trabajo Social" Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Ed. Espacio 1998.

metodología única o integrada que parte del supuesto central de la inserción definitiva del trabajo social en el ámbito de las ciencias sociales.

En este trabajo el autor plantea como crítica que si bien se habla de metodología única e integrada, se puede decir, que, si bien se intento una integración metodológica, en la práctica, se ha seguido utilizando el marco referencial teórico tradicional, caso social individual, grupo y comunidad.

Kisnerman, señala al respecto: “la tarea de una disciplina que pretende ser científica es trabajar con clases de procesos, no con casos aislados e individuales. Lo individual nunca es tal. Hay siempre un sujeto relacionado, en una situación en la que están presentes las personas de los grupos a los que ha pertenecido o pertenece, en especial el de su familia en un contexto y una cultura determinados... desde nuestra perspectiva de método único, no hay diferencias esenciales entre trabajar con una persona o una vecindad. Resolver el problema de una persona es resolver la versión particular, singular, de una problemática general...”⁵⁴

TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS

Nos parece pertinente citar en primer lugar la definición de familia a la cual adherimos, ya que a su vez fue la que guió las intervenciones planteadas en el presente trabajo.

Elizabeth Jelin hace referencia al concepto clásico de Familia como la “institución social ligada a la sexualidad y a la procreación, que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, construyendo un

⁵⁴ Kisnerman, Natalio “Atención Individualizada y Familiar”, colección Teoría y Práctica del Trabajo social 7, Edit. Humanitas. Ba As, 1989.

espacio de convivencia cotidiana, el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva.”⁵⁵

En otro texto desarrolla y amplía el concepto de familia como “un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego, crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Posee la finalidad de generar nuevos individuos a la sociedad.”⁵⁶

Para intervenir con una familia hay que tener en cuenta que los cambios o transformaciones son lentos y dificultosos y que a menudo las intervenciones solicitadas requieren de una respuesta inmediata, un asesoramiento o una derivación oportuna.

En este sentido la planificación de la intervención y el seguimiento del proceso implica identificar la organización familiar, los aspectos saludables y sanos y los problemas, las situaciones de crisis y de ruptura, los recursos vinculares que poseen sus miembros, implícitos o no y los momentos y circunstancias en que pudieron superar conflictos.

El proceso dialéctico que se inicia entre el profesional y los miembros de la familia se da en forma simultánea entre los actores:

- En primer lugar las familias plantean las demandas sociales práctico-empíricas que dan lugar a la intervención.
- Comienza un proceso investigativo en donde es el profesional quien analiza con él o los miembros del grupo familiar, su organización, los conflictos y sus

⁵⁵ Jelin, E. “Familia: crisis y después...” en Vivir en Familia. Ed Losada. Buenos Aires 1994. P.24

⁵⁶ Jelin, E. “Pan y Afectos” Hacia las transformaciones familiares. Editorial: Fondo de Cultura.

contradicciones, vislumbrando su complejidad para descubrir, explicar y predecir los posibles efectos de las estrategias seleccionadas en la intervención que deben ser ordenadas para su posterior reflexión crítica.

Es necesario tomar conciencia de que no todos los problemas podrán ser solucionados. Esto depende de la organización de la familia, en el momento histórico, la vulnerabilidad de los sujetos los recursos vinculares de qué disponen, sus limitaciones y contradicciones y los condicionamientos a los que está sometido el grupo familiar y el profesional en relación a la institución donde está inserto y el momento histórico de la vida social.

Lo fundamental a considerar es que con la intervención familiar el profesional puede incidir en forma directa en la vida de la familia habilitando el desarrollo de su autonomía o reproduciendo condiciones de subordinación y sometimiento.⁵⁷

Tomando como referencia el trabajo de Donoso y Saldías, entendemos que el Trabajo Social con familias “es una forma especializada de Trabajo Social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares y considera el contexto en el cual ella está inserta. A través de éste se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, como los de la familia y los de las redes sociales”⁵⁸

En la actualidad las familias tienen múltiples configuraciones y como familia está sometida a grandes presiones y demandas mayores que en casi toda su historia. Además de sus funciones de reproducción y de socialización, aun tiene que seguir jugando un papel económico fundamental.

⁵⁷ Barg, Lilita: “Los vínculos Familiares: reflexiones desde la práctica profesional” (2003) Ed Espacio.

⁵⁸ Donoso Díaz María de la Paz; Saldías Guerra Paulina “Modelo De Intervención Para El Trabajo Social Familiar” 1998
www.ts.ucr.ac.cr

Además de ser un espacio de amor, de afecto, hoy día es el único espacio de pertenencia real del ser humano y donde se vive la intimidad. Estas múltiples exigencias a la familia se traducen en situaciones de conflicto o riesgo familiar y es aquí donde se visualiza la intervención del Trabajo Social. Los problemas se traducen en los motivos de consulta social, por los cuales llegan los “usuarios” o familias” a consultar al trabajador social.

Desde el enfoque planteado por Eroles⁵⁹, la sociedad democrática puede y debe promover un modelo plural y participativo de familia. Una familia plural en su forma, pero que destierre el autoritarismo de su seno. Donde las relaciones de los miembros de la pareja y con los hijos estén basadas en el respeto mutuo, el diálogo y la participación. Donde las responsabilidades y los trabajos sean compartidos y en la que las funciones paterna, materna y filial sean adecuadamente atendidas sin rigideces de roles ni estereotipias de género. Una familia en fin que exalte los valores de la igualdad, de la justicia, de la libertad, de la responsabilidad, de la solidaridad, como pautas creativas que posibiliten construir todos los días un micro cosmos, donde vivir bien – como decían los filósofos clásicos – sea el principal objetivo.

En nuestra realidad actual podríamos reconocer los siguientes tipos de familia:

- Familia con vínculo jurídico y/o religioso: por razones formales o por firmes convicciones religiosas la pareja solemniza su unión matrimonial.
- Familia consensual o de hecho: vínculo estable, con características casi idénticas al de la familia con formalización jurídica matrimonial.
- Familia nuclear: conformada por los padres y los hijos.
- Familia ampliada o extensa: hay convivencia de tres generaciones y/o la presencia de otros familiares convivientes.
- Familia monoparental: conformada por el o los hijos y solamente el padre o la madre como cabeza de familia.

⁵⁹ Op. Cita Eroles, C. 1998. Pág.147-148

- Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de hijos de distintas uniones: grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido (uno o ambos) experiencias matrimoniales anteriores.
- Familia separada: aquellos padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos.
- Grupos familiares de crianza: situaciones particulares como la adopción, el prohijamiento (práctica solidaria consistente en proteger a los huérfanos o abandonados dentro de la propia comunidad), los nietos a cargo de abuelos, etc.
- Familiarización de amigos: se reconoce una relación familiar muy estrecha a los que son entrañablemente amigos.

TECNICAS DE INTERVENCION

Para llevar a cabo la metodología planteada nos servimos de distintas técnicas, las cuales son necesarias para operativizar la intervención. Para ello nos basamos en el análisis planteado por Vélez Restrepo⁶⁰ quien plantea que: "la instrumentalidad de la profesión está soportada en un conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social."

El instrumental constituye un puente o instancia de paso que conecta intención-concepción y operacionalización de la acción, contribuyendo al control, evaluación y sistematización y está presente en todos y cada uno de los momentos que conforman los procesos de la actuación profesional específica.

Como generadoras de situaciones y actos de comunicación, las técnicas posibilitan la lectura, comprensión y análisis de los sujetos, contextos y situaciones sociales (específicas y generales) donde se actúa, siendo inconveniente al asumirlas como simples recolectoras de información.

⁶⁰ Velez Restrepo Olga Lucía "Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas" Editorial Espacio. Año 2003

La metodología está íntimamente ligada con lo instrumental, definiendo las razones, pasos y momentos que motivan y posibilitan su utilización. Lo instrumental vincula la lógica general del proceso con las operaciones concretas, tendiendo un puente entre la relación profesional, el mundo social y la interacción reflexiva, como escenario y objeto de la acción social.

Las metodologías y las técnicas, deben responder a las urgencias sociales de las sociedades contemporáneas. Las técnicas deben estar en capacidad de ayudar a descubrir, construir y deconstruir lo que subyace en la sociedad, no solamente describiendo las tendencias medias que agrupan comportamientos y situaciones, sino también generando información que dé cuenta de prácticas y experiencias diversas y minoritarias.

El diálogo, la escucha, la creatividad, la reflexión crítica y la observación deberán iluminar la selección y utilización de las técnicas construyendo pistas y claves que apoyen la búsqueda interactiva de comprensiones que hagan posible y pertinente la actuación profesional contemporánea. Se entiende:

- La escucha: es algo más que oír, es dejarse tocar por el relato del otro replanteando posturas, confrontando y validando las propias.
- El diálogo: es un autoexamen que reconoce la dualidad existente entre la unidad del yo y comienza con uno mismo. Es un proceso comunicativo de ida y vuelta que tiene como telón de fondo la escucha.
- La creatividad es un acto ético que liga el conocimiento con la creación, impulsa la búsqueda hacia la construcción de mundos nuevos y distintos.
- La reflexión crítica: es un proceso mediante el cual se toma clara conciencia de lo que ocurre en nuestro interior, reconociendo límites y posibilidades y estando abiertos a reconocer y aprender de los errores.
- La observación: alude a la capacidad de asombro y de pregunta que moviliza la posibilidad de descubrir lo nuevo en el rastro de lo aparentemente establecido.

Algunas de las técnicas que consideramos centrales dentro del Trabajo Social y que hemos empleado en la realización del presente trabajo son:

- **La Entrevista:** es un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicados.

La situación de la entrevista coloca a la experiencia en el centro de la acción y el contacto dialógico y narrativo se desenvuelve en ella, de manera reflexiva con razón y corazón. El tipo de interacción presente en la entrevista da cuenta de una compleja trama de relaciones humanas y sociales configuradas mediante juegos de antecedentes o precedentes que están atravesados por la ética y la experiencia.

Graciela Tonón⁶¹ considera que pensar la entrevista en Trabajo Social como una técnica de actuación profesional, es reconocerse “artesano”, es iluminar la especificidad profesional que implica no sólo la comprensión de situaciones singulares y su contexto (recopilación de información), sino también un despliegue de un proceso de transformación de esa situación problemática inicial que convoca a la actuación. La observación constante del encuadre disciplinar, permite evitar tanto las actuaciones profesionales que conceden a la entrevista únicamente la posibilidad de indagar, haciendo del momento de apreciación diagnóstica el momento único del proceso de actuación profesional; como las que la utilizan como instancia para verbalizar instrucciones/ recomendaciones estandarizadas que no visualizan ni comprenden la heterogeneidad de las situaciones vividas por los sujetos.

Finalmente se entiende que la entrevista en trabajo social es una técnica de interacción social que se funda en la relación interpersonal que permite la

⁶¹ Tonón Graciela. “Las técnicas de actuación profesional” Editorial Espacio. Año 2005

comprensión de una situación intersubjetiva, la construcción de un problema que requiere ser transformado y el tránsito por un proceso de actuación que permita alcanzar la transformación.

- **La Observación:** es una estrategia de actuación profesional que posee la virtud complementaria de ampliar las perspectivas y visiones sobre los asuntos o problemas sociales, siendo más funcional utilizarla confrontando, triangulando, precisando o ratificando las informaciones y elementos que otras técnicas y herramientas proporcionan.

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

El conjunto de procedimientos sistemáticos empleados para hacer de la observación un proceso de aprehensión de la situación social que se estudia, está caracterizado por el realismo contextual, la reconstrucción de significados (desde la perspectiva de los sujetos involucrados) la contrastación de versiones y la participación endógena.

- **Técnicas Documentales:** el material documental, que generalmente se utiliza para apoyar procesos de actuación profesional, es producido en contextos y tiempos distintos a aquellos en que transcurre la acción social específica, haciéndose necesaria su complementación proyección y contextualización.

La documentación está conformada por todo tipo de registros escritos, visuales y audiovisuales (periódicos, boletines, actas, informes, cartas, fotografías, películas, afiches, entre otros). Las representaciones, sentidos y estéticas presentes en los materiales visuales y audiovisuales, son voceros

de manifestaciones e identidades culturales que empiezan a proyectarse como signos representativos de una nueva y compleja sociedad.

El trabajo documental tiene que enfrentarse como un proceso claro, riguroso y flexible de pesquisa que contribuya a identificar los patrones subyacentes en la situación a estudiar. En la implementación de las técnicas documentales está inmerso todo un trabajo de artesanía intelectual constituido por tareas, actividades y procedimientos operativos y cognitivos (tales como rastreo, inventario, clasificación, sistematización, registro y análisis, entre otros) casi siempre invisibles, pero fundamentales para el logro de los objetivos.

Una técnica de registro empleada en la presente tesis, para la presentación de los casos sociales seleccionados es el Familiograma, entendido como una herramienta que sirve de base para realizar una reconstrucción social, con el trazado de claves y pistas que orientan la acción profesional (Vélez Restrepo, O – pág. 122). Posibilita la observación de la organización del grupo familiar y permite visualizar las redes sociales y la vinculación comunitaria.

TRABAJO SOCIAL EN SALUD

El estudio de los modelos de intervención en Salud, requiere una permanente contextualización, tanto en relación, a lo que está ocurriendo en el seno de la sociedad; es decir: cómo se perciben las prácticas en este campo; cual es el nivel de demanda más significativo; cuales son las condiciones sociales, económicas y políticas imperantes; cómo así también, cuáles son los paradigmas explicativos más relevantes, dentro del campo de la salud como dentro de cada uno de los modelos profesionales.

Un paradigma “se constituye por las realizaciones científicas universalmente reconocidas, las que durante cierto tiempo proporcionan modelos de conocimientos a

una comunidad científica determinada. Comprende los supuestos teóricos, leyes, técnicas, generalizaciones simbólicas, métodos, analogías y ontologías, problemas y soluciones” (Díaz, E. P:123).

Para analizar la intervención del Trabajador Social en salud tomaremos desde el análisis planteado por Carballada⁶², cuatro modelos:

- a) Un modelo signado por los acontecimientos de la década de los sesenta, que denominamos “Desarrollista”, con cambios significativos durante el final de la misma.
- b) Un modelo que se relaciona con la crisis de paradigmas vigentes dentro del campo del Trabajo Social y la salud en la década de los sesenta que la mayoría de los autores dentro del Trabajo Social denominan “Reconceptualización”.
- c) Un modelo relacionado con los cambios contextuales y de paradigmas explicativos que aparece en la década de los ochenta denominado dentro del campo del Trabajo Social como “Trabajo Social Alternativo”.
- d) La emergencia de un modelo en la década de los noventa, que se vincula fundamentalmente con la emergencia de nuevas cuestiones sociales, las formas actuales de las Políticas Sociales y las nuevas tendencias dentro de la profesión que denominamos de “Intervención en la Nueva Cuestión Social”.

Confeccionamos un cuadro donde se detallan las características más destacadas de cada modelo:

⁶² Lic. Alfredo J. M. Carballada; Lic. Mariano Barberena; Lic. María Claudia Belziti; Lic. Mariela Mendoza; Lic. Marina Capello(2002) “Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación” . Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición n° 27

MODELOS DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	TRABAJO SOCIAL EN SALUD	CONTEXTO HISTÓRICO
DESARROLLISTA	<ul style="list-style-type: none"> -Enfocada al desarrollo de la comunidad. -En los años 60 la intervención se subdivide en caso, grupo y comunidad. -Búsqueda de participación comunitaria por medio de estrategias de intervención que van más allá del caso individual. 	<ul style="list-style-type: none"> -Salud comunitaria, relacionada con corrientes sanitaristas. -Visión crítica de los condicionantes estructurales del proceso salud – enfermedad. -Planificación normativa, participación del Estado en términos de ordenamiento. -Desarrollo de áreas programáticas alrededor de hospitales o unidades sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> -Politización de casi todos los sectores sociales. -Crecimiento del papel de la mujer en el mundo del trabajo, nuevas conformaciones de la familia, nuevas pautas de consumo, fuerte presencia de los medios de comunicación. -Se generan nuevos interrogantes hacia lo social. -Paradigma de la “modernización”,

			el Estado aporta innovación técnica a fin de modificar costumbres e intervenir sobre las resistencias al cambio.
RECONCEPTUALIZACION	<p>-Surge como una corriente que busca cambiar los presupuestos básicos del Trabajo Social.</p> <p>-Los aportes teóricos y metodológicos del modelo anterior son revisados desde una visión crítica y resignificados en base a los conceptos de concientización, praxis y transformación de la realidad.</p> <p>-Se busca lograr un proceso de “concientización” en los grupos y comunidades.</p>	-La aparición de lo social significó la construcción de equipos interdisciplinarios.	<p>-Se busca cambiar la comunidad o sociedad.</p> <p>-Paradigma de la Dependencia, de carácter económico-estructural con influencia neo-marxista. Contradicción centro-periferia.</p>
	-Retroceso del modelo anterior, se vuelve a	-Desmantelamiento del sector salud en cuanto a	-En 1976 se produce un golpe

<p>TRABAJO</p>	<p>prácticas desarrollistas. -Se restringe el trabajo comunitario.</p>	<p>prestaciones y camas hospitalarias. -Con la recuperación de la democracia, surge una nueva visión</p>	<p>de Estado y se instaura una dictadura militar. -Caída del Estado de Bienestar.</p>
<p>SOCIAL</p>	<p>-Se incrementan las demandas hacia los servicios sociales como efecto de la crisis socioeconómica.</p>	<p>participacionista de la intervención en especial dentro del trabajo comunitario.</p>	<p>-Políticas sociales restringidas y residuales con tendencia a la focalización.</p>
<p>ALTERNATIVO</p>	<p>-Con la recuperación de la democracia surgen nuevas posibilidades de intervención ante las nacientes demandas sociales, relacionadas con los "nuevos movimientos sociales". -Revalorización de lo popular en términos de "cultura de resistencia" y de trabajo conjunto con los sectores populares. -Sistematización como vía de análisis y estudio de la intervención a fin de construir categorías</p>	<p>-Se reafirman los postulados de atención primaria de la salud, buscando desarrollos locales, sostenidos y sustentables.</p>	<p>-Mediados de los ochenta se recupera la democracia. -Emergencia de los "nuevos pobres"</p>

	nuevas.		
NUEVA CUESTIÓN SOCIAL	-Cuestionamiento a la profesión desde la institución. -Redefinición de postulados básicos.	-Crisis de validez con respecto a las prácticas y las instituciones.	-Aparición de nuevas problemáticas como la exclusión, los procesos de precarización y vulnerabilidad. Deterioro de la noción de ciudadano.

PRACTICA PRE - PROFESIONAL SUPERVISADA

La presente tesis se enmarca dentro de la práctica pre profesional propuesta por la cátedra "Supervisión" del último año de formación de la carrera Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Esta asignatura, tiene como objetivos:

Objetivos generales:

- Promover la valorización de la supervisión como una práctica sistemática de enseñanza y formación permanente que contribuye a la construcción y apropiación del rol específico como compromiso ético - político.
- Incorporar la supervisión como proceso necesario para el ejercicio de una práctica consciente competente, rigurosa en lo metodológico, abierta a la investigación y la actualización permanente y contextualizada histórico-culturalmente.
- Realizar una práctica supervisada del abordaje de la dimensión individual-familiar, con soportes para la confrontación, integración y desarrollo de sus conocimientos en el

contexto de una realidad institucional y la interpretación de la complejidad de los procesos que condicionan.

Para el logro de los mismos, la cátedra se orienta en dos bloques, con días y horarios diferenciados:

a. Un eje vertebrador común a los distintos campos (educación, justicia, acción social y salud) dictado los días jueves con una carga de 3 hs. semanales, donde se busca trabajar cuestiones transversales como ser: concepto de supervisión, la institución, atención social de la demanda individual familiar, la relación, etc.;

b. Un espacio de 2 hs. semanales ubicado los días martes, destinado a profundizar temáticas propias del campo de la salud: estructura del sistema de salud en la República Argentina: efectores y niveles de atención, políticas públicas, salud como institución, concepciones, teorías, sistemas de información, clasificación y evaluación de calidad, Trabajo Social y salud, problemáticas prevalentes y formas de abordaje. Normativas, código de ética en relación con el campo.

Las actividades y estrategias pedagógicas están orientadas a favorecer la aproximación gradual hacia estos ejes, problematizando en cada una de las unidades los contenidos, utilizando para ello: presentación y análisis de casos que representan intervenciones en diversas instituciones donde los alumnos realizan sus prácticas de pre grado.⁶³

Nos parece pertinente citar a los siguientes autores que fueron parte de la bibliografía planteada por la cátedra para el análisis de nuestra práctica.

Según Kisnerman⁶⁴, la supervisión es un proceso de reflexión crítica sobre la práctica profesional y una práctica en sí, en tanto utiliza un conjunto de estrategias y tácticas de intervención para lograr determinados objetivos en una situación de aprendizaje. La supervisión debe entenderse como una asesoría, un seguimiento, un apoyo profesional

⁶³ Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Departamento de Servicio Social. Cátedra Supervisión. Plan de Trabajo del Equipo Docente. Año 2009

⁶⁴ Kisnerman Natalio; "Reunión de Conjurados", Editorial Lumen – Humanitas, 1999.

que se construye con los supervisados en la práctica, siguiendo siete instancias programadas, que podemos denominarlas como:

- encuadre y revisión conceptual – metodológica;
- inserción en un área, centro o ámbito de trabajo;
- propuesta de proyectos alternativos;
- desarrollo del trabajo de campo;
- registro de la información;
- sistematización del proceso y de conocimientos;
- evaluación.

Según Aguilar Idañez⁶⁵, la supervisión es un proceso sistemático de control, seguimiento, evaluación, orientación, asesoramiento y formación; de carácter administrativo y educativo; que lleva a cabo una persona en relación con otras, sobre las cuáles tiene una cierta autoridad dentro de la organización; a fin de lograr la mejora del rendimiento del personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios.

En el aspecto administrativo de la supervisión encontramos las siguientes funciones: evaluación, seguimiento, control, mediación y estímulo, en el aspecto educativo, las funciones son de orientación, asesoramiento, guía y formación, pretendiendo fundamentalmente “enseñar a hacer”. Las funciones específicas de la supervisión son:

Relativas a la supervisión de estudiantes de Trabajo Social:

- La aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en el aula, el trabajo o tarea que se le haya asignado en su campo de prácticas.

⁶⁵ Aguilar Idañez María José; “Introducción a la supervisión”, Editorial LUMEN, 1994

- El conocimiento de sus potencialidades para el ejercicio profesional del Trabajo Social (ayudar al autoconocimiento del supervisado, con el fin de corregir obstáculos o limitaciones y potenciar sus cualidades).
- El proceso de madurez emocional, aprendiendo a no efectuar juicios que impliquen un juzgamiento moral de la persona, asumiendo su tarea con responsabilidad, adquiriendo progresivamente mayor independencia, flexibilidad metodológica y estableciendo relaciones positivas con individuos y grupos.
- La integración de la profesión, ir adquiriendo el perfil profesional propio del Trabajo Social y saber cuáles son tareas específicas cuando se actúa con otros profesionales.

Según Kisnerman: El encuadre son todas aquellas condiciones para hacer una tarea determinada sobre acuerdos mutuos entre los actores que la realizan. Es un *no* proceso para dirigir el proceso de supervisión hacia un objetivo. No es rígido ni exageradamente flexible, pero mantiene una estabilidad mínima en el cumplimiento de los objetivos convenidos.

Cada supervisor determina desde qué esquema conceptual–metodológico ó paradigma va a trabajar. Esto configura el primer cuerpo de constantes. El segundo lo integran las constantes témporo–espaciales y el tercero las constantes de funcionamiento, que son las que facilitan la tarea, como ser lo referente a roles, relaciones, objetivos, entre otros.

Spilka distingue tres tipos de encuadres:

- Encuadre continente: es el que contiene emocionalmente las ansiedades, aquello que se hace intolerable para que sea reelaborado y devuelto al grupo;

- Encuadre recipiente: es aquel en el que se deposita lo rechazado, lo negativo, sin intentar su elaboración y devolución (“el grupo no sirve para solucionar mis problemas de práctica”);
- Encuadre depresivo: es el que reduce las expectativas a condiciones mínimas y reales de funcionamiento, descartando toda omnipotencia en el supervisor.

El encuadre se construye después de evaluar una situación y precisar en qué condiciones vamos a trabajar con los supervisados y en concordancia con el esquema conceptual–metodológico que fundamenta la acción.

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

- Crear un ambiente adecuado que favorezca el trabajo de supervisión.

Hay dos aspectos a considerar: respecto a la organización, las sesiones deben acordarse previamente, así como su duración, deben ser periódicas, en función del grado de experiencia del supervisado, deben ser privadas y sin interrupciones de ningún tipo.

Por otra parte, debe existir un ambiente psicológico adecuado, para lograrlo se debe tener en cuenta que: la ansiedad es normal cuando se trata de aprender algo nuevo o cuando se enfrenta una nueva experiencia; conviene aceptar, en un primer momento, las técnicas y procedimientos profesionales utilizados por el supervisado, para luego ir confrontando su utilidad con la práctica; buscar el consentimiento y convencimiento del supervisado al momento de introducir cambios de tipo procedimental; si se trata de cambios actitudinales, se debe analizar el

grado de apertura que tiene el supervisado, para cambiar algunos aspectos de su forma o modo de actuar.

- Adaptabilidad y flexibilidad operativa en la tarea de supervisión: las sesiones de supervisión deben considerarse desde una perspectiva esencialmente dinámica, de modo que el proceso de supervisión se adapte continuamente a las situaciones particulares que son siempre cambiantes.
- Iniciar el proceso de supervisión desde el nivel de conocimientos y experiencia del supervisado.
- Tener en cuenta las características específicas del aprendizaje adulto.
- Criticar constructivamente en un proceso de retroalimentación.
- Potenciar personal y profesionalmente al supervisado: la supervisión no es sólo una labor de conducción-dirección, también debe contribuir al incremento de la responsabilidad en los supervisados y ayudarles en su proceso de madurez profesional.
- Registrar la información.
- Confidencialidad.

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

- a) La etapa de la conciencia agudizada de uno mismo, cuyo ejemplo clásico es el “temor a lo desconocido”. En el primer momento, la necesidad de enseñanza en el proceso de supervisión deberá estar centrada en la persona más que en la materia. El papel del supervisor en esta etapa es de dar seguridad, “ayudar al aprendiz a encontrar la base sólida de la adecuación personal que ya posee y a posicionarse ante la nueva experiencia”
- b) La etapa de “nadar o ahogarse”, donde el aprendiz está confuso y siente la necesidad de aferrarse a algo, de buscar en cada situación algo a lo que pueda responder. Lo importante es comprender que la mejor manera de aprender es haciendo cosas, y para aprender, el supervisado tiene que hacer algo. La relación con el supervisor puede ser tan estimulante como protectora si ofrece una imagen de lo que es una buena realización, tranquilizando al mismo tiempo al trabajador en el sentido que no espera de él que lo logre inmediatamente.
- c) La etapa de “comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella”, el aprendiz comprende lo que debería hacer sin que le supervisor se lo diga. Este es el momento culminante del proceso de supervisión, ya que es en esta etapa cuando la situación de aprendizaje ofrece grandes oportunidades, puesto que una crítica constructiva puede aceptarse y aprovecharse mucho mejor que en etapas anteriores. Y será en ese momento cuando se capte la verdadera significación de la relación con el supervisor y se comprenda su utilidad: “cuando el trabajador – aprendiz llegue a reconocer que la buena disposición para admitir un error y la capacidad de analizarlo, así como el pedir ayuda para que se pueda reorientar el uso de lo ya comprendido, caracterizan más a una persona fuerte y no a la débil.”

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

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

SISTEMATIZACION

La propuesta de nuestra tesis es realizar una sistematización de la práctica pre profesional supervisada que llevamos a cabo, para tal motivo nos parece pertinente citar la definición de sistematización a la cual adherimos y desde la cual partimos para realizar el análisis de lo trabajado.

La sistematización es una forma científica de conocer nuestras realidades contextuales y nuestra realidad a partir de nuestras propias experiencias.

Es un proceso que nos permite aprender de nuestra práctica, podemos redescubrir lo que hemos experimentado, pero que aún no lo asimilamos en un cuerpo “teórico” propio.

Sistematizar es un proceso de conocimiento que no sólo reconstruye y ordena la experiencia en forma integradora, sino que también la interpreta. Esto permite que los sujetos o actores de las experiencias aprendan de ellas y utilicen los conocimientos que

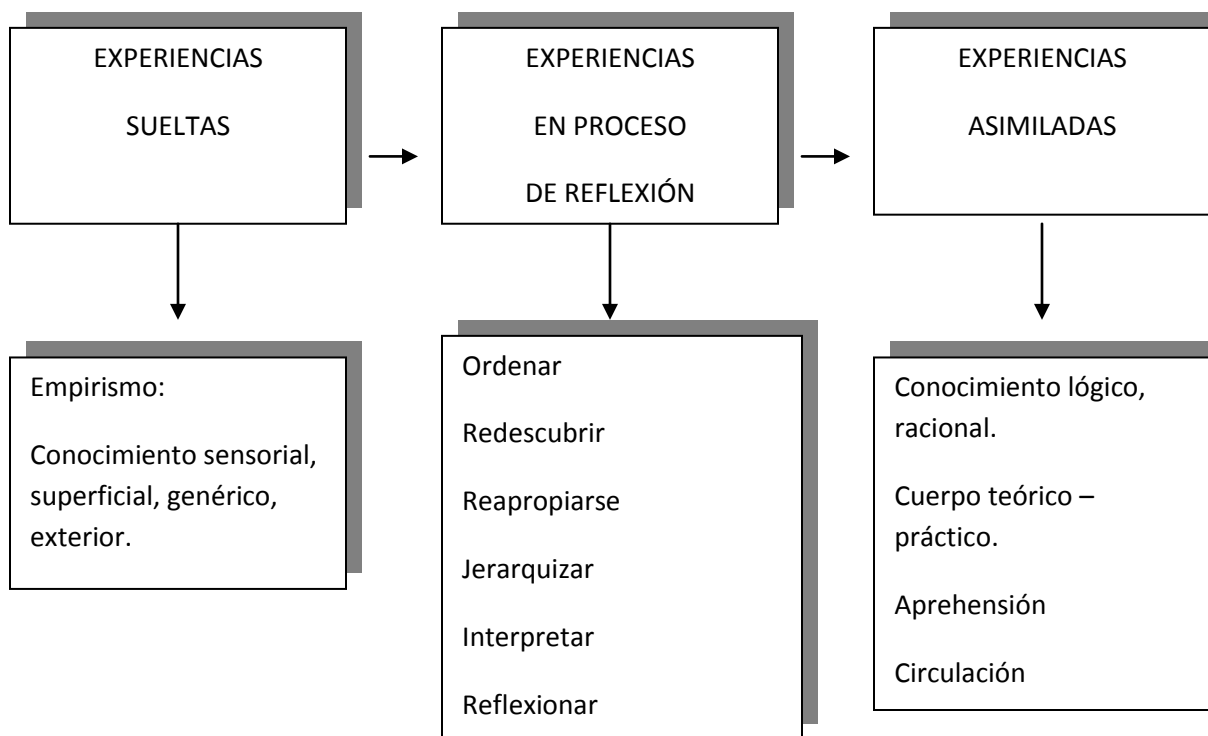
han producido para mejorarlas y transformarlas. Este proceso de conocimiento utiliza tanto datos cualitativos como cuantitativos.

La sistematización permite tener una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos con el fin de comprender y mejorar nuestra propia práctica.

Asimismo sirve de base para la teorización y la generalización y para extraer enseñanzas y compartirlas. En síntesis, el proceso de sistematización permite *“pensar en lo que se hace”*

En conclusión, puede definirse a la sistematización como un proceso de adquisición del conocimiento que hace posible rescatar, descubrir, ordenar, jerarquizar, interpretar y reflexionar sobre las experiencias, conociéndolas no como experiencias aisladas sino en contextos y en procesos dinámicos y que nos permite modificar, mejorar o adecuar prácticas entre todos los agentes y actores sociales involucrados en ellas.

El proceso de sistematización puede graficarse de la siguiente manera:



Para Oscar Jara “la sistematización permite:

- Tener una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos, con el fin de mejorar la propia práctica.
- Compartir con otras prácticas similares las enseñanzas surgidas de la experiencia.
- Aportar a la reflexión teórica (y en general a la construcción de teoría) conocimientos surgidos de prácticas sociales concretas.”⁶⁶

Ampliando estos aportes podemos decir que la sistematización como proceso ordenador y esclarecedor de las experiencias aporta al desarrollo de la intervención profesional en tanto:

- Permite reflexionar y comprender cómo se desarrolla la experiencia, nos permite responder a preguntas centrales como por ejemplo ¿por qué la experiencia se dio de esa manera? ¿cuál fue la secuencia de trabajo? ¿qué criterios orientaron la toma de decisiones teóricas, metodológicas, técnicas?
- Permite confrontar la propia intervención con otras experiencias ya sistematizadas, siempre con el sustento teórico pertinente. De este modo es posible comprender la lógica y el sentido de la intervención profesional, advirtiendo la articulación entre las intenciones y las realizaciones, identificando el estilo de interacción entre los profesionales y los sujetos participantes en el proceso.
- Posibilita superar el activismo, es decir la práctica rutinaria donde el agente que la ejecuta pierde toda perspectiva y es subsumido por los acontecimientos cotidianos, sin la proyección del para qué y el hacia dónde se apunta. La sistematización nos permite advertir que el hacer por sí mismo no tiene sentido, la reflexión mecánica de actividades y procedimientos, es decir, la pérdida de perspectiva de la práctica.

⁶⁶ Jara, Oscar en “Para Sistematizar Experiencias, Una propuesta Teórica y Práctica”. Tarea, Lima, 1994.

- Permite una comunicación más fluida entre los procesos y los resultados de intervención, facilitando confrontar experiencias particulares con otras quizá de mayor trayectoria.
- La sistematización al relacionar el núcleo de la experiencia con el proceso social en que está inserto, permite contribuir a la construcción de una nueva sociedad, desde nuestras experiencias. En tanto la sistematización permite recuperar el protagonismo central a las personas y grupos que participan de la experiencia, hace posible que puedan ver sus esfuerzos, logros y limitaciones, siendo un buen referente para avanzar en sus propuestas de desarrollo.
- Los conocimientos que se producen mediante el proceso reflexivo y analítico de la sistematización aportan un entendimiento conceptual de los fenómenos y procesos que se vinculan a la intervención profesional.
- El acopio de resultados de sistematizaciones sucesivas en una misma línea de intervención frente a problemáticas similares, que pueden ser comparables y acumulables, constituye un buen recurso para la producción teórica.

2
Segunda
Parte

Trabajo
de Campo

INTRODUCCION

En esta segunda parte de nuestra tesis, describiremos la practica pre - profesional supervisada realizada en el subcentro de salud Libertad, lo cual implica conocer al barrio, su población, la institución, su estructura y organización, el servicio social y sus funciones, entre otros.

Plantearemos como se llevo a cabo nuestro proceso de aprendizaje supervisado, incluyendo la experiencia en sede como así también lo vivenciado en la cátedra.

Realizaremos una selección de seis casos de acuerdo a su representatividad, respecto a las problemáticas más frecuentes observadas en el Servicio Social de la institución.

Para ello, utilizamos como técnicas de recolección de datos, la observación directa; observación indirecta, la cual consistió en el relevamiento de documentación y auditoria de historias clínicas, legajos, actas; entrevistas dirigidas o semiestructuradas tanto en sede como en domicilios.

CARACTERIZACION DEL BARRIO Y SU POBLACION (ver anexo nº1)

El barrio Libertad, se encuentra emplazado en el sector Noreste de la ciudad de Mar del Plata. La edificación y servicios con los que cuenta se dividen en dos sectores, delimitados por la avenida Libertad:

De Libertad hacia Luro, hay un gran número de viviendas tipo chalet o estilo americanas, en su mayoría terminadas; cuentan con servicios de agua corriente, instalación de gas, cloacas y energía eléctrica. La mayoría de las calles son asfaltadas, aunque se encuentran en un avanzado estado de deterioro.

De Libertad hacia la costa, se observan construcciones más sencillas y viviendas sin terminar, predominando los techos de chapas, las paredes sin revoque y pisos de cemento.

Quienes viven allí poseen energía eléctrica, en su mayoría a través de medidores sociales, o conexiones clandestinas. Cuentan con el servicio de agua corriente, aunque no poseen tendido de cloacas, en su lugar tienen pozo ciego. El servicio de gas, en su mayoría, es por medio de garrafas. Actualmente se están realizando las obras de infraestructura pública de desagüe y cloacas.

La mayoría de las calles son de tierra y granza y sólo están asfaltadas las calles que forman parte del recorrido del transporte público.

En el barrio existen algunos terrenos baldíos o zonas que son utilizadas por los vecinos para depositar basura. Algunos de estos basurales se encuentran localizados en: Errea y F. Acosta – Pigue y 11 de Septiembre – Itzaingo y 200 – Libertad y 202 – Brandsen y Canadá – 212 y Berutti – Libertad y 238 – Bradley y 198 – Strobel y 202, entre otros.

Los comercios más frecuentes que se observan son almacenes, verdulerías, kioscos, rotiserías, ferias americanas, compra venta de cartones, vidrios, etc. en su mayoría están instalados en domicilios particulares de manera informal; ubicados por la Av. Libertad desde Brasil a Bolivia y en la calle Berutti desde Wilde a Canadá.

Otro aspecto a mencionar es la presencia de numerosas quintas de producción hortícola en el área programática, la mayoría emplazadas desde la calle Rep. Árabe Siria hasta la zona del barrio Ameghino y hacia el Este desde la calle R. de Sudáfrica hacia el barrio Virgen de Lujan. Cabe destacar que según relatos de personas que viven hace más de 30 años en el barrio, anteriormente este sector de la ciudad poseía características de ruralidad donde predominaba la producción hortícola y desde hace 20 años aproximadamente, fue urbanizándose paulatinamente.

Consideramos que aún las familias que residen en la zona urbanizada emplazada desde Av. Libertad hacia el Norte, mantienen características propias del ámbito rural; se observa la presencia de huertas en las viviendas y cría de animales de granja.

De acuerdo a las manifestaciones planteadas por los habitantes del barrio, las problemáticas sentidas se relacionan principalmente con la inseguridad, generada por los numerosos puntos de venta de drogas instalados, los frecuentes enfrentamientos armados entre jóvenes, los robos a cualquier hora del día, la escasa presencia de la policía y las estrategias que los vecinos adoptan como forma de defensa. A su vez, desde el trabajo en la red interinstitucional pudimos observar otras problemáticas manifiestas como la falta de espacios de recreación públicos, el descuido de los espacios verdes, la falta de infraestructura pluvial, la ausencia de lugares de atención y tratamiento para personas con problemas de adicciones.

La población está constituida principalmente por familias jóvenes nucleares; como así también podemos encontrar familias extensas; donde conviven nuevos grupos con

sus familias de origen. Son grupos familiares numerosos, ensamblados, familias de hecho, con padres adolescentes y adultos jóvenes.

Según datos del Censo de 2001⁶⁷, la población total del barrio es de 17.097 habitantes.

También encontramos la siguiente clasificación según grandes grupos de edad:

Grupo etario	Varones	%	Mujeres	%
De 0 a 14	2894	33.9	2659	31.1
De 15 a 64	5233	61.3	5402	63.2
65 y mas años	416	4.9	493	5.8

Siguiendo la citada fuente, en el área programática se encuentran un total de 5297 hogares, de los cuales 4455 se encuentran ocupados. De estos últimos el 16.2 % presentan Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I)

Desde el Servicio Social, de la institución se han relevado un total de 213 historias clínicas dentro del Programa Materno Infantil correspondientes al período diciembre 2009 – enero 2010 y se obtuvieron los siguientes resultados:

Composición del hogar

Familia nuclear	Familia extensa	Familia Monoparental
132	71	10

⁶⁷ Datos aportados por el área de Epidemiología de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. Aún no se encuentran disponibles los datos del Censo realizado en el año 2010.

Ocupación del referente económico

- Empleados de la construcción: 60
- Empleados de fabricas de pescado:11
- Comerciantes:3
- Empleados de comercio u otros:45
- Empleados gastronómicos:13
- Operarios fabriles: 5
- Oficios (Carpintero, electricista, herrero, jardinero, plomero): 25
- Desocupados:9
- Detenidos 3
- Empleados de transporte (remisero/taxista): 7
- Repartidores 4
- Empleados rurales 4
- Seguridad pública y privada. (policías-vigilancia): 9
- Estudiantes 2
- Otros (artesanos, DJ, pastores, jugador de futbol) 4

En su mayoría se tratan de empleos inestables (obrero de la construcción, cuentapropista con oficios) y trabajos de temporada (gastronomía, fileteros)

Las instituciones con las que cuenta el barrio son:

➤ Educativas

Jardines de Infantes

- Provincial N° 907. (B° Ameghino) 25 de Mayo 10.364. Tel. 4770902
- Municipal N° 5. Maipú 8641 Tel. 487-1493
- Municipal N° 30. Brasil 730
- Provincial N° 942. Balcarce y 208 Tel: 487-8073
- Municipal N° 2. Tel. 487-1090 3 de Febrero y 222
- Provincial N° 944. Brandasen 9855

Escuelas Primarias

- Provincial N° 34. 3 de Febrero 8849 Tel. 487-3608
- Provincial N° 59 (B° Ameghino). Luro 10.034 Tel 477-0902
- Provincial N° 66 Valencia 9067 Tel. 487-8180
- Provincial N° 72. Brandsen 9900Tel 487-9390
- Municipal N° 2 Intend. Cayrol. 3 de Febrero 9.511 Tel. 487-8397
- Municipal N° 9 Intend. Camusso. Pigue 626 Tel. 487-4169.

Escuelas Secundarias de Formación Media

- Anexo de E.M N°.6, 3 de febrero e/ 208 y 210
- Municipal ESB N° 109 Intend. Camusso. Pigue 626 Tel. 487-4502
- ESB N° 46 Brandsen 9900 Tel. 487-9390
- EEM. N° 6 Luro 9.430 Tel. 487-4505 (B° Ameghino)
- Provincial N°22 3 de Febrero 8849
- Municipal N° 102. 3 de febrero y Ecuador.

Escuelas de Enseñanza Especial

- Prov. 511 (mental leve) Luro 9.254 TEL. 477-0126
- Provincial N° 516 Pierre Marie. Canadá 1.469 Tel. 487-1934

Escuela de Adultos

- Prov. 724 (primaria) Pigue 626
- Prov. 725 (primaria) Luro 10.341 TEL 477-0902 (B° Ameghino)
- Prov.726 (primaria) 3 de febrero 8849
- Prov. EEM N° 6 (secundaria) Luro 9430 TEL 487-4505
- CEA N° 724. Sociedad de Fomento Libertad. Ayacucho 8951

La mayoría de los niños asisten a las instituciones educativas mencionadas y a las escuelas de los barrios Virgen de Luján, Etchepare, Malvinas Argentinas.

➤ Seguridad

- Comisaría Sexta: República del Líbano 1130 Tel. 477-5044

➤ Sociales

- Sociedad de Fomento Libertad: Ayacucho 8971. Tel 487-9223
- Comedor Pro-Bienestar. Bayley e/ 3 de Febrero y 9 de Julio (PAMI)
- Asociación Vecinal “Emir Juarez” Bayley y 11 de Septiembre.
- Agrupación Nueva Esperanza Brandsen y 214.

➤ Religiosas

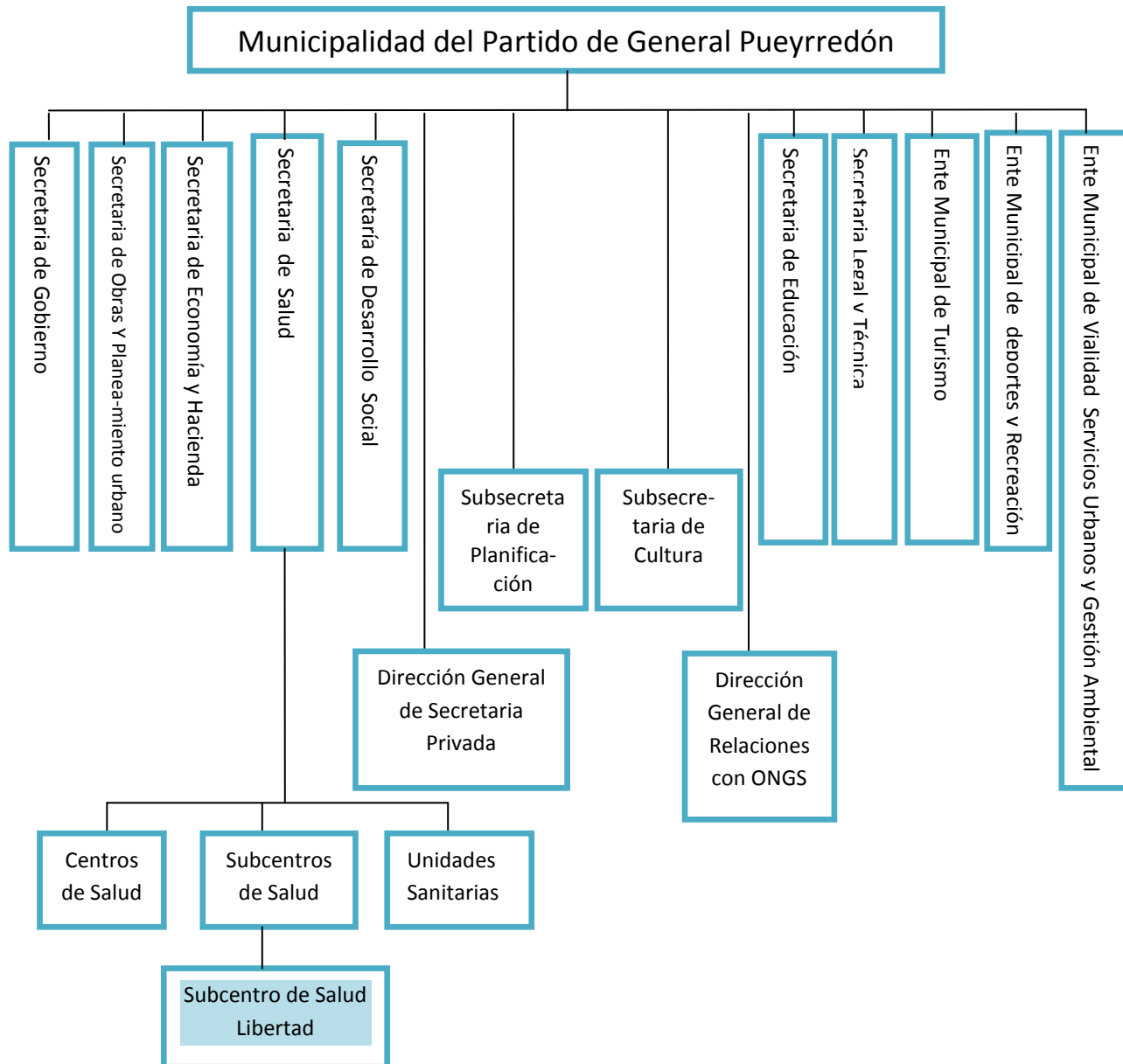
- Comunidad eclesial de base Ntra. Sra. De Itati, Bayley N° 1313.
- Comunidad eclesial de base Ntra. Sra. De los Milagros, Brandsen N° 8859
- Comunidad eclesial de base San Francisco Solano, Rio Negro N° 9739
- Comunidad eclesial de base Laura Vicuña, 240 y Strobel.

- Comunidad eclesial de base Sta. Elena, 200 y Strobel
- Comunidad eclesial de base Ntra. Sra. de Sumampa 224 y Brandsen
- Iglesia Pentecostal una en Cristo Ituizaingo 9065
- Iglesia Unión y Libertad Evangélica Leguizamón y Balcarce
- Iglesia de Dios Paraguay 440
- Iglesia Adventista Falkner 10048
- Templo evangélico Maranata Bayley 24
- Iglesia embajadores Maipu 10.598.

➤ Salud

- Subcentro de Salud Libertad: Leguizamón 552. Tel. 4873030 / 4875541

ESTRUCTURA DE LA INSTITUCION: organigrama municipal



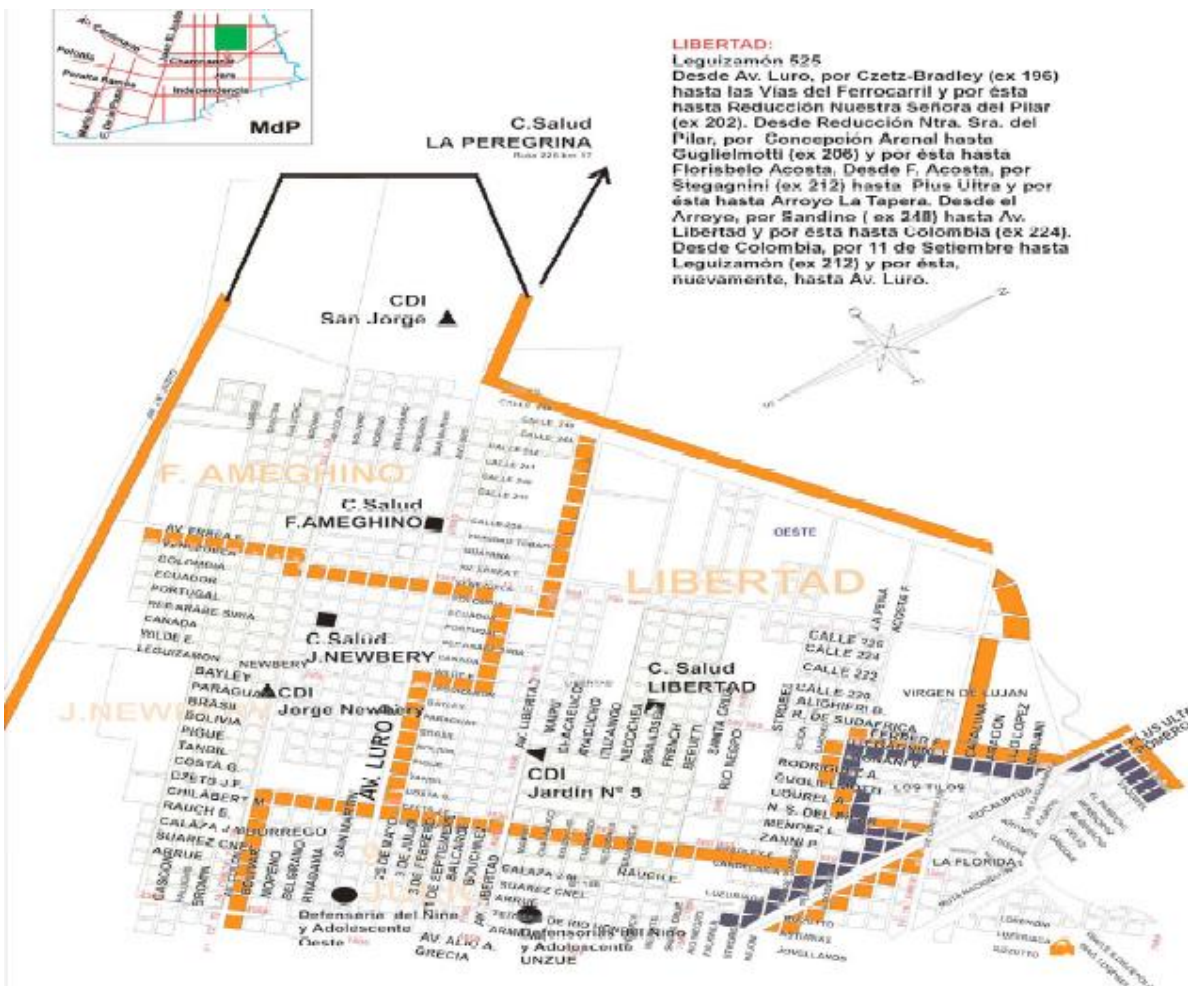
Subcentro de Salud Libertad (ver anexo n°2)

- Tipo de institución: Pública
- Dependencia: Secretaria de Salud Municipalidad del Partido de General Pueyrredón
- Calle: Leguizamón
- Calles adyacentes: entre Necochea e Ituizango
- Número: 552
- Código Postal: 7600
- Localidad: Mar del Plata
- Barrio: Libertad
- Municipio: Mar del Plata
- Partido: General Pueyrredón
- Provincia: Buenos Aires
- Teléfonos: (0223) 487-3030
- Fax: (0223) 487-5541
- E mail: sslibertad@mardelplata.gov.ar
- Accesibilidad: líneas de transporte público 522 (empresa 25 de Mayo) y 531 (empresa 12 de Octubre)

Actualmente el subcentro recibe a la población de los barrios Libertad, Virgen de Luján, Etchepare y parte de Los Tilos.

El área programática es: desde calle Czetz por Avenida Luro hasta Leguizamón, por esta hasta 11 de Septiembre, hasta Colombia, por esta hasta Avenida Libertad hasta Ramón Carrillo, por esta hasta arroyo La Tapera, por esta hasta la Diagonal Plus Ultra hasta Stegagnini, por esta hasta F. Acosta, hasta Gugliomotti por esta hasta

Concepción Arenal, hasta Nuestra Señora de Pilar, por esta hasta las vías del Ferrocarril hasta Bradley.



ORIGEN:

Haciendo un poco de historia, en el Partido de General Pueyrredón, el crecimiento de la población y de su inserción laboral en el ámbito urbano, hace surgir los primeros conflictos con respecto a la atención sanitaria de los habitantes dentro de la ciudad. A esto se le suma la presencia de una importante población estacional en las temporadas de verano por lo que la cobertura sanitaria necesita ampliarse.

Los principales cambios políticos producidos por el acceso en 1915 de los Socialistas a la Intendencia Municipal inician los replanteos del cuidado de la salud de la población.

La irrupción de las nuevas ideas y prácticas políticas provoco conflicto entre los distintos conceptos de sanidad que por entonces había en la ciudad. Hasta ese momento no existía en la zona una Asistencia Pública y Gratuita, así como tampoco una política que buscara ampliar los servicios de salud hacia los barrios obreros y populares.

Convencidos también de la necesidad de propagar una medicina social a todos los sectores de la población, los socialistas, impulsaron la expansión de los servicios de Asistencia Pública hacia los nacientes barrios obreros, por lo tanto era una realidad que la vida en la periferia de la ciudad era precaria ya que estaban todas las condiciones para la insalubridad, razón por la cual se hizo indispensable extender los servicios hacia los barrios populares los que estaban en proceso de conformación y extensión. A ello se debió la creación de una sala asistencial en el barrio Puerto.⁶⁸

En 1932 se reglamenta la asistencia pública del Partido de Gral. Pueyrredón, en donde se organiza los servicios, la medicación, la gratuidad, etc.

⁶⁸ Álvarez, A y Reynoso, D. "Médicos e Instituciones de Salud, Mar del Plata 1870-1960" Ed. Naimo Artes Graficas. Bs. As. 1995

Entre los años 1958 y 1963 se crearon las primeras Unidades Sanitarias, las que en su comienzo fueron 3, las mismas fueron ubicadas en los barrios El Martillo, Camet y Batan. A medida que Mar del Plata se extendió y dio lugar al surgimiento de nuevos barrios, la Asistencia Municipal también procuro seguir el mismo proyecto.

En 1968 a través de la Ordenanza General nº 32 se intenta adecuar, ordenar y racionalizar los sistemas de salud municipal ya que se había iniciado en ese año la regionalización sanitaria.

En el año 1985 se establece un convenio con el Instituto Nacional de Epidemiología (INE), Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INaRePS) y la Región Sanitaria VIII para implementar un Plan de Atención Medica Primaria a fin de integrar los recursos de las áreas Provinciales y Municipales. Para esa época ya se contaba con 26 centros de salud.⁶⁹

El Subcentro de Salud Libertad se creó en el año 1991, durante el segundo gobierno municipal (1987-1991) del Sr. Ángel Roig.

Inicialmente funcionó en la sede de la Sociedad de Fomento del mismo barrio y los profesionales que lo integraban eran: dos Trabajadoras Sociales, un enfermero, un pediatra, un médico clínico y un odontólogo.

Una vecina donó a la municipalidad un terreno con la condición de que allí se construyera el centro de salud.

En octubre de 1991, se inaugura, en el terreno donde funciona actualmente (sito en Leguizamón 552), formalmente el centro de atención, bajo la denominación de Unidad Sanitaria; eran sólo cuatro consultorios; allí se incorporó la especialidad de ginecología. La unidad Sanitaria no tenía coordinador, sino que estaba nucleada por un subcentro.

⁶⁹ Programa de Servicios Sociales. Atención Primaria de la Salud. Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. Año 2000.

En 1993 se amplían las instalaciones y aumenta el número de profesionales en cada área, ya que la creciente demanda así lo requería, y se le otorga la actual denominación de Subcentro de Salud.

Inicialmente el horario de atención era durante la mañana, hasta el mediodía, pero al anexar más profesionales, el mismo se extendió hasta las 18:00 hs. Una de las falencias que continua hasta el día de la fecha es que el subcentro nunca atendió los fines de semana, como así tampoco contó con el servicio de guardia.

A partir del año 1996 se nombra un coordinador por año, elegido por todo el personal, a fin de que organice el trabajo en equipo y pueda dar una respuesta a las problemáticas emergentes.⁷⁰

En el año 2008, la Secretaria de Salud⁷¹ con el fin de dar un ordenamiento operativo a los equipos de salud redacta las funciones del responsable de centro de salud tanto en el área profesional como en la gestión:

Funciones propias del área profesional:

- ✓ Coordinar una reunión de equipo semanal documentando las mismas.
- ✓ Conocer y articular la oferta institucional municipal y de cada área programática, garantizando la derivación de usuarios y familias a los programas y proyectos y su seguimiento posterior.
- ✓ Facilitar accesibilidad a la atención de los usuarios a través de turnos programados y referencia efectiva.
- ✓ Generar mensualmente una actividad comunitaria extramuros.

⁷⁰ Datos obtenidos mediante entrevista con referente institucional.

⁷¹ Memorandum Secretaria de Salud, para equipos de salud de los Centros de Salud. Lic. María Angélica Camarasa. Directora general de salud. Mar del Plata diciembre 2008.

- ✓ Planificar y ejecutar con el equipo de salud un programa preventivo anual intramuros.
- ✓ Desarrollar con el equipo el diagnóstico social, sanitario y ambiental del área programática.
- ✓ Mantener una reunión mensual con líderes y referentes barriales.

Funciones propias del área de gestión:

- ✓ Relevar y gestionar necesidades de recursos e insumos del centro de salud.
- ✓ Relevar y gestionar necesidades edilicias de reparación y mantenimiento.
- ✓ Promover el buen uso y registro de entrega de medicamentos y otros insumos cumpliendo con los programas vigentes.
- ✓ Cumplimentar los sistemas de información que se designen.
- ✓ Remitir mensualmente las planillas y fichas de asistencia y puntualidad del equipo de salud.
- ✓ Mediar la resolución de conflicto dentro de los equipos y con la comunidad.
- ✓ Informar a las jefaturas sobre temas de su incumbencia.
- ✓ Participar de reuniones con jefaturas y otros referentes.
- ✓ Entregar informe mensual de sus actividades.
- ✓ Entregar la información estadística en tiempo y forma.

ORGANIZACIÓN

El subcentro de salud Libertad se encuentra dentro del Primer Nivel de Atención de la Salud, cuenta con un plantel de profesionales de planta permanente, conformado por:

- ✓ Dos administrativas
- ✓ Tres clínicos
- ✓ Una Ginecóloga
- ✓ Una Obstetra
- ✓ Dos Odontólogos (uno infantil y uno de adultos)
- ✓ Tres Trabajadoras Sociales
- ✓ Una Nutricionista
- ✓ Dos Profesoras de Educación Física
- ✓ Cuatro Enfermeros
- ✓ Una Psicopedagoga
- ✓ Una Terapista Ocupacional
- ✓ Un Traumatólogo infantil
- ✓ Cuatro Pediatras
- ✓ Dos médicos generalistas
- ✓ Un Alergista
- ✓ Servicio de Laboratorio

- ✓ Una encargada de limpieza
- ✓ Servicio de Policía
- ✓ Residentes en Pediatría, Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Nutrición

Área de Salud Mental, ubicada en la planta alta del edificio, conformada por:

- ✓ Dos Psicólogas
- ✓ Una Psiquiatra
- ✓ Una Fonoaudióloga

La atención a la comunidad se realiza de lunes a viernes en el horario de 7:30 a 18:00 hs.

La institución se organiza con sistema de turnos, los cuales son otorgados durante la mañana el mismo día de la atención y no pueden solicitarse con anterioridad. Solo se otorgan turnos programados para los niños de 0 a 2 años que se encuentra dentro del Plan de Lactantes.

Durante el período de práctica, las reuniones del equipo de salud, se llevaron a cabo en dos oportunidades, trabajando puntualmente temáticas propuestas por el coordinador a cargo.

Equipamiento

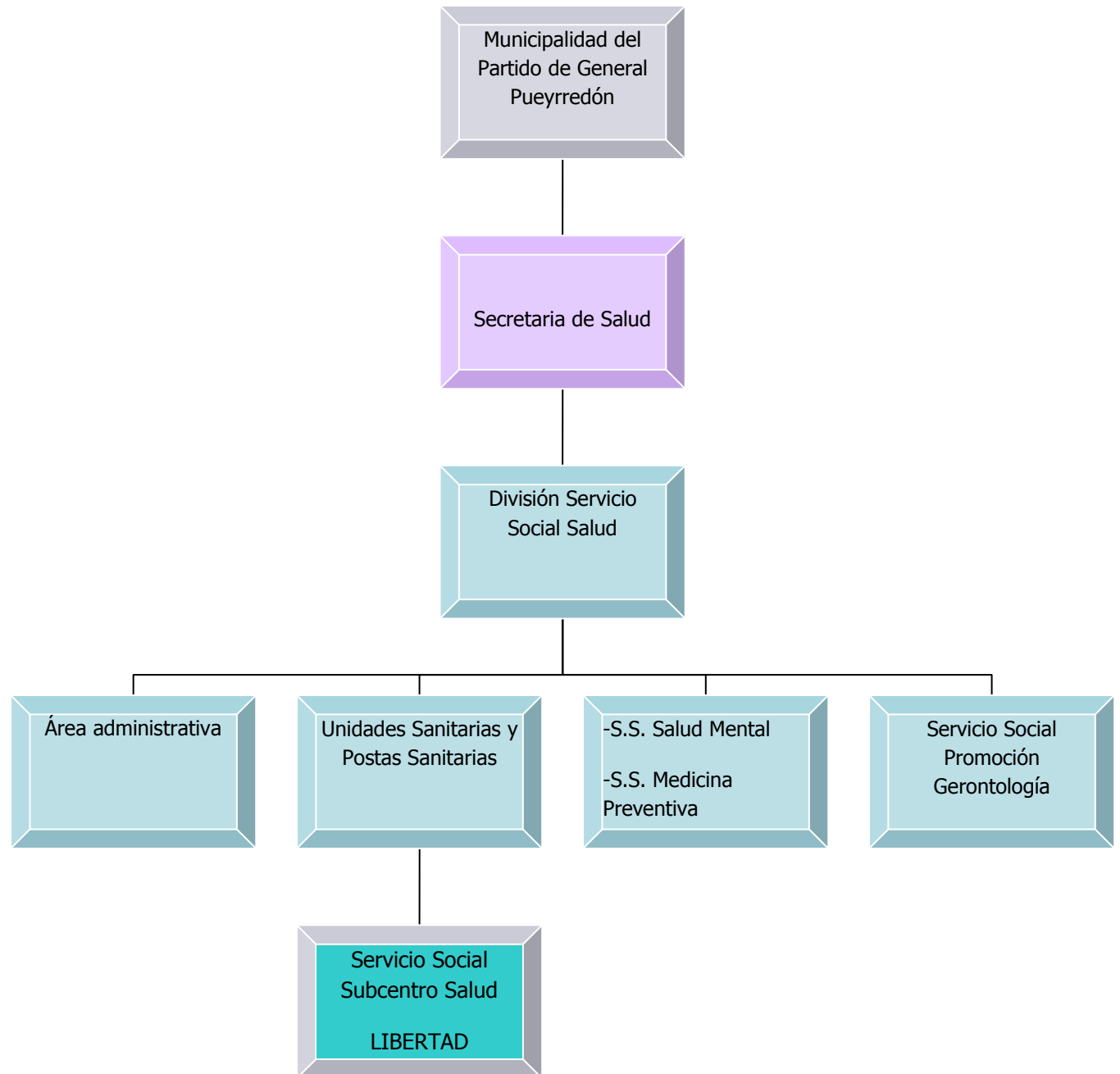
El Subcentro, cuenta con los siguientes sectores:

- ✓ Siete consultorios en la planta baja y cuatro en la planta alta.
- ✓ Dos sanitarios públicos, un sanitario de ginecología, dos sanitarios para el personal.

- ✓ Una oficina de administración.
- ✓ Una oficina para enfermería.
- ✓ Un salón para el Plan de Lactantes.
- ✓ Dos patios.
- ✓ Dos espacios reducidos al aire libre.
- ✓ Un salón de usos múltiples (SUM).
- ✓ Una cocina.
- ✓ Un espacio para farmacia.
- ✓ Cinco salas de espera.
- ✓ Un terreno lindante para huertas y plantas medicinales.
- ✓ Dos líneas telefónicas, y dos teléfonos, uno es fax.
- ✓ Dos computadoras, una en administración acceso a internet, y otra en el servicio social sin acceso a internet.
- ✓ Tres muebles legajeros, dos en administración y uno en enfermería
- ✓ Se utiliza las carteleras que se encuentran en la administración para exponer la información más importante. En la entrada del subcentro, se encuentran algunos avisos en relación a enfermería, pero no de todo el subcentro.

Servicio Social (ver anexo nº3)

El servicio social de la institución, depende de la División de Servicio Social, de la Secretaria de Salud, del Municipio de General Pueyrredón.



El **objetivo general** de la misma es: integrar los equipos de salud en el ámbito del Municipio de General Pueyrredón, elaborando y desarrollando los programas existentes en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Los **objetivos específicos** que posee la División son:

- Participar de las actividades del equipo de salud, aportando conocimientos específicos del quehacer profesional en el campo de lo social.
- Integrar el Equipo Interdisciplinario en forma estable a fin de abordar la problemática social de la familia.
- Brindar atención profesional a las familias en las que uno o más de sus miembros se encuentren bajo programas en el centro de salud.
- Elaborar un diagnóstico social de la familia, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales, que inciden en la salud de la misma.
- Aportar la investigación social al resto del equipo interdisciplinario.
- Participar de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de prevención y promoción de la salud, dentro de la interdisciplina de la A.P.S.
- Coordinar los programas y recursos existentes en el Municipio a fin de favorecer el tratamiento social del grupo familiar.

La División tiene por **Misión**, asegurar la atención socio-sanitaria a la población del partido de General Pueyrredón a través de la Supervisión de los Servicios Sociales de Salud, en el marco del trabajo interdisciplinario de la A.P.S

Para alcanzar dicha misión desempeña las siguientes **Funciones**:

- Participar activamente con otras jefaturas de la Subsecretaría de Salud y Protección Sanitaria y de Desarrollo Humano, en las reuniones de trabajo.
- Coordinar las acciones preventivas y promocionales que se llevan a cabo en la Secretaría de Calidad de Vida.

- Realizar el seguimiento, control y evaluación de la intervención profesional en la ejecución de los programas y/o proyectos que se implementan en las Unidades Sanitarias. Diseñando, de ser necesario, los instrumentos y elaborando las modificaciones que se requieran.
- Supervisar la marcha de los programas, proyectos y actividades en las que intervenga el Servicio Social de manera tal que posibilite la evaluación en proceso y resultado, permitiendo ajustes y formulaciones permanentes.
- Realizar la supervisión de los profesionales de Trabajo Social en cada una de las Unidades Sanitarias de manera periódica y regular.

Es necesario aclarar, que el programa vigente de la mencionada División, se encuentra en proceso de actualización y redefinición.

El **Servicio Social** del subcentro de Salud Libertad se originó en el mismo momento que el centro de atención de salud. Está conformado por tres profesionales una en el área de salud mental y dos en el área materno infantil.

La primera atiende a las personas que realizan tratamiento con el equipo de salud mental. Su atención es los días viernes de 8:00 a 13:00hs.

La segunda, interviene con grupos familiares de familias con mujeres embarazadas y familias con niños hasta 5 años inclusive. Se atiende la demanda por sistema de turnos, los días de atención son: Lunes, Martes, Miércoles y Viernes de 8:30 a 14:00hs. Los días Jueves se destinan al Plan de Lactantes.

Los grupos familiares que no poseen en su conformación niños menores de cinco años, o mujeres embarazadas son atendidos por el Servicio Social dependiente de la Secretaria de Desarrollo Social.

El Servicio Social posee los siguientes:

Objetivos Generales:

- Desarrollar estrategias de intervención asistencial, preventivas, de promoción y rehabilitación ante situaciones problemáticas y necesidades sociales que presentan las familias, grupos y actores de la comunidad en el marco del proceso de salud – enfermedad – atención.
- Promover la integración del Servicio Social a los equipos de salud tendiendo a la construcción de estrategias de intervenciones interdisciplinarias tanto en los abordajes individuales, grupales y comunitarios.
- Generar, promover y participar en espacios de capacitación, docencia e investigación al interior del área de Servicio Social, de forma interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional.

Objetivos Específicos:

- Brindar atención a los grupos familiares que lo demanden, o sean derivados por otros profesionales.
- Construir diagnósticos socio-familiares de aquellos grupos familiares que concurren al Servicio Social de forma espontánea, sean identificados por el profesional o derivados.
- Favorecer la utilización adecuada de los diferentes programas y recursos que el sistema de salud dispone complementándolo con la red de recursos comunitarios, públicos y privados.
- Promover el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y autonomía de las familias permitiéndoles afrontar las situaciones problemáticas que atraviesan en el proceso salud – enfermedad – atención.
- Identificar los determinantes sociales que intervienen en el proceso de salud – enfermedad – atención
- Participar junto a las diferentes disciplinas que integran el equipo de salud en la construcción de estrategias de abordaje.

- Generar y promover el desarrollo de actividades de capacitación en temas específicos de la profesión y de problemáticas emergentes.
- Generar, coordinar, promover y participar en actividades de docencia.
(Prácticas pre-profesionales, congresos, jornadas, entre otros)

Misiones del Trabajador Social en A.P.S.:

- Desarrollar acciones de prevención, promoción y asistencia de la salud con individuos y grupos que residen en el área geográfica del Partido de General Pueyrredón que concurren a los Centros de Atención Primaria.
- Aportar al Equipo de salud el estudio de las variables económicas, sociales y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales.
- Identificar y abordar aquellos aspectos que retardan y obstaculizan el logro de objetivos de salud y la utilización de los servicios así como potenciar aquellos aspectos que favorezcan su logro.
- Promover y participar de acciones de capacitación, sistematización, investigación y docencia para mejorar la práctica cotidiana y contribuir en la formación de futuros profesionales.

Las **actividades** que realiza el Servicio están dadas principalmente por:

- Participar en los Programas y Proyectos implementados desde el Subcentro de Salud.
- Participar en las reuniones de equipo interdisciplinarias de la institución.
- Realizar y dar respuesta a interconsultas. Asesorar y derivar, centralizando la intervención en el eje materno – infantil.
- Articular las intervenciones con diversas organizaciones comunitarias e institucionales.

- Realizar gestiones de recursos municipales (incorporación a los programas y seguimiento de las situaciones planteadas en cada uno de los casos).
- Implementar el programa Fondo Barrial Solidario ya sea en su evaluación y preinscripción de los grupos familiares que desean acceder al crédito como en el seguimiento del grupo familiar. Reunión mensual con referentes del Programa.
- Brindar asesoramiento respecto de otros programas municipales, provinciales y nacionales.
- Al interior del Programa de Desarrollo Infantil mantener entrevistas con embarazadas. Charlas de frecuencia semanal para madres que traen al primer control a su hijo/a. Entrevistas conjunta con Pediatría.
- Supervisar prácticas institucionales de alumnos de la carrera Lic. en Servicio Social de la U.N.M.d P., que cursan el último año de carrera.
- Integrar la red interinstitucional participando de todas las actividades y proyectos que surjan de la misma.

El Servicio Social cuenta con los siguientes planes, programas y proyectos:

PROGRAMA DE ACCION SOCIAL DIRECTA

OBJETIVO: contribuir a la mejora de la calidad de vida de las familias bajo línea de pobreza e indigencia.

METODOLOGIA: se implementa a través de la atención profesional del Servicio Social y la gestión de las prestaciones sociales y recursos de apoyo a la vida cotidiana. En este sentido, se destaca la cobertura de: productos de ortopedia;

lentes de contacto y anteojos aéreos; nebulizador; colchones; zapatillas; frazadas; cargas de gas; desagote de pozo ciego;pañales.

PROGRAMA MUNICIPAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Articula e integra los diferentes proyectos y programas vinculados con la política alimentaria del Partido de Gral. Pueyrredón.

Tiene como objetivo brindar asistencia, capacitación socio-alimentaria y promoción de hábitos saludables en las familias y el ámbito comunitario.

Cuenta con financiamiento del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires.

Dentro de este programa encontramos:

✓ **Proyecto de asistencia alimentaria familiar**

OBJETIVO: Brindar asistencia alimentaria a los grupos familiares que requieran.

METODOLOGIA: Desde el servicio social se evalúan los grupos familiares que solicitan el recurso, se los inscribe al proyecto y se realiza la actualización trimestral del recurso asignado, de acuerdo a la evaluación de la situación familiar.

Según consta en registros, durante el año 2009 se ingresaron 86 grupos familiares al Proyecto.

PROGRAMA HABITAT

OBJETIVO: brindar soluciones de reparación de aquellas viviendas que no cubren las necesidades mínimas de resguardo.

METODOLOGIA: La cobertura se realiza para la reparación de techo y consolidación del piso y revoque a grupos familiares en situaciones de extrema precariedad habitacional; para ello se cuenta con la participación activa de las familias, en un

intercambio grupal de saberes y capacitación para la autoconstrucción. Con un acuerdo de partes en base a derechos y responsabilidades del Estado y las familias, se realizan entregas barriales de materiales, para contar con un ambiente que brinde seguridad, salubridad y abrigo.

FONDO BARRIAL SOLIDARIO PARA LA VIVIENDA

OBJETIVO: reparación, ampliación y consolidación de la vivienda

METODOLOGIA: Consiste en un sistema de microcréditos con garantía social y solidaria. Es un programa de Gestión Asociada entre el Municipio, Caritas Diocesana, el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia y referentes comunitarios.

Función del Servicio Social: el profesional del Servicio Social:

- Detecta la demanda
- Prioriza los grupos familiares de acuerdo a objetivos de los proyectos y al criterio específicamente profesional.
- Participa de las reuniones de capacitación y evaluación
- Confección del legajo y planilla del grupo seleccionado y presentación al área correspondiente.
- Realiza el seguimiento social de las familias participantes y acompaña el proceso de las mismas en función de lograr los objetivos propuestos
- Reunión de capacitación, firma del acuerdo de partes y entrega de los materiales

Durante el año 2009 hubo 23 familias beneficiarias del Proyecto seco y seguro. Efectivizadas en dos entregas en el mes de Abril y Septiembre. Existe una lista de espera de 42 grupos familiares.

En el proyecto fondo barrial solidario, se inscribieron 37 grupos familiares de los cuales 16 no se presentaron a la entrevista socio - económica, 7 no firmaron el

convenio y 6 terminaron el crédito, 2 firmaron convenio pero por diversos motivos no pudieron sostenerlo, 1 no cumplió los requerimientos del Programa, 5 se encuentran actualmente pagando las cuotas del crédito.

PROGRAMA DE PROTECCION DEL DESARROLLO INFANTIL

Este Plan se encuadra en la perspectiva de la OMS que en el año 2005 considera al “Desarrollo infantil temprano como determinante de la salud y el desarrollo humano”, teniendo en cuenta que el desarrollo en su conjunto depende de la interacción dinámica del niño/a con su entorno.

El mismo tiene por objetivo, promover la accesibilidad al sistema público de salud del Partido de General Pueyrredon, a través de considerar a los niños y a las niñas como sujetos de derecho. Este propósito se logra mediante la implementación de acciones tendientes a asegurar una atención pre concepcional, durante el embarazo, parto y puerperio; así como el abordaje del entorno familiar.

Siguiendo los lineamientos del Plan se definen las intervenciones, el proceso de atención de la población y las estrategias para la identificación e inclusión de la población que por diferentes circunstancias no ha logrado el acceso a la atención.

✓ Mujer Embarazada:

La embarazada que ingresa de manera espontánea al CAPS recibirá los turnos otorgado por el administrativo:

- 1) Primer Turno: Control Obstétrico
- 2) Primer Turno: entrevista con Servicio Social
- 3) Información sobre Taller de Acompañamiento a la Mujer Embarazada

La Entrevista con Servicio Social: se realizará durante el primer trimestre del embarazo. Si la organización de los servicios del CAPS lo permitiera, se otorgará el turno el mismo día del primer control de embarazo.

Toda intervención realizada durante el embarazo deberá registrarse en la H.C. de la embarazada.

El Equipo de Salud del CAPS deberá evaluar a la embarazada que no hubiere concurrido al control asignado, para realizar el seguimiento. De no haber indicadores de riesgo, se espera hasta el próximo control y de no asistir al mismo (ausentismo en dos turnos programados) se evaluará en equipo las intervenciones a realizar.

En los casos de detección de riesgo se realizarán las intervenciones según normas específicas establecidas en protocolo (médico; servicio social; enfermería; nutrición), evaluándose en ateneos o reuniones de equipo las estrategias a llevar a cabo, teniendo en cuenta la singularidad de cada caso.

✓ **Plan de Lactantes Materno Infantil:**

Se ingresará al CAPS todo niño recién nacido, a las 48 hs. del alta de la maternidad correspondiente.

El ingreso al Programa puede realizarse en cualquier momento desde el nacimiento hasta los 6 años.

Los recién nacidos en el HIEMI serán referenciados al CAPS según área programática a través de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia quien informará a la madre: lugar, día y horario de atención del recién nacido.

El control de las 48 hs. deberá, ser realizado por el Pediatra o en ausencia del mismo, el Médico Familiar General. Éstos abrirán historia clínica, realizarán control de peso, examen clínico, control de alimentación y del vínculo materno. El administrativo entregará turno para el control de los 10 días, según organización del CAPS.

El Servicio Social realiza las entrevistas de admisión al control del lactante (niños de cero a dos años). Trata los casos de riesgo detectados, focaliza la intervención profesional y evalúa su evolución. Brinda atención profesional de los casos de ausentismo conforme a los índices de vulnerabilidad y riesgo.

METODOLOGIA:

- Atención en sede los días jueves de 8 a 12hs.

- Entrevista conjunta servicio social y pediatría en el primer control del recién nacido.
- Entrevistas en sede.
- Entrevistas domiciliarias. Control de ausentismo.

✓ **Control de 3 a 5 años**

Se realizarán controles anuales a los 3, 4 y 5 años con turno programado según la organización de cada CAPS y normativas de la División de Atención al Niño.

✓ **Puérpera**

A los 10 días del parto se realiza control obstétrico. Se evalúa historia clínica obstétrica. Se promueve la lactancia materna. Se otorga a la madre un próximo turno programado al mes del recién nacido, el cual se realiza conjuntamente con el niño/a. Se brinda información y consejo acerca de métodos anticonceptivos disponibles y adecuados a la realidad de la pareja.

RED INTERINSTITUCIONAL

Quienes integran esta red son: representantes de almacenes Culturales, Centro de Protección de los Derechos de la Niñez sede A.P.A.N.D., Escuela Primaria N° 66 y Secundaria N° 64, Escuela de Reeducción Especial Pierre Marie, Escuela Municipal N° 9 (EPB – ESB), Jardín Municipal N° 5, Escuela Primaria N° 72 y Jardín N° 944, Escuela Primaria N° 34 y Secundaria N° 22 Escuela Municipal N° 2 y Secundaria N° 102, Programa Familias, Patronato de Liberados Delegación III, Servicio Municipal de Atención de Adicciones, Servicio Social Municipal Noroeste sede A.P.A.N.D, Sociedad de Fomento, Subcentro de Salud Libertad, Universidad Nacional de Mar del Plata (alumnos de la carrera de Lic. Servicio Social). Participan todas las instituciones y personas de la comunidad que así lo deseen.

OBJETIVO: propiciar espacios de reflexión, coordinación, planificación y acción tendientes a aunar recursos, satisfacer necesidades conjuntas, promover la solidaridad, la cooperación y conciencia crítica.

METODOLOGIA: Frecuencia: quincenal, los días miércoles. Dispositivo grupal, tendiente a coordinar la planificación y promover acciones conjuntas. Los encuentros se registran en el libro de actas, que es firmado por todos los presentes al finalizar la reunión. Se realiza la evaluación de cada actividad al finalizarla.

Los proyectos realizados durante el 2009 fueron:

- ✓ Foro de Niñez y Juventud “¿Qué tenés para decir?”
- ✓ Proyecto recursos: “Cartografía urbana juvenil”

Foro de niñez y juventud: “¿qué tenés para decir?”

Se planteo la realización de un FORO abierto que permita la participación de niños y jóvenes con el fin de generar espacios recreativos y de discusión en relación a temáticas consideradas relevantes. Se entiende al foro como un ámbito abierto de técnicas de comunicación en torno a una problemática común que tiene como objetivo conocer y escuchar las opiniones de todos los actores sociales, para llevar a cabo un trabajo en conjunto con la sociedad fortaleciendo así el sentido de pertenencia, promoviendo el ejercicio de una ciudadanía activa y critica, a partir de la elaboración de propuestas y alternativas considerando la realidad del barrio.

Objetivo general:

Generar espacios de participación democráticos que permitan conocer y ejercer una ciudadanía activa y critica.

Objetivos Específicos:

- Favorecer el sentido de pertenencia al grupo y barrio.
- Promover la elaboración de propuestas y alternativas partiendo de la realidad cotidiana.

El desarrollo del Foro consta de los siguientes momentos:

- Primer Momento: trabajar en el curso “la realidad que los rodea” (Barrio-Familia-Escuela). Como lo ven y como lo sienten. Las técnicas utilizadas serán de acuerdo a la franja etárea e institución específica.
- Segundo Momento: dar a conocer lo trabajado a través de diversas técnicas de expresión. (Mural, afiches, cuentos, etc.)
- Tercer momento: cada grupo realizará una propuesta, factible de realizar en donde cada uno sea participe de ese cambio, como actor-miembro de la familia, escuela y sociedad, como así también aquellas que impliquen directa o indirectamente los alcances de intervención de los integrantes de red.
 - Cuarto Momento: elección de dos representantes a través del voto. Se trabajarán aquí aspectos de democracia, representatividad y pertenencia.
 - Quinto Momento: cada institución realizará un plenario general interno, con los representantes de cada grado. Tiempo estimado: 31 de Agosto a 2 de Octubre de 2009.
 - Luego se realizará un encuentro con los representantes seleccionados de cada institución, por edades. Se trabajarán las propuestas planteadas. Plenario. Se elegirá a un representante para comunicar lo trabajado ante la Banca 25. Tiempo estimado: 16 de Octubre de 2009.

Implementación del Proyecto:

El Foro se realizó el día 16 de Octubre de 2009, en la sede A.P.A.N.D. Allí participaron 128 estudiantes de todos los ciclos de las distintas instituciones educativas (formales y no formales) del barrio Libertad.

La jornada donde se socializó lo trabajado en cada institución educativa, dio como resultado las siguientes temáticas consideradas como problemas:

- Venta de drogas (Familias Involucradas).
- Inseguridad (Robos, peleas, muertes).
- Policías corruptos (sobornos).
- Venta y tenencia de armas ilegales.
- Falta de Centros de Rehabilitación para personas con adicciones.
- Violencia.
- Abuso Sexual.
- Falta de Servicios (cloacas, iluminación, recolección de residuos, pavimentación de calles, semáforos).
- Falta de viviendas – Viviendas inadecuadas.
- Falta de espacios para recreación.
- Falta de plazas con juegos para niños.
- Necesidad de guardia y aumento de turnos y personal en el Subcentro de Salud.
- Desocupación.
- Falta de secundarios y centros de formación profesional – laboral.
- Abandono del medio ambiente (animales, basura).

A partir de esto, las propuestas de los niños/as y adolescentes del barrio Libertad son:

- Más patrulleros las 24 hs. recorriendo el barrio y mayor control de la problemática de la circulación de drogas.
- Mejorar los espacios verdes (terrenos baldíos, plazas, etc.) para realizar actividades recreativas.
- Concretar equipamiento de plazas aprobados por presupuesto participativo.
- Crear espacios cubiertos públicos para recreación con la colaboración del EMDER.
- Ampliar en la Sala de Salud los horarios de atención, guardias, cantidad de profesionales.
- Crear Centros de Prevención, Atención, Orientación y Tratamiento para adicciones.
- Crear Centros de Formación Laboral, escuelas secundarias (1º a 6º año), Centro Educativo Complementario.
- Ampliar sistema de becas por estudio y que beneficie a todos los alumnos.
- Asfaltar las calles y mejorarlas.
- Aumentar la iluminación y mantenerla.
- Mejorar la limpieza y salubridad (basurales, aguas estancadas, ratas).
- Mejorar y optimizar los servicios públicos (gas natural, cloacas) y acceder a la conexión gratuita.
- Generar planes de vivienda con cuotas accesibles.

El día 22 de Octubre se concurre al Honorable Concejo Deliberante en donde se expone en Banca 25 la síntesis de las problemáticas y propuestas planteadas por los niños durante la realización del Foro. A partir de allí, se mantienen reuniones con concejales y secretarios a efectos de intentar dar respuestas a las problemáticas enunciadas por los niños.

Se participa en el programa ACERCAR a través de un stand a efectos de informar y socializar los objetivos de la red y sus proyectos implementados. Día: 20 de Noviembre. Lugar: Escuela Municipal N° 9.

El Proyecto fue ejecutado de acuerdo a los objetivos planteados, cumpliendo con los plazos acordados, debiendo postergar el inicio del mismo por la suspensión de actividades durante el período de Gripe H1N1. No pudo llevarse a cabo la actividad con los niños desescolarizados debido a la dificultad para la detección y convocatoria de los mismos, en relación al tiempo y personal disponible para la ejecución del proyecto.

Proyecto Recursos “Cartografía Urbana Juvenil”

Desde las instituciones que conforman la Red es necesario brindar a los jóvenes las herramientas necesarias para que puedan desarrollar sus capacidades como también factores protectores que mejoren su calidad de vida. Como forma de intercambiar las distintas visiones que tienen del barrio pero desde la visión de los propios jóvenes se considera que el espacio es fundamental e innovador. Los jóvenes podrán identificar recursos vinculados al uso del tiempo libre, comunicarlos a los propios compañeros y luego, transmitir esa información a otros. La “circulación de la información” que poseen y ponen en juego, la creación de la cartografía por donde circular o transitar el barrio, es el inicio de la creación del lazo social, el encuentro. También se vivencia como una posibilidad que el joven tome como propio el camino de búsqueda de nuevas experiencias.

Objetivo General:

- Realizar mapeo de recursos sociales que se desarrollan en el barrio Libertad.

Objetivos Específicos:

- Tomar contacto directo con usuarios de servicios educativos.
- Actualizar contactos o recursos barriales identificados por los jóvenes.

- Realizar folletos o poster para publicidad en las escuelas comprometidas.

Desarrollo del proyecto

El proyecto consta de tres etapas. La primera consiste en la realización del mapeo de recursos por parte de los niños-adolescentes de las escuelas participantes. La segunda, estará formada por la sistematización de los datos recabados y el armado de posters con dicha información. En la tercera, se organizará un encuentro interinstitucional para presentar los posters realizados e intercambiar sus vivencias en el barrio.

Primer momento: Mapeo de recursos

- Entrevista con personal de las escuelas seleccionadas (Directivos y/o E.O.E. y docente de Construcción de ciudadanía o área afín). Encuentro de 2 hs.
- Selección de cursos para realización de la actividad (primeramente se trabajará en un solo curso del nivel E.S.B. y perteneciente a dichas áreas).
- Acuerdo de cronograma para realización de taller.
- Taller de mapeo con alumnos: presentación del proyecto a los alumnos, del equipo y de la red. Indagar con la consigna: "¿Qué lugares me hacen sentir bien?" y realizar una lluvia de ideas en afiche, registrando las opciones identificadas por los chicos. Presentar luego un afiche con las siguientes categorías: espacios recreativos: *Deportivos*: clubes, escuelitas de fútbol o basket, taekwon-do, karate, gimnasia deportiva, gimnasios. *Artísticos*: danza, folklore, dibujo, canto, guitarra, murga, violín o viola. *Espacios de esparcimiento*: plazas, campitos, terrenos baldíos, gimnasios, canchas de deportes. *Educativos*: escuelas, escuelas de formación profesional, cursos (cerámica, telar, tejido, porcelana). *Varios*: ciber, casas de video-juegos. *Otros*: lugares "a evitar".

Segundo momento: sistematización de datos

Con los mapas de ambas instituciones se realiza un único mapa que contenga la información de ambos grupos.

Tercer momento: Encuentro interinstitucional: se realiza un encuentro en la sociedad de fomento del barrio Libertad en un espacio de dos horas con participación de los cursos de ambas escuelas. Esto favorece el intercambio y conocimiento mutuo.

Se distribuye en la Red de Instituciones del barrio Libertad un folleto que contenga la información obtenida para circulación (Cartografía en folleto).

Cronograma de Actividades:

Entrevistas de contacto con Directivos y/o E.O.E. y docentes: Semana del 24/8 al 28/8.

Taller de Mapeo en E.S.B. asociadas al proyecto: Semana del 31/8 al 4/9.

Sistematización de los datos: Semanas del 7/9 al 25/9.

Encuentro interinstitucional: Semana del 28/9 al 2/10.

Evaluación del proyecto:

Los instrumentos metodológicos utilizados por el equipo del proyecto para evaluar su implementación, fueron los mapas de recursos utilizados por los usuarios del proyecto. La información que allí se registro se sistematizó en los afiches.

Estos instrumentos permitieron identificar otras problemáticas o dificultades en la ejecución de tareas y sirvieron como registro de los cambios esperados en los beneficiarios al finalizar la propuesta.

➤ En el anexo n°5 se adjuntan fotos y noticias del trabajo de la Red.

DEMANDA DEL SERVICIO SOCIAL

La forma de acceso a los casos sociales, se da por demanda espontanea o por derivación desde los profesionales mayoritariamente del área de pediatría. Las demandas más frecuentes surgen cuando se detectan posibles riesgos en la salud de los niños a los que se atiende. Los indicadores son: ausentismo a los controles, alimentación inadecuada de los niños por problemas económicos o capacidad de comprensión de sus padres o relaciones atípicas dentro del grupo familiar.

Dentro del Servicio, se utilizan como formas de registro y recolección de datos los siguientes instrumentos:

- Libro de Actas: se registran los datos personales, las principales problemáticas por las que consulta y la fecha de consulta. Este registro permanece en el servicio.
- Hoja n°2: se vuelca en ella la fecha de atención, nombre y apellido, DNI, género y domicilio de la persona que se atiende, la demanda específica por la que consulta (vale aclarar que esta última está codificada y pueden anotarse hasta tres códigos por persona) si es la primera vez que la persona asiste al servicio o no. Esta planilla se entrega mensualmente en el área de Epidemiología de la Secretaría de Salud.
- Ficha n°3: son elaboradas luego de cada intervención realizada. Son de uso interno y allí se registran todos aquellos datos que el profesional considere relevantes.
- Legajos: se generan a partir de la solicitud de una gestión de recursos. Están integrados por un informe social, donde se detalla la situación familiar, económica, habitacional y sanitaria del grupo familiar; una declaración jurada y fotocopia del D.N.I. del titular. Luego de la confección, se entregan en la División de Servicio Social de la Secretaría de Salud, para dar curso a la demanda, posteriormente son reintegrados al Servicio Social para su archivo.

- Historias clínicas: el registro en las mismas se realiza en los casos en los que el trabajador social interviene junto a otras disciplinas. El acceso a esta documentación está permitido a todo el equipo de salud y se archivan en el área administrativa.
- Planilla de registro de actividades comunitarias: allí se detalla el día que se realizó la actividad comunitaria, que tipo de actividad fue (taller, charla, etc.) participantes, temáticas tratadas, lugar de encuentro, si se dio en un marco interdisciplinario y pueden anexarse en ella observaciones que el profesional crea oportunas. Esta planilla es entregada en la División de Servicio Social Salud, mensualmente.
- Planilla de entrevistas domiciliarias: allí se vuelcan los datos personales de la persona por la cual se realiza la entrevista en domicilio, motivo de la entrevista, dirección, día y horario en que se realiza. Esta planilla es entregada en la División de Servicio Social Salud, mensualmente.
- Planilla de eximición de pago de D.N.I.: se completa con los datos personales del solicitante y de dos testigos mayores de 18 años, que no sean familiares del solicitante. La misma tienen carácter de declaración jurada y está firmada por las tres personas intervinientes, y por el profesional a cargo. Puede utilizarse para los siguientes tramites: renovación de ocho años, renovación de dieciséis años, reposición por pérdida (robo o extravío). Se exime del pago del trámite no así de las multas que pueden ser ocasionadas por realizar el trámite fuera de término. Es presentada en el Registro Nacional de las Personas por quien lo solicita.
- Planilla del Programa Municipal de Seguridad Alimentaria: allí se explicitan los datos personales del grupo familiar solicitante. Domicilio, escolaridad, estado de salud, ingresos económicos, cobertura de planes y programas sociales de cada uno de los miembros. Se detalla un promedio del ingreso total mensual que posee el grupo familiar, se propone el tiempo que durara la asignación del

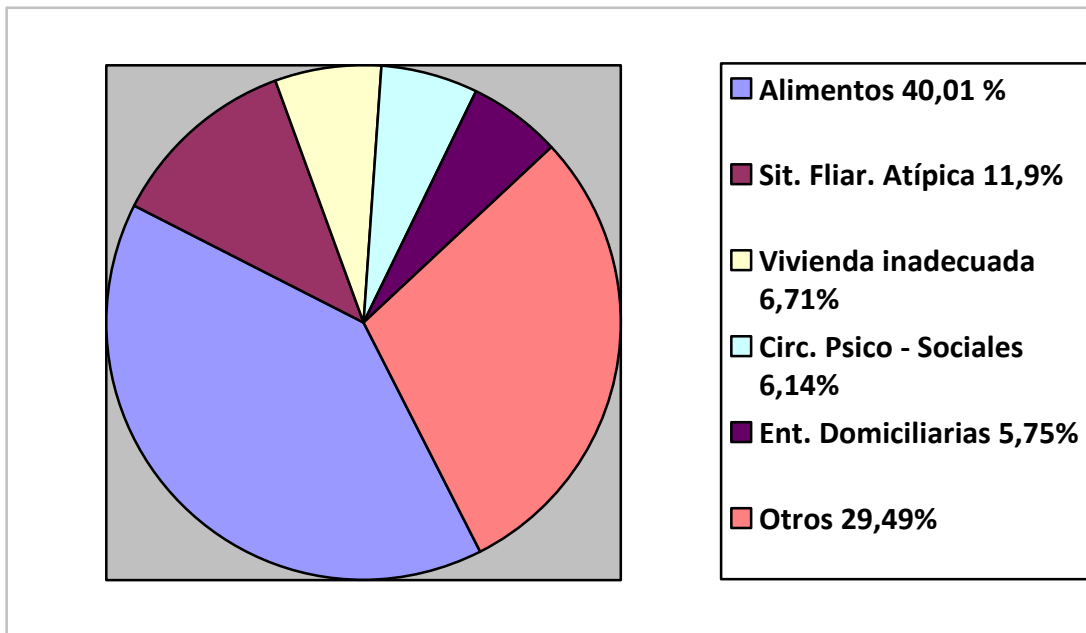
recurso y llegado el momento se evaluará nuevamente. Esta planilla es entregada mensualmente en la Secretaría de Desarrollo Social.

- Planillas del Programa Hábitat: luego de las evaluaciones pertinentes, allí se vuelcan los datos personales del referente familiar, la situación habitacional, económica, y socio sanitaria del grupo familiar que fue evaluado para el otorgamiento del programa. Es entregada en la Secretaría de Desarrollo Social, a los referentes del programa.
- Fondo Barrial Solidario: luego de las evaluaciones correspondientes, allí se vuelcan los datos personales de los solicitantes, los ingresos económicos que poseen, la capacidad de pago del crédito a solicitar, un informe socio sanitario del grupo familiar y que materiales se solicitan (ladrillos, chapas, cemento, etc.). La planilla es entregada mensualmente a los responsables del programa para su posterior aprobación.

Durante el periodo de nuestra práctica pre profesional en la institución, los motivos de consulta de mayor incidencia del servicio social, según registro en la hoja nº 2, sobre un total de 1.042 personas atendidas, fueron:

- Problemas relacionados a la falta de alimentos adecuados, 417 consultas.
- Problemas relacionados con situación familiar atípica, 124 consultas.
- Problemas relacionados con la vivienda inadecuada, 70 consultas.
- Problemas relacionados con circunstancias psico - sociales, 64 consultas.
- Entrevistas domiciliarias, 60 realizadas.⁷²

⁷² Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Secretaria de Salud. Área de epidemiología. "Incidencia de motivos de consulta registradas en el subcentro Libertad- Servicio Social- periodo 15 de mayo 2009 a 28 de febrero 2010". Se adjunta cuadro resumen en el anexo nº4.



PROCESO DE APRENDIZAJE SUPERVISADO

➤ Experiencia en cátedra

Nuestra práctica estuvo supervisada desde la Universidad por las supervisoras académicas, Lic. Álvarez Cristina y Lic. Medvescig Florencia, quienes acompañaron tanto el proceso de aprendizaje como así también el proceso de supervisión de la práctica pre profesional.

La forma de trabajo estuvo dada por la exposición de los casos en forma de ateneo al interior de cada comisión y por una orientación teórica dada desde el dictado de la materia en los espacios teóricos por la Lic. Castellanos Beatriz.

La exposición de las experiencias en plenarios, por parte de todo el grupo de alumnos permitió conocer distintas instituciones de salud, distintos servicios sociales como así también diferentes dinámicas de trabajo.

Inicialmente la práctica pre profesional en la institución donde nos insertamos, se encontraba enmarcada dentro del calendario académico, es decir finalizaría en el mes de Noviembre de 2009. Al considerar insuficiente dicho tiempo, solicitamos tanto a la Universidad como a la Supervisora Sede y su respectiva Jefatura, la extensión de dicho período hasta el mes de Marzo 2010. Esta petición fue aprobada por ambos estamentos.

➤ Experiencia en la institución

Nuestra práctica se llevó a cabo en el área materno infantil del Servicio Social. Desde el inicio contamos con el apoyo y contención de la Lic. Gibeaud, Daniela y de la Lic. Giovinazzo, Romina. A pesar de estar insertas en una institución con una demanda constante y permanente, pudimos acordar una instancia de supervisión semanal de acuerdo a las intervenciones que se realizaban a diario.

Al inicio de nuestra práctica, que tuvo lugar en la segunda semana de mayo del año 2009, acordamos las pautas de trabajo, los objetivos a alcanzar, las expectativas de ambas partes, así como también, los días y horarios de concurrencia.

En este acercamiento, expusimos nuestra formación académica, nuestra experiencia previa en el campo de salud y las expectativas sobre la institución. Las Trabajadoras Sociales dieron a conocer los distintos programas con los que contaba el servicio, la población a la cual se dirigía su intervención (área programática), las problemáticas más frecuentes, la metodología de trabajo empleada, nos brindaron una breve reseña de la institución (de quienes depende, que servicios brindan a la comunidad) y nos presentaron ante los demás profesionales. Pudimos recorrer las instalaciones de la institución.

Nos involucramos en forma directa con las actividades diarias del Servicio: entrevistas domiciliarias, entrevistas conjuntas con pediatría dentro del Plan de Lactantes Materno Infantil, organización de legajos, renovación del Programa Municipal de Seguridad Alimentaria, redacción de registros internos, controles de ausentismo

dentro del Programa Protección del Desarrollo Infantil, y compartimos los momentos de la dinámica informal de la institución.

Participamos en encuentros con otras instituciones barriales y con la comunidad: Reuniones de Red.

En los primeros encuentros de la Red, nuestra participación se basó en la observación y registro de la dinámica. La temática a trabajar fue el resultado de la evaluación de los años anteriores en que había funcionado la Red, donde se hacía necesaria la participación abierta y activa de los miembros del barrio. La Red decidió centrar sus actividades del año en los niños de las escuelas del barrio. Luego de que se acordó el trabajo a realizar, las instituciones se dividieron en tres comisiones. Una encargada de la capacitación de los profesionales que conformaban la red, otra debía dar cuenta de los recursos con los que contaba el barrio y una tercera se encargaría de establecer un foro de opinión, donde surgieran las problemáticas y posibles soluciones que los propios niños vivían en el barrio. Formamos parte de estas dos últimas comisiones.

Paralelamente pudimos realizar una exploración de la organización y de las problemáticas más frecuentes, nos aproximamos a la dinámica del Servicio Social, presenciando las entrevistas, y analizando el material teórico referencial que guía el accionar de la institución (reglamentos, planificación de actividades del servicio, organigramas, planes municipales, dependencias municipales). Tuvimos la posibilidad de participar en las dos reuniones del equipo de salud del Subcentro. Por otra parte nos acercamos a la División Municipal, de la cual depende el Servicio, para presentarnos ante la jefatura, y nos informaron sobre el trabajo que realizan allí: gestión de prestaciones sociales y recursos (lentes, zapatillas, colchones, frazadas, etc.) y diversas notificaciones de la Jefatura.

A su vez elaboramos informes dentro del Programa de Acción Social Directa (gestión de prestaciones sociales y recursos de apoyo a la vida cotidiana). También

podimos elaborar informes sobre las intervenciones de abordaje individual, que implicaban realizar enlaces con otras instituciones.

Dentro del servicio fuimos registrando nuestras intervenciones de acuerdo a la metodología implementada por las profesionales.

Adquirimos un posicionamiento respecto de la atención de la demanda espontánea, el seguimiento y sistematización de casos, como así también el conocimiento y los recursos necesarios que requiere una intervención profesional del trabajo social.

A continuación realizamos la descripción de seis casos abordados durante la práctica pre profesional, que a nuestro criterio son representativos y dan cuenta del proceso de intervención desarrollado.

Cabe aclarar, que durante el periodo de nuestra practica, durante el mes Junio de 2009 se decretó nacionalmente el estado de emergencia sanitaria, a causa de la pandemia de gripe A (H1N1), por ello fueron restringidas las actividades de todas las instituciones de salud; lo cual modifico la continuidad de las intervenciones en algunos de los casos presentados.

En todos los casos, los datos personales han sido modificados u omitidos a fin de preservar la identidad y privacidad de los sujetos.

Las referencias del Familiograma utilizado en cada uno de los casos se encuentran en el anexo n°4.

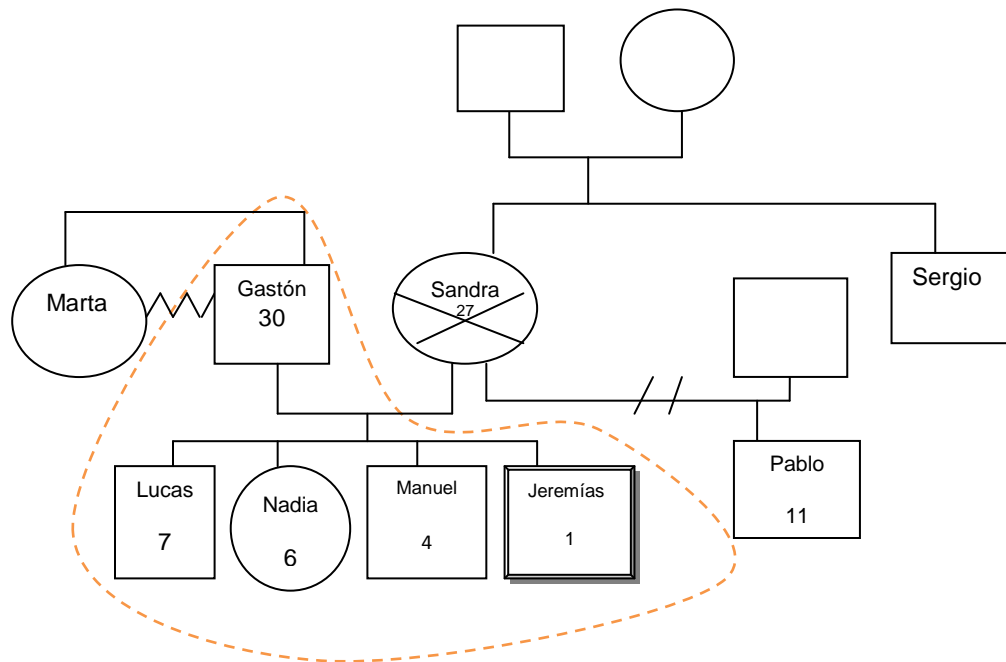
ESTUDIO DE CASO N° 1

- **Objetivo de intervención:** brindar atención al grupo familiar, focalizando la intervención en la organización socio – sanitaria, a partir del fallecimiento de la Sra. Sandra

- **Demanda:**

Durante el seguimiento desde enfermería, de un control de bronquiolitis que presentaba Jeremías, los profesionales toman conocimiento del fallecimiento de la Sra. Sandra, mamá del niño e informan a Servicio Social.

El grupo familiar presenta el siguiente Familiograma:



- **Antecedentes del Caso:**

A partir del relevamiento de historias clínicas, el 8/04/09 el Servicio Social del subcentro de Salud Libertad concurre al domicilio a fin de conocer los motivos del ausentismo al control de salud del niño Jeremías de 8 meses. La mamá del niño, Sra. Sandra, manifiesta que por problemas de salud de ella, se le imposibilitó realizar dichos controles. Refiere que posee dificultades en la garganta y se encuentra en tratamiento en el Hospital Interzonal General de Agudos. (H.I.G.A.).

Se reitera la importancia de que el niño pueda hacer los controles de salud pertinentes, y se programa turno con pediatría. Se solicita y orienta acerca de tramitación de DNI de Jeremías.

- **Inserción**

A finales del mes Junio del año 2009 se le informa al Servicio Social que la Sra. Sandra ha fallecido de neumonía y que sus cuatro hijos Lucas (7 años), Nadia (6años), Manuel (4años) y Jeremías (1 año), están a cargo de su papá, el Sr. Gastón (30 años).

El día 02/07/09 Enfermería informa el estado de salud del niño Jeremías quien había atravesado un cuadro de bronquiolitis. A partir de lo acontecido, concurren al domicilio, Servicio Social y enfermería, a fin de conocer la nueva organización familiar. El Sr. Gastón no se encuentra, los niños están con la niñera y luego llega la Sra. Marta (Hermana del Sr. Gastón) quien se compromete a informar a su hermano sobre el control de salud al que debe asistir Jeremías. Se los observa a los niños muy activos y en aparente buen estado de salud.

Ante la inasistencia al turno programado, el 16/07/09 se concurre nuevamente al domicilio, a efectos de evaluar la situación familiar actual. Se encuentra el Sr. Gastón quien refiere estar desempleado por el momento, pero tiene oportunidades laborales en el taller mecánico de un amigo, para lo que necesitaría de un lugar donde sus hijos puedan permanecer mientras él va a trabajar; ya que la niñera renunció porque no podía "manejar a los niños".

Ante dicha solicitud, la Trabajadora Social explica que realizará enlace con la Casa del Niño y solicitará su admisión por excepción, ya que dicha institución no tiene cupos para nuevas inscripciones. Se explica que se hará enlace con el Centro de Protección de los Derechos de la Niñez (C.P.De.N) para solicitar intervención. Se orienta para iniciar trámite de cambio de titularidad en el Plan Mas Vida. El Sr. Gastón refiere que se encuentra en conflicto con toda su familia.

La vivienda cuenta con tres ambientes, que se distribuyen de la siguiente manera, living-comedor, cocina, baño interno, dos habitaciones. Posee paredes de ladrillo, revoque y pintura, los pisos son de cemento alisado, techo de tejas. Cuenta con los siguientes servicios, luz eléctrica, gas envasado, pozo ciego y agua potable. Tienen calefacción eléctrica y por medio de fuego a leña. La vivienda se encuentra en condiciones de orden y aseo.

El 27/07/09 Se mantiene comunicación telefónica con la Trabajadora Social de la Casa del Niño. Refiere que por la emergencia sanitaria permanecerá cerrada hasta el 3/8. Se informa situación socio – familiar y se solicita ingreso de los niños a la institución. Se programa turno con el Sr. Gastón a efectos de evaluar la posibilidad de ingreso. Se concurre a domicilio y no se encuentra a nadie. Se deja citación para el Servicio Social.

El 03/08/09 el Sr. Gastón concurre al Servicio Social, ingresa al Programa Municipal de Seguridad alimentaria, se le otorga un turno programado con la Casa del Niño y se le informa sobre las características de admisión.

El 21/08/09 se concurre nuevamente al domicilio, junto con enfermería, se observa reticente en la entrevista y manifiesta que los niños ingresaron a la Casa del Niño pero hace dos días que no los lleva. Tampoco están concurrendo a la escuela ya que el niño Manuel está enfermo y le solicitan el alta médica. No solicita turno. Refiere que por su situación económica presenta dificultades para continuar realizando el traslado de los niños a la Casa del Niño.

El 31/08/09 se comunica la Trabajadora Social de la Casa del Niño, refiere que el niño Manuel tiene problemas de conducta y observa marcas en dos de los niños. (Jeremías, una quemadura en la espalda y en Manuel un moretón en la mejilla).

Se realiza contacto con la trabajadora social de la escuela donde concurren los niños mayores, se consulta si asistieron este último tiempo, la misma responde que no han concurrido.

El 10/09/09 se presenta en el Servicio Social la Sra. Marta manifestando su preocupación por sus sobrinos, en especial por la niña Nadia, ya que cree que su hermano está relacionándose con “gente peligrosa”, que ingresan al domicilio y consumen drogas delante de los niños y sospecha que su sobrina fue manoseada por uno de los amigos del padre. Refiere que su hermano está desbordado por la situación de tener que hacerse cargo de sus hijos.

El 16/09/09 el Servicio Social eleva un informa al C.P.De.N. detallando las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento, solicitando nuevamente su intervención.

El 17/09/09 el Servicio Social, por seguimiento social, concurre al domicilio del Sr. Gastón a fin de informarle sobre la posibilidad de ser parte de la cooperativa de trabajo que se está gestando en el barrio. No hay nadie en la casa. Su hermana, quien vive frente a la casa expresa que no se encuentra en ese momento porque fue a llevar a los niños a la escuela, recibe una nota y afirma que se la hará llegar por intermedio de una cuñada, ya que ella desde hace un tiempo no se relaciona con su hermano.

El 30/09/09 el Sr. Gastón concurre al Servicio Social por demanda espontanea, a fin de solicitar el alta médica para Nadia y Manuel, quienes no fueron recibidos en la Casa del Niño el día viernes, por tener fiebre. Al consultarle si ese día los trajo a control responde que no, pero que de todas formas necesita el certificado. Se hace enlace con pediatría y se programa un sobre turno para el día 01/10.

El viernes 30/10/09 nos informan desde la Dirección de Niñez y juventud que habían recibido una denuncia de violencia doméstica hacia Sr. Gastón. Desde la mencionada Dirección realizaron la entrevista domiciliaria pertinente y luego de evaluar la situación consideraron que no era necesario retirar a los niños. El Sr. Gastón reconoció que en oportunidades la situación lo desbordaba y golpeaba a los niños como medida correctiva. Mencionó ante las profesionales, tener contacto con la Trabajadora Social de la sala, motivo por el cual decidieron hacer enlace con dicha institución.

Martes 3/11/09 asiste al Servicio Social el Sr. Gastón por la citación dejada en su domicilio el día 30/10.

En un primer momento se le consulta como están los niños, como los ve él. El Sr. Gastón refiere que los ve bien, que son muy inquietos. Menciona que desde la Casa del Niño, veían muy agresivo a Manuel y con falta de afecto a Nadia, por lo que evaluara la posibilidad de ingresar a los cuatro niños a un Hogar permanente. Explica que sus hijos “ya perdieron a su mamá y no quiere dejarlos sin papá”. Se asesora sobre la admisión a Psicología para el grupo familiar.

En referencia a su red de apoyo, responde que un hermano de la Sra. Sandra, el Sr. Sergio, ha ido a visitar a los niños la semana anterior, pero que no es una constante. Resume que si

bien su esposa mantenía un vínculo estrecho con su familia, actualmente, él no posee vinculación con el resto de los familiares, motivo por el cual no puede contar con el apoyo de ellos para el cuidado y educación de los hijos.

Respecto a los ingresos con los que cuenta, explica que desde hace un tiempo comenzó a trabajar en el taller mecánico de su amigo, que el horario que cumple allí es flexible; pero no es suficiente para cubrir las necesidades básicas.

Se explica que hay una red de instituciones, de la cual el subcentro es parte, que busca apoyarlo en esta nueva organización, todas tenemos el mismo objetivo que él, buscar el bienestar de los niños. Mantuvimos contacto con la Escuela, con el Jardín, con la Casa del Niño, con el Centro de Protección y con la Dirección de Niñez y Juventud.

Se otorga turno programado con pediatría para los cuatro niños, para el 11/11/09 a las 11:00, deberá pasar antes por enfermería para controlar el peso y la talla de los niños.

El 11/11/09 Asiste al Subcentro el Sr. Gastón a las 11:30 hs. desde el Servicio Social se le indica que se dirija a enfermería para controlar el peso y talla de los niños, luego debe dirigirse a pediatría.

Entrevista conjunta Servicio Social y pediatría. Los niños presentan peso, talla y maduración acorde a la edad. Deberá solicitar turno para control de 18 meses de Jeremías, turno en odontología para Nadia y consultar el calendario de vacunación de Manuel. Se le aconseja que asista a psicología sobre todo para Nadia.

El Sr. Gastón refiere que el día 10/11 asistió a la sede del ANSES a tramitar la Asignación Universal por Hijo, pudo anotar solo a tres, ya que Jeremías tiene solo la constancia de DNI en trámite.

Explica que lo citaron del C.P.De.N, para el miércoles 18/11/09. Se le otorga turno con Servicio Social del Subcentro para el 19/11/09 a las 10:00hs y turno programado con odontología para Nadia para las 11:00hs. No asiste a ninguno de los dos turnos.

El 23/11/09 se concurre al domicilio del Sr. Gastón, no se encuentra, los niños están bajo el cuidado de su tío materno el Sr. Sergio, quien se compromete a informar al Sr. Gastón sobre la citación dejada para el 24/11/09.

El 24/11/09 asiste al Servicio, el Sr. Gastón, se mantiene entrevista, donde expresa no haber podido concurrir a los turnos asignados, por estar trabajando. Manifiesta que no puede abandonar su empleo.

Refiere que actualmente el Sr. Sergio está viviendo en su domicilio junto a su esposa e hijo, ya que se lo solicitó momentáneamente. No está del todo conforme con esta situación, debido a que sus hijos se alteran con más facilidad y generan mayor desorden y suciedad en la vivienda. El Sr. Gastón solicitó turno para el control de Jeremías.

- **Diagnostico**

Luego de las intervenciones realizadas y los datos analizados inferimos: grupo familiar monoparental, a cargo del Sr. Gastón, con ingresos económicos inestables, lo que dificulta la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas.

El Sr. Gastón muestra una actitud pasiva ante la situación que vivió el grupo familiar, a partir del fallecimiento de la Sra. Sandra y en lo que respecta a la organización familiar, los controles de salud de los niños, y la tramitación del DNI de Jeremías. Se infiere que el Sr. Gastón aún no ha podido configurar su situación – problema.

Sus lazos familiares están debilitados, de acuerdo a lo expuesto tanto por el Sr. Gastón como por su hermana. Se observa una ampliación de la red familiar y una apertura por parte del Sr. Gastón a que familiares de la Sra. Sandra puedan colaborar con el cuidado de los niños.

La vivienda se encuentra en buenas condiciones habitables, en orden y aseo.

- **Planificación**

Se planifica mantener entrevistas periódicas con el Sr. Gastón a fin de poner en manifiesto sus formas de organización cotidianas con respecto a los niños, sus cuidados, la asistencia a la escuela, a la Casa del Niño, la importancia de los controles salud; como así también la

necesidad de establecerse laboralmente, para que logre satisfacer las necesidades básicas de los niños.

Se establece un plazo determinado para evaluar si a partir de las entrevistas se produjo una modificación en la situación del grupo familiar.

Se planifica sostener la articulación interinstitucional. Se planea continuar interviniendo interdisciplinariamente al interior del subcentro, con especialidades tales como, enfermería, pediatría y psicología.

- **Finalización de la intervención:**

El objetivo planteado inicialmente se fue modificando durante las intervenciones realizadas. Las entrevistas con el Sr Gastón no han podido realizarse de acuerdo a lo planificado, debido a sus reiteradas inasistencias.

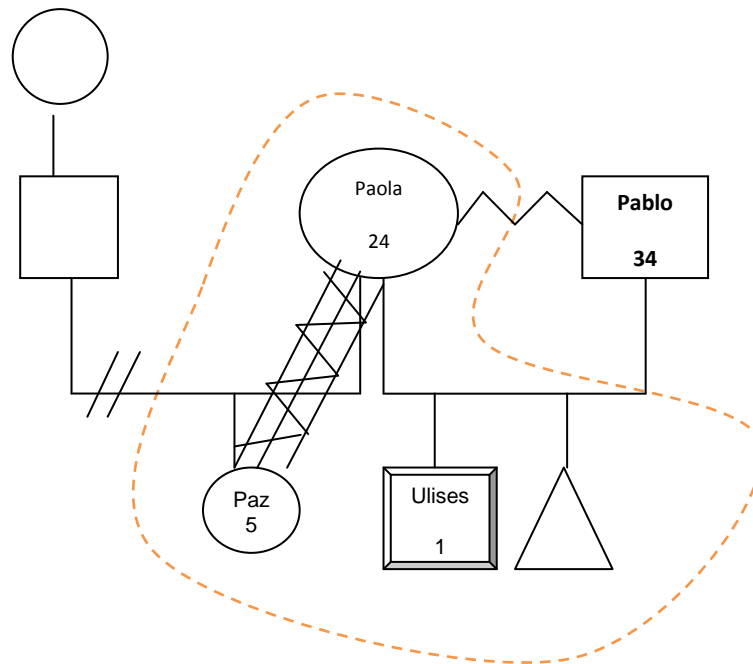
En referencia a la red de apoyo, se evidenció la presencia de los abuelos maternos de los niños quienes manifestaron preocupación por sus nietos y deseo de colaborar en su crianza.

Nuestra intervención finalizó a causa del cierre de nuestra práctica, pero fue continuada por la Trabajadora Social del Servicio.

ESTUDIO DE CASO N ° 2

- **Objetivo de intervención:** Brindar atención al grupo familiar a efectos de fomentar la periodicidad en los controles de salud del niño Ulises, dentro del Plan de Lactantes Materno Infantil
- **Demanda:** Dentro del Plan de Lactantes se realiza un relevamiento periódico de historias clínicas, por parte del Servicio Social, donde se detecta el ausentismo a los controles de salud del niño Ulises.

El grupo familiar presenta el siguiente Familiograma:



- **Antecedentes del Caso:**

Derivación telefónica desde el Servicio Social del Hospital Materno Infantil por posible ingreso al Programa Municipal de Seguridad Alimentaria ya que el niño Ulises se encontraba en bajo peso.

El 06/11/08 se realiza el ingreso al Programa Municipal de Seguridad Alimentaria a la Sra. Paola de nacionalidad brasilera, la misma manifiesta que perdió su documento brasilero y posee una certificación provisoria.

La Sra. Paola, expresa que cuando Paz tenía 4 años, ella vivía con el papá de la niña en Bs. As., pero la relación entre ellos ya había finalizado; a ella se le presentó la oportunidad de ir a trabajar en otra localidad durante la temporada de verano, por lo que su hija quedó a cargo de su papá. La Sra. Paola se comunicaba a diario con su hija por teléfono, y transcurridos dos meses de su ausencia, su hija le solicitó que volviera a buscarla. La Sra. Paola manifiesta que la niña habría sido abusada por el padre. No existe denuncia al respecto.

- **Inserción**

El 20/08/2009 se concurre al domicilio de la Sra. Paola (24 años) por un control de ausentismo del niño Ulises. Nos informan que la Sra. Paola ya no vive en ese lugar, sino que reside junto al Sr. Pablo (34 años), quien es su pareja y vive en la misma cuadra. Asistimos al nuevo domicilio, el Sr. Pablo manifiesta que la Sra. Paola está alquilando un departamento en el centro y vive allí junto a sus hijos Ulises (1 año) y Paz (5 años); y se encuentra embarazada de 5 meses, expresa que él es el padre.

Manifiesta su deseo de que ella regrese al domicilio junto a él, le ofrece que deje de trabajar por las noches y comience a cuidarse por su estado. La vivienda que él ocupa fue cedida en calidad de préstamo por el plazo de dos años, trabaja ocasionalmente de electricista y está por obtener un empleo en el puerto, por lo cual considera que puede sustentar económicamente la convivencia.

Se solicita al Sr. Pablo que le comunique a la Sra. Paola que debe pasar por el Servicio Social lo antes posible y en caso de que a ella le sea imposible, deberá asistir él.

El 28/08/09 la Sra. Paola concurre al Servicio Social junto a su hija Paz, comenta que volvió a vivir junto al Sr. Pablo y ya no está trabajando porque es riesgoso en su estado. La Trabajadora Social manifiesta la importancia de que se realice los controles pertinentes. Por otra parte se expresa la necesidad de que regularice los controles de salud de Ulises.

El 29/08/09 la Sra. Paola, asiste por demanda espontanea para consultar por los documentos tanto de ella como de sus hijos; el de ella está demorado en Migraciones (nunca tuvo DNI Argentino), el de la niña Paz lo perdió en un incendio que sufrió en su domicilio anterior y el del niño Ulises intentó iniciarlo por medio de la Defensoría. Se da el nuevo domicilio de Migraciones para regularizar su situación, debe ir al registro civil a pedir la partida de Paz y a la Defensoría para solicitar la constancia de parto de Ulises, a fin de poder iniciar su inscripción en el Registro Nacional de las Personas.

Se consulta sobre la situación de abuso que sufrió su hija. La Sra. Paola manifiesta que cuando se mudó a Mar del Plata junto a su hija, el padre de Paz solicitó ver a la niña, ante su negativa, fue la abuela paterna quien reiteró la petición, ella accedió y se llevaron a la niña por

cinco meses a la provincia de Córdoba, sin dar a conocer domicilio. La Sra. Paola pudo recuperarla gracias a la intervención de Missing Children.

Según refiere la Sra. Paola, actualmente la relación madre – hija está prosperando, Paz está más tranquila y ella está aprendiendo a relacionarse con la niña. Desde el Servicio Social se ofrece enlace con Psicología y se orienta respecto a la concurrencia a un Jardín de infantes para su hija.

21/09/09 El Servicio Social se comunica con el Tribunal de Familia a fin de averiguar sobre la causa de la niña Paz, la Trabajadora Social a cargo del caso informa que la causa fue iniciada por el padre biológico de la niña, quien solicita un régimen de visitas. Se informa que hay una audiencia el 01/10/09 a la cual será citada la Sra. Paola.

24/09/09 Concorre al servicio, la Sra. Paola por demanda espontánea, consulta por una guardería para su hija Paz ya que necesita "... que la eduquen, que la disciplinen, necesita relacionarse con otros chicos..." Expone que la niña presenta problemas de conducta y que ella debe fijar constantemente los límites.

Por otra parte explica que no pudo realizar los trámites referentes a la documentación del grupo familiar, ni retirar los estudios relacionados a su embarazo, que se realizó en el Instituto Dr. Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (IREMI), porque no tenía dinero para el transporte. Expresa que su pareja se quedó sin trabajo y que cada día la situación empeora. Ante lo expuesto, se comunica que se realizará enlace con C.P.De.N a fin de solicitar su intervención. Se informa sobre la audiencia de conciliación, la cual le será debidamente notificada; ante ello, responde que si bien asistirá, no permitirá que el padre vea a la niña.

28/09/09 Concorre la Sra. Paola al Servicio, por demanda espontánea, junto a sus dos hijos. Expresa que fueron desde el Tribunal a notificarla de la audiencia y cuando le consultaron por la escolaridad de la niña Paz ella mintió, diciendo que concurrió al jardín, pero que recientemente la había retirado, expone que tiene temor de que le quiten a sus hijos, por la situación económica por la que está atravesando.

Ante lo expuesto se planifica realizar enlace con Casa del Niño; se informa que deberá concurrir a una escuela el año próximo, por lo que debe realizar cuanto antes la inscripción de

su hija. Se solicita turno con C.P.De.N (quien manifiesta ya conocer el caso). Se acuerda que realizará los trámites de documentación, retirará los estudios del embarazo e iniciará la inscripción en la escuela de su hija Paz.

El 19/10/09 se mantiene comunicación telefónica con C.P.De.N, quienes refieren que la Sra. Paola no concurrió a la citación.

El 26/10/09 Se acerca la Sra. Paola al servicio social, solicitando entrevista, se le otorga para el día 2/11/09. No asiste.

27/10/09 Se mantiene comunicación telefónica con el Tribunal de Familia con la trabajadora social, quien refiere que la Sra. Paola asiste hasta momento a todas las audiencias por el régimen de visitas. Desde el tribunal realizaron enlace para que la niña Paz pueda concurrir a la Casa del Niño, y el padre biológico de la niña, se comprometió a abonar el transporte para que pueda asistir.

El 05/11/09 se concurre al domicilio, solicitando que asistan al Servicio Social el día 11/11/09 a fin de mantener una entrevista y establecer pautas sobre la documentación de los niños y controles de salud.

El 11/11/09 se mantiene entrevista programada en consultorio. Refiere que se ha mudado de casa, ya que se separó del Sr. Pablo, según manifiesta, el motivo fue inestabilidad laboral. La nueva vivienda, está ubicada en el mismo barrio, a unas cuadras de la anterior, es ocupada en carácter de préstamo, momentáneamente, y es compartida con la dueña de la misma. Cuenta con dos habitaciones, una cocina comedor y un baño.

Aún siguen pendientes los trámites de documentación de ella y de su hija Paz, pero pudo obtener la constancia de parto del niño Ulises, por medio de la Defensoría.

Respecto a los controles de su embarazo, se ha ausentado al último turno, el mismo se reprograma, manifiesta intención de realizarse ligadura tubaria. Se programa entrevista con el Servicio Social para el miércoles 18/11/09. No concurre.

El 19/11/09 concurre la Sra. Paola al Servicio, expresa que fue a migraciones a regularizar su situación y le solicitaron los siguientes requisitos:

- Antecedentes penales.
- Certificado de nacionalidad, que se tramita en la embajada brasilera que se encuentra la ciudad de Buenos Aires y tiene un costo de 300 pesos.
Para eximirse de la misma, exigen presentación de un informe social, el cual tiene un costo de 448 pesos.

Se realiza contacto telefónico, con la embajada de Brasil, a fin de informarnos sobre los aranceles, la documentación requerida y los plazos de dicha tramitación. No se obtiene respuesta. Se mantiene enlace telefónico con el Tribunal de Familia, solicitando intervención del mismo, para poder viabilizar el trámite de documentación de identidad.

El 23/11/09 se mantiene entrevista con Sra. Paola, se realiza gestión para solicitar la eximición del pago de pasajes para poder viajar a la ciudad de Buenos Aires. Concurrirá con sus dos hijos.

- **Diagnostico:**

Grupo familiar ensamblado, conformado por la pareja y los hijos de la Sra. Paola. Si bien refiere dificultad para relacionarse con su hija, se evidencia una preocupación y dedicación por consolidar el vínculo.

El grupo familiar está liderado por una fuerte figura materna. Inferimos que el vínculo con el Sr. Pablo es confuso ya que el discurso y comportamiento de la Sra. Paola evidencia desinterés por tal. La situación socio económica es precaria. Si bien la misma no ha explicitado su trabajo, por la descripción y características del mismo, se infiere que ejerce la prostitución. A pesar de que la Sra. Paola exprese conformidad respecto a la nueva situación habitacional, la misma sigue siendo inestable para el grupo familiar.

En relación a los controles de salud y a la regularización de la documentación solicitada, comprende la orientación brindada, pero presenta dificultad al momento de llevar a cabo las gestiones acordadas. Se desconoce donde realizó los controles la niña Paz y su respectiva historia clínica.

- **Planificación**

Se planifica sostener el seguimiento del caso, por medio de entrevistas periódicas, donde se pueda trabajar aspectos inherentes a la identidad y salud de los niños.

Se acuerda conjuntamente con la Sra. Paola estrategias de organización familiar con respecto al nacimiento del niño, el ingreso de Paz a la escuela, que Ulises pueda asistir a una guardería, o quede al cuidado de otra persona responsable. Se pauta evaluar la posibilidad de modificar la situación económica ya sea por medio de la inclusión a un programa social, como así también, la posibilidad de obtener otro empleo.

Se planea sostener la articulación con las instituciones de referencia, C.P.De.N., Tribunal de Familia, Casa del Niño.

- **Finalización de la intervención:**

El objetivo planteado inicialmente fue alcanzado parcialmente, ya que aun no se han regularizado los controles de salud del los niños.

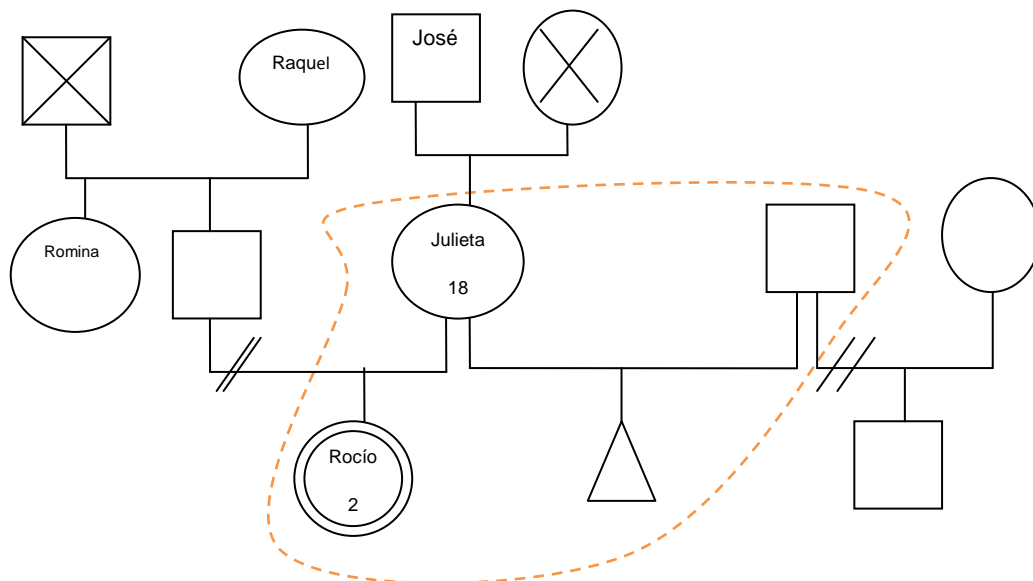
A pesar del seguimiento realizado durante las entrevistas pautadas, la Sra. Paola, al cierre de nuestra intervención, no ha logrado tramitar la documentación de ella, como la de sus hijos. Respecto a la estabilidad habitacional y económica, aun no se han podido configurar.

Nuestra intervención finalizó a causa del cierre de nuestra práctica, pero fue continuada por la Trabajadora Social del Servicio.

ESTUDIO DE CASO N ° 3

- **Objetivo de intervención:** Identificar las causas del ausentismo al control de salud de la niña Rocío por patología (síndrome urémico hemolítico)
- **Demanda:** Derivación desde pediatría a partir del ausentismo al control por patología padecida.

El grupo familiar presenta el siguiente Familiograma:



- **Antecedentes:**

Consta en la historia clínica de la niña Rocío, que la alimentación de la misma, es inadecuada, de acuerdo lo que relata la mamá, esto se debe a que los fines de semana mientras está en la casa paterna, fuera de su cuidado, la niña ingiere alimentos inapropiados y en exceso, los cuales perjudican su salud.

- **Inserción:**

El día 12/11/09 concurre al Servicio Social, la pediatra a cargo del seguimiento de la niña, a efectos de informar que Rocío (2 años) fue derivada el 5/11/09 al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H.I.E.M.I.) permaneciendo internada por síndrome urémico hemolítico. Luego del alta médica, debía concurrir a control médico a las 48hs. en el subcentro de salud libertad, ante su inasistencia, decide informar al Servicio Social.

A partir de la derivación de pediatría, se realiza la lectura de historia clínica, donde se observa que la alimentación de la niña es inadecuada, de acuerdo lo que relata la madre, esto se debe a que los fines de semana mientras está en la casa paterna, fuera de su cuidado, la niña ingiere alimentos inapropiados y en exceso, los cuales perjudican su salud.

El día 16/11/09 se realiza entrevista en domicilio que consta en historia clínica, se dialoga con la abuela paterna de la niña Rocío, la Sra. Raquel quien refiere que la mamá de la niña, la Srta. Julieta (18 años), ya no reside en ese domicilio. Manifiesta que se muda constantemente. Y actualmente se la podría llegar a localizar en el domicilio aledaño a su padre, abuelo materno de la niña, el Sr. José (brinda dirección aproximada y número telefónico de este último). Refiere que los padres de Rocío no se ocupan debidamente de ella, poseen una relación conflictiva. El padre de la niña no reside allí, solo asiste algunos fines de semana cuando acuerda ver a su hija.

El 24/11/09 se realiza comunicación telefónica con el Sr. José a efectos de evaluar situación actual. Se deja mensaje en el contestador, refiriendo que necesitamos comunicarnos con la Srta. Julieta. No se comunica, ni asiste al Subcentro.

El día 25/11/09 se efectúa entrevista en el presunto domicilio de la Srta. Julieta. Al no tener datos específicos del domicilio exacto, se dialoga con vecinos y comerciantes de la zona quienes desconocen el grupo familiar.

El 26/11/09 Se mantiene comunicación telefónica con la Srta. Romina, tía paterna de la niña Rocío, quien manifiesta que la madre de la niña, concurre a su casa “casi todos los fines de semana y una vez durante la semana”. Se solicita que informe a la Srta. Julieta, que debe

presentarse al Servicio Social del subcentro, a fin de acordar un control pediátrico de la niña Rocío.

- **Diagnostico:**

Grupo Familiar nuclear ensamblado, a cargo de Sra. Julieta, quien se ocupa exclusivamente de los cuidados y crianza de su hija, contando con la colaboración esporádica de su padre (Sr. José). Posee una red familiar no continente por parte del padre de Rocío. Se evidencian conflictos vinculares entre los padres de la niña.

Inferimos que la madre de la niña no ha podido dimensionar el control que requería la patología de su hija.

- **Planificación:**

Se planifica mantener entrevista con la madre de la niña, a fin de establecer la importancia de la asistencia a los controles pediátricos por la patología de la niña.

Se planea poder clarificar, mediante la entrevista, cuáles son las redes familiares con las que cuenta la niña.

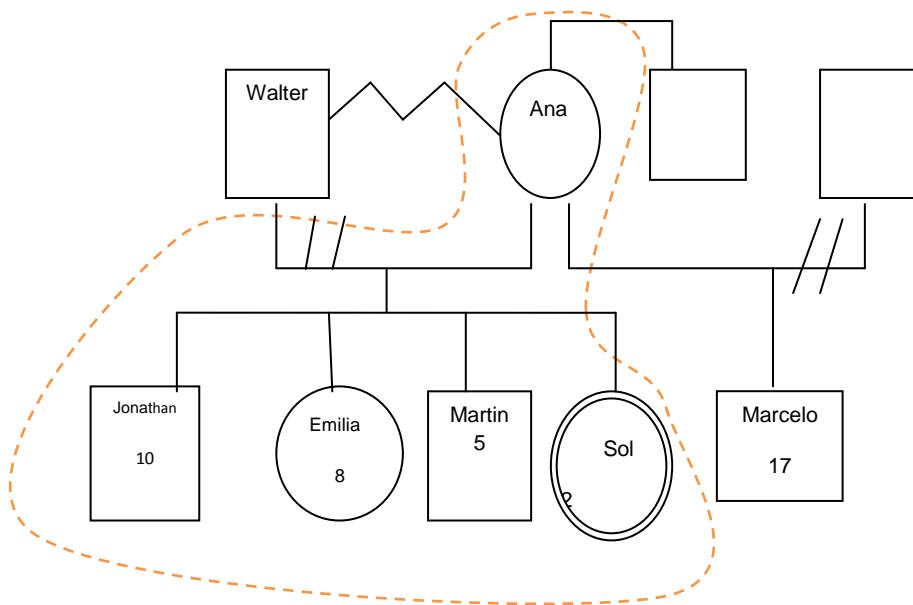
- **Finalización de la intervención:**

Luego de nuestra intervención, el objetivo planteado inicialmente fue alcanzado. Los controles por la patología de la niña se regularizaron y se mantuvo entrevista con la madre, donde se acordaron las pautas de cuidado, fortaleciéndola para el ejercicio de las mismas, ante la ausencia de otros referentes. Se dio por concluida la intervención.

ESTUDIO DE CASO N ° 4

- **Objetivo de intervención:** Brindar atención y seguimiento social, focalizando la intervención en la situación socio-sanitaria de los niños.
- **Demanda:** Se presenta la Sra. Ana por demanda espontánea, donde manifiesta estar atravesando una situación de crisis, dada por la violencia ejercida por su marido. Ante la detección de otros indicadores de vulnerabilidad, el servicio social decide realizar un seguimiento del caso.

El grupo familiar presenta el siguiente Familiograma:



- **Antecedentes del caso:**

Grupo familiar conformado por madre Sra. Ana, padre Sr. Walter, sus cuatro hijos de Sol (2 años), Martin (5 años), Emilia (8 años), Jonathan (10 años) y un hijo de la Sra. Ana, Marcelo (17 años).

La familia proviene del norte del país, reside en esta ciudad desde fines del año 2007. A mediados del año 2008, se mantiene la entrevista con el Equipo Orientación Escolar (EOE), de la escuela primaria básica nº X donde solicitan al Servicio Social del Subcentro Libertad un ingreso al Programa Municipal de Seguridad Alimentaria.

Las profesionales expresan que hay un antecedente de abuso sexual por parte del hermano de 17 años para con la niña de 8 años, referido por la Sra. Ana, quien a su vez ha sufrido desequilibrios emocionales por los que tuvo que ser atendida por salud mental.

Desde el Servicio se realiza enlace con Pediatría, a fin de regularizar los controles de salud de los niños, al ser revisados, se constata que la niña Emilia posee un peso marcadamente inferior al que corresponde a su edad (8 años). Según consta en historia clínica, se determina un grado de desnutrición dos, por lo que la niña es derivada al HIEMI, los profesionales de esta institución consideran que la niña “no tiene criterio de internación” y por tal motivo le dan de alta en el mismo momento.

Días después se mantiene una entrevista conjunta con la Sra. Ana, Psicología, Psiquiatría y Servicio Social, donde la Sra. Ana manifiesta necesidad de ayuda por parte de las profesionales, ya que ha tenido recientemente dos intentos de suicidio y arrebatos de violencia para con sus hijos. Se decide hacer interconsulta con el área de Psiquiatría del HIGA y se la deriva allí a fin de ser evaluada. Al día siguiente se mantiene comunicación telefónica con el padre de los niños, quien explica que la Sra. Ana ha quedado internada en el Hospital y los cuatro niños están bajo el cuidado de un tío materno y una vecina, en sus viviendas respectivas.

Al tiempo la Sra. Ana es dada de alta y vuelve a convivir con el Sr. Walter y sus cinco hijos.

En septiembre de 2008, la Sra. Ana asistió al subcentro junto a su hija Emilia, solicitando atención médica para la niña, ya que presentaba cólicos. Al revisarla se constata una pérdida de peso de 400gr. desde el último registro. La Dra. solicita que se dirija al Hospital de niños. A los dos días la Sra. Ana asiste al Servicio Social y manifiesta que no ha llevado a la niña al Hospital, porque carecía de dinero para el pasaje, la pediatra que había realizado la derivación, días atrás le había facilitado el dinero en ese momento, pero la Sra. Ana expresó desconocer que era para tal fin y que lo había gastado en galletitas para su hija.

Se realiza enlace con EOE de la Escuela nº X y se eleva informe de derivación al C.P.De.N.

En Febrero de 2009, se realiza entrevista domiciliaria conjunta, Servicio Social y C.P.De.N, donde además de evaluar la situación familiar actual, se otorgan turnos programados para los controles de las niñas Sol y Emilia.

La Sra. Ana asiste al control previsto, ambas niñas no han aumentado de peso, se brindan pautas de alimentación e higiene, se indica tratamiento antiparasitario para todo el grupo familiar y se solicitan estudios completos para la niña Emilia.

En el Servicio Social, la Sra. Ana refiere que su esposo está desempleado y no la ayuda en la atención de los niños.

Los estudios se realizan con algunas dificultades, pero tras los resultados la niña es derivada a endocrinología del Hospital de niños y se le indican nuevos estudios en dicha institución; se realiza entrevista domiciliaria desde el servicio, donde se otorga turno programado para la mencionada especialidad, para laboratorio y para los controles periódicos en el subcentro.

Las niñas son traídas a control, ambas han aumentado de peso; la niña Emilia no fue llevada al Hospital, a los turnos asignados, ya que según refiere su madre “se olvidó y se quedó dormida”.

En Mayo de 2009, el C.P.De.N solicita intervención del Servicio Social del Subcentro a fin de que la Sra. Ana regularice los controles de salud de sus hijos.

Días después la Sra. Ana asiste al Servicio por demanda espontánea, se le otorga un nuevo turno programado con endocrinología y se solicita que asista el día posterior a pediatría a fin de actualizar las órdenes de los estudios pendientes de la niña Emilia.

- **Inserción:**

En Julio de 2009, la Sra. Ana se hace presente en el Subcentro con los resultados de los estudios realizados a la niña Emilia, según consta en historia clínica, la placa indica una edad ósea de tres años, cuando la niña tiene ocho. Se deriva nuevamente a endocrinología y se programa una nueva entrevista con pediatría y servicio social. La Sra. Ana asiste al subcentro, se realiza entrevista conjunta, se determina que Emilia presenta Hipertiroidismo; la Sra. reitera que se siente en peligro, por la violencia ejercida por su marido hacia todos los miembros de la familia y manifiesta deseo de incorporar a sus cuatro hijos menores a una guardería.

Se cita a Marcelo, quien según refiere su madre, está depresivo; el mismo no está trabajando y está desescolarizado, por otra parte explica que tiene problemas de audición y no posee los audífonos necesarios. No asiste.

En Agosto de 2009, por intermedio de la Trabajadora Social de la escuela Especial a la que asiste Emilia, en forma parcial (proyecto de integración), se toma conocimiento de que la niña ha tenido varicela y no ha recibido atención médica. Por tal motivo se contacta a la Sra. Ana y se brinda un turno programado para Emilia, al cual no asiste.

En Diciembre de 2009, se realiza una nueva conexión con el C.P.De.N quienes informan que la Sra. Ana se ha retirado de su casa junto a sus cuatro hijos y está viviendo en el domicilio de una vecina, tras una fuerte situación de violencia vivida con su esposo. Desde esta institución la asesoraron para que realice la denuncia y solicite una exclusión del hogar y una restricción de acercamiento.

Días después se realiza entrevista domiciliaria desde el Servicio Social. La Sra. Ana no se encontraba, su esposo, nos informa que ha vuelto al domicilio junto a sus hijos, por otra parte, expone que está desempleado y que utiliza el cirujeo como medio de subsistencia.

Se otorga turno programado para Servicio Social. La Sra. Ana asiste junto a sus cuatro hijos, refiere que volvió a su casa con la condición de que su esposo cambiara de actitud, sin embargo, la situación ha perdurado, manifiesta que en ocasiones piensa que perderá el control, ya que desea terminar con la vida de su esposo.

Refiere que desde la escuela y desde el C.P.De.N le han solicitado que regularice los controles de salud de los niños, que los lleve al comedor durante el verano y que comience un tratamiento con Psicología.

La Sra. Ana informa que ha iniciado los trámites de la Asignación Universal por Hijo y que podrá cobrarla una vez que tenga su DNI. Con dicho ingreso planifica alquilar un lugar para vivir con sus hijos.

Se la asesora sobre continuidad de Programa Municipal de Seguridad Alimentaria, días de admisión en Psicología y forma de obtener los turnos para regularizar los controles de los niños.

La Sra. Ana manifiesta estar preocupada por su hijo Marcelo ya que consume estupefacientes varios y sospecha que ha cometido ilícitos.

Por otra parte explica que decidió retirarse de la casa de su vecina, donde vivía junto a sus hijos, debido a que los niños de ambas se peleaban, su esposo iba a insultarla con frecuencia, lo que molestaba a la dueña de casa, por ello se sintió incomoda y decidió irse.

Días después la Sra. Ana asiste a la admisión de Psicología, regulariza los controles de las niñas Sol y Emilia, no así de Martin y Jonathan. En el Servicio social, rectifica su decisión de irse de su casa, además menciona la posibilidad de obtener un empleo por intermedio de su hermano, por lo que solicita nuestra intervención a fin de gestionar un ingreso a guardería para los cuatro niños.

En Enero de 2010, tras la ausencia a los controles de salud de las niñas, se realiza entrevista domiciliaria desde el Servicio Social, se encuentra a la Sra. Ana junto a su hija Sol en el domicilio de una vecina, donde estaba casualmente. Explica que desde hacía dos días se había ido de su hogar con sus hijos, ya que la situación era insostenible, (explica que tuvo intervención la policía). Actualmente se encuentra alquilando una habitación en otro barrio, pero desea volver al barrio de origen, aunque en otra vivienda, ya que reafirma que ya no puede vivir con su marido.

- **Diagnostico**

Grupo Familiar a cargo de la Sra. Ana, quien posee ingresos económicos inestables y escasos. La red familiar materna es débil, y poco continente. Se desconoce la existencia de una red familiar paterna. La Sra. Ana cuenta con el apoyo afectivo de alguno de sus vecinos, y son referentes para la misma.

La Sra. Ana ha configurado la situación de violencia ejercida por el Sr. Walter, tratando de preservar a sus hijos, buscando otras alternativas de subsistencia, esto ha generado una inestabilidad en la situación habitacional del grupo familiar, no resuelta hasta el momento.

Respecto a los controles de salud de los niños, su madre, quien asume la responsabilidad total de su cuidado, presenta limitaciones para detectar situaciones de enfermedad y actuar en consecuencia. Por otra parte, a pesar del asesoramiento y acompañamiento desde el Servicio Social, no logra cumplir con los tratamientos indicados y asistir a los turnos programados.

- **Planificación**

Se planifica sostener la articulación interinstitucional con el C.P.De.N.

Se proyecta establecer contacto telefónico con el servicio social del área programática donde reside actualmente el grupo familiar, a efectos de informar los antecedentes del grupo familiar. Se plantea realizar entrevista domiciliaria al Sr Walter.

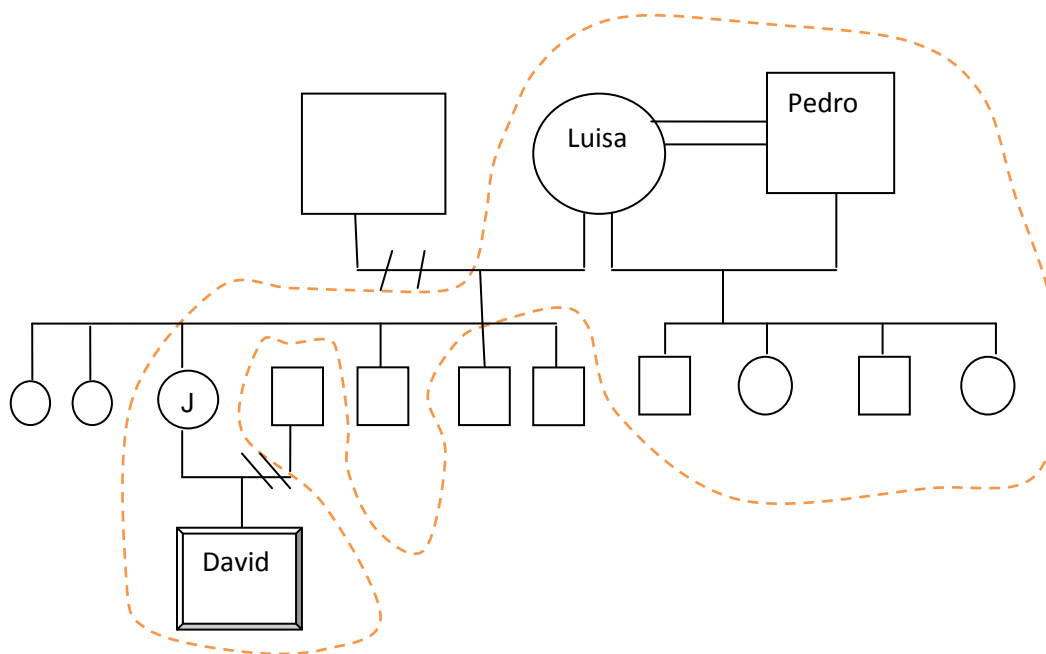
- **Finalización de la intervención:**

Hasta el momento de nuestra intervención, el objetivo planteado inicialmente no se ha logrado. Se deriva el caso al servicio social correspondiente al nuevo domicilio de la Sra. Ana.

ESTUDIO DE CASO N ° 5

- **Objetivo de intervención:** Brindar atención y seguimiento social, focalizando la intervención en la situación socio sanitaria del niño.
- **Demanda:** Se presenta de manera espontánea, la Srta. Jimena, a efectos de solicitar la intervención del servicio social con su hermano, quien según refiere está consumiendo drogas. Mediante entrevista se detecta situación de vulnerabilidad de su hijo, por lo que se decide realizar intervención.

El grupo presenta el siguiente Familiograma:



- **Antecedentes del caso:**

El 15 de Enero de 2009, la Srta. Jimena (18 años), realiza el primer control de salud de su hijo David de 18 días de vida.

Se realiza entrevista conjunta con pediatría, donde se constata que el embarazo fue atendido en la Unidad Sanitaria Ameghino, pero no posee la libreta sanitaria completa, lo que da cuenta que no se realizaron los controles pertinentes.

Se observa buen vínculo materno, el niño según consta en historia clínica presenta buen crecimiento y maduración acorde; se encuentra en buen estado de higiene. Se brinda asesoramiento para regularizar la documentación tanto de ella como de su hijo.

Mediante entrevista la Srta. Jimena refiere que el padre biológico del niño es el Sr. Esteban, con el cual no tiene relación.

El Grupo Familiar Conviviente de la Srta. Jimena, está conformado por su madre Luisa, la pareja de su madre, el Sr. Pedro y sus hermanos Julián, Cristian, Federico, Fausto y Gabriela.

Según manifiesta la Srta. Jimena, ella y sus hermanos han atravesado situaciones de violencia familiar, generadas por la pareja de su madre. Por tal motivo ella se ha ausentado reiteradas veces de su casa, por lo cual intervino el C.P.De.N.

Durante la entrevista la Srta. Jimena ha manifestado que ha tenido problemas con las drogas, pero que ha superado la situación asistiendo al Centro Provincial de las Adicciones (C.P.A.).

Durante seis meses no se realizaron intervenciones por parte del Servicio Social, ya que se realizaron regularmente los controles de salud del niño David.

- **Inserción:**

El día 15/09/2009, concurre al Servicio Social por demanda espontánea, la Srta. Jimena manifestando que su hermano Julián tiene problemas de adicción, y posee conductas delictivas. Desde su punto de vista expresa que su mama Luisa, no sabe cómo controlar la situación y solicita intervención del Servicio Social.

El día 05/10/2009 se presentan en el Servicio Social la Srta. Jimena y Sra. Luisa quien refiere que el día domingo a la madrugada, la Srta. Jimena fue secuestrada en los alrededores del barrio y abusada por un desconocido. Al día siguiente realizaron la denuncia en la

comisaria correspondiente y recibió atención médica. Desde la Fiscalía le solicitaron asistir a tratamiento con psicología.

Durante la entrevista, se puede observar, que la atención de ambas se focaliza en denunciar, ante el servicio social, la mala vinculación entre madre - hija restando importancia a la situación de abuso vivida.

El 07/10/2009 la Srta. Jimena, se presenta de manera espontanea al Servicio Social manifestando su descontento, luego de la entrevista con la psicóloga de la Fiscalía. La misma solicita un turno con Psicología en el Subcentro de Salud, por excepción se le otorga turno programado. Expresa que ya no quiere vivir en su casa, ya que su padrastro es violento al igual que su hermano Julián, y su madre no interviene defendiéndola. Nuevamente solicita que citeamos a su madre. Se realiza enlace con C.P.De.N y se expone la situación actual.

El día 13/10/2009, se presenta Srta. Jimena al Servicio Social, por demanda espontanea, exponiendo nuevamente la situación de violencia planteada días atrás. Desde esta institución se realiza enlace con la Línea Malva, quienes gestionan que la Srta. Jimena y su hijo ingresen a un Hogar de Protección. Se informa al C.P.De.N.

El 02/11/2009, La Trabajadora Social del Hogar, informa telefónicamente al Servicio Social que la Srta. Jimena se ha retirado voluntariamente de dicha institución.

El día 05/11/2009, se realiza entrevista domiciliaria, la Srta. Jimena refiere que no se sentía cómoda en la institución, por lo cual decidió volver con su familia de origen. Manifiesta que inició un curso para mamás adolescentes en el IREMI y que se encuentra a gusto con el mismo. Se le otorga un nuevo turno programado para Psicología, al anterior no pudo concurrir ya que se encontraba en el Hogar.

El día 01/12/2009, la Srta. Jimena acude de manera espontanea, manifestando que la "echaron" de la casa violentamente y está viviendo junto a su hijo en lo de una amiga, quien reside en un domicilio aledaño. Nuevamente expone que su madre no demuestra afecto para con ella y por tal motivo desea vivir en otro lugar lejos de su familia.

Mediante entrevista, manifiesta tener dificultad para afrontar las situaciones que se le presenta por lo que tiene temor de retomar las adicciones. Solicita volver al centro de rehabilitación.

Nuevamente se asesora en relación a los días y horarios para la admisión de Psicología. No concurre.

El día 06/01/2010, se realiza el control de salud al niño David, donde la Peditra evalúa buen crecimiento y maduración acorde, a su vez solicita tratamiento y estudios relacionados con la patología detectada (cólicos). En una semana deberá presentar resultados obtenidos. No asiste.

El día 13/01/2010 se realiza entrevista domiciliaria por ausentismo al control requerido. La Srta. Jimena expone que no pudo realizar el estudio. Se compromete a realizar la muestra y hacer el estudio correspondiente.

Se asesora por tramitación de la Asignación Universal por Hijo, a la que responde que aun no ha tramitado su partida de nacimiento. Por otra parte se informa que se realizara enlace con el Programa Jóvenes "más y mejor trabajo".

La Srta. Jimena, informa que no puede continuar viviendo en lo de su amiga ya que deben desalojar la vivienda.

El día 14/01/2010 concurre al subcentro la Srta. Jimena presentando las muestras solicitadas por pediatría al laboratorio, para realizar los estudios del niño. Desde el Servicio Social se realiza una carta al registro provincial de las personas para eximir del pago la solicitud de la partida de nacimiento de la Srta. Jimena.

Manifiesta necesidad de consultar Ginecología, por métodos anticonceptivos. Se otorga turno con Centro de Prevención de las Adicciones (C.P.A.) para el día 29/01. No concurre.

El día 18/01/2010 concurre a la admisión de psicología, y luego manifiesta que el padre del niño David solicito verlo. Relata que ha intentado llevárselo sin su consentimiento. Por tal motivo concurre a la comisaria y realizó la denuncia.

El 27/01/2010 concurre al subcentro la Srta. Jimena, por demanda espontanea, a ginecología, ya que supone que está embarazada. Explícitamente solicita que no se le informe a la madre.

Concurre al servicio social, manifestando que ella llamara al C.P.A. para solicitar nuevamente un turno.

El 01/02/2010 la Srta. Jimena no asiste al turno con psicología.

El día 02/02/2010 una amiga de la Srta. Jimena informa que la misma desde el 29/1 volvió al domicilio de su madre junto a su hijo, pero en el día de ayer se fue de la casa, dejando a su hijo al cuidado de la Sra. Luisa. Así mismo refiere que la Srta. Jimena se encuentra viviendo en lo de un vecino.

El día 03/02/2011 se presenta al Servicio Social, la Sra. Luisa, confirmando lo expuesto por la amiga de Jimena, durante la entrevista expresa deseos de cuidar al niño David por el momento, pero considera que no podrá en el futuro hacerse cargo. A su vez afirma que su hija se encuentra consumiendo drogas, y está en un ambiente perjudicial.

- **Diagnostico:**

Situación familiar combinada dada por un grupo familiar monoparental que convive junto a su familia extensa. La Srta. Jimena atraviesa situación habitacional en constante inestabilidad.

No posee ingresos económicos propios, cuenta con la ayuda de su madre por lo cual las necesidades de subsistencia se encuentran parcialmente cubiertas.

En los últimos meses se observa que la Srta. Jimena presenta dificultades para afrontar y resolver los problemas generados en la dinámica familiar.

Se observa ante lo expuesto, que la Srta. Jimena se encuentra en una situación de vulnerabilidad, detecta situaciones de peligro, como la que se encuentra el hermano, o lo vivido tras el abuso, y las dimensiona según la falta de apoyo de su mayor referente, su madre.

Ante esta situación de vulnerabilidad, se evidencian cambios desfavorables respecto a los cuidados y controles de salud del niño David.

La Srta. Jimena ha tomado al Servicio Social del subcentro como un lugar de referencia, por lo cual demanda apoyo, acompañamiento, apuntalamiento de manera continua.

- **Planificación:**

Se planifica realizar entrevista domiciliaria, para tomar conocimiento del nuevo domicilio donde se encuentra la Srta. Jimena a fin de definir cuáles son las decisiones que tomará en lo inmediato con respecto a su hijo David.

Se planifica sostener articulación con C.P.De.N, para informar la situación actual del grupo familiar.

Se promoverá la regularización de los controles de salud del niño, la realización de los análisis indicados por ginecología y el sostenimiento del tratamiento psicológico.

- **Finalización de la intervención:**

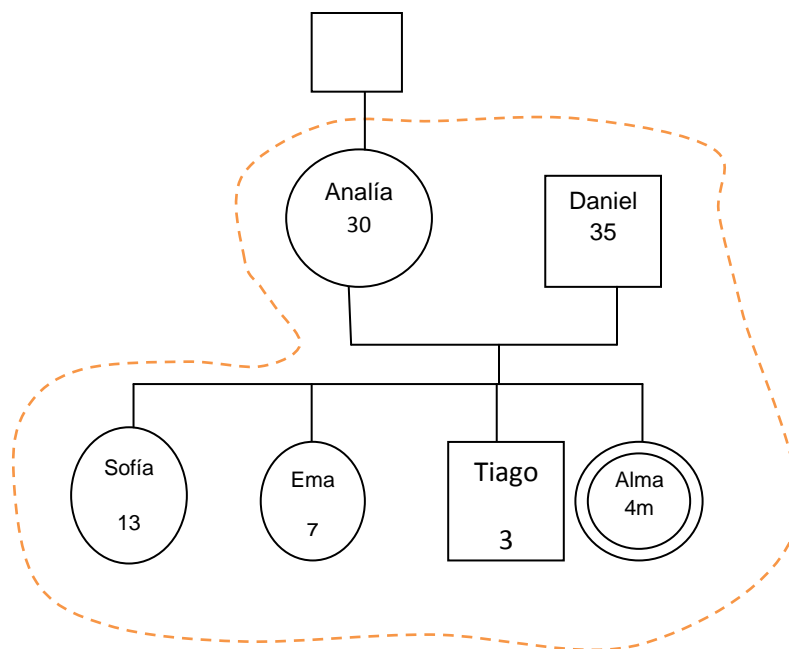
El objetivo planteado al inicio de la intervención no fue alcanzado. Las entrevistas se realizaron de manera parcial debido a las reiteradas inasistencias de la Srta. Jimena. La situación familiar y habitacional de la Srta. Jimena se ha complejizado.

Nuestra intervención finalizó a causa del cierre de nuestra práctica, pero fue continuada por la Trabajadora Social del Servicio.

ESTUDIO DE CASO N ° 6

- **Objetivo de intervención:** Evaluar la situación socio económica del grupo familiar de acuerdo a los objetivos del Programa Municipal de Seguridad Alimentaria.
- **Demanda:** Se presenta la Sra. Analía de forma espontanea a efectos de solicitar su inclusión al Programa Municipal de Seguridad Alimentaria.

El grupo presenta el siguiente Familiograma:



- **Inserción**

En Febrero de 2010, luego de realizar el ingreso de la niña Alma al Plan de Lactantes, se acerca la Sra. Analía al Servicio Social a fin de solicitar un ingreso al Programa Municipal de Seguridad Alimentaria.

Según refiere, el grupo familiar está conformado por la Sra. Analía (30 años), su esposo Daniel (35 años), y sus hijos Sofía (13 años), Ema (7 años), Tiago (3 años) y Alma (4 meses).

En la ciudad de Necochea, donde residieron hasta Diciembre de 2009, la familia vivía junto al padre de la Sra. Analía, quien habría intentado agredir a Sofía en varias oportunidades, motivo por el cual decidieron mudarse. Durante Diciembre y Enero de 2010 se establecieron en la ciudad de Miramar con el objetivo de trabajar durante la temporada de verano. Finalmente se han asentado en Mar del Plata desde hace aproximadamente un mes. Actualmente están viviendo en la casa de unos amigos, la familia Rodríguez y a cambio del hospedaje su esposo ayuda al dueño de casa con su trabajo.

Según manifiesta la Sra. Analía, los dueños del lugar, les han cedido una vivienda sin terminar que se encuentra en parte de su terreno.

El Sr. Daniel y Sofía se encontraban bajo tratamiento psicológico en la ciudad de Necochea, y los controles de salud del resto del grupo familiar se realizaban con periodicidad.

Según refiere la madre de la niña Sofía, su hija se encontraba en tratamiento psicológico tras una derivación por parte de la escuela, ya que presentaba conductas agresivas.

El Sr. Daniel fue atendido por salud mental en su ciudad de origen, ya que según expone ha tenido intentos de suicidio, producto de una depresión y también ha presentado alucinaciones visuales.

A su vez expone que el Servicio Social de la mencionada ciudad, tenía conocimiento del caso y había intervenido en oportunidades relacionadas con las agresiones del padre de la Sra. Analía y le habían brindado apoyo alimentario como consecuencia de la falta de empleo del Sr. Daniel.

- **Diagnostico**

Grupo familiar nuclear, con figura materna predominante. Se observa una familiarización de amigos. Los niños poseen por parte materna una red familiar no continente. Se desconoce si existe familia paterna.

El grupo familiar cuenta con apoyo afectivo proveniente de la familia Rodríguez, quienes han demostrado un vinculo de amistad para con ellos.

Los controles de salud de los niños fueron interrumpidos debido a las reiteradas mudanzas de ciudades. Por los antecedentes relatados Sofía y Daniel deben continuar tratamiento psicológico.

El grupo familiar posee ingresos económicos insuficientes para cubrir las necesidades básicas. Los padres de los niños poseen dificultades para sostener a largo plazo estabilidad laboral. Se evidencia inestabilidad habitacional.

En relación a las problemáticas mencionadas, los referentes adultos, han buscado implementar diferentes estrategias tendiente a solucionarlas, las cuales han tenido resultados parciales por lo cual se evalúa la necesidad del apoyo institucional.

- **Planificación**

Se planifica realizar enlace con psicología. Se planea establecer contacto telefónico con el servicio social de la localidad de origen que intervino en el caso, a efectos de ampliar el diagnostico. y poder dar respuestas pertinentes a las problemáticas mencionadas. Se planea nueva entrevista con servicio social para su seguimiento social.

- **Finalización de la intervención:**

El objetivo planteado inicialmente, fue alcanzado ya que luego de la evaluación se encontraron alternativas de respuesta a la problemática planteada, sin necesidad de incorporarlos al programa requerido.

Durante la intervención se han explicitado otras situaciones de vulnerabilidad. Debido a que nuestra intervención finalizó por el cierre de nuestra práctica, continúa seguimiento social del caso a cargo de la Trabajadora Social del servicio.

3
Tercera
Parte

Análisis
de Datos

En esta tercera parte de la tesis, analizaremos y relacionaremos el marco teórico y el trabajo de campo tomando como referencia las siguientes categorías: la institución, el servicio social y el proceso de supervisión.

Podemos decir que la **institución** en la que realizamos la práctica, se enmarca dentro del concepto de salud que entiende a la misma como un derecho humano, que debe garantizarse a toda la comunidad de manera universal e igualitaria. Es el Estado, a través del Subcentro de Salud, quien brinda a la comunidad del barrio Libertad el acceso a este derecho.

La Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón se sitúa en la intersección de los componentes políticos, económicos y técnicos del sistema de salud vigente. Es decir determina qué objetivos debe plantarse la institución, establece qué recursos son necesarios para alcanzar dichos objetivos y qué tipo de atención se requiere para materializar la propuesta.

Como resultado de las reformas desarrolladas en los años noventa, el sistema de salud nacional ha reducido su tamaño, traspasando las instituciones prestadoras de los servicios a los Sistemas Provinciales de Salud que a su vez descentralizaron algunos de sus establecimientos en los municipios. En este contexto es cuando surge el subcentro. Si bien el momento histórico que da origen a esta institución se considera desfavorable, por evidenciar el achicamiento del estado, esta situación se ha podido capitalizar a través de nuevas políticas como ser la estrategia de atención primaria de la salud. Es aquí donde el subcentro fue creciendo, incorporando especialidades, ampliando su franja horaria de atención, requiriendo un nuevo edificio.

La institución se enmarca dentro de la estrategia de A.P.S. la cual busca la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Podemos decir que no solo se brinda atención a la salud, sino que desde este enfoque integral se busca promover la participación de la comunidad como protagonista y no solo como usuaria.

La política de salud que atraviesa al subcentro de salud, está dada por los programas fomentados desde el Estado nacional en convenio con las provincias, se basa en dos pilares fundamentales, calidad en la prestación y equidad en el acceso a la salud. Esto podemos evidenciarlo por ejemplo a través del acceso de la población del barrio a los medicamentos por medio del Programa REMEDIAR; la especialización en A.P.S de los profesionales del subcentro a través del Programa Médicos Comunitarios; el cuidado y cobertura tanto de la madre como del niño a través del Programa de Desarrollo Infantil; la atención de las personas y la provisión de anticonceptivos dentro del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Teniendo en cuenta las características de la población del barrio Libertad que asiste al Subcentro, consideramos que algunos de los determinantes sociales que influyen en la salud de las personas, a nivel ambiental son: la falta de espacios verdes, la existencia de residuos en las calles, la ausencia de desagües cloacales para todo el barrio, el mal estado de las calles, lo que dificulta el acceso a determinadas instituciones y/o espacios; a nivel laboral: la mayoría de la población del barrio posee trabajos inestables y precarios, otros se encuentran desempleados o sub empleados; respecto a la vivienda, la mayoría de la población que asiste al subcentro, reside en viviendas precarias, sin terminar; en relación al aspecto educativo, si bien hay una amplia red de instituciones de distintos niveles en el barrio, la mayoría de la población culmina la educación primaria, pero no continúa con la educación secundaria. Estos determinantes, son tenidos en cuenta por el equipo de salud de la institución al momento de abordar las problemáticas y/o consultas que la población presenta. Esta caracterización del contexto del barrio configura las características de la institución.

Al interior de la institución, hay un vínculo cercano entre los profesionales, basado en el profesionalismo y la cordialidad. La existencia de la figura del coordinador, permite la organización y operativiza las distintas actividades que desarrolla el subcentro. Las reuniones de equipo, permiten visualizar las tareas que desempeñan las

distintas disciplinas, como así también el análisis de la dinámica vincular que se da entre los miembros de la institución. Evidenciamos la necesidad de realizar con mayor frecuencia estos encuentros, ya que por un lado, se debe fomentar el trabajo interdisciplinario y por otro lado, existen demandas de la población a ser abordadas, ya sea: la organización de la institución (días y horarios de atención, cantidad de turnos otorgados, etc.) como así también las que se relacionan con la prevención de la salud (adicciones).

El equipo de salud del subcentro tiene por objetivo trabajar en forma interdisciplinaria, sin embargo es un proceso que se va desarrollando paulatinamente, ya que entre algunas disciplinas se trabaja desde este enfoque y otras aun lo hacen desde la multidisciplinaria.

En referencia a la comunicación que se desarrolla desde el subcentro, para con la comunidad, observamos que es dificultosa, y poco clara, ya que las carteleras de la administración como la de la entrada, están colapsadas.

En relación a la demanda que recibe la institución, si bien hay una amplia gama de especialidades, la comunidad solicita otras, tales como dermatología, que aun no están en funcionamiento.

Consideramos que la demanda de la comunidad es superior a la oferta, en algunos casos como ginecología y pediatría, ya que tanto los días y horarios de atención de la institución como la cantidad de profesionales de dichas especialidades son insuficientes para dar respuesta a la amplia demanda de la comunidad barrial.

Respecto a la distribución de los espacios, el ingreso a la institución es dificultoso, ya que es estrecho; el primer consultorio es enfermería quién recibe múltiples consultas las cuáles deberían ser atendidas por la administración. La misma está ubicada a varios metros de la entrada, por lo cual al momento de solicitar los turnos las áreas de circulación se colapsan y se dificulta la accesibilidad al resto de los espacios.

El área de salud mental, está emplazada en la planta alta, y solo se puede acceder a ella por escalera, lo que restringe la posibilidad de que todos puedan acceder a ella (como es el caso de las mamás con cochecitos o las personas con movilidad reducida). El consultorio de Servicio Social posee un espacio reducido, lo que impide realizar divisiones y poder atender a más de una persona por vez.

El escaso mobiliario para archivar dificulta la operatividad para la búsqueda de historias clínicas. La ausencia de líneas telefónicas en los consultorios dificulta la comunicación interinstitucional, como así también la privacidad profesional.

En referencia a los profesionales del equipo de salud presentan calidad y calidez humana tanto en el trato y atención de la comunidad como también al interior del equipo.

A partir de nuestra experiencia en el **Servicio Social** de la institución hemos entendido a la realidad desde el paradigma de la complejidad, donde no existen mundos estancos sino en permanente transformación. Son procesos activos, dinámicos que debemos descifrar, pensando propuestas creativas que sean respuestas adecuadas a las demandas.

En los casos trabajados, nos posicionamos desde este paradigma, para su abordaje, ya que no sólo se focalizó en la problemática inicial, brindando una respuesta lineal, sino que se atendieron múltiples dimensiones que se registraron durante la intervención. Como ser la cuestión vincular – familiar, habitacional, económica, educativa, que fueron tenidas en cuenta en la intervención.

Los paradigmas no se encuentran en estado puro, sino que están superpuestos. Es utópico pensar que solo trabajamos bajo un paradigma, al contrario necesitamos reconocer cuales son los paradigmas que guían nuestro accionar.

Podemos ejemplificar esto en la coexistencia del paradigma de la complejidad mencionado, con el paradigma funcionalista, el cual consideramos que puede enmarcar las formas de registro, principalmente el solicitado desde epidemiología (hoja n°2), donde se debe dar cuenta de la problemática abordada desde un listado de

categorías limitadas y estancas. Sin embargo este registro resulta útil por ejemplo al momento de establecer estadísticas de las prácticas.

El servicio social del subcentro se origina dentro del modelo del “Trabajo Social Alternativo” ya que tras el desmantelamiento del sector salud surge una nueva visión participacionista de la intervención a nivel comunitario apuntando al desarrollo local sostenido y sustentable. Se incorpora la sistematización como vía de análisis y estudio de la intervención. Este modelo es yuxtapuesto por el modelo de “la Nueva Cuestión Social” donde se plantea una redefinición de los postulados del Trabajo Social, tras una crisis de validez de las prácticas e instituciones. Desde el servicio, se busca dar respuesta a las nuevas problemáticas emergentes tales como la exclusión, la precarización y vulnerabilidad del ciudadano. Es por ello que se trabaja en conjunto con otras instituciones y la comunidad en la red barrial para poder conocer, compartir y buscar juntos las respuestas, propiciando así, la construcción de ciudadanía.

Los seis casos presentados, comparten como principales problemáticas la inasistencia al control de salud, la inestabilidad habitacional y las necesidades básicas insatisfechas, configurando así el campo problemático, donde se tienen en cuenta los determinantes sociales posibles de modificar los cuales están dados por los estilos de vida de las personas, sus redes sociales y comunitarias, y sus condiciones de vida y trabajo (educación, vivienda, etc.).

Estos determinantes son por una parte: la clave de ingreso de las intervenciones que se realizan desde el servicio y por otra parte los motivos por los cuales las personas del barrio buscan una respuesta en el servicio.

La intervención que se da desde el servicio es coherente con los objetivos del servicio social en A.P.S, fundamentalmente desarrolla estrategias asistenciales, preventivas y de promoción en el marco del proceso de salud-enfermedad-atención de manera interdisciplinaria e interinstitucional.

Estos objetivos dan origen a las actividades que se desarrollan desde el servicio, donde las profesionales participan de las reuniones que se realizan dentro de la

institución, trabajan aquellas temáticas relacionadas al subcentro; abordan los casos sociales junto a otras disciplinas como así también con otras instituciones que son de referencia. Por otra parte el abordaje comunitario se evidencia, por ejemplo, en el trabajo realizado en la red interinstitucional donde se materializa el intercambio de ideas y acciones con la comunidad entendiendo a la misma como un espacio de participación que permite conocer y ejercer una ciudadanía activa y crítica.

En cuanto a la intervención profesional del Servicio Social está compuesta por aquellas acciones, mecanismos y procesos que dan lugar a la construcción del otro con el que se interviene, para abordar los problemas sociales que emergen a partir de la demanda. En relación a la demanda del servicio, está conformada principalmente por grupos familiares que presentan dificultades en la vinculación intrafamiliar, que generalmente manifiestan problemáticas en los modos de existencia económica. Trabaja de manera interdisciplinaria principalmente con las áreas de pediatría, enfermería, psicología y ginecología.

El Servicio Social del subcentro es reconocido en su tarea, esto se evidencia en la demanda tanto de la población como de los otros profesionales. La representación social que se tiene de la profesión se explicita en este servicio por la fuerte identificación que posee el trabajador social dentro de la comunidad, por lo tanto la demanda espontánea es alta y en ocasiones la atención cotidiana de la misma, retrasa el seguimiento de los casos sociales, esto podemos evidenciarlo claramente en el resumen de epidemiología donde existen un gran número de consultas por la solicitud de recursos materiales, dejando en segunda instancia las problemáticas socio - familiares. Vale destacar que la intervención no solo da respuesta a estas solicitudes sino que detecta la demanda oculta y actúa en consecuencia. Un ejemplo de esto es el caso n° 6, donde la demanda inicial es por un recurso alimentario y durante la intervención se evidencia la necesidad de atender aspectos sanitarios del grupo familiar.

El proceso que da un orden y sentido a la intervención, es el proceso metodológico que consta de tres momentos: inserción, diagnóstico, y planificación. Fue tomado como guía en nuestras intervenciones en el Servicio, fundamentalmente en el planteo de los casos. En nuestras intervenciones, trabajamos con la persona teniendo en cuenta a su grupo familiar, tomamos lo postulado por el autor Eroles⁷³, para decir que esta perspectiva no solo comprende lo individual, grupal y comunitario, sino también propone superar esta estructura que divide en niveles, propiciando un abordaje integral que asume a los grupos familiares.

Se implementó la metodología en cada una de las intervenciones y el seguimiento del proceso buscando conocer del grupo familiar, cuál era su organización, los aspectos saludables, las potencialidades con las que contaba, los problemas y necesidades sentidas, los recursos vinculares que poseían sus miembros y el momento histórico que atravesaban.

En base a la sistematización visualizamos que la multidimensionalidad por la cual está compuesta la familia, permite abordar sólo una parte de ella y es coherente que así suceda, puesto que como Trabajadores Sociales insertos en una institución de salud, nuestro accionar se enmarca dentro del objetivo del servicio.

Por otra parte, no todas las problemáticas que hemos observado, se constituyen como tales para las personas, es por ello que afirmamos que las intervenciones deben ser construidas junto con el otro, teniendo en cuenta lo que siente el otro como su propia problemática.

Se utilizaron con más frecuencia las técnicas de observación, entrevista y registro siendo fundamentales para la comprensión de la intervención profesional, como así también para la sistematización de los casos abordados, dando cuenta de las prácticas y experiencias vividas.

⁷³ Eroles, Carlos. Coordinador. "Familia y Trabajo Social" Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Ed. Espacio 1998.

Evidenciamos que existe una excesiva cantidad de formar de registrar la misma información, tanto de las actividades como de las intervenciones, un ejemplo es cada que realizábamos una entrevista domiciliaria, se debía registrar en la hoja nº2, libro de actas, historia clínica, ficha nº3, planilla de entrevistas domiciliarias. Esto insume mucho tiempo de la profesional, resultando poco operativo.

La División de Servicio Social de la Secretaría de Salud, guía, apoya y acompaña a las profesionales en el desempeño diario de su tarea brindando espacios de supervisión. A su vez participa activamente de la implementación de los diferentes proyectos al interior de la red interinstitucional. Por medio del Servicio Social del subcentro de salud Libertad, propicia espacios de docencia, como ser el desarrollo de prácticas pre profesional; es en este espacio donde desempeñamos nuestra intervención, bajo la supervisión de la profesional del servicio.

A partir de nuestra experiencia, entendemos la **supervisión** como un proceso de reflexión crítica sobre la práctica profesional, utilizando estrategias para lograr los objetivos del proceso de aprendizaje; estos apuntan a poder realizar una práctica consciente competente, rigurosa en lo metodológico, y contextualizada histórico – culturalmente. Se han podido cumplir ya que fuimos parte activa de la dinámica cotidiana, guiamos nuestro accionar en base a la metodología que aprendimos, pudimos conocer y realizar un análisis de la realidad del barrio, la institución, de la población, de las políticas de salud que atravesaron nuestras intervenciones.

Estas intervenciones se dan dentro del proceso de aprendizaje puesto que el espacio de taller teórico práctico nos brindo el conocimiento de las diferentes realidades organizacionales y del trabajo realizado en los distintos campos, como así también el contenido teórico necesario para encuadrar el proceso de supervisión.

En el espacio de supervisión de cátedra se realizaron supervisiones grupales tal como lo establece el Programa de Trabajo Docente. Por un lado en las comisiones por campo se dieron espacios formativos de socialización para el estudio de casos y la

inserción institucional. Tuvimos la posibilidad de exponer y debatir dos casos trabajados en la institución, lo que permitió enriquecer las intervenciones posteriores.

En el proceso de supervisión pudimos aplicar los conocimientos teóricos a nuestra práctica elaborando sistematizaciones de los casos, logramos reconocer nuestras potencialidades y limitaciones buscando superar estas últimas con el apoyo de la supervisora; construimos un vínculo cercano con la comunidad del barrio como así también con el equipo del subcentro producto de nuestro afianzamiento en la destreza profesional.

Este proceso se enmarcó a través del encuadre propuesto por la supervisión, donde se establecieron los acuerdos con las supervisoras, sobre el marco metodológico desde el cual se interviene, los días y horarios de la práctica, cuáles serían nuestras tareas, los objetivos a alcanzar y las funciones. Desde la supervisoras obtuvimos contención ya que pudimos trabajar las ansiedades que generaba el lugar desconocido, las problemáticas que no podíamos resolver fueron abordadas conjuntamente y así se superaron.

Tomamos como referencia para analizar el proceso de aprendizaje en supervisión, el esquema de B. Reynolds:

El **primer momento** que la autora menciona como “temor a lo desconocido” experimentamos miedo inicial, cuestionando nuestra presencia en el servicio, hasta qué punto participar, que esperaríamos la supervisora de nosotras, etc. Pero luego de establecer las pautas de trabajo y las expectativas de ambas partes, la supervisora nos dio la seguridad y se comprometió a guiarnos por esta nueva experiencia.

El conocimiento de la tarea posibilitó el ir superando el temor inicial. Si bien persistió durante todo el proceso, ante cada situación nueva que se presentaba, el mismo se fue trabajando junto a la supervisora.

Por otra parte realizamos una exploración de la organización y de las problemáticas más frecuentes para aproximarnos a la dinámica del Servicio Social, presenciando las entrevistas, y analizando el material teórico referencial que guía el accionar de la

institución (reglamentos, planificación de actividades del servicio, organigramas, planes municipales, dependencias municipales). A su vez nos acercamos a la División Municipal, de la cual depende el Servicio, para presentarnos ante los referentes de la misma, quienes nos informaron sobre el trabajo que realizan allí.

El **segundo momento**, denominado “nadar o ahogarse”, estuvo dado por el inicio de nuestro desempeño frente a las intervenciones concretas, tales como comunicaciones telefónicas con otras instituciones y atención de la demanda espontánea del Servicio. En un principio esto nos generó incertidumbres en nuestro desenvolvimiento profesional, por lo que necesitábamos el acompañamiento constante de la supervisora, como así también de sus observaciones en relación a las intervenciones.

Como **tercer momento**, encontramos el “comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella”, esto se evidenció en el conocimiento de la organización de la institución, ya que nos involucramos en forma directa con las actividades diarias del Servicio: entrevistas domiciliarias, entrevistas conjuntas con pediatría dentro del Plan de Lactantes, organización de legajos, renovación del Programa Municipal de Seguridad Alimentaria, redacción de fichas internas, controles de ausentismos, participación en encuentros con otras instituciones barriales (Reuniones de Red) y compartimos los momentos de la dinámica informal de la institución.

A su vez adquirimos la destreza en la elaboración de diferentes tipos de informes: para solicitar gestiones ante la División, informes sobre las intervenciones de abordaje familiar, informes de derivación o solicitud de intervención con otras instituciones; en esta etapa los mismos se realizaban en borrador para luego ser supervisados por la profesional a cargo.

También fue progresivo nuestro desempeño en la implementación de las entrevistas como técnicas de intervención, en un inicio proponiendo las temáticas a tratar a la supervisora.

Como **cuarto momento**, encontramos el “dominio relativo”, experimentamos una consolidación de nuestras intervenciones individuales. Por otra parte adquirimos un

posicionamiento respecto de la atención de la demanda espontánea, el seguimiento y sistematización de casos, como así también el conocimiento y los recursos necesarios que requiere una intervención profesional de trabajo social.

Vale aclarar que este esquema fue tomado para analizar la práctica realizada, pero no se da de manera lineal en la realidad, sino que de acuerdo a lo experimentado, podemos dar cuenta que ante cada nueva situación que se nos presentaba, volvíamos a vivir las sensaciones expresadas en cada momento.

Consideramos que en la etapa de finalización de la práctica, logramos construir un vínculo cercano de apertura, acompañamiento, diálogo y reflexión con la supervisora, como así también con la otra profesional que fue parte de este proceso de supervisión.

C

Conclusiones y Propuestas

Los objetivos planteados para el desarrollo del trabajo fueron alcanzados de manera óptima, ya que pudimos conocer, describir y analizar el trabajo social en relación a la Atención Primaria de la Salud, sumando a ello la formulación de nuevo conocimiento a través de la sistematización realizada.

Creemos que la estrategia de A.P.S. implementada dentro del sistema de salud, ha dado resultados beneficiosos a la población, puesto que posibilita mejor accesibilidad a la atención de la salud, reivindicándola y concibiéndola como un derecho de toda persona. Es por ello que debe fomentarse su desarrollo y sostenimiento en el tiempo, a efectos de aumentar su calidad en la prestación y equidad en el acceso.

Como observación a nivel institucional, creemos que el camino emprendido por el equipo respecto a su relación con la comunidad, es acertado pero hasta el momento ha resultado insuficiente, por lo que sería propicio rever los objetivos principales de la A.P.S. y diagramar en base a ellos, nuevas estrategias de acción que incentiven una mayor participación de la comunidad. Pensamos que desde la institución se podrían ofrecer actividades de interés general a la comunidad, con el objetivo de afianzar el vínculo con la población lo que permitirá luego un abordaje concreto de las temáticas de salud.

El Trabajador Social posee una figura reconocida y legitimizada por la comunidad del barrio, como así también por los demás profesionales de la institución, es reconocido como receptor de demandas, como un profesional activo y responsable que brinda soluciones dentro de su alcance. Desde la actuación profesional, la mirada estuvo orientada de acuerdo a los objetivos del Servicio, donde la situación socio sanitaria de los niños y de sus familias resultó ser el eje de las intervenciones. Esto lo pudimos visualizar en la descripción de los casos seleccionados, donde las intervenciones realizadas tuvieron como núcleo vertebrador la situación socio sanitaria dando respuesta a múltiples problemáticas.

Consideramos que luego de realizar el análisis de los diferentes autores que seleccionamos para el marco teórico, la forma de intervención estuvo guiada por un enfoque más enriquecedor que el planteado como propuesta al inicio de la tesis. El Trabajo Social con familias estuvo presente en cada una de nuestras intervenciones y es por ello que inferimos que contempla y supera el tipo de intervención individual - familiar.

Creemos que para una mejor utilización de los registros de las intervenciones en forma más eficiente, proponemos unificar por medio de un sistema digitalizado los registros de las intervenciones y/o actividades realizadas, esto permitiría operativizar y optimizar la tarea del Servicio Social.

La División de la cual depende el Servicio Social, guió, apoyó y acompañó a las profesionales en el desempeño diario de su tarea brindando espacios de supervisión. A su vez participó activamente de la implementación de los diferentes proyectos al interior de la red interinstitucional del barrio.

En relación a nuestra práctica, la División, acompañó el proceso de aprendizaje, facilitando el acercamiento a ella, ya sea para gestiones administrativas, como así también otorgándonos la extensión de nuestra práctica para poder alcanzar los objetivos de mejor desempeño pre profesional.

El trabajo interdisciplinario fue fundamental en la mayoría de las intervenciones realizadas ya que consideramos que es un punto clave a tener en cuenta en el momento de desempeñarnos al interior de cualquier institución, como así también lo es, el trabajo en red con otras instituciones y con la comunidad, ya que nos permitió que nuestro accionar sea enriquecido desde múltiples miradas y pueda realizarse una intervención que trascienda la mera solución del problema y busque la construcción de nuevas alternativas junto al otro. Sería propicio que todo proyecto, como fue el de la Red Interinstitucional del barrio Libertad, sea dado a conocer a toda la comunidad y a los profesionales de otras áreas, a efectos de difundir la riqueza del trabajo obtenido, propiciando su reproducción.

El paradigma de la complejidad fue el punto de partida de las intervenciones y de la presente tesis tomando la visión desde la multidimensionalidad de las problemáticas a abordar. Concluimos que las mismas, no se pueden abordar desde una sola disciplina ni desde una sola institución.

Pensar la salud desde el servicio social, como una problemática del vivir humano, nos permite comprender las dinámicas vinculares que se dan en las comunidades como así también el trabajo en red, desde un enfoque interdisciplinario, con otras instituciones y fundamentalmente con la comunidad.

Consideramos que a nivel académico, la cátedra de Supervisión debería rever los contenidos planteados a los alumnos, ya que en oportunidades el material propuesto desde el campo de la salud, difería del material dictado por el espacio teórico – práctico. Por otra parte, nos parece óptimo incorporar al marco teórico referencial de la cátedra, sistematizaciones realizadas por alumnos egresados, donde se pueda evidenciar el proceso de incorporación de conocimiento desde la experiencia vivida.

Poder conocer y referenciar nuestra intervención en un marco teórico, nos permitió realizar una práctica pre profesional, con las características éticas propias del desempeño profesional. Adquirimos así en nuestro accionar cotidiano en el Servicio, algunas destrezas intrínsecas a la profesión del Trabajo Social, consideramos que las mismas son el inicio de la experiencia y debemos construir sobre ellas nuestro ser profesional.

Respecto al vínculo establecido entre nosotras, fue enriquecedor el intercambio de las distintas posturas, la puesta en común de experiencias previas. Compartimos y superamos los miedos iniciales, asumimos un compromiso de trabajo, complementamos nuestras intervenciones, siempre en un marco de cordialidad, respeto y solidaridad.

Haber alcanzado un dialogo reflexivo, cercano entre ambas, respecto del posicionamiento desde el servicio como futuras profesionales, en relación al vínculo con otros profesionales de la institución, permitió un aprendizaje que el día de mañana

será utilizado por cada una de nosotras, a la hora de insertarnos como profesionales en el campo laboral.

BIBLIOGRAFIA

- AGUILAR IDAÑEZ, MARÍA JOSÉ; *“Introducción a la supervisión”*, Editorial Lumen, 1994.
- ALLEGRO, FABIAN; BELTRAN, FERNANDO; BENMURGURI, SILVIA; MOLINA, JOSE LUIS; OSZLAK, CLAUDIA; PANELO, ADOLFO; y PEREZ, ISABEL.
“Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes. Resumen del trabajo realizado en el XLI Curso de Administración de Servicios de Salud, 2007.” BOLETIN CIENTIFICO, Asociación de Médicos Municipales de la CBA. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, Año 12 - Nº 56 Octubre 2007.
- ÁLVAREZ , A. Y REYNOSO, D. *“Médicos e Instituciones de Salud, Mar del Plata 1870-1960”* Ed. Naimo Artes Graficas. Bs. As. 1995
- ANDER EGG, EZEQUIEL; *“Historia del Trabajo Social”*, Ed. Hvmantitas, Buenos Aires. 1984.
- ANDER EGG, EZEQUIEL, *“Diccionario de Trabajo Social”* Editorial Lumen. Séptima impresión.1995
- BARG, LILIANA: *“Los vínculos Familiares: reflexiones desde la práctica profesional”* Ed. Espacio, 2003.
- BARNARD, CHESTER I. *“Las funciones del ejecutivo”*. Atlas, 1971.
- CARBALLEDA, ALFREDO J.M. y BARBERENA MARIANO. *“Trabajo Social, Política Social y salud.”* www.margen.org/catedras/apunte11.htm
- CARBALLEDA, ALFREDO J.M. *“La intervención en lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas”* Revista Escenarios Nº2 Escuela Superior de La Plata. UNLP La Plata, 1997
- CARBALLEDA, ALFREDO J.M; *“Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad”*, Editorial Espacio, Buenos Aires, 2004.
- CARBALLEDA, ALFREDO J.M; *“El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad”*, Espacio Editorial, Buenos Aires, 2006.
- CARBALLEDA, ALFREDO J.M; *“Escuchar las Prácticas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social”*, Ed. Espacio, Buenos Aires, 2007.

- CARRADA BRAVO TEODORO, *“La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura?”* 2002 www.mediagraphic.com
- CARBALLEDA, ALFREDO J.M.; BARBERENA MARIANO; BELZITI M.C.; MENDOZA M.; CAPELLO M. *“Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación”*. Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición n° 27, 2002.
- CASTORIADIS, CORNELIUS; *“Hecho y por hacer”*, Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1998.
- CAZZANIGA, SUSANA; *“El abordaje desde la singularidad”*. Facultad de Trabajo Social UNER (Universidad Nacional de Entre Ríos). Mimeo, 1997
- DE JONG, ELOISA; *“Trabajo Social, familia e intervención, en la familia en los albores del nuevo milenio”*, Editorial Espacio, Buenos Aires, 2001.
- DONOSO DIAZ MARIA DE LA PAZ; SALDIAS GUERRA PAULINA. *“Modelo De Intervención Para El Trabajo Social Familiar”*. 1998. www.ts.ucr.ac.cr
- DR. ROZAS VILLANUEVA, LUIS *“Niveles de Atención”* www.udec.cl.ppt
- EROLES, CARLOS (COORD.) *“Familia y Trabajo Social” Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Ed. Espacio, 1998.
- ESTRADA OSPINA, VICTOR MARIO. *“Salud y planificación social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?”* Editorial espacio, 2006. Pág. 64
- ETKIN, JORGE. POLÍTICA, *“Gobierno y Gerencia de las Organizaciones”*. Ed. Parson Educación. Argentina, 2000. Pág. 221.
- FRENZ, PATRICIA. *“Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud”* www.redsalud.gov.cl
- HAUSBERGER, MARGARITA *“Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”* 2007 www.scielo.org.ar
- IAMAMOTO, MARILDA *“O Serviço Social na Contemporaneidade” en “Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo social”* Varios Autores. Editorial Espacio. 2003.
- JARA, OSCAR *“Para Sistematizar Experiencias, Una propuesta Teórica y Práctica”*. Tarea, Lima, 1994.
- JELIN, E. *“Familia: crisis y después...” en Vivir en Familia*. Ed Losada. Buenos Aires 1994. Pág.24

- JELIN, E. *“Pan y Afectos” Hacia las transformaciones familiares*. Editorial Fondo de Cultura. 2002
- KISNERMAN, NATALIO. *“Atención Individualizada y Familiar”*, colección Teoría y Práctica del Trabajo social 7, Edit. Humanitas. Ba As, 1989.
- KISNERMAN, NATALIO; *“Reunión de Conjurados”*. Editorial Lumen – Humanitas, 1999.
- LALONDE, MARC; *“El concepto de “campo de la salud”, una perspectiva canadiense”*, En Promoción de la Salud: Una Antología, OPS – OMS. Publicación Científica N° 557, Washington, 1996.
- MACEIRA DANIEL (COMP.) *“Atención Primaria en Salud” Enfoques interdisciplinarios*. Ed. Paidós. Tramas Sociales 44, 2007.
- MAGLIO FRANCISCO *“Determinantes sociales de la salud y la enfermedad”*
www.fac.org.ar
- *Memorandum Secretaria de Salud, para equipos de salud de los Centros de Salud*. Lic. María Angélica Camarasa. Directora general de salud. Mar del Plata diciembre 2008.
- MINISTERIO DE SALUD, Dirección Regional de Salud Loreto, Red Barnet, *“Gestión Participativa, Manual para profesionales de salud”*, Iquitos, Perú, 1997.
- MINISTERIO DE SALUD; *“Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios”*, Presidencia de la Nación; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2007. Módulos I y V.
- NAJMANOVICH, DENISE. *“El Juego de los Vínculos. Subjetividad y Redes: figuras en mutación”* Ed. Biblos, 2005. Pág. 70-71
- NAJMANOVICH, DENISE – VERA, LENNIE; *“Pasos hacia un pensamiento complejo en salud”*, Presentado en Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Complejidad, La Habana, Enero 2001, www.denisenajmanovich.com.ar
- NAJMANOVICH, DENISE; *“Metamorfosis de fin de siglo: Crisis, Cambio y Complejidad. Conociendo el conocimiento del conocimiento”*, www.denisenajmanovich.com.ar
- NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO *del área de Servicio Social de los establecimientos asistenciales*. Buenos Aires, 16 de agosto de 2002. VISTO el Expediente N°1-2002-15573/99-8 el Registro del Ministerio de Salud.
- *Programa de Servicios Sociales. Atención Primaria de la Salud. Municipalidad del Partido de General Pueyrredón*. Año 2000.

- ROZAS PAGAZA, MARGARITA *"Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en Trabajo Social"* Editorial Espacio, 2002.
- ROZAS PAGAZA, MARGARITA; *"Algunas reflexiones sobre la cuestión social y el campo problemático en Trabajo Social"*, Revista Escenarios N° 3 Escuela Superior de Trabajo Social, UNLP, La Plata, 1997.
- ROZAS PAGAZA, MARGARITA; *"La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del trabajo social"*, Editorial Espacio, Buenos Aires, 2004.
- SAN GIACOMO PARODI, OSVALDO; *"Trabajo social y conocimiento objetivo"*, Equipo EDEM, Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, Fundación PAIDEIA, 2001.
- SORATTI, CARLOS. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. *"Actores y Agenda en el Sistema de Salud argentino. El Rol del Ministerio de Salud de la Nación"* SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA. SEMINARIO I – Junio 2007
- THOMPSON, IVAN <http://www.mitecnologico.com/Main/ProcesoDePlaneacionMision>
- TONON, GRACIELA (COMP.); *"Las técnicas de actuación profesional del trabajo social"*, Ed. Espacio, Buenos Aires, 1ª edición, 2005.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA. Licenciatura en Servicio Social. Plan de Trabajo Docente Cátedra Supervisión. Año 2009
- VELEZ RESTREPO, OLGA; *"Reconfigurando el trabajo social"*, Ed. Espacio, 2003.

a

Anexos

Anexos

Anexo nº 1

Caracterización de barrio



Zona comercial del Barrio. Av. Libertad 8.700



Calle Leguizamón 500. Acceso al Subcentro



Alrededores del Subcentro. Calle Paraguay 300



Parada de Transporte público. Calle Itzaingo 8.900

Anexo nº 2

Descripción de la institución



Fachada del Subcentro



Terreno lindero al subcentro donde funciona Huerta Saludable



Acceso al Subcentro-Sala de espera



Administración



Farmacia y SUM



Salón de usos múltiples (SUM)



Enfermeria



Ingreso al Plan de Lactantes



Consultorio Pediatría



Consultorio Clínica Médica

Anexo nº3

El Servicio Social

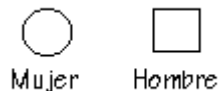




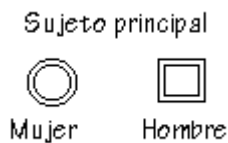


Anexo nº 4**Referencias Familiograma**

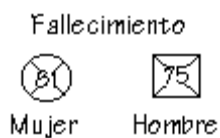
Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género.



La persona clave (o paciente identificado) alrededor de quien se construye el genograma se identifica con una línea doble:



Para una persona muerta, una X se pone dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y la derecha sobre la figura. En genogramas extendidos, que alcanzan más de tres generaciones, los símbolos en el pasado distante usualmente no llevan una cruz, dado que están presumiblemente muertos. Sólo las muertes relevantes son indicadas en dichos genogramas.

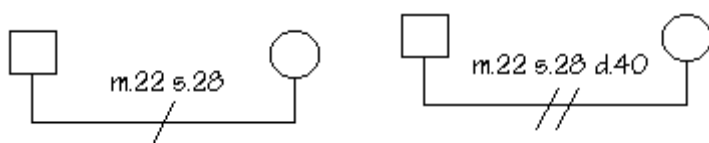
**Matrimonios**

Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra "M" seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó. Cuando no hay

posibilidades de confundirse de siglo, se indica sólo los dos últimos dígitos del año.



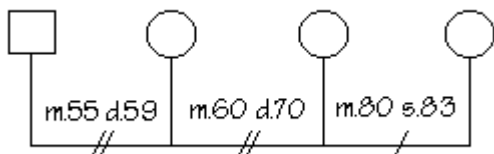
La línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio.



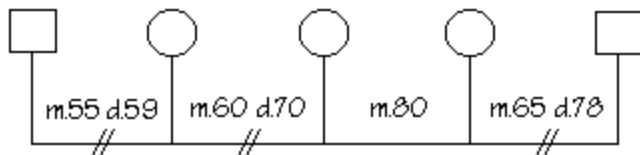
Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos.



Los matrimonios múltiples agregan complejidad que es difícil de representar, la regla es que: cuando sea factible los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final. Por ejemplo: un hombre que tuvo tres esposas:

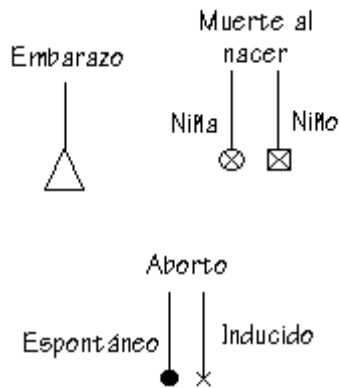


Esto no es posible de hacer cuando una de las esposas, ha tenido un matrimonio anterior a su vez; en tal caso, se listan los matrimonios más recientes al centro:

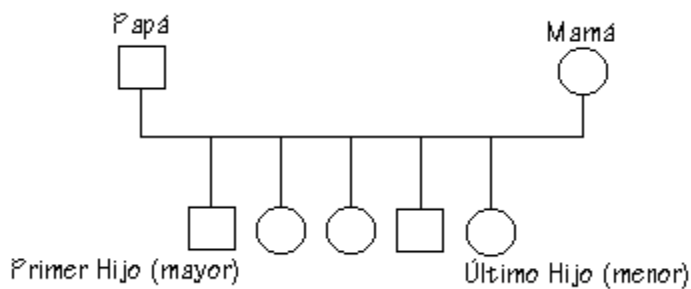


Hijos

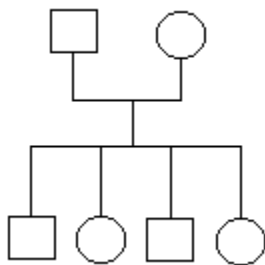
Símbolos para: embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer.



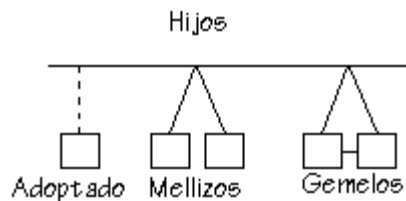
Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el más viejo.



El siguiente es un método alternativo para los hijos, usual en familias más numerosas.



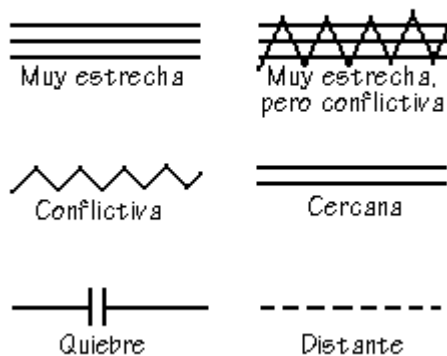
Otros tipos de hijo también pueden aparecer:



Relaciones en la familia

Claramente, una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un genograma: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa.

Relaciones interpersonales

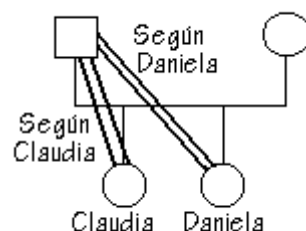


Relaciones entre dos miembros

Lo usual es que se incluyan algunas de estas alrededor del sujeto del estudio.

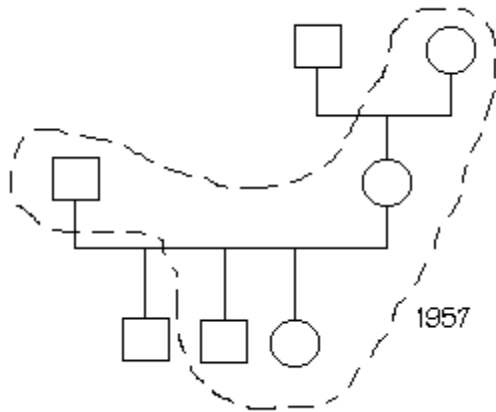
La información del genograma se puede obtener entrevistando a uno o varios miembros de la familia. Claramente, el obtener información de varios miembros de la familia entrega la oportunidad de comparar perspectivas y observar directamente las interacciones. A menudo, cuando se entrevista varios miembros de la familia, se obtiene el efecto Rashomon, nombre tomado de una famosa película japonesa en que un suceso es mostrado desde la perspectiva de varios distintos personajes.

En el ejemplo, dos hijas compiten por el afecto de su padre; se anotan ambas perspectivas:



Relaciones habitacionales

Una familia viviendo en un mismo lugar se señala con una línea punteada alrededor de los integrantes que comparten habitación; alrededor de dicha línea puede ir indicado el período en el cual la familia está junta.



Anexo nº 5

Red Interinstitucional



Representantes de las Instituciones que conforman la red

Proyecto Recursos “Cartografía Urbana Juvenil”



Foro de niñez y juventud: “¿Qué tenés para decir?”



Exposición de la Red en Programa Acercar



Presentación de la Red en la Banca 25



H.C.D. BANCA ABIERTA 22/10/09

Alumnas: Garrammone, Maria Cintia – Pérez García, Lucía

HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE**22-10-09**

-En la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredon, a los veintidós días del mes de octubre de dos mil nueve, reunidos en el recinto de sesiones del Honorable Concejo Deliberante, y siendo las 11:01 dice el

Sr. Presidente: Dando cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 478 de este Honorable Cuerpo por medio del cual se pone en funcionamiento la Banca Abierta, harán uso de la palabra los alumnos Alexandra Valdivia y Karen Romano de la Escuela N° 34, Candela Islas de la Escuela Municipal N° 2 y Daniel de la Hoz, de la Escuela Municipal 102, acompañados del señor Sebastián Sexto de la Escuela Pierre Marie y el señor Dante Albornoz de la sociedad de fomento del barrio Libertad. En representación de la Red Institucional del barrio Libertad expondrán sobre un proyecto que se planteará en el Foro de Niñez y Juventud partiendo de la realidad que los rodea "Barrio, Familia y Escuela". Bienvenidos y los escuchamos atentamente.

Sr. De la Hoz: Buenos días. El Foro de Niñez y Juventud "¿Qué tenés para decir?" se realizó el 16 de octubre de 2009 en la sede de APAND. Allí participaron 128 estudiantes de todos los ciclos de las distintas instituciones educativas (formales y no formales) del barrio Libertad. El presente proyecto surgió a partir de la iniciativa de los integrantes de la Red del Barrio Libertad. Dicha red se reactiva desde el año 2006; su objetivo consiste en propiciar espacios de reflexión, coordinación, planificación y acción tendientes a aunar recursos, satisfacer necesidades conjuntas, promover la solidaridad, la cooperación y la conciencia crítica. Participaron todas las instituciones y personas de la comunidad que así lo deseen. Asisten actualmente representantes de Almacenes Culturales, Centro de Protección de los Derechos de la Niñez sede APAND, Escuela Primaria N° 66 y Secundaria N° 64, Escuela de Reeducción Especial Pierre Marie, Escuela Municipal N° 9 y N° 109, Jardín Municipal N° 5, Escuela Primaria N° 72 y N° 46, Jardín N° 944, Escuela Primaria N° 34 y Secundaria N° 22, Escuela Municipal N° 2 y Secundaria N° 102, Escuela de Adultos n° 724, Programa Familias, Patronato de Liberados Delegación III, Servicio Municipal de Atención de Adicciones, Servicio Social Municipal Noroeste sede APAND, sociedad de fomento, Subcentro de Salud Libertad, Universidad Nacional de Mar del Plata (Alumnos de la carrera de Servicio Social). El objetivo del foro fue generar espacios de participación democráticos que permitan conocer y ejercer una ciudadanía activa y crítica. De la jornada donde se socializó lo trabajado en cada institución educativa, como resultado surgieron las siguientes temáticas consideradas como problema: venta de drogas (familias involucradas), inseguridad (robos, peleas, muertes), policías corruptos (sobornos), venta y tenencia de armas ilegales, falta de centros de rehabilitación para personas con adicciones, violencia, abuso sexual y violaciones, falta de servicios (cloacas, iluminación, recolección de residuos, pavimentación de calles, semáforos), falta de viviendas o viviendas inadecuadas, falta de espacios para la recreación, falta de plazas con juegos para niños, necesidad de guardia y aumento de turnos y personal en el Subcentro de Salud, desocupación, falta de secundarios y centros de formación profesional-laboral, abandono del medio ambiente (animales, basura)

Srta. Valdivia: A partir de esto, las propuestas de los niños y adolescentes del barrio Libertad son:

proponemos que haya más patrulleros las 24 hs recorriendo el barrio y mayor control de la problemática de la circulación de drogas, proponemos mejorar los espacios verdades (terrenos baldíos, plazas, etc) para realizar actividades recreativas, concretar equipamiento de plazas aprobados por presupuesto participativo, crear espacios cubiertos públicos para recreación con

la colaboración del EMDeR, ampliar en la sala de salud los horarios de atención, guardias, cantidad de profesionales, crear centros de prevención, atención, orientación y tratamiento para adicciones, crear centros de formación laboral, escuelas secundarias (1º a 6º año), y centro educativo complementario, ampliar el sistema de becas por estudio y que beneficie a todos los alumnos.

H.C.D. BANCA ABIERTA 22/10/09

Srta. Romano: Asfaltar las calles y mejorarlas, aumentar la iluminación y mantenerla, mejorar la limpieza y salubridad (basurales, aguas estancadas, ratas), mejorar y optimizar los servicios públicos (gas natural, cloacas) y acceder a la conexión gratuita, generar planes de vivienda con cuotas accesibles.

-Aplausos

Sr. Sexto: Yo soy asistente social de la Escuela 516 "Pierre Marie", estuvimos acompañando a la Red Institucional del Barrio Libertad, que son más de 12 instituciones, agradecemos la posibilidad de estar acá, a los chicos sobre todo, y lo único que queríamos es que escuchen esa voz, la de los chicos que viven en un barrio que muchas veces lo estamos viendo por los medios por la delincuencia y el abandono y hay chicos que lo viven las 24 horas. Eso es lo que queríamos que ellos acerquen y los invitamos a todos –al Concejo especialmente- a que se acerquen. La Red del Barrio Libertad nos

juntamos todos los miércoles –este miércoles 4 de noviembre a las 9 horas en la sociedad de fomentos cada quince días. También nos gustaría que alguna vez, si se puede, que una sesión se haga ahí, así conocen bien la realidad y la gente del barrio puede asistir a ese lugar.

-Aplausos.

Sr. Presidente: Concejal Beresiarte, tiene el uso de la palabra.

Sra. Beresiarte: En primer lugar, felicitar a los alumnos que hablaron, que tan bien contaron las propuestas que estuvieron trabajando y para nosotros es sumamente importante. Ustedes saben que hace muy poquito tiempo se creó en el Concejo Deliberante otro Consejo que tiene que ver con los derechos de los niños, donde trabajan todas las instituciones de la ciudad que tienen que ver con chicos. Para nosotros fue muy importante, fue un trabajo que venimos haciendo hace mucho tiempo y que nos costó bastante concretar. Así que ustedes vengan y nos muestren el trabajo que estuvieron

haciendo con sus docentes, con los asistentes sociales, con las instituciones del barrio, es sumamente importante. Mi nombre es Verónica y yo presido la Comisión de Calidad de Vida del Concejo Deliberante, que un poco se ocupa de estas cosas. Yo quiero aceptar la invitación que tan gentilmente nos hicieron y comprometer a la Comisión de Calidad de Vida a que el próximo 4 esté con ustedes trabajando para ver qué soluciones, alternativas o evaluación podemos hacer. Así que les agradecemos la invitación y comprometemos a la Comisión a visitarlos y trabajar en conjunto.

Sr. Presidente: Concejal Fernández, tiene el uso de la palabra.

Sr. Fernández: Señor Presidente, muy breve. Primero, felicitar a los chicos por supuesto y, en segundo lugar, decir que los chicos siempre nos enseñan cosas y la problemática del barrio Libertad, sin ninguna duda, es la misma problemática que atravesamos en todos los barrios de General Pueyrredon. Y el compromiso de la presidente de la Comisión de Calidad de Vida, de la que formo parte, de estar con ustedes estas problemáticas. Muchas gracias por venir.

Sr. Presidente: Concejal Schütrumpf, tiene el uso de la palabra.

Sr. Schütrumpf: Señor Presidente, en consonancia con lo que planteaba la concejal Beresiarte, yo quería invitarlos a la Comisión de Educación para que nos vengán a contar algunos de sus temas, pero nos parece más correcto en realidad que nosotros los visitemos a ustedes en su barrio y en los lugares donde ustedes trabajan o estudian. Así que simplemente para proponer a los integrantes de la Comisión de Educación que, junto a los de Calidad de Vida y todos aquellos que quieran participar, podamos hacerles una visita el 4 de noviembre para charlar de estos temas.

Sr. Presidente: Concejal Rosso, tiene el uso de la palabra.

Sr. Rosso: Señor Presidente, para adherirme, obviamente vamos a estar ahí ambas Comisiones. Uno de los temas que marcaron los chicos y que uno ve que en las crónicas policiales se habla mucho del barrio Libertad, pero no se olviden que ahí hay gente que trabaja todos los días, chicos que van a la escuela, chicos que sufren la misma problemática y que a veces no tienen voz porque tienen miedo de ser estigmatizados. Me parece bárbaro que hayan venido, me gustó –porque a veces sólo se escuchan reclamos- que no sólo diagnosticaron cuáles eran los problemas que había en el barrio sino que dentro de sus posibilidades ellos proponen soluciones. La verdad que eso no es muy común encontrarlo, esto que hace Sexto y otros muchachos de crear ciudadanía desde pequeños y en lugares difíciles de crear ciudadanía porque muchas veces el Estado está ausente o está presente cuando aparece el poder coercitivo no para darle educación sino para perseguir por algún delito. El hecho que en ese lugar tan difícil haya gente que esté creando ciudadanía, creando condiciones para ir al Concejo Deliberante, diciendo “son lugares donde hay que ir y hablar de estos temas”, me parece que es muy importante y suma mucho para una sociedad integrada.

Sr. Presidente: Concejal Coria, tiene el uso de la palabra.

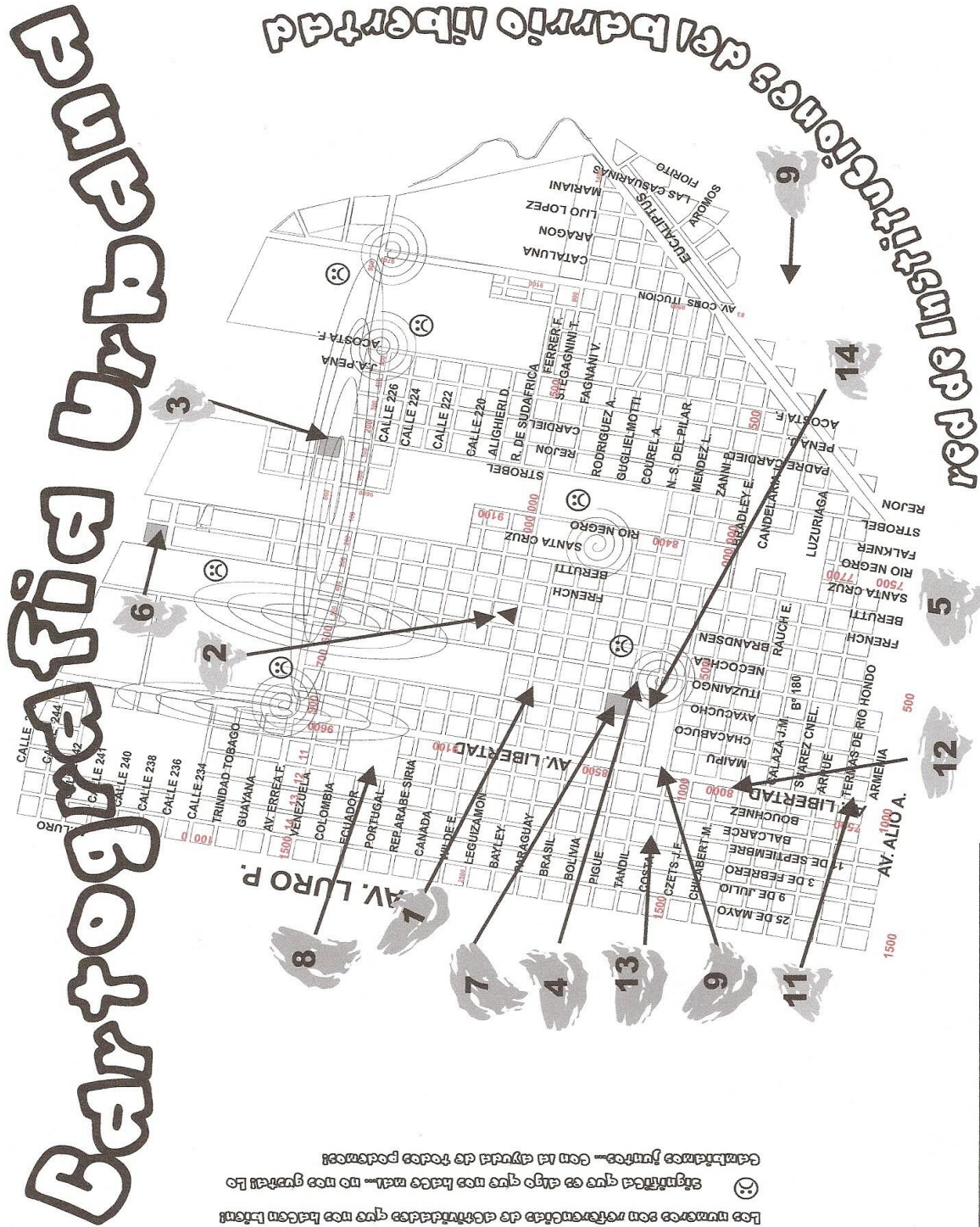
Sra. Coria: Me adhiero a la felicitación a estos jóvenes y docentes que están acompañando este proyecto y queremos agregar un agradecimiento por la preocupación seria y por la manera que han encarado y han podido decir con un poder de síntesis fantástico la cantidad de graves problemas que está atravesando nuestra sociedad en general y su barrio en particular. Así que reitero el agradecimiento y seguramente el día 4 van a tener una reunión llena de visitantes porque creo que además de las Comisiones de Educación y de Calidad de Vida todos aquellos que no integremos esas Comisiones tenemos ganas de seguir conversando con ustedes estos temas y aportar algo para solucionarlos. Preparen muchas sillas, vamos a ser muchos y vamos a ir con el compromiso de trabajar para ver cómo dentro de un año vienen a contarnos qué pequeñas cosas se fueron solucionando.

Sr. Presidente: Concejal Roca, tiene el uso de la palabra.

Sra. Roca: Agregar nada más que me parece que a los jóvenes que integran esta red hay que tenerlos muy en cuenta ... justamente lo que decía la concejal Beresiarte, hace muy poco tiempo hemos aprobado una Ordenanza que se llama “Consejo de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños y Jóvenes” y la inclusión en ese espacio de trabajo que va a significar seguramente delinear las próximas políticas que se establezcan para la niñez y la juventud en Mar del Plata me parece que grupos así, organizados, con coherencia y propuestas fundamentalmente, tienen que estar integrando en algunos espacios este Consejo de la Niñez. Me parece que lo mejor que podemos hacer es integrar al propio sector de la niñez y la juventud, especialmente cuando está tan bien organizado y acompañado por la red del barrio Libertad. Nada más.

Sr. Presidente: Les agradecemos mucho a Alexandra, Karen, Candela, Daniel y a Sebastián Sexto, que los acompaña. Ellos hablaban de hacer una sesión, con lo cual me parece que el 4 podemos hacer las Comisiones de Calidad de Vida y de Educación que proponen y que alguna de las dos sesiones de noviembre sea en el barrio. Tomamos el compromiso –si ustedes están de acuerdo- que alguna de las sesiones de noviembre hacerla en el barrio Libertad, independientemente de la reunión de Calidad de Vida y de Educación. Muchísimas gracias.
-Es la hora 11:17

Anexo n° 6



Municipalidad de Gral Pueyrredón - Secretaría de Salud - Secretaría de Educación - Secretaría de Desarrollo Social - Patronato de Liberados Distrito VIII

Anexo nº 7

Cosas para hacer en tiempo libre:

- El numero corresponde a la referencia del mapa:
- 1- Sociedad de Fomento "Libertad"
 - 2- Sub Centro de Salud Libertad
 - 3- E.P. N 12 / E.S. N 70
 - 4- E.P. MUN. N 2 / E.S. MUN. N 102
 - 5- APAND
 - 6- French y 270
 - 7- "El playon" Guina y Ayacucho
 - 8- APAND (fútbol patin)
 - 9- Club Unión
 - 10- Los rulos (Garcina de fútbol)
 - 11- Los Palomas (Sanchina de fútbol)
 - 12- Mi gimnasio (actividades deportivas)
 - 13- gimnasia deportiva (cinta)
 - 14- Sociedad de Fomento (guitarra)
 - 15- Dama árabe (Bota 6. 1800)
 - 17- Bases de Organo (Tandá 700)
- Talleres gratuitos...
- A continuación te detallamos las principales actividades que se desarrollan en la Sociedad de Fomento Libertad y que pueden ser de tu interés:
- Fútbol: Marista, Miércoles y Jueves. 17 hs. en Irisingo y 21:30
 - Tacaromón: Lunes, Miércoles y Viernes. de 18 a 20 hs
 - Fútbol: Marista y Jueves. de 18 a 19:30 hs. en Irisingo
 - Miércoles Miércoles de 18 a 19
- Las clases de Tacaromón, Fútbol y natación se brindan en las instalaciones de la Sociedad de Fomento.
- Dirección: Ayacucho y 212
- Otras actividades hay en la Parrquia Medalla Mitayrosa y son:
- Fútbol: Domingo 17 hs.
 - Taller de movimiento incluye varias danzas
 - Batuta Con actividades sabadas
 - Batuta. Sabados 18 hs. en Ayacucho y 207
 - Comunidad del Mitayo, Eranden 2000. Hay Cupos para patin
 - Comunidad Solano, Erandi y 228. Actividad literaria y pintura.
 - Comunidad Santa Elena, Erandi y 197. Fútbol y Fútbol
- La Parrquia Medalla Mitayrosa se ubica en Calle Maipu entre 180 y 188

GRABAS POR PARTICIPAR!!!

En la Escuela 9 se da un taller de Pericómbos los días Jueves a partir de las 17 hs y se para chicos y chicas. La escuela queda en Pique 620.



Anexo nº 8

Municipalidad de Gral. Pueyrredon
Secretaría de Salud
Área de Epidemiología

INCIDENCIA DE MOTIVOS DE CONSULTA REGISTRADAS EN EL SUBCENTRO LIBERTAD
SERVICIO SOCIAL
LIC. DANIELA GIBEAUD
PERIODO: 15 DE MAYO 2009 AL 28 DE FEBRERO 2010

CÓDIGO	MOTIVO DE CONSULTA	1º VEZ	ULTERIOR	TOTAL
Z594	Problemas relacionados a falta de alimentos adecuados	44	373	417
U65	Visitas domiciliarias	25	35	60
Z658	Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales	21	43	64
Z601	Problemas relacionados con situación familiar atípica	17	107	124
Z590	Problemas relacionados con la falta de vivienda	16	19	35
Z591	Problemas relacionados con la vivienda inadecuada	11	59	70
Z596	Problemas relacionados con bajos ingresos	10	24	34
Z762	Atención y supervisión de salud de otros niños o lactantes sanos	10	17	27
SDIA	Sin diagnóstico	7	13	20
Z595	Problemas relacionados con la pobreza extrema	5	2	7
Z653	Problemas relacionados con otras circunstancias legales	4	10	14
Z760	Repetición de receta	3	31	34
Z589	Problema no especificado relacionado con el ambiente físico	3	21	24
Z560	Problemas relacionados con el desempleo, no especificados	3	12	15
Z56	Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	3	3	6
Z599	Problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas	2	17	19
Z712	Persona que consulta para la explicación de hallazgos de investigación	2	4	6
Z715	Consulta para asesoría por abuso de drogas	2	1	3
Z620	Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres	1	5	6
Z588	Otros problemas relacionados con el ambiente físico	1	4	5
Z758	Otros problemas relacionados con servicios médicos y de salud	1	4	5
SCOD	Sin código	1	3	4
Z597	Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar	1	2	3
Z602	Problemas relacionados con persona que vive sola	1	2	3
Z632	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	1	1	2
Z710	Persona que consulta en nombre de otra persona	1	1	2
E66	Obesidad	1	0	1
Y071	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.	1	0	1
Z514	Atención preparatoria para tratamiento subsecuente, no clasificado en otra parte.	1	0	1
Z540	Convalecencia consecutiva a cirugía	1	0	1
Z57	Exposición a factores de riesgo ocupacional	1	0	1
Z59	Problema relacionado con la vivienda y las circunstancias económicas	1	0	1
Z614	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario	1	0	1
Z615	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario	1	0	1
Z616	Problemas relacionados con abuso físico del niño	1	0	1
Z640	Problemas relacionados con embarazo no deseado	1	0	1
Z722	Problemas relacionados con el uso de drogas	1	0	1
Z740	Problemas relacionados con movilidad reducida	1	0	1
Z751	Problema relacionado con persona esperando admisión en institución apropiada.	1	0	1

ILEG	Ilegible	0	2	2
Y070	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.	0	2	2
Y072	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo.	0	2	2
Y060	Negligencia y abandono por esposo o pareja.	0	1	1
Y07	Otros síndromes de maltrato.	0	1	1
Z394	Código inexistente.	0	1	1
Z519	Atención médica, no especificada.	0	1	1
Z558	Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización	0	1	1
Z586	Suministro inadecuado de agua potable	0	1	1
Z598	Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas	0	1	1
Z608	Otros problemas relacionados con el ambiente social	0	1	1
Z631	Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos	0	1	1
Z650	Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión	0	1	1
Z742	Problemas relacionados con asistencia domiciliar y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar.	0	1	1
Z768	Persona en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias e	0	1	1
Z780	Código inexistente.	0	1	1
Z90	Ausencia adquirida de órganos	0	1	1