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

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

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2013

La construcción del género y salud desde un abordaje del Servicio Social : Sistematización de la práctica pre profesional en los talleres denominados “Construyendo Salud"

Falcón, Florencia

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/115

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

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

“La construcción del género y salud desde un abordaje del Servicio Social”

Sistematización de la práctica pre profesional en los talleres denominados “Construyendo Salud”

Autora: Falcón, Florencia

Directora: Lic. López, Nora Liliana
Co- Directora: Lic. Dasso Ana

2013

Agradezco a mi familia y amigas por el apoyo diario, a Nora y Ana por la dedicación, el empeño y el compromiso asumido para este trabajo.

A las “Mujeres” que participaron en el Proyecto “Construyendo Salud” que me permitieron elaborar esta tesis y fueron la parte principal de esta tarea.

Al Programa Acercar y a la División de Servicio Social en Salud que me permitió formar parte de esta hermosa experiencia que fue el Proyecto “Construyendo Salud”.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis surge por la incorporación de la autora al Programa Acercar[1], dentro del Proyecto "Construyendo Salud", se lleva a cabo por las Profesionales de Trabajo Social de la División de Servicio Social en Salud en el año 2011. Dicho programa depende de la Secretaria de Salud de la Municipalidad del Partido General Pueyrredón. Asimismo la incorporación de la tesista fue en el marco de la cátedra de Supervisión de la carrera de Lic. En Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El Proyecto "Construyendo Salud" realizados en Jardines de Infantes, Municipales y Provinciales de la Ciudad de Mar del Plata, tiene como objetivo la Prevención y Promoción de la Salud, se analiza el concepto de salud y se trabaja sobre las variables del proceso salud-enfermedad, desde una visión integradora; generando una revisión del posicionamiento de las personas en relación a su salud y al sistema sanitario.

La posibilidad de incorporarme a este dispositivo de intervención, a este Programa me permite conocer como desde APS (Atención Primaria de Salud), es posible trabajar el concepto de Salud, en lugares que transcienden los CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud), las salas, los Hospitales; generando en el otro (la gente) otra mirada de la atención, prevención y promoción de salud.

Asimismo las intervenciones se posicionan desde otra perspectiva, con frecuencia estamos a acostumbrados a escuchar o llevar adelante como Estudiantes de la Carrera en Lic. En Servicio Social (Caso Social Individual) en ámbitos institucionales.

Tales prácticas pre-profesionales, son parte del proceso de aprendizaje que integra la teoría con la práctica, como parte del proceso pedagógico, orientado a una comunicación constante con la realidad social.

Aportando la especificidad del Trabajo Social en Atención Primaria de la Salud, en la que se utiliza como estrategia la implementación de talleres, la

[1] Acciones Comunitarias en Red y Control Ambiental de Riesgo

participación voluntaria, se apunta a compartir y a socializar experiencias, teniendo en cuenta el saber cotidiano de cada persona, valorando su palabra.

En ellos, se abordan diversos temas tales como: proceso salud-enfermedad, Sistema de Salud Marplatense, controles de Salud, Derechos Humanos, con hombres y mujeres del Partido General Pueyrredón, que concurren al sistema de salud público; desde una perspectiva de género.

Los talleres son dirigidos a mujeres y hombres del Partido General Pueyrredón, pero en la presente tesis me detengo a sistematizar y analizar los discursos de las mujeres, su alto porcentaje de participación y concurrencia a los talleres, sus historias de vida que exceden el registro en un "cuaderno de campo". Vivirlas despertaron inquietudes e incertidumbre en mí, ver que como "mujeres" seguimos repitiendo determinados mandatos sociales y dejando nuestra salud en un segundo plano.

Asimismo se intenta reflexionar y analizar sobre los discursos de las mujeres en relación a su salud, y condicionantes sociales, teniendo en cuenta la perspectiva de género, y como a partir de estos elementes conforman sus propias representaciones sociales.

Tomando la definición de género Jeanine Anderson: "un sistema de género es un conjunto de elementos que incluye formas y patrones de relaciones sociales, practicas asociadas a la vida social cotidiana, símbolos, costumbres, identidades, vestimentas, adorno y tratamiento del cuerpo, creencias y argumentaciones, sentidos comunes, y otros variados elementos que permanecen juntos gracias a una fuerza gravitacional débil y que hacen referencia a una forma culturalmente especifica de registrar y entender las semejanzas y diferencias entre géneros reconocidos; es decir, en la mayoría de las culturas humanas, entre varones y mujeres".

En las intervenciones pre-profesionales se trabaja en interpretaciones abarcativas de las variables que condicionan la Salud de las mujeres, así poder, analizar, conocer y difundir las representaciones sociales. La metodología que se utiliza para el análisis de estas representaciones, permiten identificar e

interpretar sus deseos, objetivos como mujeres, historias, condiciones de vida como madre/amas de casa/ trabajadora y sus necesidades para desarrollar una vida saludable.

Mas allá de mi mis intervenciones, de los aspectos metodológicos, de la teoría, del trabajo en terreno, de los vínculos y relaciones institucionales, pude revisar y comprender mí posicionamiento propio como ser humano.

Por último, este trabajo se conforma por un marco teórico, objetivos, metodologías, experiencia de campo, sistematización y análisis de datos, conclusiones finales, propuestas y bibliografía.

OBJETIVOS

Objetivos

Objetivo General:

- Sistematizar la practica Pre- Profesional en el marco del Programa Acercar en el Proyecto Construyendo Salud, de la Municipalidad General Pueyrredón, durante el periodo de mayo a noviembre del año 2011.

Objetivos Específicos:

- Indagar las problemáticas socio sanitarias que reconocen padecer las mujeres que concurren al Programa Acercar.

- Analizar los discursos de mujeres y hombres en relación a los mandatos sociales en el cuidado de la salud.

- Aportar dispositivos de intervención desde la especificidad del Trabajo Social, en relación a la salud y género.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Salud

No existe un consenso a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto univoco, sino una construcción sociocultural, relativa a cada momento histórico.

Por lo cual ,se piensa a la salud desde una perspectiva dialéctica, que no recaiga ni en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, que implica trabajar las relaciones “social-biológico” y “sociedad-naturaleza”, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación.

Se adhiere a la concepción de salud como derecho; lo cual significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.[2]

Se puede sostener que “la salud es una necesidad humana básica, en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción de la misma, derecho que solo puede ser garantizado mediante la acción pública, particularmente en las sociedades marcadas por grandes desigualdades”. [3]

El derecho a la salud hace a la dignidad de la persona y a su condición de sujeto de derecho. El pleno ejercicio de este derecho en forma efectiva, igualitaria y no discriminatoria es exigible por todos los seres humanos.

Asimismo se la considera "un derecho, una inversión social y un recurso para el desarrollo de los pueblos, se relaciona con los procesos vitales del hombre: tener un empleo digno, el acceso y oportunidad a los servicios sociales, la equidad de género, el buen trato, el empoderamiento comunitario, el

[2] Belmartino, 1991:291
[3] Laureell, A.C, 1994

control ciudadano, la defensa de los derechos humanos y el respeto". (Carta de Ottawa ,1986)

El acceso a la atención sanitaria en nuestro país está garantizado para toda la población y está incluido en la Constitución Nacional y en los Pactos Internacionales que ésta incluye a partir de la Reforma de 1994.

Maglio dice que “La salud en tanto derecho humano básico y personalísimo debe ser: universal, absoluto, innegociable, inalienable y positivo, esto es, el Estado se hace cargo y no simplemente “tutela”.

Ya que la ***Atención Primaria de Salud***, debe ser entendida como el primer nivel de contacto de las personas, familia y comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención primaria lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas.

Se dirige a los principales problemas de la comunidad y provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.[4]

La atención primaria de salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

La conferencia de la OMS UNICEF de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS: «Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

[4] Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre APS. Septiembre 1978

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

También se señala que la APS puede y debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad, abriendo así la puerta a la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de muchas necesidades y problemas de salud.

La APS incluye un abanico más amplio de actividades, algunas de las cuales no son responsabilidad directa o exclusiva de los sistemas sanitarios de muchos países desarrollados, pero sí forman parte de los determinantes del nivel de salud colectivo o comunitario. Hablamos, por ejemplo, de la nutrición y la garantía de provisión de alimentos esenciales, de la salubridad del agua y el saneamiento básico, y de la contaminación medioambiental. Estos grupos de actuaciones pueden ser las prioridades más importantes de la APS en países con menor nivel de desarrollo.[5]

En relación a lo expuesto anteriormente, la ***Promoción Social de la Salud*** está asociada a un "conjunto de valores": vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Se refiere también a una "combinación de estrategias": acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de acción comunitaria), de las personas (desarrollo de habilidades personales), del Sistema de Salud (reorientación del sistema de salud) y de asociaciones

[5] Zurro Martin Amado, Solá Jodar Gloria: Atención Primaria de Salud y atención familiar y comunitaria. Disponible en: http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf

intersectoriales; esto es, trabajar con la idea de “responsabilización múltiple”, ya sea por los problemas, ya sea por las soluciones propuestas por los mismos. [6]

Además consiste en actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de las personas, apuntando hacia sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias y, por encima de todos, en el ambiente de las “culturas” de la comunidad en la que se encuentran. [7]

Salud Pública

La concepción de salud y enfermedad ha ido cambiando históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político.

A fines de los años sesenta se producen transformaciones en las sociedades del mundo occidental, impulsadas por movimientos sociales que tienen gran influencia en la redefinición del sujeto de intervención de los sistemas sanitarios.

Estos movimientos cuestionan las relaciones de poder, condiciones de trabajo, falta de autonomía y responsabilidad del trabajador y sus consecuencias en la salud.

Junto a esta relación trabajo-salud surge una creciente concientización por la relación entre otras dimensiones ambientales y salud.

Así es que en 1973 la O.M.S. definió a la Salud Publica de la siguiente manera: “El concepto de salud pública se refiere a todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, del estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de los servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos. La salud pública se ocupa de la salud global de la población bajo sus aspectos de promoción y protección de la salud, curación, readaptación y educación para la salud”.

[6] Carta de Ottawa de 1986, (Brasil, 2002)
[7] Sutherland & Fulton, 1992

"La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo" (O.P.S. 2002).

Las funciones esenciales son:

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación de los ciudadanos en la salud.
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Investigación en salud pública.
- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Proceso Salud- Enfermedad

La salud y la enfermedad no son los puntos extremos de una recta. Salud u enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida, son influidos y a su vez influyen en la actividad del hombre del hombre como ser social. Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el

ambiente. Al encontrar estos determinantes el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano. En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los conceptos de salud- enfermedad. Y como es muy dinámico podemos hablar con más propiedad si lo llamamos "proceso salud enfermedad". No hay un punto límite exacto entre ellos. Este concepto no se puede abordar desde la enfermedad solamente ya que esta va a afectar de manera diferente al individuo.[8]

A su vez, 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 resuelven cotidianamente como cuidar la salud y como recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo este un proceso dinámico no solo 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, sexo y las condiciones de vida, tienen una multiplicidad de expresiones. (Ateneo N° 2 residencia campo salud. Proceso salud-enfermedad-atención) [9]

Tiene carácter social, por ser socialmente determinado, cuanto por ser en sí mismo un proceso social, ya que nos detendremos a pensarlo y analizarlo desde la salud.

Los **determinantes sociales de la salud** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el

[8] Battistella, Gabriel. Salud y enfermedad. "Historia natural de la enfermedad. Niveles de prevención. El concepto actual de salud y enfermedad. Proceso Salud y enfermedad." Disponible en: http://es.scribd.com/doc/5057353/El-proceso-salud-enfermedad

[9] HIEMI, Ateneo N° 2, Residencia Campo Salud, Proceso Salud-Enfermedad-Atención, Agosto,2011

poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. [10]

Se pueden clasificar en determinantes intermediarios y determinantes estructurales.

Determinantes estructurales: están conformado por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social. Incluye las relaciones de género y etnia. Están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y publicas, así como la cultura y los valores sociales.

Determinantes Intermediarios: incluyen un conjunto de elementos caracterizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad alimentaria, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generan un impacto la equidad de la salud y en el bienestar.[11]

Asimismo no se puede separar la percepción de salud, la sensación subjetiva de estar bien, de "no encontrarse bien", de la cultura que estemos inmersos. **Encontrarse bien** es encontrarse con uno mismo o con una misma, y la práctica de este encuentro es seguramente más fácil cuando mas holístico sea el acercamiento hacia el propio cuerpo, lleno de potenciales de salud y rodeado de riesgos para enfermar.

Un condicionante global de salud, además de la cultura, es el medio ambiente, que ha emergido con fuerza desde el conocimiento de los efectos de los insecticidas en el incremento de cáncer, en especial el de mama, y en la interferencia en el desarrollo sexual de animales en los ríos y lagos.

---

[10] Organización Mundial de la Salud. "Determinantes sociales de la salud". Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

[11] Agudelo, Sandra; Romero, Iván: "El concepto de determinantes de la salud y su estudio". Seminario N° 2. Maestría en epistemología. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Disponible en: http://www.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021

Donde los **condicionantes de la Salud** afectan a seres humanos que tienen una genética, biología, fisiología, endocrinología y una psicología diferente, no solo entre mujeres y hombres, sino también dentro de cada grupo genérico por los condicionantes que suponen la clase social, la etnia y es posible que también la opción sexual en las manifestaciones biológicas. Y afectan a unos organismos que tienen una historia personal y una biografía, que ha condicionado su personalidad, creencias, actitudes y formas de percepción, dependiendo de la familia en que han vivido, y de la escuela y la sociedad en que han desarrollado su aprendizaje. La percepción de una baja valoración por parte de las mujeres en la cultura patriarcal es realidad desde el momento del nacimiento y puede influir también durante el desarrollo fetal.

En todo caso, la baja **autoestima** ha sido constante entre las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales y de todas las culturas con mayor o menor intensidad, porque la ideología dominante nunca las ha valorado. Nunca podrán ser hombres, le falta de pene es su imperfección.

Partiendo de muy abajo, han de tender a la perfección, a cumplir con el **deseo del otro,** para poder ser aceptadas, ya que por sí mismas no creen que sea posible, pues no tienen valor. Se sienten obligadas a seguir un modelo de perfección, sea moral, como en la infancia de muchas fue el conseguir una pureza virginal, o impuesto socialmente y al final autoimpuesto de unas formas corporales determinadas, un modelo que obedece a los mandatos de ideal materno y del ideal social de lo que ha de ser la feminidad. Ello, las conduce a situaciones de alto estrés mental, pues nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas y deben soportar una baja valoración social y familiar de todas las tareas que realizan.

La sensación de **culpa** constante y la persecución de un modelo de perfección son dos graves condicionantes de la salud de las mujeres, donde incide la cultura, el medio ambiente y las condiciones de vida y trabajo.

Además, el rol de cuidadoras las somete durante toda la vida al cuidado de otros (hijos, hijas, enfermos, ancianos), lo que les impide tomar decisiones sobre su futuro y gozar de tiempo propio. [12]

Equipo de salud de Atención Primaria es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrolla de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la A.P.S en el seno de una comunidad determinada.[13]

La constitución de un verdadero Equipo de Salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.

Estos deben asumir los objetivos y las actividades propias de estas con un enfoque personal y comunitario, con contenidos preventivos y de promoción de la salud y otros relacionados con aspectos sociales, económicos, y culturales propios de la población atendida. Cada miembro del equipo tiene claramente asumida sus propias funciones así como intereses comunes del colectivo.

Edgar Schein[14] describe los indicadores para medir la salud en las organizaciones, indicadores que aquí hacemos extensibles a los Equipos:

- ***Adaptabilidad:*** como la habilidad de reconocer, resolver problemas y accionar con rapidez y flexibilidad a las condiciones cambiantes del entorno.
- ***Sentido de Identidad:*** entendido como el nivel de conocimiento y visión necesarios para determinar ¿Qué es?, ¿Qué fines persigue?

[12] Valls-Llobet, Carme," Mujeres, salud y poder". Feminismos. Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer. Edición Cátedra
[13]Zurro, M. A y Cano Pérez, J.F. Óp. Cita.
[14] Schein, Edgard. Psicología de la organización. Ed. Prentice mayo 1982.

- ***Capacidad para ver la realidad:*** como la habilidad para buscar, percibir e interpretar adecuadamente las propiedades reales del medio.
- ***Integración:*** alcanzar tal nivel de integración entre los integrantes, que se trabaje activamente en encontrar fines compartidos y complementarios, a través de acuerdos.

Estos indicadores deben ser positivos, priorizados y desarrollados en los equipos; porque es muy poco probable que estén vigente en la organización, si en la cedulas organizativas no lo están.

La composición de un Equipo de Atención Primaria ha de adecuarse a las características de la comunidad que atiende. En consecuencia, no existen modelos universales que nos permitan definir una composición que sea válida para todos los equipos y circunstancias.

Los factores que influyen en la composición de los equipos de Atención Primaria son los siguientes:

- Situación política y económica del país
- Infraestructura sanitaria existente
- problemas y necesidades de Salud
- Disponibilidad de profesionales sanitarios y no sanitarios
- Estructura poblacional
- Organización General del Sistema Sanitario del país
- Funciones atribuidas a los profesionales del E.A.P

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, actuando en un espacio y tiempo, en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados.

Según un trabajo de Lourdes Bermejo García para trabajar en Equipo Interdisciplinario es necesario que los profesionales, desarrollen:

SABER Implica el dominio de habilidades y destrezas

QUERER Implica valorar factores motivacionales de la persona, es decir, que compartan valores y actitudes necesarios para el trabajo en equipo.

PODER Requiere la existencia de condiciones favorecedoras que posibilitan la participación. La existencia de estrategias formales en las organizaciones requiere la creación y tiempos específicos para el trabajo en equipo.

Diana Salazar Fernández, comprende la **Interdisciplinariedad** como el encuentro y cooperación entre dos o más disciplinas; es decir, una compresión holística, donde cada una de ellas, colabora aportando sus esquemas conceptuales, las formas de definir problemas y métodos de integración (Salazar, Fernández, 2007).

Se considera relevante, agregar que la Interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento y transformación mutua. Estas reciprocidades disciplinarias involucran además, interacción, cooperación y circularidad (de información, instrumentos, métodos, técnicas, y otros) entre las diferentes disciplinas. En otras palabras, es necesario configurar espacios interdisciplinarios, capaces de conceptualizar los problemas de forma compleja y no sometidos a fronteras disciplinarias; por lo cual, muchos autores coinciden en que es importante construir Equipos Interdisciplinarios para el abordaje y búsqueda de alternativas de solución.

Capítulo II Género

Uno de los temas más polémicos de las ciencias sociales es la construcción de la identidad de género. Sylviane Agacinki ha precisado los alcances de esta dimensión. “Cada época ha dado una versión de la diferencia universal de los sexos. La única constante es el principio mismo de diferenciación (…) A pesar de ser muy universal, la diferencia sexual no dice nada sobre lo que debemos hacer con ella en la organización práctica de las relaciones humanas. No genera en si misma ninguna institución particular, ninguna segregación, ninguna jerarquía de ningún orden económico, social, político, religioso u otro. El pedestal duro de las diferencias anatómicas y fisiológicas no puede programar nada que sea de orden social, jurídico o institucional.”

Creo en la necesidad de profundizar en este tema ya que es fundamental en la labor profesional como trabajadores sociales, constituye un propósito esencial en la tesis y me plantea el compromiso a nivel personal y social. Es decir, son parte de los aspectos vitales que hombres y mujeres deben plantearse profundamente en la cotidianeidad social y personal.

Parto de la definición de Genero para ir incorporando distintos elementos que configuraran esta compleja perspectiva teórica, como su relación con la salud y las mujeres.

Por **género** entiendo el conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales, construidas en cada cultura**,** tomando como base las diferencias sexuales, las cuales determinan los papeles de lo femenino y lo masculino.

Los papeles del género dependen de un particular contexto socioeconómico, político y cultural, y están afectados por otros factores como la edad, raza, clase y etnia. Los papeles de género son aprendidos y varían ampliamente dentro de las diferentes culturas. A diferencia del sexo, los

papeles de género pueden cambiar. Estos deben ir orientados a permitir el acceso de las mujeres a los derechos, recursos y oportunidades". [15]

En la IV Conferencia Mundial de las mujeres de Beijing (Pekin) solicitaron una definición sobre el vocablo género. En 1995 la ONU emitió está definición: "El género se refiere entre mujeres y hombres basados en los roles definidos socialmente que se asignan a uno u otro sexo. Esto se ha traducido en desigualdades y marginación para la mayoría de las mujeres y en la subordinación de sus intereses como persona ante los de los demás."

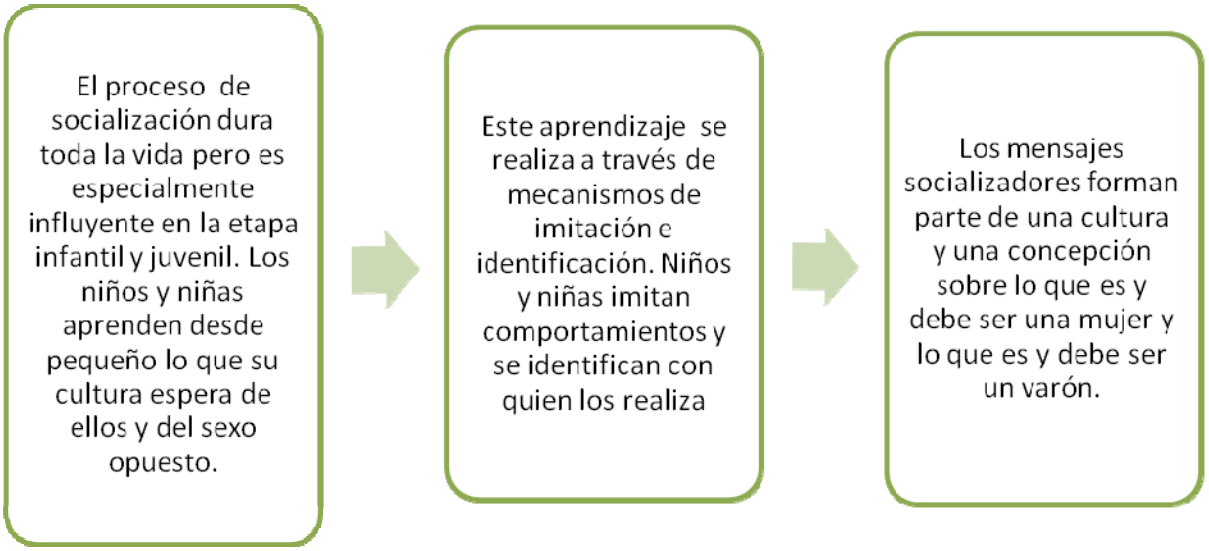
El género se interioriza a través de un completo trabajo de socialización diferenciada que es un proceso cultural de formas de representarte, valorar y actuar en el mundo. Este proceso no solo ocurre en la infancia sino durante toda la vida. Es decir género constituye la construcción e interpretación social acerca de qué significa ser mujer y ser varón, como deben relacionarse entre sí, y entre ellos y ellas.

De esta manera, género es una interpretación sociocultural de ser mujer y ser hombre que cruza toda la vida. Por lo tanto, para una persona (nazca hombre o mujer) su sociedad determinara por medio de su cultura cómo debe sentir o pensar, que puede decir o como expresarse.

Está socialización diferenciada tiene repercusión en todas las dimensiones de la vida personal. Familia, sociedad, iglesia y Estado son fundantes de un discurso cultural en función del cual se definen los comportamientos, funciones y responsabilidades con el hecho de ser mujer y ser hombre.

[15] Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer A/517322

Características de la socialización diferenciada.



En relación a lo expuesto, l**a categoría de género** es una definición de carácter histórico y social acerca de los roles, identidades y valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización. Algunas de sus principales características y dimensiones son:

1) es una construcción social e histórica (por lo que puede variar de una sociedad a otra y de una época a otra);

2) es una relación social (porque descubre las normas que determinan las relaciones entre mujeres y varones);

3) es una relación de poder (porque nos remite al carácter cualitativo de esas relaciones);

4) es una relación asimétrica; si bien las relaciones entre mujeres y varones admiten distintas posibilidades (dominación masculina, dominación femenina o relaciones igualitarias), en general éstas se configuran como relaciones de dominación masculina y subordinación femenina;

5) es abarcativa (porque no se refiere solamente a las relaciones entre los sexos, sino que alude también a otros procesos que se dan en una

sociedad: instituciones, símbolos, identidades, sistemas económicos y políticos, etc.);

6) es transversal (porque no están aisladas, sino que atraviesan todo el entramado social, articulándose con otros factores como la edad, estado civil, educación, etnia, clase social, etc.);

7) es una propuesta de inclusión (porque las problemáticas que se derivan de las relaciones de género sólo podrán encontrar resolución en tanto incluyan cambios en las mujeres y también en los varones);

8) es una búsqueda de una equidad que sólo será posible si las mujeres conquistan el ejercicio del poder en su sentido más amplio (como poder crear, poder saber, poder dirigir, poder disfrutar, poder elegir, ser elegida, etcétera).[16]

Su análisis debe incluirse al examinar las diferencias en las relaciones entre mujeres y hombres y sus papeles respectivos, así como la forma en que esas diferencias repercuten en los siguientes aspectos:

- ✓ Los condicionantes sociales y culturales de la salud y la enfermedad
- ✓ Los factores de protección y de riesgo
- ✓ El acceso a recursos para promover y proteger la salud, entre ellos información, educación, tecnología y servicios
- ✓ Las manifestaciones, la gravedad y la frecuencia de las enfermedades
- ✓ Las respuestas de los sistemas y servicios de salud
- ✓ La producción, difusión y consumo de nuevo conocimiento.[17]

[16] Gamba, Susana: Perspectiva de género ¿Que es la perspectiva de género y los estudios de género? Disponible en: http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395

[17] Ministerios de Sanidad y consumo. Informe Salud y genero 2005. Disponible en: http://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=AqtgY-Hj3J8%3D&tabid=17485&language=ca-ES

Rol de género y salud

Perspectiva de género en el campo de la salud. Se retoma la noción de campo de Bourdieu (1997) para entender a "la salud" como un espacio social atravesado por disputas que pugnan por instaurar principios de visión legítimos en torno a las articulaciones de las construcciones de género y los procesos de salud-enfermedad-atención.

- **Salud** como concepto integral que incluye de manera interrelacional: "Los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas y emociones y las condiciones materiales y ambientales del entorno". (Zarco, 1991)
- **Perspectiva de Género** como una categoría de análisis de la realidad social y política, ya que tiene como unos de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres.[18]

Donde la incorporación de la perspectiva de género a la investigación de los procesos de salud-enfermedad-atención ha producido suficiente evidencia para afirmar que el género (en tanto régimen político vertebrado de relaciones de poder) opera como un determinante de la salud. Se ha constatado que las construcciones sociales de género condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad (Martínez Benlloch, 2003; Cardaci, 2004; Gómez Gómez, 2002; Tajer, 2002; Velasco Arias, 2006, entre otros/as).

Particularmente, se visualizan estos efectos en la circunscripción de la salud de las mujeres a su salud reproductiva y en la atribución de diagnósticos diferenciales con mayor prevalencia en las mujeres que carecen de una rigurosa constatación científica (tal es el caso de la mayor depresión, mayor

[18]Lagar de, Marcela, "Género y feminismo". Desarrollo humano y democracia, Madrid, Horas y Horas,1996

ansiedad, mayor percepción subjetiva de dolor). Esto "lleva a relativizar síntomas descritos por las mujeres, minimizar el valor de su palabra y, ante la reiteración de la queja, prescribirles en mayor número y frecuencia ansiolíticos y antidepresivos, con lo que se psicologiza y medicaliza la demanda de atención sanitaria" (Martínez Benlloch, 2003: 258.

En relación a lo expuesto anteriormente, la salud de las mujeres durante año no se ha visto como una salud integral en el sentido amplió y este ha sido el primer problema de género en el abordaje de la salud de la mujer, obviando las diferencias intrínsecas que existían entre los dos sexos y reduciéndolas a su función reproductiva: embarazo, anticoncepción, planificación familiar y en los últimos diez años en la menopausia.

Los riesgos invisibles para la salud de las mujeres dependen de las condiciones de vida , de las demandas externas de trabajo, condiciones laborales, la discriminación, la doble jornada y la pobreza, que inciden en un cuerpo con una genética, una fisiología, una endocrinología y una psicología diferente a las del hombre, con una psicología diferencial: baja autoestima y alta valoración, y con un déficit de factores sociales de corresponsabilidad, que producen unas consecuencias determinadas con un predominio de síntomas de ansiedad, depresión, de musculo-esqueléticos, cansancio, insomnio, etc.[19]

La perspectiva de género ha hecho cambiar el enfoque del trabajo en salud, desde una concepción centrada en la enfermedad y en la mujer como cuidadora de la salud de la familia y la comunidad en su conjunto, entendiendo la salud como uno de los fundamentos prioritarios de las necesidades humanas, que concibe las relaciones de poder-subordinación y la división del trabajo como una causa de la desigualdad entre los sexos en el ejercicio del derecho a la salud. Por ello el objetivo no es dar formación a las mujeres para que puedan ser cada vez mas cuidadoras de todos, sino facultarlas para la protección, promoción y autocuidado de su salud, con mecanismos de dialogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud y las mujeres

[19] Valls-Llobet: Morbilidad invisible y cooperación, Programa "Mujer, Salud y Calidad de vida".

organizadas. Ésta es la nueva perspectiva de género, por tanto las actividades comunitarias en atención primaria, como en las nuevas formas de hacer cooperación en salud.[20]

De ahí la importancia de comprender que la discriminación de las mujeres se produce de manera individual y colectiva, deliberada e inconsciente pues está tejida en las costumbres y la tradición anatomía de mujeres y de hombres, con sus funciones reproductivas evidentemente distintas, cada cultura establece un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que atribuyen características específicas a mujeres y a hombres. Esta construcción simbólica que en las ciencias sociales se denomina género, reglamenta y condiciona la conducta objetiva y subjetiva de las personas. O sea, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que se supone es "propio" de cada sexo.

Además, se insistió en que si hace miles de años las diferencias biológicas, en especial la que se refiere a la maternidad, pudieron haber sido la causa de la división sexual del trabajo que permitió la dominación de un sexo sobre otro al establecer una repartición de ciertas tareas y funciones sociales, hoy esto ya no tiene vigencia.

En la actualidad, "es mucho más fácil modificar los hechos de la naturaleza que los de la cultura". Es más fácil librar a la mujer de la necesidad "natural" de amamantar, que conseguir que el marido se encargue de dar el biberón. La transformación de los hechos socioculturales resulta frecuentemente mucho más ardua que la de los hechos naturales; sin embargo, la ideología asimila lo biológico a lo inmutable y lo sociocultural a lo transformable.

El problema de asociar a las mujeres con lo "natural" y a los hombres con lo cultural es que cuando una mujer no quiere ser madre ni ocuparse de la

[20] Antolín, Luisa; Mazar rasa, Lucía: Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid, Federación de Planificación Familiar de España, 1997.

casa, o cuando quiere ingresar al mundo público, se la tacha de "antinatural" porque "se quiere salir de la esfera de lo natural".

Donde las posiciones subalternas de las mujeres, los poderes mínimos generados en el cumplimiento de deberes sociales que giran en torno a la sexualidad asignada -como cuerpo-para-otros, erótico o procreador-, en la domesticidad de la vida cotidiana privada y en las esferas locales e inmediatas públicas, se caracterizan por la falta de voz de las mujeres y de escucha de los otros, por la descalificación de la razón de las mujeres y de sus razones, por la negación de sus conocimientos y su exclusión del acceso a los conocimientos y saberes valorado.

En la cultura patriarcal, la humanidad de las mujeres está fincada en la desocupación del centro del mundo y de la vida, en la expropiación del cuerpo y de la subjetividad, y en su apropiación y subordinación por parte de los hombres y los poderes. La humanidad de las mujeres sólo es reconocida si su existencia es reducida a la sexualidad, a la inferioridad y a la minoridad. Por eso, cuando somos subsumidas en lo humano, se nos asigna como condición de género y contenido de vida personal ser-para-otros y de-otros. La humanidad subsidiaria de las mujeres reconocida en la cultura patriarcal les exige tener a otros como motivo y fin de la propia existencia, aceptarlo en la dominación, asumirse inferiores y secundarias y conseguir así la felicidad.

Ser humanas, en cambio, significa para nosotras, tener como posibilidad la diversidad de la experiencia y la inclusión de las mujeres como sujeto, como sujetas, en una nueva humanidad y como protagonistas de nuestras propias vidas.

Ser humanas remite a las mujeres a ser-en-el-mundo, sin mediaciones, para existir-en-el-mundo, convivir y compartir con otras y con otros, en condiciones de equidad, los afanes por desenajenar la vida y por enriquecerla.

Es preciso por ello, no sólo mirar la opresión en las relaciones de género sino, además, en el género mismo. La alternativa consiste en continuar con los cambios a la condición patriarcal de género de las mujeres, en el sentido de

dejar de ser-para-otros, de vivir dependientes de otros y de estar dominadas por otros.

El nuevo paradigma implica cambios radicales que abarcan el modo de vida de mujeres y hombres, los contenidos de la cultura y la conformación y distribución de los poderes sociales entre los géneros y entre las personas.

La construcción de la humanidad de las mujeres requiere asimismo cambios tendientes a eliminar la enajenación erótica de las mujeres pensadas, imaginadas y deseadas, tratadas y obligadas a existir reducidas a una sexualidad cosificada, a ser objetos-deshumanizados-de contemplación, uso y desecho: a ser cuerpos-para-el-Eros posesivo de los hombres. La humanización femenina implica de manera ineludible la redefinición de la experiencia erótica de las mujeres y con ello de los cuerpos femeninos, de la subjetividad y la identidad erótico-corporal de las mujeres, con el sentido de construir socialmente a las mujeres -desde y en su experiencia erótica- como sujetas en completud, cuyo potencial erótico requiere la igualdad con las otras y los otros, y la integridad de sus personas para realizarse, así como del placer y el goce sin peligro, es decir, de la libertad.

Ser humanas dotadas de derechos y de estatuto humano significa poseer la capacidad de decidir sobre el sentido y los contenidos de la propia vida y poder orientarlas a satisfacer las necesidades propias. Ser humana es ocupar el centro y ser protagonista de la propia vida. Y, para las mujeres como género, ser humanas significa convertirnos en sujetos sociales, sujetos políticos, sujetas de la historia.

La construcción del poderío político de las mujeres se asienta en la posibilidad de que ejerzamos el control sobre nuestras vidas, tomemos decisiones de manera informada y establezcamos nuestros propios juicios y valores, para así poder formar nuestras vidas. El poderío personal y de género de las mujeres conduce a la autonomía de cada una y la autonomía, a su vez, es fundamental para establecer el poderío con equidad.

Cada vez más mujeres queremos el poder de intervenir con acciones positivas para enfrentar todas las formas de opresión, la injusticia, la antidemocracia, la pobreza y la ignominia en el mundo, en especial, las referidas a las mujeres.

Las mujeres precisamos el poder legitimado y apoyado socialmente de autoconstrucción de cada persona. Deseamos tener el poder de decidir sobre las Políticas sociales, sobre el sentido del desarrollo, del trabajo, de las actividades humanas, así como el poder de concentrar todos los esfuerzos locales, nacionales, regionales y personales para de construir el orden patriarcal y los otros órdenes en que se apoyan las variadas formas de enajenación humana.

Por todo eso, las mujeres requerimos el poder de orientar la vida desde una ética de la equiparación humana que enfrente y de construya el sexismo en todas sus modalidades. Frente a la dominación basada en la asimetría, la equidad entre los géneros como parámetro y la solidaridad como norma de relación entre mujeres y hombres.

La nueva cultura de género se basa en la mismidad, la sororidad y la solidaridad, como valores éticos y como metodologías políticas para generarla. No obstante no son sólo puntos de partida sino además fines de esa cultura. Son también los finos hilos del sentido que guía nuestras decisiones y prioridades y nuestros procederes.[21]

Mandatos Sociales

El género es un hecho cultural aprehendido que establece diferentes mandatos. Estos mandatos de género determinan los diferentes atributos que deben tener lo que se llama “Mujer y Hombre”. A través de las construcciones de lo que es la feminidad y la masculinidad.

[21] Lagar de, Marcela. Identidad de género y Derechos Humanos. La construcción de las Humanas.

Así, brevemente podríamos señalar que el género se refiere a la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de procesos de construcción social, diferencia los sexos, al tiempo que los articula dentro de las relaciones de poder.

En esta “normatividad genérica” se establece el “orden” donde asimismo se establecen: las costumbres, creencias, valores y mandatos. A los hombres y las mujeres a través de los diversos procesos de socialización, se les inicia en un escenario de comportamientos, sentimientos, deseos, inquietudes, emociones, estrategias, actitudes, etc.

Si bien los roles y las funciones de varones y mujeres están en proceso de modificación y se ha logrado que se produzcan transformaciones en la concepción tradicional, coexisten estereotipos de género los cuales definen conjuntos de creencias y prohibiciones sobre el significado que tiene ser hombre y ser mujer en una cultura determinada. Así encontramos que la concepción hegemónica sobre las mujeres se vincula a actividades emocionales que privilegian el cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, como también características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia.

Si bien los roles y las funciones de las mujeres y los hombres están en proceso de modificación, ha sido muy difícil que se produzcan transformaciones opuestas a la tradición.

En la actualidad se demanda el desempeño de las mujeres en áreas distantes a la labor de procreación, del hogar. Esta circunstancia colisiona con el estereotipo de mujer, como madre y esposa.

Las instituciones como las familias, las escuelas, las iglesias, los medios masivos de difusión y los sistemas multimedia, transmiten en mayor o menor medida alternativas sobre los roles y prácticas posibles para las mujeres. El aparato publicitario, resulta ser uno de los más interesados en mostrar productos saludables para las mujeres: la mujer liberada, la deportiva, la que

trabaja afuera de su hogar, la profesional, la ejecutiva, el ama de casa moderna, y otros que suponen, a su vez, un nuevo segmento, sin que en realidad se produzcan innovaciones a la hora de publicitar productos para el hogar y el cuidado de la familia, en los cuales aparecen prioritariamente como claras destinatarias las mujeres.

Capítulo III: Política Pública – Política de Salud

Se considera relevante dar inicio con la definición de **Políticas Públicas:** *"Los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones, ministerios, concejalías, empresa públicas, juzgados, escuelas hospitales, etc.; que combinan recursos normativos, humanos, financieros, tecnológicos y los transforma en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos, controlas sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr impactos sociales, políticos y económicos".*[22]

Desde esta concepción, se entiende a las Políticas Públicas como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública determinan la existencia de un problema y realizan las acciones pertinentes para eliminarlo o mejorarlo, concluyendo con la evaluación de los resultados de las acciones emprendidas para eliminar, o variar dicho problema.

Las Políticas Públicas son entendidas, en otras palabras, como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno, las cuales considera prioritaria, para solucionar los problemas de los ciudadanos; en un momento histórico determinado.

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

La Política es una herramienta para la toma de decisiones que comprende dos variables:

- Recursos escasos (y por lo tanto insuficientes)

[22] Ministerios de Salud Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios". Presidencia de la Nación; Cuidad Autónomas de Buenos Aires. 2007. Módulos 5: "Políticas de Salud". Pág.18.

- Necesidades crecientes (o infinitas)

Desde este punto de vista, las **Políticas de Salud** representan una serie de valores entre los cuales se encuentran: equidad, eficiencia y solidaridad; sobres éstos, se asignan recursos para satisfacer las necesidades de Salud de la comunidad.

Cuando se refiere a la Política, se entiende a ésta como "*conjunto de decisiones que permiten la organización de una comunidad haciendo viable la convivencia armónica entre sus integrantes*"[23].

En principio, las Políticas de Salud tienen sus orígenes en la identificación de problemas en el estado de Salud, como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, entre otros, que constituyen la materia de propuestas políticas.

Fundamentalmente, tiene mayor trascendencia política la utilización de medios y recursos (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicio), para resolver los problemas que existen en el proceso Salud-Enfermedad.

Por lo tanto, la Política de Salud es el resultado de una variedad de factores. En primer lugar, es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la Salud; en segundo lugar, el surgimiento de tecnologías. Pero principalmente, conforma el balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales de la sociedad: la concepción de la solidaridad y la equidad.

En Argentina desde la década del 50, el debate acerca de Políticas de Salud adquiere mayor importancia, debido a varias situaciones, entre las principales se encuentran: los impactos que origina la implementación de nuevas tecnologías en el campo de la medicina y al crecimiento de formas organizacionales comunitarias con financiación solidaria denominadas: obras sociales.

[23] Ídem. PAG. 25.

Todas las Políticas enuncian, de manera implícita o explícita, una racionalidad política e instrumental, elecciones estratégicas, fines y valores. En consecuencia, la elaboración de una Política, será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con que se creada.

Por lo tanto, la adopción de un conjunto determinado de valores y principios compone el primer grupo de alternativas por la cuales se debe seleccionar en la formulación de Políticas Sanitarias y en el diseño de Sistemas de Salud.

Con respecto al efecto redistributivo de las Políticas Sanitarias, la equidad, es la principal debilidad del Sistema Argentino, se evidencia en la gran estratificación de los usuarios en cuanto a cobertura y prestaciones, acorde con su capacidad de pago.

A pesar de su estado de deterioro. Posee una infraestructura pública que dispone de una amplia capacidad para disminuir las desigualdades sociales en Salud, y el subsector público es el que posee mayor capacidad para promover la equidad. En conjunto con el subsector de la seguridad social, constituyen la fuente de financiamiento más poderosa desde el punto de vista redistributivo.

Por lo tanto, "*el diseño de políticas sanitarias adecuadas constituye, junto con las educativas, la herramienta más fuerte de disminución de la brecha en la asignación recursos y la apropiación de ellos entre los sectores más pobres y los más ricos de la población. Y en la mayoría de los casos, los efectos redistributivos son alcanzados en lapsos de tiempo menores mediante las políticas de salud*"[24].

Ander- Egg, realiza su aporte, definiendo a las Políticas Sociales, como el "*conjunto de acciones que, como parte de las políticas públicas, tiene el propósito de mejorar la calidad de vida mediante la prestación de una serie de servicios que procuran atender las necesidades básicas de todos los ciudadanos, asegurando unos mínimos de renta, alimentación, salud, educación*

[24] Ídem. Pág. 32.

y vivienda. Asimismo, tiende a disminuir las desigualdades sociales y atender a los colectivos que, por razones de edad o impedimentos físicos o psíquicos, no pueden generar recursos por medio de su trabajo"[25]

Para operativizar cualquier tipo de Política de Salud, es necesario implementar diferentes programas, proyectos y talleres, es por ello que se considera adecuado mencionar las diferencias que existen entre cada uno de ellos:

- **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 termino hace referencia al conjunto de proyectos, actividades y procesos o servicios orientados al logro de determinados objetivos".*[26]
- **Proyecto:** *Se refiere a un conjunto articulado y coherente de actividades orientadas a alcanzar uno o varios objetivos siguiendo una metodología definida, para la cual precisa de un equipo de personas idóneas, así como de otros recurso, que prevé el logro de determinados resultados sin contravenir las normas y buenas prácticas establecidas, y cuya programación en el tiempo responde a un cronograma con una duración limitada.*[27]
- ***Taller:*** *lo concebimos como una realidad integradora, compleja, reflexiva, en que se unen la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso pedagógico, orientado a una comunicación constante con la realidad social y como un equipo de trabajo altamente dialógico formado por docentes y estudiantes, en el cual cada uno es un miembro más del equipo y hace sus aportes específicos.*[28]

---

[25] Ander- Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. Argentina.2009. Pág. 193.
[26] Ídem. Pág. 200.
[27] Prieto Mujica, Pedro N, Montealegre Tovar, Mauricio A., "Definición de proyecto". Trabajo de investigación. Bogotá. 2008. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/3271816/DEFINICION-DE-PROYECTO
[28] REYES, Gómez Melba. El Taller en Trabajo Social. En: Kisnerman, N. Óp. Cit.

María Teresa González Cuberes: *"Se refiero al taller como tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir y el hacer. Como el lugar para la participación y el aprendizaje. En el taller, a través del interjuego de los participantes con la tarea, confluyen pensamiento, sentimiento y acción. En síntesis, puede convertirse en el lugar del vínculo, la participación, la comunicación y, por ende, lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos".*

Capítulo IV: Trabajo Social

El compromiso histórico e internacional del Trabajo Social se basa en los principios y postulados éticos, con eje en los derechos humanos y la autonomía de la persona, como valor esencial de la disciplina.

Promueve la participación activa, valorando las significaciones que le otorgan a su vida diaria. Como ha manifestado Bibiana Travi: "Los objetivos rectores del ejercicio profesional se basan en una concepción de la persona como sujeto de derecho y apuntan fundamentalmente a su protagonismo y participación activa en la resolución de problemas."[29]

Los derechos de la mujer son inherentes a los derechos humanos. Estos y la justicia social son fundamentos del Trabajo Social y constituyen la motivación y la justificación del quehacer profesional.

El Trabajo Social ha crecido conjuntamente con ideales humanitarios y democráticos, y sus valores se basan en el respeto a la igualdad, el valor y la dignidad de todas las personas.

Desde sus comienzos la práctica de Trabajo Social se ha basado en el desarrollo del potencial humano, capacitando y orientando a las personas, grupos o comunidades para el empleo de sus recursos en la satisfacción de las necesidades humanas.

El documento aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (1994), señala que la profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar.

Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en las distintas expresiones que se dirigen a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus

[29] Travi, Bibiana (2002): Capitulo: La investigación Diagnostica en Trabajo Social: La construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional. En autores varios. El Diagnostico Social. Buenos Aires, Editorial Espacio. Pág. 100,101.

ambientes. Su misión es la de facilitar que las personas desarrollen plenamente sus potencialidades para que enriquezca su calidad de vida.

Según Paulo Freire el Trabajador Social es uno de los agentes de cambio, se interesa por desarrollar junto a los demás una perspectiva crítica de la realidad y por ejercitar la reflexión: "Actúa y reflexiona con los individuos con quienes trabaja, nunca sobre quienes o para quienes trabaja."[30], para concientizarse junto con ellos de las dificultades sociales reales, cambiando una percepción distorsionada de la realidad por una percepción critica de la misma.

El Trabajo Social basa su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la práctica incluida los contextos. Reconoce la complejidad de las interacciones entre los seres humanos y su medio ambiente y realiza estudios diagnósticos sobre la realidad social; participa en la investigación, indaga sobre las causas de las distintas problemáticas sociales y factores que inciden en su génesis y en su evolución.

Donde Margarita Rozas Pagaza, entiende la intervención profesional como "un conjunto de acciones generadas desde un referente teorico-metodologico y un posicionamiento ético-político, o sea un modo de interpretar y analizar la realidad, una lectura construida desde determinado lugar que adquiere un contenido particular a partir de los datos de la misma. Esta constituye un escenario en el que se interrelacionan, interactúan e intercomunican los sujetos con respeto a sus necesidades. Este escenario social constituye el campo problemático de la intervención profesional."[31]

El concepto de *campo problemático*, introducido por la autora, responde al sobre que interviene el Trabajo Social. El objeto de intervención profesional se construye en un contexto de complejidad, es por esto que no se lo puede analizar desde una mirada estática, carente de relaciones y conexiones con las diferentes dimensiones que conforman la vida social del sujeto.

[30] Freire, Paulo (1987): Educación y Cambio. Editorial Siglo Veintiuno, Editores. Pág. 59
[31] Rozas Pagaza, M. La cuestión Social y el Campo Problemático en trabajo Social. Avances de Investigación sobre el Campo Problemático.1997

La metodología de intervención, siguiendo el análisis de Margarita Rozas, es entendida como un proceso que construye y reconstruye el desarrollo de la práctica, siendo el mismo una estrategia flexible que permite una reflexión dialéctica y critica sobre las situaciones problemas.

El proceso metodológico es un secuencia de tres momentos: inserción, diagnostico y planificación. Para entender la secuencia lógica de estos tres momentos es necesario partir de la complejidad existente en la construcción del campo problemático en la intervención. Esta complejidad se expresa en la difícil y contradictoria relación entre sujeto y necesidad. "Esta relación (sujeto-necesidad) es el eje que orienta la direccional de la intervención profesional"[32].

Campo de la Salud

Hugo Spinelli, entiende que un Campo es la correlación de actores, recursos, problemas e intereses que constituyen un tejido de relaciones, con autonomía relativa en donde los distintos actores luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (capital económico, social, cultural o simbólico).

Alicia González- Saibene, plantea que cada organización configura un Campo, en tanto sistema de relaciones socialmente conformado por los sujetos vinculados con su quehacer, que establece las condiciones de producción y circulación de sus productos. "*Estos campos se presentan como espacios estructurados de posiciones (de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dicho espacios y que pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes quienes, en parte, están determinados por éstas*"[33].

[32] Rozas Pagaza, M. Una perspectiva teórica metodológica de intervención en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires, 1998.
[33] González- Sabiene, Alicia. "El Objetivo de Intervención Profesional: Un mito del Trabajo Social". Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur. Santa Fe, Argentina. 2000. Pág. 31.

Tanto el capital común como la lucha por su apropiación son elementos que constituyen estos Campos; en su interior se forma un capital común por cuya apropiación luchan los grupos que dentro de él intervienen, es decir, los que usurpan el capital y los que esperan poseerlo. Dichos grupos poseen intereses comunes, lenguaje, complicidad; intervenir en la lucha afirma la reproducción del juego al otorgarle valor al mismo. La posesión del capital otorga poder y autoridad a los sujetos que dominan el Campo, los cuales mantienen estrategias conservadoras, mientras que los que luchan por su posesión adoptan estrategias revolucionarias.

Resulta necesario conceptualizar el **Campo de la Salud,** como un esquema para el análisis de los problemas de salud y como método de ajuste de las políticas, al logro de la Salud para todos en el año 2000. El informe se origina en Canadá en el año 1974 por el Ministerio de Salud Marc Lalonde; constituyéndose en un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en Salud Publica.

Este concepto contempla la descomposición del Campo de la Salud en cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, es estilo de vida y la organización de la atención de la Salud. Estos componentes se identifican mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad que afecte el grado de salud, y como la conjunción de varios de ellos afecta la Salud de un país.

Biología Humana: *"El componente de 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. (…)*

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. (…)*

Estilo de Vida: *El componente 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. (…)*

Organización de la Atención de Salud: *Consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la presentación de la atención de la salud. (…) Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud"*[34]

El Trabajador Social es un integrante más del equipo de salud el cual aporta el estudio de las variables socio-económicas, culturales y ambientales que inciden positiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad.

Facilita el acceso e integración de las personas a la institución de salud, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud.

El Trabajador Social pretende elevar las potencialidades de la persona y grupalmente por medios de actividades concertadas en sus relaciones sociales que constituyen la interacción del hombre y su entorno.

La intervención del Trabajador Social en Atención Primaria se enmarca en las siguientes funciones:

- ✓ En cuanto a la PROMOCION de la salud el Trabajador Social elabora, ejecuta y evalúa programa de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud. Suministra información sobre hábitos saludables y educa para crear comportamientos que permiten fomentar y conservar la salud individual y colectiva.
- ✓ Para la PREVENCION estudia las actitudes y valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores condiciones de salud. Estudia la incidencia de variables socio-económicas y culturales en el origen, distribución y desarrollo de los problemas de salud. Orienta y capacita a la población sobre el uso de recursos institucionales y/o comunitarios que puedan contribuir a que las

[34] Ministerio de Salud Nacional. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios". Presidencia de la Nación, Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007. Modulo 1: "Salud y Sociedad". Pág. 39.

personas alcancen mejor calidad de vida. Orienta y fortalece los vínculos que permiten la unidad familiar y capacita a sus miembros para que se aseguren la salud. Elabora y ejecuta proyectos de formación de promotores comunitarios en salud.

- ✓ En cuanto a la RECUPERACION el Trabajo Social contribuye con el resto del equipo de salud a repasar los daños causados por la enfermedad. Acompaña y orienta a las familias para que sean sujetos activos en la recuperación de su salud.
- ✓ En la REHABILITACION orienta al medio familiar, escolar, laboral y comunitario para la reinserción social de la persona enferma.

En la actualidad, el **Trabajo Social en Salud** se basa en las relaciones existentes entre Salud y los factores sociales; incorporando así, las nuevas funciones que los profesionales desarrollan en dicho Campo.

Ezequiel Ander- Egg, indica algunas de las funciones más importantes y significativas:

- ✓ Atender las problemáticas sociales detectadas en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y que afectan la salud de las personas, siendo viable atenuar o prevenir con la implementación de diversas acciones y estrategias.
- ✓ Promover y fortalecer la organización de distintos grupos de pacientes o ex pacientes.
- ✓ Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria en los cuales se desarrolla la función preventiva con la incorporación y participación de la comunidad.
- ✓ Participar en equipos de trabajo del área socio-sanitaria, donde se promueva la formación de consejos locales de salud y programa de medicina y salud comunitaria.
- ✓ Rehabilitación de las personas en lo referente a problemas de reinserción social.

- ✓ Reinserción de los enfermos luego de un tratamiento u hospitalización que ha originado una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.
- ✓ Atender al problema

El Trabajador Social en Salud intenta trabajar con los sujetos con el fin de desarrollar un cierto grado de autonomía en los problemas de Salud; ya sea pensando o problematizando situaciones naturalizadas; como así también, en el acompañamiento ante determinados escenarios que ponen en riesgo salud o la de sus familias; partiendo del supuesto de que no es posible la recuperación de la Salud si la persona no participa de este proceso.

Asimismo se puede agregar que la profesión de Trabajo Social "promueve la resolución de problemas en las relaciones humanas, el cambio social, el poder de las personas mediante el ejercicio de sus derechos y su liberación y la mejora de la sociedad. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social, interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son esenciales para el Trabajo Social". (Definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), en su Asamblea General celebrada en Montreal en julio del 2000.)

En relación a lo expresado anteriormente, el Trabajar Social, asume diferentes roles, según en el campo de acción en que está ejerciendo su intervención como profesional (Trabajo Social Individual, Trabajo Social con Grupos, Trabajo Social Comunitario, etc.), poniendo al servicio de la comunidad sus habilidades y conocimientos.

Capitulo V: Sistematización

El profesional de Trabajo Social está capacitado para intervenir sobre una realidad que se encuentra en constante cambio y movimiento. El pensar y reflexionar acerca de las diferentes intervenciones profesionales en estos escenarios complejos constituyen el basamento de una práctica profesional crítica.

Por lo tanto, planteo llevar a cabo una sistematización, considerando a ésta como un modo operativo en el cual el Trabajador Social produce conocimientos, cuestión indispensable para la compresión de las diferentes situaciones sociales, con las cuales trabaja. Como así también pensarnos como actores sociales dentro de los diferentes campos de intervención, es decir pensarnos en situación.

Respecto a la sistematización, según María Bernaldo De Quirós y María Rodríguez, existen distintas posiciones en el interior de la profesión. Por un lado, quienes sostienen que la sistematización es una forma de producción de conocimiento científico y, por otro, quiénes la consideran como una primera conceptualización de la práctica, no llegando a constituirse en un segundo orden de conocimiento. En la primera posición se puede destacar autores como, María de la Luz Morgan, Monreal, Teresa Quirós, Susana Cazzaniga y Oscar Jara. Los mismos se adhieren de forma explícita o implícitamente en una epistemología positivista, según la cual la experiencia, al ser analizada, permite obtener conocimiento y el mismo es conocimiento científico. El posicionamiento epistemológico de este grupo de autores se advierte en las metodologías de sistematización que proponen, dichas metodologías parten de una descripción de la experiencia para responderlas.

La segunda posición se funda, en una epistemología constructivista según la cual la experiencia es captada a partir de una serie de conceptualizaciones y el conocimiento científico es deliberadamente construido por medios racionales.

Desde esta posición, la metodología no partiría nunca de la experiencia sino conocer las mediaciones por las cuales la experiencia se realizo de ese modo.

La interpretación teórica del marco desde el cual se capturo la experiencia y de la experiencia misma, interpretación realizada desde el mismo marco teórico o desde uno diferente, da lugar a una conceptualización de la práctica. Esto puede significar que no implica producción de conocimiento científico sino una mera relación de la experiencia con el conocimiento que ya circula en las Ciencias Sociales. A esta posición se adhieren autores tales, como Iamamotio, Netto, Montaño y Teresa Matus (De Quirós, Rodríguez, 2004).

Por sistematizar De Quirós y Rodríguez entienden, que se trata de un "*proceso de reflexión e interpretación critica de una intervención profesional o de un aspecto de ella, que parte de la explicitación del marco epistemológico, teórico y valorativo desde el cual se intervino y desde el cual se realizara la reflexión*"[35]

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

Se entiende que la tarea de sistematizar debe iniciarse con la explicitación del marco conceptual en que el profesional se inscribe, definiendo posteriormente la metodología que se seguirá. Tal metodología, deberá ser adecuada al objeto que se desea sistematizar y coherente con el posicionamiento adherido.

Según Oscar Jara, podemos comprender la sistematización, como sistematización de información o como sistematización de experiencia (Jara, 2001).

La sistematización de información, "*hace referencia al ordenamiento y clasificación de datos e informaciones, estructurando de manera precisa*

[35] De Quirós, Ana M; Rodríguez M. Del Pilar. "La Sistematización como forma de producción de conocimiento científico, desde un perspectiva no positivista". Revista Confluencia. Mendoza. Argentina.

categorías, relaciones, posibilitando la constitución de bases de datos organizados, etc."[36].

La sistematización de experiencia, "*se trata de ir más allá, se trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte*"[37]

Sistematizar experiencia significa entonces, comprender por qué ese proceso se está desarrollando de esa manera, entender e interpretar lo que está aconteciendo, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso. Se parte de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso, para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de nuestra practica.

Lo fundamental esta en realizar la reconstrucción de lo que sucede, y llevar a cabo una interpretación de lo sucedido, para poder extraer aprendizajes que tengan una utilidad para el futuro.

De acuerdo con Sandoval Ávila[38], la sistematización tiene como objeto de conocimiento a los procesos y su dinámica y como propósito la interpretación critica de la lógica del proceso vivido. Relaciona los procesos inmediatos con el contexto en que los mismos tienen lugar y los condiciona y confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sistematiza para:

- **Comprender más profundamente las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas.**
- **Reflexionar, compartir, comunicar y socializar las enseñanzas que surgen de la práctica con otras experiencias similares.**

[36] Jara, Oscar. "Dilemas y desafíos de sistematización de experiencias". Costa Rica. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. 2001. Pág. 2.
[37] Ídem. Pág. 2.
[38] Sandoval Ávila, Antonio. "Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social. Ed. Espacio, Buenos Aires, 2001.

- **Aportar conocimientos que surgen de las prácticas sociales concretas a la reflexión teórica y a la construcción de teoría.**

A continuación se presentan los diferentes aspectos y dimensiones que para el autor son necesarios al momento de sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social y que deben estar incluidos en la propuesta metodológica.

1. Justificación: Se delimita la unidad de análisis u objeto central de la sistematización, del aspecto principal de la práctica que se sistematiza expresando las razones para sistematizar ese aspecto elegido.

2. Objetivos: Se refieren al "para que" de la sistematización. Clarificación y explicación de los objetivos que se persiguen con la sistematización de la práctica seleccionada. El diseño y naturaleza de los objetivos son de tipo descriptivo.

3. Contextualización y reconstrucción de la práctica: Ubicación de la práctica a sistematizar en el marco de su contexto histórico, político económico, social y geográfico en el que se inscribe la práctica.

4. Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida, del documento, que da cuenta del proceso de la práctica.

5. Interpretación crítica de la práctica reconstruida: Análisis y síntesis de la práctica a través de la reflexión e interpretación crítica del proceso. Se recuperaran las principales categorías teóricas que a modo de universales, permiten re leer críticamente la intervención y reflexionar acerca de la misma.

6. Conclusiones: En relación a la satisfacción de las necesidades a las que se pretendía responder y en relación a los objetivos propuestos en el proyecto a partir de las necesidades.

7. Prospectiva: Sugerencias y recomendaciones para mejorar la práctica.

Se consideraran sugerencias contribuir al enriquecimiento del campo disciplinar del Trabajo Social en Salud, a fin de sistematizar experiencias y aprendizajes que propicien la reflexión y nuevas propuestas de intervención.

8. Socialización: Elaboración de un documento que recoja la sistematización realizada con el fin de comunicar las enseñanzas que se obtienen y compartirlas con otras personas y grupos; confrontar la experiencia con otras similares para enriquecer el proceso de pensamiento y transformación de la práctica.

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

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

Por un lado, la sistematización permite al profesional poder comprender y redireccionar constantemente las practicas a fin de mejorarlas; las mismas generan conocimientos independientemente del resultado que se obtenga.

Por otro lado, este proceso de reflexión y análisis da lugar a la superación de las diferentes situaciones que el Trabajador Social debe enfrentar dentro de las instituciones donde desempeña su quehacer profesional. De esta manera, se permite romper con las expresiones naturalizadas que circulan en los discursos de los diferentes profesionales: “nada se puede hacer”, “dejarse estar”, “esto es así”, “siempre se hizo de esta manera”, “no hay recursos”, entre otros.

Si bien, se considera importancia y el valor que tiene la socialización de la experiencia sistematizada; ya que permite un análisis crítico del proceso vivido, el intercambio de conocimientos y los aprendizajes interpretados por los

profesionales; en la práctica cotidiana, se presenta la dificultad de no disponer de tiempo ni espacios de capacitación que permitan reflexionar, debatir y categorizarlas experiencias vividas.

Por lo anteriormente expresado, es que me propongo llevar a cabo una sistematización de las practicas de pregrado realizada en el Proyecto "Construyendo Salud" del Programa Acercar perteneciente a la Secretaria de Salud de la Municipalidad General Pueyrredón; a fin de compartir el aprendizaje obtenido, y propiciar a través del documento escrito, las representaciones sociales de las mujeres, obtenida de la interpretación abarcativa de las variables que condicionan la salud de las mujeres y hombres, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

EXPERIENCIA DE CAMPO

Experiencia de Campo

En esta parte de la tesis, la autora desarrolla la experiencia de campo realizada en el Programa Acercar, en el Proyecto Construyendo Salud.

El Proyecto "Construyendo Salud" se llevó a cabo en el período lectivo del año 2011, en 18 Jardines de Infantes, Municipales y Provinciales del Partido General Pueyrredón, donde se interviene desarrollando diversos talleres.

Dicho proyecto tiene como fin la prevención y promoción de la salud. De esta manera se analiza el concepto de "salud" y se trabaja sobre las variables del proceso salud-enfermedad, desde una visión integradora; genera una revisión del posicionamiento de las personas en relación a su salud y al sistema sanitario.

La metodología que se utiliza para los encuentros son talleres, que se dividen en tres momentos:

I. Presentación de las profesionales del Servicio Social en Salud y cómo está conformado el Programa Acercar

II. Desarrollo de diferentes técnicas.

III. Cierre, conclusiones y evaluación.

Descripción de los dispositivos de intervención:

- Se trabaja sobre tres preguntas disparadoras:

a) ¿Qué es la Salud?
b) Descripción de las Instituciones de la Salud Publica
c) ¿Qué hacen para estar saludables?
d) Aporte bibliográfico: texto, poesía y cuento.

- **Domino:** Consiste en diez fichas, las cuales cada una contiene una frase, refrán, estadísticas o fragmentos informativos, de los determinantes

sociales de salud (autocuidado, automedicación, autoestimas, sexualidad, derechos, alimentación saludable), sobre la salud de las mujeres, donde están atravesados por la perspectiva de género.

- **Gráfico de Vida**

Se detalla a continuación el modelo de entrevista, que consiste en construir un gráfico de la vida pensando en la salud: Dónde y cómo nací, quien me atendió, dónde y porqué me llevaban a ver al médico, qué enfermedades tuve, que acontecimientos de salud me marcaron mi vida: menarca, primeras experiencias sexuales, abortos, consumo de drogas, etc.

Nombre: Edad: Escolaridad:

Lugar: Fecha:

Sistematización y Análisis: De los talleres realizados con el Proyecto "Construyendo Salud".

Se analiza los datos obtenidos de 18 talleres, realizados en Jardines Municipales y Provinciales, ubicados en diferentes puntos geográficos del Partido General Pueyrredón.

Mapa de la Cuidad de Mar del Plata, Partido General Pueyrredón

Fuente: Gómez Antonela, Carracedo Julieta

CENTRO DE SALUD MUNICIPALES
AREA EPIDEMIOLOGIA DE SALUD DE MAR DEL PLATA

Motivo de consulta en Mujeres de 17 a 40 años inclusive
AÑO 2011
Ordenado desde lo más frecuente por consultas de 1° vez

INFECTOLOGIA	1° VEZ	ULTERIOR	TOTAL
DIARREA AGUDA	862	191	1053
MICOSIS SUPERFICIALES	226	199	425
VERRUGAS ANOGENITALES POR HIV	200	98	298
SANGRE	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
ANEMIA S/E	177	173	350
PURPURA Y OTRAS AFECC.HEMORRAGICAS	2	1	3
ENDROCRINOLOGIA	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
DIABETES MELLITUS	136	281	417
HIPOTIROIDISMO	130	302	432
HIPERTIROIDISMO	17	23	43
NUTRICION	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
OBESIDAD	334	962	1296
TRASTORNO METABOLICO S/E	104	157	261
DESNUTRICION PROTEICOCALORICA S/E	13	22	35
MENTAL	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
TRASTORNOS DE ANSIEDAD S/E	448	1044	1492
DEPRESION	155	723	878
TRASTORNO NEUROTICO S/E	107	856	963
NERVIOSO	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
CEFALEAS	924	466	1390
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	31	0	31
TRASTORNOS DEL SN PERIFERICO	25	7	32
OFTALMOLOGIA	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
T. DE LOS MUSCULOS OCULARES, ACOMODACION Y REFRACCION	903	279	1182
CONJUNTIVITIS	488	137	625
T. DEL PARPADO, APARATO LAGRIMAL Y ORBITA	96	24	120
OTORRINOLARINGOLOGIA	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
OTITIS MEDIA AGUDA NO SUPURATIVA	313	94	407
OTROS TRASTORNOS DEL OIDO	229	57	286
ENFERMEDADES DEL OIDO EXTERNO	192	77	269
APARATOCIRCULATORIO	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
HIPERTENSION ARTERIAL	322	344	666
ENF. DE LAS VENAS, VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS	115	52	167
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	107	21	128
APARATORESPIRATORIO	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
FARINGITIS Y AMIGDALITIS AGUDA	2400	603	3003
CVAS	1073	401	1474
ASMA.BRONQUIECTASIAS Y B.OBSTRUCTIVA	841	530	1371
APARATODIGESTIVO	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
ODONTALGIA	1411	235	1646
DISPEPSIA	622	359	981

GASTRITIS Y DUODENITIS	278	77	355
PIEL	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
OTRAS INFECCIONES DE PIEL Y SUBCUTANEO	866	216	1082
DERMATITIS Y ECZEMAS	511	199	710
IMPETIGO	75	17	92
SISTEMAOSTEOMUSCULAR	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
DORSALGIA	1103	569	1672
T. DE MUSCULOS, TENDONES Y T. BLANCOS	649	157	806
OTROS TRASTORNOS ARTICULARES	282	419	701
SISTEMAGENITOURINARIO	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
INFECCION DE V. URINARIAS Y VEJIGA	1134	539	1673
TRASTORNOS DEL CICLO MESTRUAL	1064	679	1743
VULVOVAGINITIS	900	854	1754
EMBARAZO	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	4105	12194	16299
EMBARAZO	2064	1309	3373
SEGUIMIENTO POST PARTO DE RUTINA	483	244	727
OTROSFACTORES	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
PERSONAS EN CONTACTOS CON SERVICIOS DE SALUD	5571	7856	13427
PROBLEMAS RELAC. CON VIVIENDA Y CIRC. ECONOMICAS	1203	4633	5836
TALLERES VARIOS	824	3794	4618
PROBLEMAS RELAC. CON GRUPO FAMILIAR Y CIRC. PSICOSOCIALES	570	2068	2638
ENTREVISTAS DOMICILIARIAS	502	1470	1972
FACTORES RELAC. CON HECHOS NEGATIVOS DE NIÑEZ Y CRIANZA DEL NIÑO	319	1403	1722
PROBLEMAS RELAC. CON EMPLEO Y DESEMPLEO	132	410	542
PROBLEMAS RELAC. CON EL AMBIENTE SOCIAL	123	560	683
PROBLEMAS RELAC. CON EDUCACION Y ALFABETIZACION	51	136	187
PROBLEMAS RELAC. CON EL AMBIENTE FISICO	24	113	137
RIESGO DE SALUD POR HISTORIA PERSONAL O FAMILIAR	9	15	24
EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL	5	14	19
ATENCION POR EL USO DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	1	7	8
RIESGO EN EL EMBARAZO	**1° VEZ**	**ULTERIOR**	**TOTAL**
NORMAL	3816	11726	15542
ALTO RIESGO	352	1069	1421
TOTAL	4168	12795	16963
TOTAL DE CONSULTAS			**135535**

A efectos de unificar los sistemas de registro del Servicio Social con los registros de las diferentes disciplinas y un criterio epidemiológico de los datos relevados, se decide utilizar los códigos de atención establecidos según la "

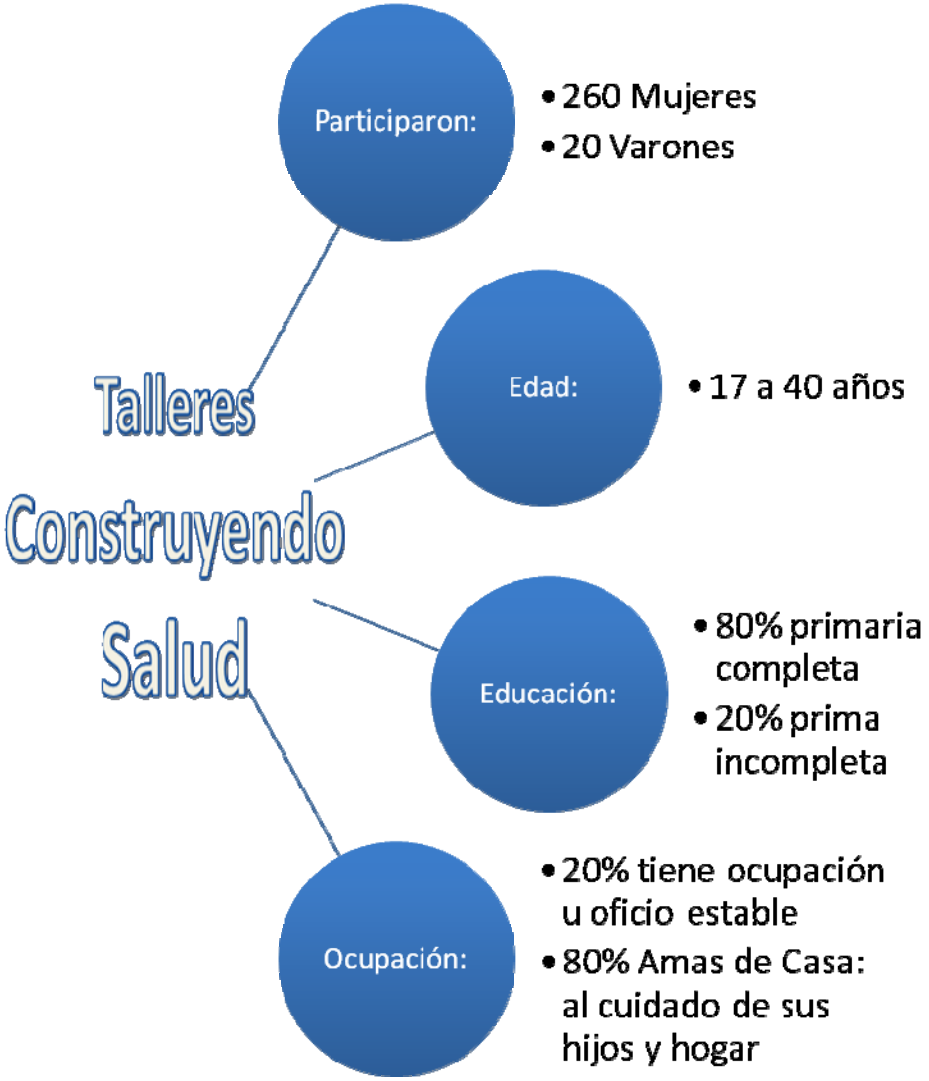
Clasificación Internacional de Enfermedades " OPS/OMS CIE 10, que nos permitiera no solo cuantificar la demanda sino tener un perfil de la población, problemáticas más relevantes y factores socio ambientales del proceso salud enfermedad.

En el año 2011, según datos de área de epidemiologia Municipal fueron atendidas 32.000 mujeres. A los efectos de esta tesis, se realiza un breve análisis de los datos de atención de Servicio Social en Salud.

En el cuadro anterior (otros factores), se identifican los condicionantes sociales del proceso salud-enfermedad con lo que los Trabajadores Sociales registran las problemáticas sociosanitarias de las mujeres que concurren a los Servicios de Salud.

Realice un breve análisis de motivo de las principales consultas: aproximadamente 20.000 participaron de actividades preventivas y promoción de salud (entrevistas de ingresos, talleres diversos); 6.600 mujeres fueron atendidas por problemas relacionados con vivienda inadecuada, pobreza, bajo ingresos, falta de alimentos y 4.400 mujeres fueron atendidas por problemas relacionados con situaciones familiares atípicas, separaciones, tenencia, abandono, entre otros.

Cuadro 1: Datos obtenidos de los Talleres.



Fuente: Falcón, Florencia

Como se puede visualizar en el grafico anterior, la franja etaria corresponde a la misma cantidad de mujeres que se acerca al Servicio Social de Salud de la Unidades Sanitarias.

Se invita a participar a todas aquellas mujeres que concurren al Programa Acercar a controlar su salud y la de sus hijos.

En principio se ubican haciendo cola, repitiendo los esquemas tradicionales de atención en los sistemas de salud, manteniendo distancia,

seriedad ante lo desconocido. Desde la coordinación del programa se explica la modalidad de funcionamiento del mismo, propiciando familiaridad, confianza y otras formas de acceder a la atención y la prevención de la Salud.

Se ofrece desde el Servicio Social un espacio de taller, de construcción y de escucha, en que eligen participar voluntariamente. El mismo se lleva a cabo en lugares reducidos, compartidos con los compañeros de Oftalmología, Odontología y en otras oportunidades en el SUM (Salón de usos Múltiples) de las instituciones.

Algunos profesionales y residentes de Odontología, Lic. En Enfermería, Lic. en Psicología se incorporen a los talleres como una instancia de aprendizaje y conocimiento de la comunidad.

También participan maestros, preceptores, personal de maestranza, los cuales se ubican junto a los participantes del taller.

De este modo, los talleres se van adaptando según aspectos edilicios, cantidad de mujeres, tiempo y a las singularidades de las mujeres y hombres, que hacen necesario redefinir la forma y los temas que se trabajaban en estos espacios.

Una vez acondicionando el lugar y las mujeres sentadas en forma de circulo, se da comienzo al taller con la presentación de las profesionales y del Programa Acercar, se solicita la presentación personal, con el fin de promover el dialogó y generar con ello la fluidez en la comunicación y la escucha, ya que muchas se observan tímidas.

En los talleres realizados, cuando se menciona el tema de la **Salud**, las mujeres la suelen asocian sólo a tres indicadores: alimentación, ejercicios físicos y controles médicos. Pueden visualizar otros determinantes cuando indagamos sobre las cosas que día a día realizan para cuidar su salud y la de sus hijos; así aparecen la necesidad de los controles, las vacunas.

A continuación se detallan en forma de cuadro aquellos indicadores que hacen a una vida saludables y aquellos que no, que nombraron las mujeres, según su historia personal, su cultura y saberes.

Cuadro 2:

Saludables	No saludables
Buena manipulación de alimentos, higiene personal y del hogar, descansar tener un trabajo digno, cuidar el cuerpo en su integridad, estar bien psicológicamente, ser positiva, ser tranquila, no tener problemas de ansiedad o angustia, realizarse controles medico, no fumar, planificación familiar, hacer ejercicios (caminar) estar bien anímicamente, tener acceso a la educación	Colesterol, mal humor, Enfermedades: respiratori

e información, establecer buenas relaciones y vivir en condiciones dignas	as, alergias, anorexia y bulimia, violencia (maltratos), obsesivo

	con la limpieza, orden y control de la casa, stress, depresión,

	automedicación, comer comida chatarra, no tener acceso al

	agua potable, contamina ción por los residuos y por las

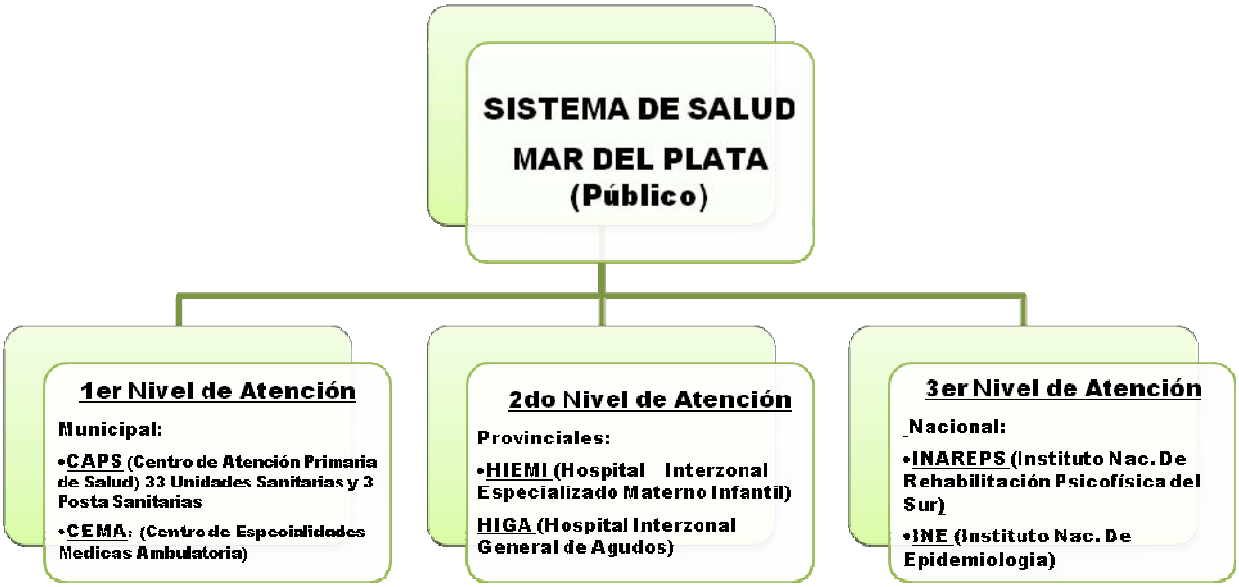
	fumigaciones

Fuente: Falcón, Florencia

Con mayor frecuencia las mujeres se atienden en los CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud) de su barrio o el más cercano a él, y ante la urgencia se dirigen al Hospital Materno Infantil o a Hospital Interzonal General de Agudos, teniendo acceso al Sistema de Salud Público Marplatense.

Asimismo una brecha reducida concurre a otros efectores privados de Salud (Sanatorio EMHSA) o poseen prepagas con escasa posibilidad de utilización.

Cuadro 3: Sistema de Salud Público (Mar del Plata)



Fuente: Florencia, Falcón

En determinadas ocasiones su inaccesibilidad al Sistema de Salud Público, se ve obstaculizada por diferentes motivos entre los cuales se puede mencionar los horarios de atención, la falta de profesionales de determinadas áreas, la dificultad para conseguir turnos, la ubicación de los centros de salud, por razones personales como no tener a quien dejar a su hijos o por trabajo.

"*…Nos levantamos temprano para hacer la cola para conseguir un turno, y no somos atendidas porque dan determinada cantidad de turnos, una vergüenza…*"[39]

Manifiestan ser bien atendidas en los CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud), más allá que en reiteradas oportunidades no se las provee de los insumos necesarios, por insuficiencia de los mismos.

Concurren con más frecuencia cuando están enfermas o embarazadas y por controles ginecológicos.

[39] Comentario surgido durante el desarrollo de los Talleres.

En cuanto a los servicios odontológicos, la asistencia psicológica y mayores posibilidades de atención médica, son obstáculos frecuentes en el acceso a la Salud Pública.

Por otro lado, la autora pudo detectar en el desarrollo de los talleres que fue parte, el Bajo nivel de información sobre la menopausia, de la importancia de hacerse el PAP, mamografía, entre otros. Esto demuestra la falta de conocimiento sobre el propio cuerpo y las fallas en las acciones de prevención o la falta de conocimiento de formas de cuidado que debe tener la mujer.

Domino:

Mujeres:

- ¿Qué imagen ven de su cuerpo?

- Pelos cortos por comodidad.
- Ceño fruncido,
- Cutis más arrugado. Piel envejecida
- Caras de cansadas. Poco maquillaje
- Aparecen las canas. Uso de tinturas.
- Poco perfume y arreglos solo para salir. Sienten exigencias para el arreglo.
- Dolores de cabeza. Perdida de la visión.
- Problemas dentales. Pocas posibilidades de arreglo de la boca.
- Maños estropeadas, descuidadas.
- Hombros más redondeados. Cintura más ancha, caderas más anchas.
- Piernas y pies cansados, aparecen los callos, las varices. La flacidez en el cuerpo.
- Problemas de sobrepeso, dietas continuas.
- Se nos cae todo. Se nos va la cintura. Se nos cae el culo .Estamos caídas.

- Cuerpo más cuadrado.

- ¿De qué se hacen cargo las mujeres?

  - *"… nos hacemos cargo de los quehaceres de la casa, del cuidado, de la salud y educación de nuestros hijos, no tenemos tiempo para hacer actividades que nos gustan, ni para salir a caminar…*"

  - *"…aprovechamos a limpiar, cuando nuestros hijos están en el Jardín y Escuela…"*

  - *"…Nos ocupamos de todos los quehaceres de la casa…"*, *"… Si no lo hacemos nosotras ¿Quién lo hace?..."*

  - *"…No hacemos ninguna actividad que nos guste, porque no tenemos tiempo, tenemos que limpiar y cuidar de nuestros hijos…"*

- ¿Qué lugar ocupa la Salud en las mujeres?

  - Nos dejamos para lo ultimo

  - Cuidamos a los hijos, la casa, el marido y de nuestro cuerpo no nos preocupamos

  - No podemos enfermarnos, cuando vamos al médico es porque no damos mas

  - Vamos al médico para los controles de antes y después del embarazo

  - Nos automedicamos por dolores, por bajones…

  - *"…Nos ponemos lindas para nuestros maridos…", "… Hacemos dieta para vernos más lindas…"*

- ¿Cómo se sienten las mujeres?

  - Nos vemos feas, gordas.
  - Nunca nos ponemos a pensar que cosas nos gustan
  - Nos describimos como madres *"… Soy Marcela, tengo tres hijos y soy Ama de Casa…"*
  - Vivimos nerviosas, con depresión, con stress, agotadas, con ansiedad, con problemas ginecológicos, problemas sexuales, problemas de pareja, no nos dan bola.
  - Estamos cansadas, agobiadas, con muchas responsabilidades.
  - Tenemos muchos sueños pendientes, la rutina nos mata.
  - Nos cuesta trabajo salir de la rutina.

CONCLUSIONES

La práctica pre-profesional supervisada, en el Programa Acercar (Acciones Comunitarias en Red y Control Ambiental de Riesgo), me permite ampliar mis conocimientos y adquirir nuevas experiencias, el contacto directo con las realidades complejas de los barrios del Partido General Pueyrredón y de las diversas formas de intervenir de los profesionales de la salud, actores sociales, especialmente del Trabajador Social.

Este dispositivo deja de lado el enfoque de intervención, institución/ sujeto- sujeto/objeto, apunta a la relación sujeto-sujeto y conduce así a "acciones" más participativas y dinámicas; teniendo en cuenta los diferentes "entornos sociales", por los que transita el programa, sin perder de vista sus objetivos.

En relación a diferentes "entornos sociales", se observa la flexibilidad de cómo el mismo se va adaptando a la pluralidad de Instituciones Educativas, como así también a las distintas problemáticas socio-sanitarias, trabajando multidisciplinaria e intersectorialmente, donde las metodologías y estrategias de intervención se entrelazan de forma horizontal, al articular sus saberes y paradigmas.

De este modo, al incorporarme al Proyecto "Construyendo Salud", al Servicio Social en Salud, empecé a comprender el rol del Trabajador Social en Atención Primaria de la Salud, esto me permite una relación más directa con las personas, en el que se construye en conjunto, valorando la participación, la salud, las condiciones de vidas y los derechos, utilizando como estrategia los talleres.

No obstante, no fue tarea fácil llevar adelante dichos talleres, como profesionales debemos contar con "múltiples herramientas para poder entrelazar la teoría con la práctica", a veces resultan inexistentes o complejas de realizar, ya que los recursos y las realidades sociales que atraviesa son diversas y contradictorias.

Esto último, nos lleva a repensar constantemente la intervención y técnicas a utilizar, sin dejar de lado los objetivos del Proyecto y así procurar que los talleres sean convocantes y efectivos, teniendo en cuenta las singularidades de los participantes.

Con respecto al grafico de la vida, no realice apreciaciones, debido a que sólo participe de tres entrevistas.

Los datos analizados, tienen que ver con las concepciones de género de las mujeres, su socialización y constitución como personas. Las significaciones

sociales y culturales respecto a lo femenino y masculino, y los vínculos que deben establecerse, los sentimientos, las emociones y las exigencias institucionales, culturales y sociales.

Se puede observar que las mujeres asumen una postura activa, dando a conocer parte de su historia personal, sus costumbres, pensamientos, preocupación, y por el otro, se le llenan los ojos de lágrimas, manteniendo su mirada hacia el piso, sin poder modular una palabra, quedando totalmente movilizadas.

En estos espacios se expresan libremente, pueden analizar cómo viven y sienten, donde son escuchadas sus inquietudes y dudas, desde el respeto, la escucha activa, la participación y la construcción mutua.

Con respecto a la Salud, la asocian con la enfermedad, con ir al médico y vacunarse, sin poder relacionarla a los determinantes salud-enfermedad y ver con claridad que es estar saludable.

Donde la definen en referencia a otros (hijos, esposos), dejando su salud en un segundo plano, dando a conocer por medio de sus representaciones sociales, que estar saludable es una necesidad y un derecho, primero para los "otros" y después para ellas.

En referencia "primero para otros y después para ellas", se hace hincapié en la falta de valoración de su propio cuerpo, sumado a la irregularidad de concurrencia al Sistema de Salud Publico, en determinadas oportunidades manifiestan su disconformidad con la atención y acceso a los mismos, barreras que resultan insuficientes de las acciones en Salud Pública.

Sus derechos a la salud muchas veces son vulnerados, quedando desprotegidas por las políticas públicas de salud, llevándolas al descuido y desinformación, entre otras cosas, que favorecen la vulneración de derechos.

Asimismo se observa que se ocupan de sí mismas, pero en su mayoría lo hacen por el ***deseo del otro, (el cuerpo para otros),*** buscando ser aceptadas, valoras y queridas, por la persona que está a su lado: Tratando de

cumplir con los mandatos establecidos por la familia/sociedad, sintiendo la obligación de seguir un modelo, un modelo de perfección, de madre/esposa.

Estos factores hacen que ellas se presenten o se vean solo como madres, sin poder desprenderse del rol de madre/esposa/ ama de casa, asociando los condicionantes de la salud a sus funciones reproductivas: embarazo, anticoncepción, planificación familiar y en la menopausia, ya que siguen sujetas a ciertos mandatos sociales.

Donde su imagen como madres, se la puede relacionar con el sacrificio, la abnegación, la resignación, la maternidad y el servicio a los otros. Todo ellos vividos como una obligación inherente, visualizándose en su rostro, cuerpo y en las responsabilidades de poder cumplir con todo.

De esta manera, muchas mujeres postergan sus sueños, como estudiar, trabajar, hacer actividades de interés personal, por ocuparse puntualmente del cuidado de sus hijos y de los quehaceres del hogar, tratando de tener el control de todo.

Esto trae a consideración que el proyecto propio de cada mujer pareciera no existir, donde su realización como persona se consigue a través de vivir para los demás. Así encontramos en todos los temas trabajados que siempre hay "alguien" antes que ellas. Alguien que es valorado más que ella misma y por lo tanto a quien hay que dedicarse primero, postergando sus necesidades, intereses y deseos. Esta priorización del otro, agrega mayor desvalorización de su persona.

Las mujeres siguen sujetas a ciertos mandatos sociales y que no es cuestión de una institución, de un sector de la población, de una política, de un área particular o de una profesión, sino de todos los que de una u otra forma tengan que ver con el cumplimento y el ejercicio de los derechos. [40]

En este sentido, hago hincapié en generar espacios de "participación activa", de escucha, de reflexión y socialización de la información, para que

[40] Lagarde, Marcela: Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Horas y Horas.1996

sean ellas quienes hagan escuchar “su voz, su saber y su historia personal”, permitiéndoles fortalecer la autoestima, ya que las mujeres constantemente se desvalorizan, reforzando no el rol unilateral de “madre”, sino el de “mujer y trabajadora” con derechos, “sujeto político” responsable de su organización y de la sociedad.

V**isibilizar** con las mujeres de todos los ámbitos de la sociedad: para contribuir a la construcción subjetiva y social de una configuración de la historia, la sociedad, la cultura, la salud y la política desde las mujeres y con las mujeres.

Concluyendo respecto a los ejes de interés tomados tanto en el marco teórico como en la sistematización se puede ver la necesidad y la importancia de generar estos espacios, donde se revee y se piense a la salud con todos sus condicionantes, ya que todos hacen a la totalidad. En relación a que las mujeres manifiestan la importancia de hablar, y socializar estos temas, ya que en su cotidianidad no se detienen a pensar en sus derechos y a repensar su accionar, sino que siguen repitiendo viejos mandatos y postergando sueños.

Las intervenciones profesionales del Trabajador Social en espacios grupales, propician diálogos reflexivos, el encuentro con el otro, la revisión de las cosas cotidianas de la vida, los obstáculos y barreras para posicionarse desde lugares que le permitan salir de la rutina, del agobio, sin recetas mágicas, y con la convicción que el camino es de la construcción día a día de espacios saludables.

Cuando finalizamos los talleres las mujeres se “van pensando”, se quedan con ganas de seguir hablando, de seguir revisando… nosotras también…

Por un lado, quiero resaltar y rescatar esta práctica como futura profesional en Trabajo Social, ya que es otra la forma de intervenir, de hacer salud, y de analizar, comprender los discursos, emociones y sensaciones de las mujeres desde la perspectiva de género. Y por el otro lado, la importancia de utilizar como metodología de intervención los “talleres”, ya que me permite la

socialización de historias, el intercambio de conocimientos, entender y comprender porque las mujeres en sus discursos atribuyen y tienen instalado las características especificas de los hombres y de ellas mismas, la participación y así también repensar nuestro campo de acción, es decir pensarnos en situación.

Por último, volviendo a la perspectiva de género y teniendo en cuenta: los condicionantes sociales y culturales de la salud y la enfermedad, los factores de protección y de riesgo, el acceso a recursos para promover y proteger la salud, entre ellos información, educación, tecnología y servicios, las manifestaciones, la gravedad y la frecuencia de las enfermedades, las respuestas de los sistemas y servicios de salud y la producción, difusión y consumo de nuevos conocimientos.

Pude transitar y transcender mi práctica pre-profesional con un posicionamiento claro del Rol del Trabajador Social en el campo de la Salud

PROPUESTAS

A partir de lo trabajado la autora considera y propone que se debe trabajar no para las mujeres sino con las mujeres, para que a partir de ellas mismas puedan descubrir y orientar sus propias aspiraciones, deseos y motivaciones. Se busca la protección, promoción y autocuidado de su salud, con mecanismos de dialogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud.

Para alcanzarlo hay enfoques que cambiar y ampliar, algunas propuestas se detallan a continuación.

- Promover la planificación de más Programas de Atención Primaria de Salud, donde se incluya la perspectiva de género como un determinante más del proceso salud-enfermedad.
- Fortalecer la atención de problemas sociosanitarios prevalentes, atención integral al adolescente, menopausia y enfermedades laborales, entre otros.
- Incentivar la creación de espacios participativos de las mujeres en talleres de construcción conjunta, de escucha, de reflexión; que faciliten el cuidado de su salud y la participación social, en la que puedan tomar decisiones.
- Generar espacios de capacitación para los profesionales de la Salud, sobre las cuestiones de género.
- Promover la atención integral de Salud Mental.
- Propiciar medios de difusión audiovisuales (cartillas, videos, afiches) que visibilicen las cuestiones de género.
- Estimular el respeto de los Derechos de la Mujer, como el de la Salud, por medio del trabajo interdisciplinario entre las instituciones de Salud.
- Incorporar a la carrera de Lic. en Servicio Social practicas supervisadas en áreas comunitarias, interviniendo interdisciplinariamente en actividades locales participativas, teniendo en cuenta la prevención y la promoción de la Salud, con perspectiva de género.

ANEXO

ANEXO I: Programa Acercar (Acciones Comunitarias en Red y Control Ambiental de Riesgo), perteneciente a la Secretaria de Salud de la Municipalidad General Pueyrredón, surge en el año 2008, se enmarca dentro de la Atención Primaria de Salud, con el objetivo de fortalecer las acciones en terreno a través de la realización de actividades locales participativas, consensuadas con líderes y organizaciones de la comunidad.

Hasta la fecha, ininterrumpidamente, se concurre en periodo lectivo a Jardines, Escuelas Municipales y Provinciales del Partido General Pueyrredón; en época de receso escolar, el Programa focaliza sus actividades en espacios públicos, plazas, club, sociedades de fomentos, comedores, entre otros.

Entre sus objetivos, mencionan:…"Estimulan el desarrollo de redes comunitarias, potencian el trabajo multidisciplinario e intersectorial, promueven el análisis de las relaciones de los problemas socio-sanitarios con los procesos de salud-enfermedad. Para fortalecer la adquisición de herramientas que faciliten el cuidado de la salud de la comunidad marplatense, con características y determinantes de salud medioambientales particulares, que se constituyen en un problema de salud pública"…[41]

El equipo Acercar está conformado por diferentes áreas de la Secretaria de Salud, Desarrollo Social, EMDER e instituciones y ONG de la comunidad.

[41] Documento Programa Acercar. Secretaria de salud. MGP

Programa
ACERCAR

Programa
ACERCAR
01/01/2004

El Programa Acercar alcanzo 200 jornadas ininterrumpidas en el año 2011, donde el labor de todos los Profesionales y voluntarios fue reconocido en el Consejo de Liberantes de la Cuidad de Mar del Plata, con entregas de certificados, destacando su compromiso con la Salud Pública.

Anexo II: Proyecto "Construyendo Salud", a cargo de la División de Servicio Social en Salud.

Al finalizar cada taller se compartía con todas esta hermosa poesía:

NO ES NO.

"Y hay una sola forma de decirlo: NO.

Sin admiración, sin interrogantes, ni puntos suspensivos.

NO se dice de una sola manera.

Es corto, rápido, monocorde, sobrio y escueto: NO.

Se dice de una sola vez.

Un NO que necesita de una larga caminata o una reflexión en el jardín no es un NO.

Un NO que necesita explicaciones y justificaciones no es un NO.

NO tiene brevedad de un segundo.

Es un NO para el otro, porque ya lo fue para una misma

NO es NO, aquí y muy lejos de aquí.

NO no deja puertas abiertas, ni entrampa con esperanzas, ni puede dejar de ser NO, aunque el otro y el mundo se pongan patas arriba.

NO es el último acto de dignidad; es el fin de un libro sin más capítulos ni segundas partes.

NO no se dice por carta, ni se dice con silencios, ni en voz baja, ni gritando, ni con la cabeza gacha, ni mirando hacia otro lado, ni con pena ni culpa, y menos aún con satisfacción.

NO es NO, porque NO.

Cuando el NO es NO, se mirará a los ojos y el NO se descolgará naturalmente de los labios; la voz no será trémula ni vacilante, ni agresiva, pero tampoco dejará duda alguna.

Ese NO no es una negación del pasado. Es una corrección del futuro.

Y sólo quien sabe decir NO puede decir SÍ."[42]

[42] Facal, Ana Inés; Belli, Alicia: "Talleres, para la organización de mujeres: juntas de pie y en camino". Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos, 2006. Buenos Aires.

BIBLIOGRAFÍA

- Actas de la Conferencia Anual de WIDE
- Agudelo, Sandra; Romero, Iván: "El concepto de determinantes de la salud y su estudio". Seminario N° 2. Maestría en epistemología. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Disponible en: http://www.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021
- Ander- Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. Argentina.2009. Pág. 193.
- Ander-Egg Ezequiel, "Diccionario de Trabajo Social". Editorial Lumen. Séptima Impresión. 1995
- Anguiano Molina, Ana María y colaboradores. Reflexionar sobre la sistematización; una preocupación del profesional de Trabajo Social. Edición Margen N° 52. 2009.
- Antolín, Luisa; Mazarrasa, Lucía: Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid, Federación de Planificación Familiar de España, 1997.
- Battistella, Gabriel. Salud y enfermedad. "Historia natural de la enfermedad. Niveles de prevención. El concepto actual de salud y enfermedad. Proceso Salud y enfermedad." Disponible en: http://es.scribd.com/doc/5057353/El-proceso-salud-enfermedad
- Belmartino, 1991:291
- Bernaldo de Quiróz, M.L y Rodríguez, M.P. La sistematización como forma de producción de conocimiento científico, desde una perspectiva no positivista. Mendoza. Ed. Revista Confluencia. 2004
- Blanco, Alejandro R.; Altalef, Estela L. "Atención Primaria de Salud: Promoción y Protección de la Salud, Prevención de las patologías". Disponible en: http://cctba.com.ar/rblanco/aps.pdf
- BPFA= Plataforma de Acción de Beijing
- Carta de Ottawa de 1986, (Brasil, 2002)

- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer A/517322
- Czeresnia, Dina. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción, en: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos. Promoción de la Salud. Buenos Aires. Ed. Lugar. 2006
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre APS. Septiembre 1978
- Documento Programa Acercar. Secretaria de salud. MGP
- Federal de Salud. Modulo N°1 Salud y Sociedad. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina. 2007
- Fernández, Ana maría. (1994). La mujer de la ilusión. Buenos aires, paidós
- Fidalgo Maitena "Adiós al Derecho a la Salud" Editorial. Año 2008
- Freire, Paulo (1987): "Educación y Cambio". Editorial Siglo Veintiuno. Editores. Pág. 59.
- Gamba, Susana: ¿Que es la perspectiva de género y los estudios de género? Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Ed. Biblos. 2008. Disponible en: http://www.Mujeresenred.net/spip.php?article1395.
- HIEMI, Ateneo N° 2, Residencia Campo Salud, Proceso Salud-Enfermedad-Atención, Agosto,2011
- Jara, Oscar "Algunas reflexiones entorno a la sistematización de experiencias comunitarias. Riesgos y desafíos"
- Jara, Oscar: "Marco conceptual de la Sistematización de Experiencias". Lima,2010.Disponible en : http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGPDS/sistematizacion_marco.pdf
- Kisnerman, Natalio. Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo. Buenos Aires. Ed. Lumen. 2005.

- Kisnerman, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Ed. Lumen Humanitas. Buenos Aires. 1997.

- Kroeger Axel y Luna Ronaldo. Atención Primaria de la salud. OPS. Año 1992. Edit. Pax México.
- Lagarde, Marcela, "Género y feminismo". Desarrollo humano y democracia, Madrid, Horas y Horas,1996

- Lagarde, Marcela, "Identidad de Género y Derechos Humanos". La construcción de los humanos. Disponible en: http://200.4.48.30/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/3_d_h_mujeres/24.pdf
- Lagarde, Marcela: "El género": "La perspectiva de género, en Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia". Ed. Horas y Horas, España, 1996, pp. 13-38. Disponible en:
- Lalonde, Marc. "El concepto de "campo de salud:" una perspectiva canadiense"; En: Promoción de la Salud: Una Antología, OPS-OMS, Washington, DC, Publicación Científica N° 557, Págs. 3-5 1996
- Laureell, A.C, 1994
- Maglio, Francisco. "Determinantes Sociales de la Salud Enfermedad". http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c074/maglio.php
- Ministerios de Salud Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios". Presidencia de la Nación; Cuidad Autónomas de Buenos Aires. 2007. Módulos 5: "Políticas de Salud". Pág.18.
- Ministerios de Sanidad y consumo. Informe Salud y genero 2005. Disponible en: http://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=AqtgY-Hj3J8%3D&tabid=17485&language=ca-ES
- Morín, Edgar. Introducción al Pensamiento Complejo. Ed. Gedisa. 1994.

- Noceti B., Terrero M., Salinas María E, Borba L, Naharro N, Gallo G.," ¿Por qué lo PRIVADO no se hace PUBLICO? Investigación participativa con mujeres de sectores populares urbanos y rurales desde un enfoque de género".
- Organización Mundial de la Salud. "Determinantes sociales de la salud". Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Ortiz, Isabel. "Guía de orientación de Políticas Públicas. Política Social". ONU. http://www.SocialPolicy.com/
- Prieto Mojica, Pedro N, Montealegre Tovar, Mauricio A., "Definición de proyecto". Trabajo de investigación. Bogotá. 2008. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/3271816/DEFINICION-DE-PROYECTO
- Retamaso, Adriana: ¿De qué forma influyen los mandatos sociales en mí?: Disponible en: http://www.eldiario.com.ar/diario/suplemento/mujeres-divinas/1857-de-que-forma-influyen-los-mandatos-sociales-en-mi.htm
- Reyes, Gómez Melba. "El Taller en Trabajo Social". En: Kisnerman, N. Óp. Cit. Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1650/1302
- Rosero Rocío. "La Educación básica de la mujeres". Aportes para una nueva visión. Revista La Piragua Nº 4 CEAAL.1994.Chile.
- Sandoval Ávila, Antonio. Propuesta Metodología para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social. Buenos Aires. Ed. Espacio. 2001
- Schein, Edgard. Psicología de la organización. Ed. Prentice may. 1982.
- Sutherland & Fulton, 1992
- Testa, Mario. Pensar en Salud. Buenos Aires. Ed. Lugar. 2006.
- Travi, Bibiana (2002): Capitulo: La investigación Diagnostica en Trabajo Social: La construcción de problemas a partir de la demanda de

intervención profesional. En autores varios. El Diagnostico Social. Buenos Aires. Editorial Espacio. Pág. 100.101.

- Valls-Llobet, Carme," Mujeres, salud y poder". Feminismos. Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer. Edición Cátedra.
- Valls-Llobet: Morbilidad invisible y cooperación, Programa "Mujer, Salud y Calidad de vida".
- Vélez Restrepo, Olga. (2003): "Reconfigurando el trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas". Argentina: Espacio Editorial.
- Zurro Martin Amado, Solá Jodar Gloria: Atención Primaria de Salud y atención familiar y comunitaria. Disponible en: http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf
- Zurro, M. A y Cano Pérez, J.F. Op. Cita.

ÍNDICE

Agradecimientos……2
Introducción……...3
Objetivos Generales y específicos…….....8
Marco Teórico……9

- Capítulo I:
  Salud……11
  - Salud Pública
  - Proceso Salud-Enfermedad
  - Equipo de Salud
- Capítulo II: **Género**.……21
  - Rol de Género y Salud
  - Mandatos Sociales
- Capítulo III: **Políticas Públicas- Políticas de Salud**……33
  - Programa
  - Proyecto
  - Taller
- Capítulo IV: **Trabajo Social** ……...38
  - Metodología de intervención
  - Campo de la Salud
  - Trabajo Social en Salud
- Capitulo V: **Sistematización**: ……...45

Experiencia de campo……51

- Sistematización y análisis……...54

Conclusiones……...65
Propuestas……...71
Anexo……73

Bibliografía……...80