



Universidad de
La República



Facultad de
Ciencias Sociales



Departamento de
Trabajo Social

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

-Tesis de Grado -

**“Aportes del Trabajo Social para la intervención
con familias desde el equipo SERENAR.”**

Tutora:

Prof.: Sandra Leopold

Moderadoras:

Prof.: Teresa Dornell

Prof.: Cristina Scavone

Autora:

Soledad Bengoa Muñoz

**Montevideo-Uruguay
Octubre, 2010**

Índice

Introducción	1
Capítulo I	4
Relación entre Salud y Trabajo Social	4
Antecedentes históricos- Situación Actual.	4
Capítulo II	15
Presentación del Programa SERENAR	15
2.1 ¿Cómo surgió el Programa?	16
2.2- Población a la que apunta y vías por la cual ingresa el usuario a SERENAR:	19
2.3- Causales por las cuales son derivados los niños al Programa SERENAR, descripción cuantitativa:	20
2.3.1- Gráfico RNT – RNPT:	20
2.3.2- Gráfico RNT AEG - RNT GEG – RNT PEG:	21
2.3.3- Gráfico RNPT AEG – RNPT AEG:	21
2.3.4- Gráfico RNPT – AEG: Riesgo social, EMOC, Oxígeno dependiente:	22
2.3.5- Gráfico RNT AEG y otras patologías:	22
2.3.6- Gráfico Riesgo social – Riesgo biológico:	23
2.3.7- Gráfico RNT – RNPT – Riesgo Social:	24
2.3.8- Gráfico Riesgo social:	24
2.4-- Estudio cualitativos de la Situación de las familias	25
2.5- Datos cuantitativos del perfil social, económico y cultural de la población que concurre al Programa SERENAR:	27
2.5.1-COMPOSICION DEL NUCLEO FAMILIAR:	27
2.5.2-NIVEL EDUCATIVO PROMEDIO DEL GRUPO FAMILIAR MEDIDO EN AÑOS:	27
2.5.3-SITUACION DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA:	28
2.5.4-POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN EL MERCADO LABORAL:	29
2.5.5-PROMEDIO DE INGRESOS POR NUCLEO FAMILIAR	29
2.5.6-COBERTURA EN LA ASISTENCIA DE SALUD DEL NUCLEO FAMILIAR:	30
2.6- Cuadro de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA) del Programa SERENAR	30
Capítulo III	43
Propuesta de intervención del Trabajo Social	43
3.1-Analisis del Trabajo Social ayer y hoy:	43
3.2-Análisis del Rol del Trabajo Social en el campo de la Salud:	45
3.3- El Trabajo Social hoy en la Salud:	47
3.4-Aporte del Trabajo Social al Programa SERENAR:	49
3.5-Líneas de intervención:	52
3.6-Líneas de intervención propuestas para desarrollar:	55

3.7-Pertinencia de la propuesta de intervención del Trabajo Social en el Programa SERENAR:	57
3.8-Lineamientos para una reflexión crítica:	58
3.9- Consideraciones éticas de la Intervención Profesional:	60
Capítulo IV	63
Reflexiones Finales	63
Bibliografía	68
Textos utilizados	68
Fuentes documentales	70
Páginas Web y sitios consultados	73
Anexo	75

Introducción

Este trabajo se inscribe en la reflexión producto de nuestra experiencia honoraria¹ en el Programa (SERENAR) Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo como aproximación al rol profesional, y a lo largo de la formación en la Carrera-Licenciatura en Trabajo Social, descubriendo que de alguna forma podríamos apoyar no solo a un equipo que no contaba con esta disciplina ,sino también brindar un aporte sencillo pero comprometido en esta sociedad, en la cual muchas veces se cuida el bienestar individual sin pensar en el prójimo.

Por tanto abordaremos los aportes de nuestra disciplina para la intervención con familias desde SERENAR, como disciplina con un rol específico y también como nuevo integrante de este equipo de salud.

Hoy podemos visualizar la conexión de la salud día a día con el Trabajo Social, ya que resulta importante nuestra acción pre profesional en el abordaje integral del paciente, de su familia y de su entorno. Concomitantemente, hemos contribuido a ratificar la idea que ya existía en el equipo, sobre la necesidad de integrar a nuestra disciplina, abriendo entonces no sólo otra puerta, sino la posibilidad de ser parte de una experiencia diferente en el área de la salud de la primera infancia.

A lo señalado sumamos, que cada día que colaboramos en estos años, nos hemos enriquecido en nuestra formación pre-profesional, pero más aun como persona.

SERENAR nos brindó la oportunidad de aprender a observar, a escuchar, a defender nuestras convicciones, trabajando junto al otro, sea éste un profesional de otra disciplina o también la familia de un paciente.

No consideramos a este documento como el cierre de una carrera de cuatro años,

¹ Trabajo no remunerado

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

sino el comienzo de un nuevo desafío ...el inicio de nuestro desarrollo como profesional, para lo cual el equipo de SERENAR y los usuarios nos permitieron vivenciar, esta experiencia en paralelo con la educación académica nutriendo nuestra formación.

Es por este motivo que al momento de trabajar en esta tesis con la Prof.Lic Sandra Leopold (tutora de este documento, referente fundamental a lo largo de nuestra formación) sobre la temática a abordar, surgió sin duda la importancia que tenía la devolución y dejar documentado el trabajo realizado junto al equipo y a las familias.

Las herramientas metodológicas que hemos utilizado, fueron en primer lugar el recabar material empírico sobre la temática abordada, sumando a ello las entrevistas² realizadas a las familias de los pacientes y a los técnicos. De ambos surgieron los datos que se utilizaron en el estudio cuantitativo y cualitativo del perfil de la población.

También integramos al documento, la información obtenida y sistematizada durante los tres años en que hemos realizado trabajo honorario en SERENAR, tales como ficha social³ y documentos informativos sobre rol a desempeñar por las diferentes disciplinas, elaborados por los integrantes del equipo.

La conformación del presente trabajo se basa en cuatro capítulos, abordando en el primero de ellos la relación entre la Salud y el Trabajo Social, basado en un análisis de sus antecedentes históricos, llegando a la situación actual.

A posteriori en el segundo capítulo realizamos la presentación y descripción del Programa SERENAR, perfil de la población a la que apunta el mismo y formas de ingreso al mismo. En el mismo hemos desarrollado una descripción cuantitativa

² Ver anexo

³ Ver Anexo

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

de las causales que motivaron la derivación e ingreso de los niños al Programa, finalizando éste capítulo con un cuadro que refleja las Fortalezas Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA). El mismo ha sido realizado en base a los datos empíricos, relevados mediante entrevistas formales a los diferentes actores que conforman el Programa SERENAR ellos son: los usuarios, la dirección y los técnicos.

En el tercer capítulo, presentamos la Propuesta de intervención del Trabajo Social, que abarca un breve análisis del trabajo social en su devenir histórico y especialmente la pertinencia de la propuesta en el programa SERENAR, desde una perspectiva de la ética de la intervención.

Finalmente en el cuarto capítulo realizamos una reflexión final retomando el recorrido temático que se realizó en éste trabajo, planteando finalmente los aspectos relevantes y particulares del mismo.

Para concluir consideramos de suma importancia retomar una frase clave en nuestra vida, la cual fue transmitida por los padres de la hoy estudiante, y será sumamente útil en el quehacer profesional:

“Lo que uno hace por el prójimo es un granito de arena para lograr una sociedad mas integrada y solidaria, pero el mayor enriquecimiento permanece en el corazón de uno mismo” .

Capítulo I

Relación entre Salud y Trabajo Social

Antecedentes históricos- Situación Actual.

Elaboramos éste capítulo, a los efectos de estudiar y analizar el proceso de cambio experimentado en la concepción de la Salud desde el siglo XIX hasta el presente, concomitantemente con el desarrollado en el rol del Trabajo Social, especialmente en éste campo.

Esto nos permitirá una aproximación a la temática abordada en nuestra tesis de grado, ya que nos ubica en el proceso histórico y en su dialéctica, favoreciendo una comprensión totalizadora de la realidad de nuestra labor en SERENAR.

Es a partir de 1877 con la fundación de la Facultad de Medicina influenciada por las ideas positivistas⁴ de la época, que comienza el proceso denominado medicalización, entendiendo por tal a *“la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico”* (Portillo; 1993: 17)

“Así se expresaba el médico Francisco Soca en esta Facultad: En Medicina, al menos, soy positivista resuelto y extremado. No tengo doctrinas, abordo los hechos brutal y sinceramente, los miro de frente, los estudio, los peso, los mido, sin prejuicios de ningún género, con una entera independencia, con una libertad de espíritu que igual habrá, pero que no la hay mayor (...), todo para los hechos, nada o casi nada para la teoría”. (Barrán; 1993: 10)

Pero es especialmente en las primeras décadas del siglo XX durante el período Batllista que se da inicio al Uruguay moderno en el que se va sustituyendo progresivamente la visión de salud. Así se conforma un nuevo modelo

⁴ *“El positivismo tiene como característica que el conocimiento corresponde a la realidad. Al conocimiento solo le preocupa investigar los hechos, tal como se dan en la realidad misma, con el objeto de descubrir las leyes que los rigen.”* (Andreoli, Davis, Solari: 1988; 58-59)

interpretativo, suplantándose el enfoque que explicaba los problemas de la salud como resultado del entorno social y político, por otro que plantea priorizar los aspectos endógenos, promoviendo la responsabilidad del individuo y de su familia, para la concreción de ambientes saludables e higiénicos.

Se abarcan en éste nuevo enfoque aspectos tales como la conducta, la educación y conocimiento, los principios morales del individuo y de su entorno familiar, como elementos que potencialmente determinarían la generación de la salud o enfermedad.

El principal sustento científico nace de los aportes de la bacteriología, que determina como factores de riesgo a los provenientes de las realidades poblacionales. Esto orientó las Políticas Sociales en la materia, favoreciendo el surgimiento de instituciones y disciplinas con funciones inspectivas que previnieran enfermedades contagiosas.

Se materializa en nuestro país la progresiva *“socialización del poder médico, es decir, la infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominante en el saber científico”* (Barrán; 1993:17).

Este proceso se caracterizó, por que los agentes de salud y su rol fueron modificándose a nivel institucional, pasando de la función realizada en general por el sacerdote del cuidado del enfermo a la curativa del médico, lo que legitimó el saber de éste profesional como orientador de las conciencias de los individuos, función que hasta ese momento había cumplido la iglesia.

La salud entonces se empieza a visualizar desde una perspectiva higienista, sustentada en una moral laica, en base a un proceso de secularización del saber, que favorece *“... la difusión de una racionalidad técnica como una forma de tratamiento de la cuestión social”*. (Acosta; 1998:11)

Ya la salud no es asociada a las medidas asistencialistas y curativas a nivel individual sino especialmente a las tendientes a la prevención y protección de toda la población. Prima el estudio y la acción de la medicina a nivel de la relación entre lo colectivo y el medio, encontrando allí los elementos que afectan a la salud. Se entiende el riesgo a nivel macro, dependiendo pues la salud del cuidado que tenga cada sujeto pero también especialmente del que asuma" el otro " .

Pero sólo podemos entender estos cambios que producen la medicalización de la sociedad, si se analizan *"asociados a transformaciones económicas, sociopolíticas y culturales de alcance societal"* (Mitjavila, 1999). Destacamos en ese sentido a partir de 1903, la acción desarrollada por José Batlle y Ordoñez desde la presidencia de la República. Durante su gestión se logra terminar con las guerras civiles, democratizándose la sociedad en base a un sistema electoral más amplio, que facilitó una estabilidad que habilitó el desarrollo de Políticas Sociales.

Pero *"...las asociaciones estatales destinadas a atender la cuestión social tienen como objetivo asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del capitalismo y las consecuentes concentración y centralización del capital, y no sólo corregir los efectos negativos del proceso"*(Pastorini;2001:91).

Es en estos campos que se genera una pugna entre estos agentes y en la que triunfa la crítica al dogmatismo teológico propuesto por la iglesia católica y se disciplina la cotidianidad de los ciudadanos a los efectos de contar con una mano de obra sana y ordenada apta para el sistema capitalista emergente.

Entonces una vez que el Estado toma para sí la atención de la cuestión social, se desplaza el papel de la Iglesia Católica y se interviene desde la órbita pública, disciplinando la cotidianidad de la población atendida. A estos efectos también se acrecienta cuantitativamente y cualitativamente la respuesta de infraestructura sanitaria, que permite brindar mejoras en la condiciones de vida especialmente de

la población que componía el sector más pobre.

Es precisamente en éste marco que surge el Hospital de niños pobres, ante la necesidad de brindar una respuesta válida y específica para enfrentar el grave problema sanitario de la mortalidad infantil, en un proceso de creciente modernización, donde la infancia comienza a ser diferenciada del mundo adulto. En este sentido: "...se divisa al niño como un ser distinto asignando derechos y deberes propios a su edad, que facilita su cuidado y protección." (Deus; 2005: 3), dejando de lado la idea dominante entre los siglos XVII y parte del XIX de que el niño era "...un hombre en miniatura..." (Barrán; 1993: 16).

Se construye entonces en el predio donado por el matrimonio de Alejo Rossel y Rius, y su Sra. Dolores Pereira Rossell el Hospital Pereira Rossell donde en 1903 se inaugura la emergencia pediátrica y en 1908 la sección de niños. Unos años más tarde, en 1915, el Dr. Augusto Turnné y la Comisión de Caridad funda la Maternidad de dicho Hospital, desarrollándose desde su creación hace más de 100 años, una respuesta revolucionaria para su época: la Institucionalización del parto.

Destacamos a estos efectos, que la mortalidad infantil en la segunda década del siglo XX, pese a las políticas de salud instrumentadas, a los avances de la medicina a lo que se sumó un hospital especializado, mantenía un muy alto índice de morbilidad, "*Sobre 1000 niños que nacen mueren término medio 200 antes de cumplir los dos años*". (Ortega; 2008: 40).

La etiología era diversa, enfermedades congénitas, falta de información y de cuidados muchas veces por no poder acceder a satisfacer necesidades básicas como ser alimentación, higiene, medicamentos, etc.

La población objetivo de este centro de salud eran niños y mujeres, especialmente los de menos recursos, visualizándose aquí el rol social, favorecido además por los avances tecnológicos y constantes descubrimientos a nivel del área médica.

Así la medicalización de la sociedad concreta un proceso por el cual universaliza el derecho a la salud pero también, "... puede controlar, normalizar y legitimar a través de categorías científica. Es en función de ésta potencialidad que el "control" de la salud deviene tan necesario como el "control" de la enfermedad" (Ortega; 2008:28).

Complemento imprescindible de las Políticas Sociales del período batllista ante los altos niveles de analfabetismo, son las medidas tendientes al acceso a la educación, como herramienta básica para formar ciudadanos responsables. La vinculación entre las políticas educativas y sanitarias es observable, por ejemplo, en la Ley de 1908, que crea el Cuerpo Médico Escolar, teniendo como objetivo "... la misión de vigilancia higiénica de los edificios escolares, del personal enseñante, del material de las escuelas, mobiliario, programas, de la profilaxis de las enfermedades infecto contagiosas, estudio de los retardados escolares..." (Schiaffino; 1929: 99).

Se constata en estos años patologías como la tuberculosis y la sífilis, debiendo aplicar las últimas técnicas y conocimientos en materia de Salud Pública, no sólo en lo atinente a la profesión médica sino también se vio necesario incorporar nuevas disciplinas.

Es justo señalar la importancia del ascendente proceso de medicalización en la creación y desarrollo del Servicio Social en nuestro país. "La actitud científico-natural de la ciencia médica marcó fuertemente a las incipientes ciencias sociales, a través del modelo de diagnóstico-tratamiento (el llamado modelo clínico-normativo), de tan larga influencia en el Servicio Social" (Porzecanski, 1993: 122)

En 1925 surge la primera escuela de enfermeras visitadoras formadas por la Cruz Roja en nuestro país, actuando sus egresados como un importante eslabón entre la medicina y la educación en relación con la familia y prioritariamente con los estratos sociales más pobres.

Se complementa con los cursos de formación que brinda el Instituto de Higiene coordinado con el Consejo de Primaria y la Facultad de Medicina, expidiendo el título universitario de "Visitadora social de Higiene", cesando los mismos en el año 1934.

Al respecto Barrán nos ilustra *"El poder médico quiso crear su propio cuerpo social con funciones de control y educación sanitaria y moral sobre los sectores populares"* (Barrán: 1993; 489), destaca la importancia de la ficha social, que complementaba la médica ya que sumaba una clara visión del entorno donde residía el paciente, los déficits en materia de vivienda, alimentación, higiene, favoreciendo el despistaje de posibles contagios, clarificando su situación laboral y económica.

Se produce entonces una nueva demanda del modelo higienista, que necesita contar con agentes en el campo sanitario especializados, que comiencen a *"...propugnar el valor de la responsabilidad individual y familiar para la conservación de la salud pero también, más ampliamente, para la reproducción del orden social"* (Ortega; 2008:124)

El pensamiento dominante en esta época en la mayoría de los gobernantes y profesionales del área social, era visualizar a la clase obrera como portadora de vicios, la visitadora le brindaba... *"asistencia, educación y normas básicas de higiene"* (González: 2000; 5), siendo estas acciones válidas para un control de los integrantes de ésta clase social, tan propicia (de acuerdo a los pensadores de la época) a los excesos especialmente en materia sexual y alimenticia.

Otro hecho importante en la formalización de los instrumentos de inspección y control de la familia, lo constituye en 1934 la aprobación y aplicación del Código del Niño, en el que *"Se destaca la presencia de la corporación médica en la redacción..."* (Leopold; 2000:60).

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Se aprueba entonces la creación del Consejo del Niño, institución que tiene como propósito ocuparse de todos los temas de la infancia, favoreciendo el desarrollo del niño desde la etapa del embarazo materno, procurando contribuir además en la socialización y bienestar del mismo.

El Código del Niño además dispone que la nueva institución deberá contar con una división técnica denominada Servicio Social; la misma abarcará todos los aspectos que tengan relación con la problemática social y también se ocupará de la formación de las Visitadoras Sociales.

En 1946 se crea la Comisión Honoraria para la lucha contra la Tuberculosis. La tarea que en esos años hacían las Visitadoras Sociales era concurrir a los domicilios de los pacientes, realizando una evaluación a nivel social y económica del núcleo familiar, teniendo facultades incluso de resolver no abonar las pensiones que les correspondieren, si no presentaban una conducta acorde a lo exigido por la institución.

Es recién en el año 1954 cuando el Ministerio de Salud Pública crea la escuela de Servicio Social por primera vez con carácter autónomo, pasando posteriormente a la órbita del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. (Ortega: 2008; 56).

El espectro de actividades del entonces Asistente Social supera el campo específico del higienismo y adquieren progresivamente una gran influencia a nivel de la Salud Pública.

Años más tarde la formación se realiza en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social e inmediatamente en 1968 asume esa función la Escuela Universitaria de Servicio Social del que surgen los Asistentes Sociales Universitarios

Paralelamente se comienza a generar un movimiento a nivel latinoamericano que tiende a conformar una nueva propuesta de acción profesional, una Reconceptualización que dé respuesta a la crisis que se denunciaba por parte de sectores progresistas del Servicio Social tradicional. Tal como lo enuncia Bentura, la Reconceptualización entendía que *“El Servicio Social tradicional se inscribe con un rol claro en la lucha realizada por el orden burgués para reducir la emergencia de cambios cualitativos”* (Bentura.P; 1999: 25).

Pero si bien se aceptaba en general que el rol a desempeñar por el Servicio Social era muy importante, la diferencia en la interna profesional era básicamente si debía protagonizar una reforma o una revolución, *“...en el primer caso relacionado con el reformismo propiciado por la alianza para el progreso, en el segundo, con una fuerte influencia de la revolución cubana”* (Bentura.P; 1999: 32)

Es así que la Reconceptualización presentó una posición crítica al Trabajo Social tradicional, acusándolo de conservador y útil al modelo capitalista vigente, e incorporando, entre otras perspectivas, a la marxista, en su búsqueda por lograr una alternativa profesional, al clásico rol moralizador del trabajador social.

Si bien generó una revisión de los valores que sustentan nuestra profesión, pero también como señala Alba María Pinho de Carvalho, refiriéndose a la obra de Boris Lima, ésta corriente planteó la *“definición de la función social del trabajador Social en una perspectiva idealista y utópica, delimitando atribuciones para la acción profesional que extrapolan sus reales posibilidades”*(Carvalho; 1985: 93).

Hasta la década del 70 se desarrollan y multiplican en América Latina, programas y proyectos sociales, propios del Estado Keynesiano de bienestar social, tradicional, donde las políticas sociales ocupan un destacado sitio y por tanto también el Asistente Social ya que se encuentra inserto en éste proceso desde su

génesis y desarrollo, obteniendo prestigio y credibilidad a nivel profesional y social.

Pero desde comienzo de ésta década la función social que cumplía el Estado experimenta una gran reducción del presupuesto que se disponía para el cumplimiento de la misma, en virtud de graves déficits en la balanza comercial, entre otros aspectos.

Las causas de ésta crisis en Uruguay se empiezan a generar en el 50 con el progresivo estancamiento de la producción, sumado al cambio en el modelo de sustitución de importaciones y a nivel político el debilitamiento del modelo Batllista, por lo que, dos décadas después, la reestructuración capitalista se hace imprescindible.

En el año 1973 *"... la instauración de la dictadura en nuestro país, constituye un hito importante en este proceso. La dictadura recortó severamente los programas sociales como lo demuestran los estudios entre otros de Melgar (1992) generando una fuerte concentración de ingresos agudizando la brecha entre ricos y pobres."* (Sarachu; 2001:58)

Pero lejos de retrogradar la crisis económica emergente, la acentúa entre los años 1982-1984 generando la crisis de la deuda externa, consecuencia de la apertura económica y del endeudamiento externo. En este contexto, tal como lo expresa Pastorini se van consolidando las orientaciones neoliberales: *"Este recorte en los recursos que los Estados destinan a los programas sociales es parte de un movimiento más amplio de ajuste global neoliberal iniciado en la década del 70 y que se concretiza en las décadas del 80 y 90, como medida indispensable para los programas de ajuste fiscal "recomendados" por los organismos internacionales como el BM y el FMI."*(Pastorini; 2001:155)

En Uruguay corresponde recordar el intento de reforma a nivel de la salud en el año 95 por parte del entonces Ministro Solari, que entre otros intentaba revalorizar

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

la atención primaria y destacar en sus fines sustantivos la atención gratuita a los ciudadanos que se encontraban bajo la línea de pobreza, que no fue aprobada por el Parlamento.

Con el acceso a la Presidencia de la República del Dr. Tabaré Vázquez en el año 2005, se desplazan las orientaciones neoliberales más ortodoxas y se retoma el papel del Estado en la gestión pública de la cuestión social. Es entonces que se hace un fuerte hincapié en el tema salud, siendo uno de los propósitos más importantes procurar la disminución progresiva de la inequidad en la asignación de recursos financieros, humanos y materiales, ya que no se distribuían en función de necesidades ni tampoco en base a factores cuantitativos como ser el número de usuarios de los diferentes servicios.

Por lo tanto se aprueba una reforma que asegure un Sistema Nacional Integrado mixto o sea público y privado, que contará con la financiación mediante un Seguro Nacional de Salud.

Los tres pilares del mismo lo constituyen cambios en el modelo de gestión, de financiamiento y de atención. Especialmente en éste último, se enfatiza que la salud es un derecho del ser humano y como bien fundamental debe ser una de las primeras responsabilidades del estado.

Pero se agrega además que debe ser atendida desde un enfoque integral, que abarque aspectos tales como los sociales, económicos, políticos entre otros, en base a un trabajo en equipo desde la interdisciplinariedad, priorizando el primer nivel de atención o sea la prevención y la promoción. (*Bentura. C; 2006: 89- 90*)

A lo largo de este extenso proceso, nuestra profesión ha ido logrando un espacio en estos equipos interdisciplinarios, al tener un saber especializado sumamente necesario y reconocido en el campo de la salud y especialmente apto para la integración y participación de los usuarios de los servicios en los diferentes niveles.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Como síntesis del devenir histórico de nuestra profesión, podemos concluir en que *“El Trabajo Social se ha caracterizado por su capacidad de “adaptación”, crecimiento y desarrollo frente a distintos regímenes, significando y resignificándose a partir de problemáticas y situaciones sociales y políticas diversas” (Espíndola; 2001:49).*

Una muestra de estos espacios de inserción que ha logrado nuestra disciplina, en éste caso pre profesional, que apunta a ampliar las posibilidades para el desarrollo profesional, es el trabajo realizado en el Programa SERENAR, integrando grupos interdisciplinarios a nivel de la salud.

A los efectos de una reflexión sobre la actuación que ha materializado la suscrita en éste Programa, presentaremos las características principales del mismo.

Capítulo II

Presentación del Programa SERENAR

En el presente capítulo, realizaremos la presentación del Programa SERENAR, pasando posteriori a abordar el perfil de la población a la que apunta y vías por la cual ingresa el usuario a SERENAR.

La presentación se continuará con un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), herramienta a nuestro juicio muy válida para conocer y evaluar de forma integral el desempeño presente de la organización, reflexionar sobre la misma, pronosticando y determinando las posibles futuras acciones a materializar.

El Programa SERENAR al que presentaremos en este capítulo, surge como una respuesta del sector de salud pública ante el alto porcentaje de niños nacidos prematuros (17,1 % pie de pagina) y/ o con bajo peso 8,3%). El mismo se posiciona desde una perspectiva integral de la salud, en contraposición a otros enfoques presentes en el campo de la medicina actual que enfatiza cada parte del organismo, en detrimento de la globalidad.

Como lo plantea Bentura, *“La medicina actual se ha relegado al nivel tecnocrático por lo cual se busca erradicar los síntomas sin profundizar en la causa, entendiendo al organismo como una máquina en la que hay que reparar sus partes. Así cada especialista se ocupa de una de esas partes sin que nadie se ocupe de la globalidad. Esta profunda especialización al interior de la medicina da cuenta de una fragmentación del saber propio del pensamiento positivista”* (Bentura; 2006:10)

De esta forma el especialista pierde la visión integral, por lo que SERENAR surge como una propuesta diferente, en lo que lo social y especialmente lo familiar son

tenidos en cuenta para la conformación de una respuesta global a la problemática abordada.

2.1 ¿Cómo surgió el Programa?

El origen se da en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el año 1989, cuando comienzan a abordarse a bebés prematuros de menos de 1500 gramos. Es así que se conforma un equipo compuesto por Neuropediatras, Pediatras, Sicólogos, Fonoaudiólogos y Psicomotricistas, donde no había en un principio Trabajadores Sociales por contar con un presupuesto limitado.

En el año 2000, la actual Directora del Programa Dra. Cristina Scavone y la Coordinadora Dra. Sandra Berta, presentan el proyecto ante la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), siendo aprobado en el año 2006.

El Programa de SERENAR entonces comienza a funcionar en el marco del acuerdo celebrado entre AECID, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República (OPP) y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP),

Fue apoyado económica y académicamente (materiales bibliográficos, intercambio de conocimientos entre técnicos de España y Uruguay, asignación de materiales para las diferentes salas que conforman las Policlínicas de SERENAR) también en un principio por el Hospital Virgen de Macarena de Sevilla (España) y la Cátedra de Neuropediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

El Programa desarrolla su actividad a nivel nacional. En Montevideo se encuentra inserto en el Hospital Pereira Rossell, Centros de Salud Unión y Centro Coordinador del Cerro.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

En el interior se encuentra presente en los Hospitales de Maldonado, Treinta y Tres, Tacuarembó, Salto y Durazno. A ellos se sumarán posiblemente dos nuevas Policlínicas en Montevideo y Canelones, actualmente se encuentra a estudio y resolución en la órbita de ASSE el que deberá asignar los Recursos Humanos

La atención en las Policlínicas barriales facilita la generación de una relación de pertenencia por la cercanía de residencia al centro, lo que no siempre ocurre en el Hospital Pereira Rossell, al cual llegan usuarios de todos los departamentos del país.

La Misión de SERENAR es la prevención de trastornos en el desarrollo infantil y de discapacidades mentales, neurológicas y sensoriales en recién nacidos y en niños y niñas de alto riesgo psico-neuro-sensorial, en especial aquellos de entornos socio-económico desfavorecido que contribuye a incrementar las situaciones de aquel riesgo, como es el caso de la mayoría de las personas atendidas por el sistema público de salud en el Uruguay.

Su objetivo general apunta a posibilitar el desarrollo máximo posible de las potencialidades del niño, ayudando al logro de su independencia y su adaptación socio-familiar.

Concomitantemente procura la prevención y anticipación de posibles alteraciones, en base a la intervención temprana.

Como objetivos específicos podemos señalar la determinación y seguimiento de niños de alto riesgo en coordinación con unidades neonatales y servicios especializados en recién nacidos, iniciándose entonces la observación y posterior intervención durante la internación.

Así mismo resulta relevante la vigilancia permanente de los recién nacidos, especialmente en los de alto riesgo, pudiendo anticipar los problemas asociados, en su proceso de desarrollo y de crecimiento, especialmente si éstos se ven alterados.

Existen múltiples razones para que un usuario ingrese a SERENAR, no solo estar frente a una patología específica sino también vivenciar una situación social compleja.

Estas situaciones que vivencian los niños y sus familias que se atienden en SERENAR, que se ven muchas veces potenciadas por factores multicausales a nivel social, económico y cultural, tales como la pobreza, el embarazo adolescente generalmente no controlado y el escaso o incluso nulo seguimiento de salud adecuado de los niños en sus primeros meses de vida.

SERENAR entonces, realiza coordinaciones con organismos tanto internos como externos al Ministerio de Salud Pública que se ocupan de atender situaciones de vulnerabilidad social⁵, como el Ministerio de Desarrollo Social, los Gobiernos Departamentales y organizaciones de la sociedad civil.

Como se establece en el VIII Congreso Nacional de Trabajo Social es de suma relevancia promover “... *políticas sociales⁶ integradoras, que habiliten una visión integral de la problemática de los niños y que facilite la coordinación de las diferentes instituciones que operan en dicha área.*” (VIII Congreso Nacional de Trabajo Social: 2000; 61).

⁵ Dominguez. J: “*La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social, ya que se genera como una falla en la contención (grupal y comunitaria), al no poder garantizar el efectivo acceso a los derechos humanos fundamentales*” Informe final Desarrollo Humano y Comunidades Vulnerables. Sec. De Ciencias y Técnicas UNLP Argentina 2000

⁶ Zafaroni.C: Define las Políticas Sociales como la búsqueda del “...desarrollo del potencial de las capacidades tanto individuales como colectivas de las personas y las familias para enfrentar los problemas y resolver con éxito la superación de su situación...”. Encuentros y desencuentros Familias pobres y Políticas Sociales en el Uruguay, Universidad Católica, CLAEH, UNICEF, 1998.

2.2- Población a la que apunta y vías por la cual ingresa el usuario a SERENAR:

Ingresan al Programa aquellos niños con riesgo biológico, sean estos Recién Nacidos de Terminio (R.N.T)⁷ o Recién Nacido de Pre Terminio (R.N.P.T)⁸, con riesgo neurológico, social⁹ y/o bajo peso¹⁰ neonatal - menor de dos kilos o tienen edad gestacional menor a 35 semanas.

También recién nacidos en aquellos casos que los mismos requieran de ventilación artificial a las 24 hs, presenten problemas de hiperbilirrubinemia, convulsiones, sepsis, meningitis, disfunciones neurológicas, daños cerebrales evidenciados por imágenes-como tomografías-malformaciones, síndromes dismórficos.

Otras causales de ingreso están fundadas en su situación sociofamiliar, citando a estos efectos a los hijos de madres adolescentes, que no han efectuado controles del embarazo o que pueden presentar patologías mentales, ingesta de drogas o infecciones que puedan haber dañado al feto, a los neonatos con hermanos con patologías neurológicas poco claras, gemelos con hermanos con riesgo neurológico.

⁷ Cruz.M: Recién Nacido de Terminio (RNT): “ El estado del recién nacido viene definido por su edad gestacional, peso y PATOLOGIA(...)La edad gestacional es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última regla hasta el nacimiento y se considera siempre semanas completas .El recién nacido normal a terminio tiene entre 37 y 42 semanas de gestación. Si tiene menos de 37 semanas se trata de un prematuro y si tiene 42 o más semanas de gestación es un postterminio o postmaduro” Tratado de Pediatría. Edición 7ª, Volumen I. Espaxis , Barcelona,1994

⁸ Cruz.M : Prematuro (RNPT) : La definición propuesta desde 1961 por el Comité de expertos de la OMS es la de “ Recién nacidos de peso inferior a 2500 gramos y nacidos antes de 37 semanas de gestación” Tratado de Pediatría. Edición 7ª, Volumen I. Espaxis Barcelona. 1994

⁹ Riesgo Social: “Los indicadores de riesgo social, nosotros no lo creamos nosotros en el grupo SERENAR. Nosotros usamos los factores de riesgo biológico y los factores de riesgo sensorial. Nosotros nos basamos en un programa que lleva más de 25 años funcionando en España, hicimos una adaptación de esos riesgos a la uruguayaya, obviamente nosotros acá tenemos riesgos sociales que ellos no tienen y a la inversa, entonces, esa muestra base y sobre esa se hicieron modificaciones. Ahora nosotros sabemos que lo que importa es la sumatoria de los factores de riesgo, que a veces un factor de riesgo social de por sí solo no indica nada, por ejemplo: puede ser una mamá adolescente pero que tenga su pareja estable, que haya tenido el hijo porque tuvo ganas de tenerlo ¿no? que tiene toda una contención familiar del lado de ella, del lado del papá, del niño ,o sea, solo ser adolescente no es riesgo, pero bueno, si es adolescente, se suman las adiciones, si es un embarazo no deseado, su suma no control del embarazo, bueno es como la sumatoria porque si lo vamos tomando de a uno prácticamente la población que nace aquí en el Pereira Rossell 100% sería de riesgo, la que no tiene un riesgo social tiene otro.” (Técnico N°2)

¹⁰ Cruz.M : Recién Nacido de Bajo Peso (BPEG): “ Recién nacido con crecimiento intrauterino retardado (CIR) grande de bajo peso para su edad gestacional (BPEG) con independencia de las semanas de de embarazo, es aquel cuyo peso en el momento del nacimiento estar por debajo del percentil 10 (en curva de crecimiento disponibles y mejor elaboradas localmente) o dos desviaciones estándar de la media (OMS) .Alrededor del 10% de todos los recién nacidos y un 30% de los que pesan al nacer menos de 2500 gramos (llamados Recién nacidos de bajo peso según la OMS) se pueden considerar recién nacidos con bajo peso para su edad gestacional” Tratado de Pediatría. Edición 7ª, Volumen I. Espaxis Barcelona, 1994

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Las vías de acceso al Programa son variadas; en muchos casos los niños son derivados por el Pediatra tratante del INAU o de la Policlínica a la que concurre y en otros casos es el propio equipo técnico de SERENAR que capta al caso en base a recorridas que concreta periódicamente en las Sala “Ocho” (Sala de Pre egreso) y en la de “Cuidados Intermedios” del Hospital Pereira Rossell.

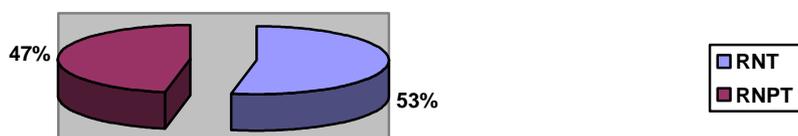
Actualmente se están efectuando recorridas por centros de educación inicial como lo son los CAIF, con el objetivo de hacer conocer al Programa y especialmente difundir su labor integral.

2.3- Causales por las cuales son derivados los niños al Programa SERENAR, descripción cuantitativa:

Se parte de una muestra de 30 fichas que se relevaron durante el periodo comprendido entre Marzo de 2009 y Marzo de 2010. La sistematización de la información que se obtuvo busca reflejar en términos aproximativos la situación social, económica y cultural de las familias que pertenecen a SERENAR.

2.3.1- Gráfico RNT - RNPT:

RNT-(Recién Nacido de Termino): 16 casos -----53%
 RNPT-(Recién Nacido Pre Termino): 14 casos -----47%

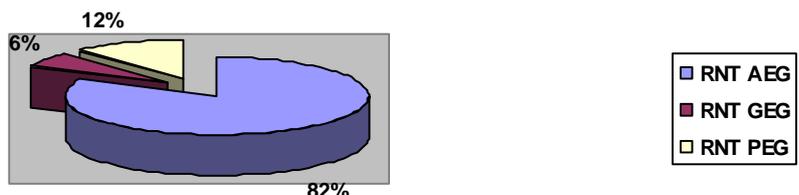


La población considerada en la muestra-30- se divide de la siguiente manera: un 47% son RNT en tanto que un 53% son RNPT. Con lo que se visualiza que se encuentra fragmentada prácticamente a la mitad-en este sentido-de Término y Pretérmino.

Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo SERENAR

2.3.2- Gráfico RNT AEG - RNT GEG - RNT PEG:

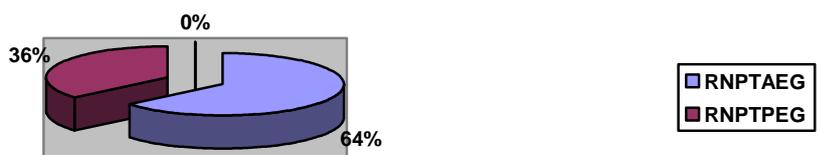
RNT AEG-(Adecuados Para La Edad Gestacional): 13 casos -----82%
 RNT GEG-(Grandes Para la Edad Gestacional): 1 caso-----6%
 RNT PEG-(Pequeño Para la Edad Gestacional):2 casos -----12%



Dentro de los RNT tenemos un 82% que se encuentran adecuados para su edad gestacional-franca mayoría-en tanto que un 12% se encuentran pequeños para su edad gestacional y un 6% son grandes para su edad gestacional.

2.3.3- Gráfico RNPT AEG - RNPT AEG:

RNPT AEG: 9 casos -----64%
 RNPT PEG: 5 casos -----36%

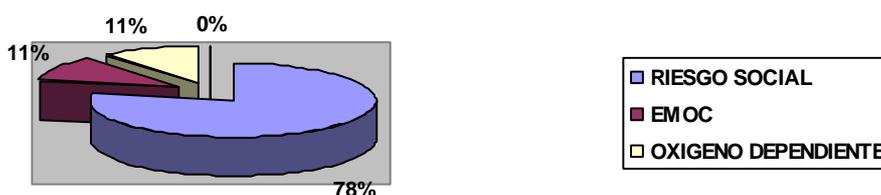


Dentro de los recién nacidos pre termino un 64% se encuentran adecuados para su edad gestacional, mientras que un 36% son pequeños para su edad gestacional.

2.3.4- Gráfico RNPT - AEG: Riesgo social, EMOC, Oxígeno dependiente:

RNPT- AEG:

- Riesgo social (madres consumidoras de sustancias psico activas, Madres con diagnósticos de patologías psiquiátricas, madres adolescentes): 7 casos -----78%.
- EMOC (Enfermedad Motriz Cerebral): 1 caso-----11%.
- Oxígeno dependiente: 1 caso -----11%.



Dentro de los RNPT y a su vez AEG tenemos un 78% que se encuentran bajo riesgo social, en tanto un 11% son EMOC y otro 11% son oxígeno dependiente. Los datos hablan por si mismos, un alto porcentaje de los recién nacidos a pre-termino y adecuados para su edad gestacional que vivencian situaciones de riesgo social. En tanto los ingresos que no se dan por riesgo social son un 22% dividido a la mitad, 11% son EMOC y otro 11% oxígeno dependiente.

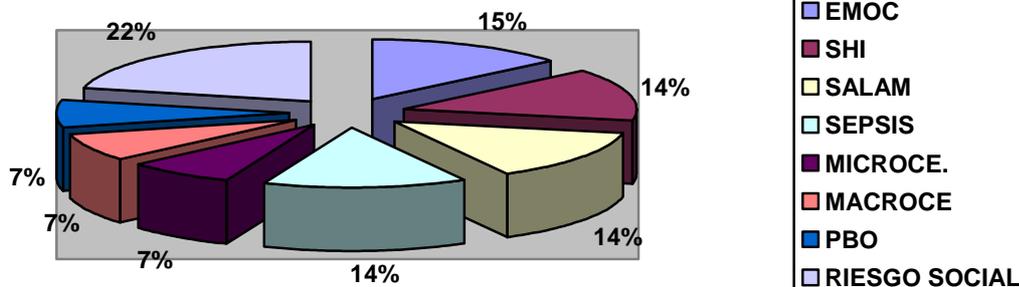
2.3.5- Gráfico RNT AEG y otras patologías:

Al hacer referencia a los recién nacidos a término y con adecuada edad gestacional encontramos 13 casos divididos en 8 categorías de la siguiente manera:

RNT AEG y otras patologías en total suman 13:

- EMOC- (Enfermedad Motriz Cerebral): 2 casos -----15%
- SHI- (Síndrome Hipóxico Isquémico):2casos-----14%
- SALAM-(Síndrome de Aspiración de Liquido Amniótico Meconial): 2 casos ---14%
- Sepsis- (Inflexión genital):1 caso-----7%
- Microcefalia-(Disminución del Perímetro Craneano) :1caso-----7%
- Macrocefalia-(Aumento del Perímetro Craneano):1caso-----7%
- PBO-(Parálisis Braquial Obstétrica):1caso-----7%
- Riesgo social-(madres consumidoras de sustancias psico activas, madres con problemas psiquiátrico y madre adolescentes): 3casos -----22%

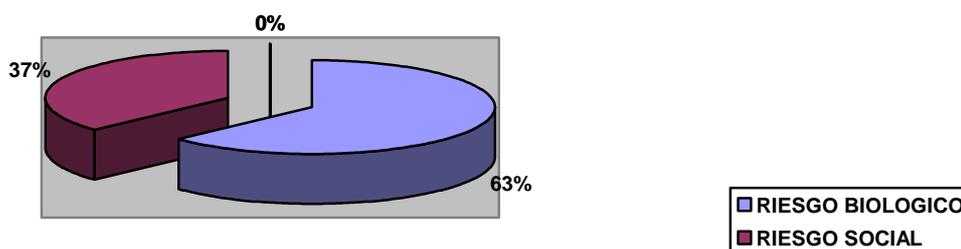
Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo SERENAR



Dentro de RNT AEG y otras patologías podemos subdividir los casos en 11 partes: una parte-7%-tienen microcefalia, otro tanto macrocefalea, y un porcentaje igual PBO, 2/11 partes están bajo SEPSIS, el mismo porcentaje son SHI, y exacto porcentaje en SALAM . Por otro lado, prácticamente con el mismo porcentaje-15%-son EMOC. Y por último 3/11 pertenecen a riesgo social.

2.3.6- Gráfico Riesgo social - Riesgo biológico:

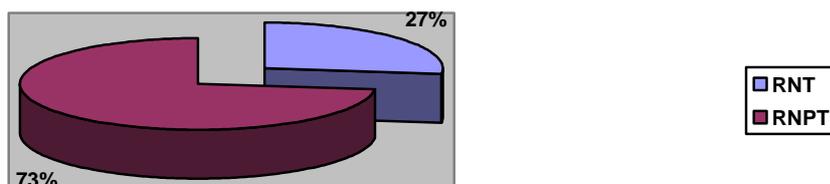
-Riesgo biológico: 19 casos-----63%
 - Riesgo social: 11 casos -----37%.



A su vez dentro de la muestra total de 30 ingresos, 2/3 de la muestra entran por riesgo biológico, en tanto que 1/3 lo hace por riesgo social-63% y 37%.

2.3.7- Gráfico RNT - RNPT - Riesgo Social:

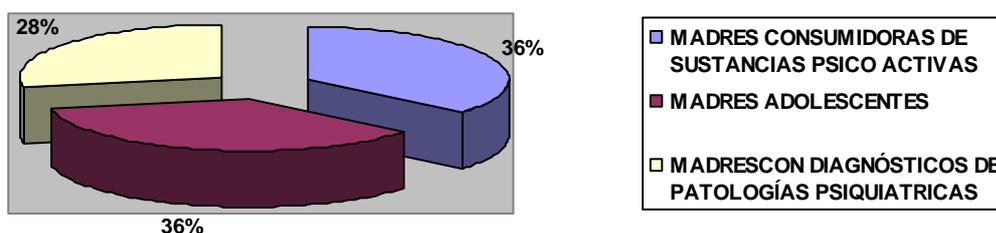
Dentro de los 11 con Riesgo social 3 son RNT -----27%.
 8 son RNPT-----73%.



Dentro de los 11 ingresos por Riesgo Social tenemos un 73% de Recién Nacido a Pre- Termino, en tanto un 27% son Recién Nacidos a Término. De lo que se desprende que cuando los ingresos son por Riesgo social un porcentaje elevado nacen a pre termino, ya sea porque las madres sean adolescentes, consumidoras de drogas, con bajo nivel educativo, etc.

2.3.8- Gráfico Riesgo social:

-Madres consumidoras de sustancias psico activas 4-----36%.
 -Madres adolescentes 4-----36%.
 -Madres con diagnósticos de patologías psiquiátricas 3-----28%.



En cuanto al riesgo social los porcentajes se dividen de la siguiente manera: en partes iguales -36%-las madres son adolescentes o consumidoras de sustancias psico activas, en tanto con un menor porcentaje son madres con diagnósticos de patologías psiquiátricas.

2.4-- Estudio cualitativos de la Situación de las familias

De los datos trabajados en el punto anterior se desprenden las situaciones y la condición social de las familias de los niños que ingresan a SERENAR.

Esto es importante dado la relevancia de conocer el contexto socio-económico y cultural de los núcleos que conforman dicho Programa.

En este momento se hace pertinente conceptualizar que entendemos por familias, visualizando a las mismas *"...como entidades sociales históricamente construidas, por lo que debemos pensarlas y caracterizarlas en relación al contexto social-histórico en el cual se desarrollan"*. (Etchebehere: 2007;242).

Los cambios generados en la familia como elemento constitutivo de la organización social, están íntimamente relacionados con procesos que suceden no solo a nivel de la sociedad, sino también de la cultura.

"O reconhecimento da familia como totalidade implica também reconhecê-la dentro de um processo de continuas mudanças" (Mioto: 1997; 124)

Consideramos entonces que no existe un modelo único de familia, por lo que debemos tener presente para su determinación, su constitución, extensión, roles y distribución de responsabilidades y derechos, clasificándola como monoparental¹¹, nuclear o extendida¹².

Cada núcleo familiar posee una problemática diferente, como ser riesgo social o las diversas causales de riesgo biológico de los niños, pero la mayoría vivencian una

¹¹ Colpin.H; *"Una familia en la cual un solo progenitor cohabita con sus hijos en un hogar, sin la presencia de una pareja fija y en presencia de por los menos un hijo que no ha alcanzado todavía la edad de 18 años ..."* (Colpin:2001; 74.)

¹² UNICEF: *"Hogar integrado por jefe/a, el cónyuge o compañero/a, los hijos de ambos o de uno de ellos y/u otro pariente en segundo grado(padres, hermanos)..."* (UNICEF 1999;25)

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

situación socio- económica similar. Específicamente como lo demostraremos a posteriori a nivel cuantitativo, el nivel socioeconómico promedio del 50% de las familias usuarias del programa percibe menos de \$6000 y son familias extendidas, lo que genera una situación de pobreza.

Cabe recordar que si bien entre los años 2004 al 2007 la pobreza descendió en nuestro país de 31.9 % a 25,5% en lo atinente a los niños menores de 6 años en situación de pobreza disminuyó 10.5 puntos, prosiguiendo esa tendencia a la fecha, pero es pertinente destacar que seguían siendo en esos años estos guarismos superiores a los que el país exhibía en 1999 (De Armas: 2008; 6)

Debemos recordar que *“En la pobreza lo que está en juego es el poder de acceso a los recursos y satisfactorias necesarios y efectivos de que una sociedad dispone en un momento histórico determinado”* (Terra: 1995; 8)

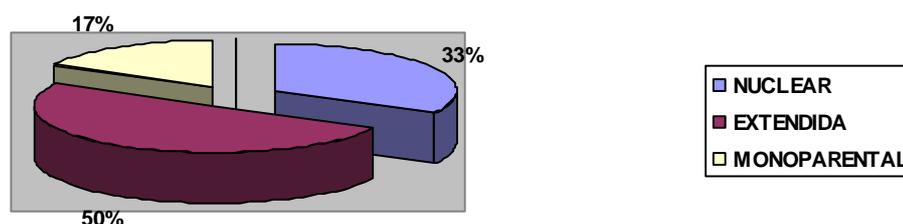
Es una de las grandes carencias que debe enfrentar el Pereira Rossell en general, y SERENAR en particular. Razón por la cual se debe trabajar más específicamente con éstas familias que necesitan del programa, y que muchas veces no están dispuestas a dialogar ante desconocidos para relatar la situación que están atravesando.

El Estado entonces mediante las Políticas Sociales debe intervenir buscando garantizar los derechos de las familias y en caso que ésta no sea capaz de asumir su responsabilidad, debe velar por la integralidad del niño.

Art 7º Inc. 3 *“En casos de insuficiencia defecto o imposibilidad de los padres y demás obligados, el Estado deberá actuar preceptivamente, desarrollando todas las actividades integrativas, complementarias o supletivas que sean necesarias para garantizar adecuadamente el goce y el ejercicio de los derechos de los niños y adolescentes.”*(Código de la Niñez y la Adolescencia,: 2004; 41).

2.5- Datos cuantitativos del perfil social, económico y cultural de la población que concurre al Programa SERENAR:

2.5.1-COMPOSICION DEL NUCLEO FAMILIAR:



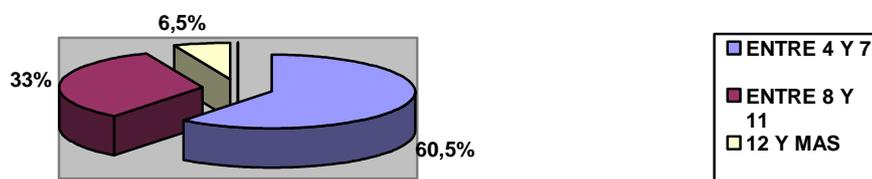
De un total de 30 familias encontramos que un 50% pertenece al tipo de familia extendida-padre/s, hijo/s, abuelos, tíos, etc.; el 33% está representado por la familia nuclear, entendiéndose por familia nuclear al grupo familiar conformado por padres e hijos, sea esta unión consanguínea o legal; y por último, en un 17% se ubica la familia monoparental, la cual cuenta con una sola jefatura en el hogar, generalmente la femenina.

El porcentaje de familias monoparentales y nucleares sumados equivalen exactamente al porcentaje de familias extendidas, esta muestra de 30 familias denota el proceso de transformación que vivencia la sociedad Uruguaya en la actualidad.

2.5.2-NIVEL EDUCATIVO PROMEDIO DEL GRUPO FAMILIAR MEDIDO EN AÑOS:

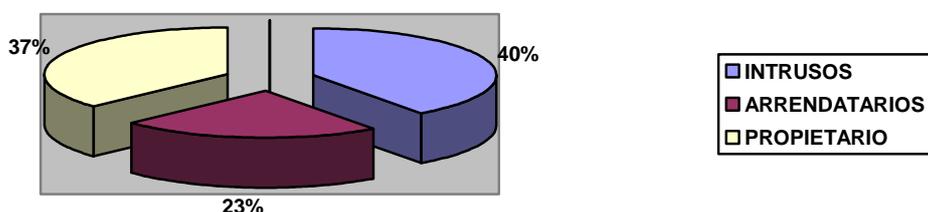
En este gráfico se busca plasmar el nivel educativo de las familias, por esto se realizó un promedio mediante la sumatoria de la cantidad de años cursados y aprobados en educación formal, declarado por las familias

Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo SERENAR



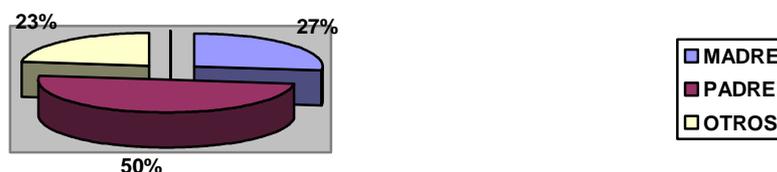
El total de la muestra manifestó ser alfabeto, si bien no todos culminaron primaria sí al menos aprobaron la mitad de la misma. El 60,5% de las familias tienen entre 4 y 7 años de nivel educativo aprobado, en tanto que un 33% culminaron estudios preescolares, primaria y se acercaron a finalizar la secundaria, mientras que un 6,5% han aprobado estudios preescolares, primaria, secundaria y/o U.T.U así como algún año de educación terciaria o complementaria.

2.5.3-SITUACION DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA:



Los resultados a las respuestas son plasmados verbalmente y no certificados, esto puede llevar a que los resultados sean algo irreales-ya que no hay forma de confirmar la veracidad de este dato- al margen de que a veces para la situación de vivienda la respuesta puede estar condicionada. En algunos casos ni el usuario puede distinguir si son propietarios o no ejemplo: vivir en el predio de los padres, no pagar alquiler ni ser intrusos, pero tampoco ser propietarios directamente.

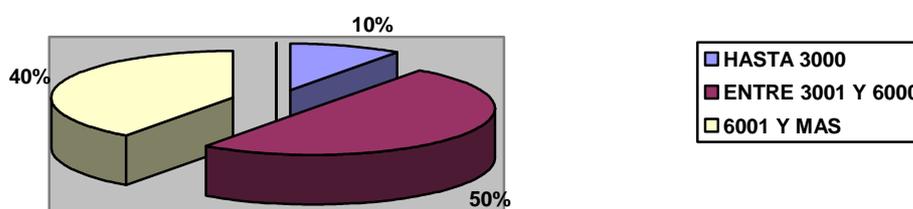
2.5.4-POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN EL MERCADO LABORAL:



En las familias monoparentales la jefatura en general es de la madre-en esta muestra, dentro de este tipo de familias-lo es en un 100%. La figura paterna permanece en el mercado laboral mientras la madre debe dejar muchas veces este ámbito para cuidar a sus hijos.

Al hacerse referencia a madre, padres u otros se quiere explicitar quien está inserto en el mercado laboral dentro de la familia.

2.5.5-PROMEDIO DE INGRESOS POR NUCLEO FAMILIAR



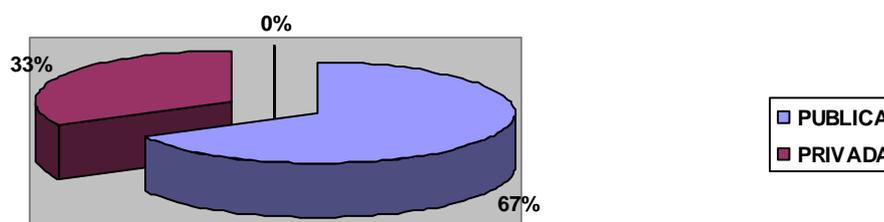
Están incluidos en esta muestra los ingresos totales familiares tales como: salario, prestaciones sociales como ser Asignación familiar, pre natal, plan de equidad, pensiones, jubilaciones, etc.

Se hace pertinente denotar que el 50% de la población supera el Ingreso Mínimo Nacional. En tanto que el 10% percibe hasta \$3000, y el 40% entre \$3001 y \$6000.

De lo que se desprende que el menor porcentaje se concentra entre aquellos que perciben menores ingresos, o sea menos de \$3000.

Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo SERENAR

2.5.6-COBERTURA EN LA ASISTENCIA DE SALUD DEL NUCLEO FAMILIAR:



Un tercio de la población accede a Salud Privada, pudiendo ser explicado este fenómeno por el hecho de que estén insertos al mercado laboral formal. En tanto que un 67% -2/3- asisten y se atienden en Salud Pública, ya que se puede ingresar a SERENAR por ambas vías-Pública y Privada-

2.6- Cuadro de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA)¹³ del Programa SERENAR

A continuación se plantea un cuadro realizado en base a los datos empíricos, relevados mediante entrevistas estructuradas a los diferentes actores que conforman el Programa SERENAR ellos son: los usuarios, la dirección y los técnicos

Con este FODA (se busca la utilización de la herramienta para resumir y analizar la situación general del Programa). Esto nos permite acercarnos a lo que es la realidad del mismo hoy, para, desde la disciplina del Trabajo Social sugerir líneas de acción con el fin de una eventual propuesta de intervención.

¹³ El es una herramienta de análisis estratégico, que permite analizar elementos internos o externos de programas y proyectos. El FODA se representa a través de una matriz de doble entrada, llamada matriz FODA, en la que el nivel horizontal se analizan los factores positivos y los negativos. En la lectura vertical se analizan los factores internos y por tanto controlables del programa o proyecto y los factores externos, considerados no controlables. Las Fortalezas son todos aquellos elementos internos y positivos que diferencian al programa o proyecto de otros de igual clase. Las Oportunidades son aquellas situaciones externas, positivas, que se generan en el entorno y que una vez identificadas pueden ser aprovechadas. Las Debilidades son problemas internos, que una vez identificados y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse. Las Amenazas son situaciones negativas, externas al programa o proyecto, que pueden atentar contra éste, por lo que llegado al caso, puede ser necesario diseñar una estrategia adecuada para poder sortearla. (<http://www.reading.ac.uk/chemistry/ug/chem-ugcourses.aspx>)

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

<p>F-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabajo Honorario -Interdisciplinariedad-Aprender del otro y con el otro -Las diferentes disciplinas tienen ópticas distintas pero llegan a una misma conclusión -Respeto por el trabajo de los otros -Calidez y dedicación del equipo -Trabajo de investigación y descriptivo - Diagnóstico precoz de las diferentes patologías - Abordaje y seguimiento integral del niño por parte del equipo de trabajo -Centros de SERENAR en el interior y en la periferia de Montevideo -Policlínicas SERENAR ubicadas en la periferia de Montevideo se encuentran relacionadas con redes sociales -Cursos de formación para Educadores de los Centros Caif en las policlínicas barriales de SERENAR. -Capacidad de escucha y contención por parte del equipo a la familia asistida, apoyándola. 	<p>O</p>
<p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de recursos humanos: Enfermero, Maestra y Trabajador Social -Larga espera para ser atendido -Limitaciones en la confección de registros estadísticos, resultados cuantitativos y posterior evaluación. -Carencia de una primera entrevista explicativa y de presentación por parte del T. Social -Falta de entendimiento entre los profesionales del programa y los padres por el uso de un lenguaje técnico. -Limitaciones en la comunicación entre las redes sociales y SERENAR del Pereira Rossell. 	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> -No existe cultura de trabajo, generaciones sin participación en trabajos formales -No acceso a beneficios de seguridad social, asignación familiar, centros de estimulación de BPS (fisioterapia, estimulación oportuna) -Falta de asistencia del padre a la consulta.

El cuadro denota la acumulación de datos en el extremo izquierdo Fortalezas y Debilidades y un vacío en el derecho, lo que implica que hay en SERENAR una ausencia de Oportunidades.

En tanto que se comprueba un equilibrio relativo entre las Fortalezas y las Debilidades internas; dentro de las amenazas se hallaron tres, un par de ellas relacionadas entre sí.

En cuanto a las fortalezas y debilidades, todo lo relacionado con el interior de

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

SERENAR, lo positivo y lo negativo, da cuenta de un equilibrio denotado en la paridad de ítems encontrados en ambas partes de este FODA.

Analizaremos primero las fortalezas tal como lo es el trabajo honorario, dado que SERENAR ha utilizado ésta alternativa y acepta hoy a ésta estudiante como honoraria, pero en un comienzo, antes de formarse como tal la Institución, contaba con más personal en ésta condición, hoy solo se encuentra ésta estudiante avanzada.

¿Qué es lo destacable de esto? Que un trabajo realizado en forma honorario permite que basado en un aspecto vocacional, se genere experiencia y conocimiento personal con otros profesionales, favoreciendo el crecimiento no sólo técnico sino también como individuo, todo lo que repercute positivamente en la prestación del servicio.

La riqueza que surge de una praxis grupal aunque ésta sea en carácter honorario, es señalada y reiterada por unos de los entrevistados, que vivenció una situación funcional similar a la de la suscrita en sus inicios en el Programa: *"...cuando nosotros empezamos, habían muchos técnicos y médicos honorarios y es un grupo estable, con mucha experiencia y que nos conocemos mucho...."*(Técnico N° 4)

"La gente que está trabajando honoraria hace tanto tiempo y que todavía se acerca a trabajar honoraria, es porque encuentra un motivo y una motivación más que motivo importante, eso habla muy bien de la gente que participa".(Técnico N°4)

Encontramos una gran fortaleza de la Institución, contar con diferentes ópticas de trabajo que se complementan y se encuentran presentes al mismo tiempo, durante la consulta.

Este aspecto que diferencia al Programa SERENAR de otros servicios en el campo

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

de la salud en nuestro país, es señalado por sus técnicos: *“A mí me parece que lo que tiene de bueno es que el trabajo de SERENAR bueno, primero es un trabajo de interdisciplina porque estamos, por lo menos en la primer consulta y en algunas consultas importantes, todo el equipo junto, tanto en la parte médica como los técnicos. (...)Me parece que es verdaderamente una interdisciplina y es lo que le da a la familia y al niño como un abordaje lo más integral posible...”* (Técnico N° 3)

Si bien existen prácticas y enfoques diferentes de acuerdo a la especialización, priorizando muchas veces aspectos que conforman ésa realidad abordada, lo social, lo genético, lo psicológico, lo fisiológico, otros, el equipo llega a una solución consensuada. *“Siento el beneficio de que cada uno que me hacia una pregunta tenía una respuesta diferente, pero que en el fondo llegaban a una misma conclusión.”* (Usuario N° 1)

Como en toda organización, existe una cadena de mando y por ende una estructura jerárquica, pero la misma no determina que se priorice la disciplina del jerarca en detrimento de las propias de los subordinados, ya que incluso en el caso de la suscrita que es una estudiante honoraria, muchos de sus aportes fueron escuchados e integrados, a la par de los otros integrantes del equipo.

“Creo que dentro del equipo que trabajamos en el consultorio hay muy buen relacionamiento, hay mucho respeto por el trabajo del otro, esta la interdisciplina, o sea está el hecho de que sabemos hasta adonde podemos avanzar un poquito en el área del otro, pero hasta adonde no. Eso se aprende con el tiempo y va surgiendo naturalmente....” (Técnico N° 3)

Se destacan la calidez y dedicación de tiempo a los usuarios, respondiendo a las interrogantes planteadas, esto es fundamental, dado que los mismos se encuentran urgidos de respuestas y de ser escuchados en tiempo y forma.

“...el encanto de que te vengán a buscar, te acompañen está bueno, es un buen recibimiento.” (Usaría N°1)

Una característica muy importante de SERENAR que generalmente no surge en los trabajos estadísticos pero que es muy significativa para el paciente, es que se le da una respuesta humanizada, que se puede sintetizar en la actitud de escuchar por parte del profesional a la familia asistida, sumado a una contención de la misma. Y es más importante aun porque es una virtud destacada por los usuarios cuando expresan :“ *Me sentí bien, me escucharon, me dijeron las cosas como eran, que no tenía que faltar a las consultas...bueno eso...*”(Usaría N°2)

A ello se suma que se cuenta con técnicos que están dispuestos a comprometerse en el desempeño y funcionamiento regular y efectivo, realizando la labor con sinceridad, sin ocultar información a los usuarios, integrando a la familia a efectos de una mejor y más rápida concreción del fin planteado.

“ Me parece que acá lo que tiene es como un equipo de contención ¿no? donde es un lugar donde la persona siente que es un lugar donde se la puede escuchar, ahora, es me parece que es gente que tiene tantos otros problemas que ya no sé si le da para entender la importancia que este equipo tiene para el seguimiento de su hijo.”(Técnico N° 2)

Si bien el volumen y la urgencia de respuesta a las demandas de los pacientes, absorben la mayoría del tiempo que destinan los técnicos al Programa SERENAR, su aspiración también es generar conocimiento, registrarlo y difundirlo.

Claro ejemplo de esto lo encontramos en las palabras del Técnico *“Actualmente estoy como colaboradora trabajo sobre todo en la policlínica de la Unión haciendo trabajo de investigación, descriptivo, porque me entusiasma mucho, si uno pudiera sacar datos ...nosotros en Uruguay no sabemos cuántos niños con problemas cerebrales tenemos...”*(Técnico N° 1)

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Como se destacaba en la fortaleza precedente, minimizar el tiempo de acceso al estudio y por tanto al conocimiento de la patología del niño es prioritario, ya que si bien pueden presentar afecciones al nacer, no necesariamente las mismas son permanentes, por lo que abordadas a tiempo son evitadas total o parcialmente. *“ Lo más importante a mi entender es llegar a un diagnóstico precoz, porque son niños de riesgo, pero no enfermos, son niños que tendrían la posibilidad de tener alguna patología pero pueden ser niños “normales”, que han tenido riesgo pero no tienen porque estar enfermos.” (Técnico N°2)*

Al poder realizar un estudio y tratamiento en equipo, al contar con especialistas de muchas disciplinas, se concreta un abordaje integral de la problemática del paciente, como lo destaca el Técnico *“... el seguimiento en lo que es el desarrollo que más allá del aspecto de crecimiento y de la nutrición, que eso es muy importante, todo lo que es el desarrollo en todas las áreas, ir previniendo antes de que aparezcan alteraciones en gurises que tienen factores de riesgos tanto orgánicos como ambientales e ir orientando para que, bueno, de aparecer dificultades que sean detectadas lo antes posible, que sean intervenidas lo antes posible, eso me parece que son la fortaleza de SERENAR.” (Técnico N° 3)*

SEREBBNAR cuenta con varios centros distribuidos en diferentes lugares del país, como ser la periferia de Montevideo y en varios Departamentos, lo cual es beneficioso para las familias que necesitan utilizar el servicio.

“Los aspectos positivos es que el Ministerio de Salud haya tomado el programa como una necesidad del País que estos niños tengan que ser seguidos ¿no? y que hoy por hoy estén instaladas 10 unidades, o sea, es la concientización a nivel nacional de que esto era una necesidad, eso me parece que es lo más importante, esa es la gran fortaleza, debilidades yo le encuentro por todos lados.” (Técnico N°2)

La progresiva descentralización y desagregación del servicio de la Central de SERENAR ubicada en el Hospital Pereira Rossell, a favor de las Policlínicas barriales en Montevideo y/o en el Interior, favorece la generación de una respuesta comunitaria integral coordinada. Esto surge dado que el usuario de SERENAR reside en el entorno donde se encuentra inserta la policlínica, por lo que tiene derecho al acceso de prestaciones que brindan instituciones radicadas en la zona las cuales están integradas en redes comunitarias. *“Yo creo que sí, porque mira lo que nos pasa, nosotros en la Unión estamos relacionados con todos los CAIF de la zona, nos derivan niños, nos llaman, vamos al CAIF ...”* (Técnico N°1)

Progresivamente se ha comenzado a dictar cursos de formación para Educadores en los Centros CAIF, habiéndose materializado uno de ellos en el que está ubicado en la Unión, éste nuevo servicio que presta el Programa, nos lo informa la: *“Pensamos ya desde el año pasado hacer cursitos para los CAIF y los padres, pero nos ha costado, hemos hecho 3, formamos a psicólogos en los factores de riesgo del niño y como tiene que ser el desarrollo, cosas bien básicas estuvimos trabajando. La idea era desarrollar herramientas para las educadoras del CAIF para así poder transmitirlo a los padres y trabajar en conjunto.”* (Técnico N°1)

Hagamos ahora el mismo análisis, pero para señalar las debilidades; entre ellas se encuentran por ejemplo:

Los integrantes del Programa son insuficientes, lo que no permite una adecuada respuesta a las demandas, en aspectos cuantitativos y cualitativos, ya que no se logra la imprescindible captación de todos los niños en riesgo ni tampoco se realiza un buen seguimiento del paciente y de su familia. *“Los aspectos positivos es que el*

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Ministerio de Salud haya tomado el programa como una necesidad del País que estos niños tengas que ser seguidos ¿no? y que hoy por hoy estén instaladas 10 unidades, o sea, es la concientización a nivel nacional de que esto era una necesidad, eso me parece que es lo más importante, esa es la gran fortaleza, debilidades yo le encuentro por todos lados.” (Técnico N°2)

Esta falta de recursos humanos se visualiza especialmente en profesionales de las disciplinas de enfermería, trabajo social, magisterio, etc. *“...la debilidad que tienen es la falta de técnicos que a mí me parece que son importantes, esa sería la debilidad...” (Técnico N°2)*

“Me parece que esas son disciplinas que tienen que estar, lo que es enfermería y lo que es un asistente social...” (Técnico N°3)

De lo expresado por los entrevistados citados, se constataría la existencia de una debilidad para la implementación del programa, caracterizada por estas carencias de varias disciplinas que no pueden ser sustituidas por prácticas honorarias únicamente.

Otra consecuencia indirecta de lo señalado anteriormente, son las largas esperas de los pacientes, un tema no menor, ya que hablamos de niños de poca edad que ante la demora en la prestación del servicio, se cansan, lloran tienen apetito o sed, etc. *“Con respecto a las carencias y si vamos a analizarlo como una pirámide, tendríamos que ir más arriba porque no podríamos estar esperando tanto para ser atendidos, nosotros hacíamos 60 km para llegar, teníamos que salir a las 6 de casa para llegar al número, a las 8 de la mañana, y después esperar hasta 3 horas.” (UsuarioN°1)*

Es justo destacar que desde hace unos meses se implementó asignar la hora de atención, priorizando a los niños que concurren por primera vez o sea los recién nacidos, en horarios más benignos como lo son las horas centrales de la mañana

(de 10 a 11hs)

Como en otras instituciones, aquí también se constatan carencias en materia de la generación de registros estadísticos y por tanto limitaciones en materia de evaluación del Programa *“Sí, todo lo que tiene que ver con los registros, estadísticas, sacar resultados, conclusiones, todo eso también ha sido... todo es el aspecto administrativo pero de registro para hacer después a posterior evaluación, siempre ha sido muy costoso... porque o no contamos con los recursos técnicos a nivel de computación o lo que tenemos no alcanza o no es del todo bueno pero cada vez que hay que hacer como una valoración del trabajo que hemos hecho en eso siempre muy difícil, muy trabajoso y creo que no se llega realmente a resultados que sean compatibles con la realidad. Como que hay un sub-registro que no se pueden sacar conclusiones por lo menos con los equipos que contamos ahora”* (Técnico N°3)

Si bien en todos los órdenes de la vida el enfrentar una situación nueva genera cierto grado de stress para quien lo vivencia, esto se ve potenciado cuando familias que presentan importantes limitaciones sociales, culturales, económicas, etc., se ven en un cara a cara con un grupo de profesionales que no conocen.

Esto surge del relato no sólo de los usuarios, sino también de los integrantes del equipo, lo que demuestra una similitud de criterios al respecto: *“Quizás lo que faltaba a veces es que yo no sabía con quien estaba hablando, porque se olvidan de presentarse, entonces yo las miraba y me preguntaba si me están preguntando casi lo mismo porque la otra pregunta lo mismo con otras palabras, y ahí me daba cuenta que faltaba que se presentaran.”*(Usuario N°: 1)

Al respecto el técnico expresa la *“...primera entrevista, que me parece fundamental y que no siempre se da, a veces es muy a lo loco, muy a las apuradas por la sobrecarga o*

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

porque no hay alguien especial para ese momento la primera entrevista de ese recibimiento. En los casos que lo has hecho vos Soledad bueno hay todo un trabajo previo porque hay un tiempo que vos te pudiste tomar que de repente cuando llegan a la consulta, nosotros le explicamos rapidito, somos SERENAR y ahí le damos la explicación más rapidito.”(Técnico N°3)

Otro aspecto a solucionar, son las dificultades en la comunicación que sufren los pacientes y técnicos, ya que los primeros deben comprender términos técnicos que no son de uso popular, incluso en algunos casos se han declarado analfabetos. Y los profesionales enfrentan el problema de no tener certeza que se entendió lo planteado durante la consulta. *“A veces se le habla a los padres en un lenguaje que no es el adecuado, que no comprenden y ahí otra cosa que aprendemos es que la gente se va sin entender nada...” (Técnico N°1)*

Una debilidad, muchas veces difícil de detectar por parte de la institución, es que el usuario no retiene los nombres y fundamentalmente las especialidades, más aun en un Programa, en que los conoce al mismo tiempo. Al respecto nos manifiesta una usuaria que: *“Quizás lo que faltaba a veces es que yo no sabía con quien estaba hablando, porque se olvidan de presentarse, entonces yo las miraba y me preguntaba si me están preguntando casi lo mismo porque la otra pregunta lo mismo con otras palabras, y ahí me daba cuenta que faltaba que se presentaran.”(Usuario N°1)*

El necesario abordaje no sólo multidisciplinario sino también en la mayoría de los casos interinstitucional, se ve severamente limitado en éste último aspecto, en lo concerniente a los usuarios del Programa SERENAR que concurren a la unidad ubicada en el Hospital Pereira Rossell, ya que generalmente no pertenecen a ese barrio incluso en oportunidades ni siquiera residen en el departamento de Montevideo.

“Y bueno a su vez, creo que también en lo que es las redes hay dificultades. Si bien eso es

una ventaja y hay que irlo construyendo, no es algo fácil. Estar conectados con los pediatras de la zona, con los diferentes centros a nivel estatal, todo eso me parece muy dificultoso si bien creo que se ha hecho camino y que ha mejorado pero creo que en eso hay que trabajar más.”(Técnico N°3)

En cuanto a las amenazas se encontraron 3 en las entrevistas realizadas, si bien aparentemente resultaría entonces un número pequeño, creemos que hay aspectos que no son mencionados por parte de los informantes calificados o usuarios encuestados; existiendo probablemente en la detección una similitud con las oportunidades.

Cuando se aduce que no existe cultura del trabajo se hace referencia a que han pasado ya por generaciones que no han tenido acceso al mercado laboral. *“Existen patologías diferentes por ejemplo en la población de la Unión esta se caracteriza por ser pobres, casi indigentes, han pasado generaciones en la pobreza sin posibilidades, sin el acto del trabajo yo creo que eso es muy fuerte” (Técnico N°1)*

Concatenado al tema anterior se encuentra el no beneficio social, dada la no formalidad laboral no reciben asignaciones familiares, ni tienen acceso a centros como el de fisioterapia o estimulación temprana a los que si llegan aquellos insertos en empleos formales.

Una grave amenaza que incide negativamente para una mejor prestación del servicio, es la frecuente falta en la concurrencia del padre a la consulta, siendo su etiología muy variada, como lo señala uno de los técnicos entrevistados *“Es tan importante, pero nosotros vemos mucho la deserción del varón, cuando llega el padre a la consulta es un placer verlo porque se interesa, lo cambia, lo cuida, pero prácticamente es una figura ausente, porque trabaja, porque no está, o porque está preso...”(Técnico N°3)*

Si bien en muchas oportunidades por las razones que expone el profesional, la modificación de esta ausencia escapa a las posibilidades del Programa, se constata que a diferencia con otras instituciones incluso con el propio Hospital Pereira Rossell, SERENAR procura integrar y responsabilizar al padre.

Pero como plantea las Lic. Fernanda Methol debemos cuestionarnos: ¿no es el mismo sistema de salud el que exige la presencia en la consulta de la figura de la materna y no impone la misma responsabilidad y compromiso al padre? *“...está ausente de la cabeza de los técnicos, porque no es esperado que venga el papá, esperamos que venga la mamá y entendemos que debe venir la mamá y cuando viene el papá solo con el bebe le decimos ¿Y la mamá? Y no hacemos el revés, cuando viene la mamá sola con el bebe no le decimos ¿y el papá porque no vino?. Estaría buenísimo que preguntáramos siempre que nos habituáramos a entender como necesario y como normal que vinieran los dos o alguien que la mujer quisiera que la acompañara. Y nosotros embromamos con el tema de las dos sillas, en consultorios hay una sola silla y es para la madre, no hay 2 sillas, no hay espacio físico para que venga con otro.” (Methol: 2010)*

Finalmente se pudo comprobar y fundamentar que no se verificaron diferencias entre los diversos actores en relación a las fortalezas y debilidades especialmente. Salvo en lo atinente a su visión sobre las ventajas o dificultades que se generan a raíz de la prestación del servicio en forma centralizada en el Hospital Pereira Rossell en contraposición con la atención en las Policlínicas con que cuenta SERENAR en Montevideo e Interior.

En el primer caso, se enfatiza sobre el hecho de que el prestar servicios en un centro hospitalario caracterizado por su especialización en materia de pediatría,

jerarquiza la figura de los profesionales, hecho que motiva al responsable del núcleo familiar a llevar a su hijo allí.

Así como también al requerir otros estudios complementarios que se realizan en el citado Centro Asistencial, por tratarse de recién nacidos, facilita el acceso y la concurrencia a realizarse los mismos, al estar unificados espacialmente. *“En el hospital sienten los padres como esa cosa en la que van a tener todo (...) el Pereira es algo importante me parece por eso, porque le da una seguridad el hecho de ir al Pereira por más que después protesten y tengan que dar ochenta mil vueltas y espera un montón de horas y todo pero el hecho es el efecto que tiene el Pereira.”* (Técnico N° 3)

En lo personal considero que otro factor que favorece la presencia de la familia en la consulta es su ubicación geográfica, ya que se encuentra en un punto estratégico en materia de locomoción departamental e interdepartamental.

Por otro lado varios de los profesionales que integran SERENAR, han destacado que la prestación del servicio en el barrio donde reside el usuario, situación propia de las Policlínicas, facilita el acceso del mismo a las redes sociales, así como la consecución del positivo relacionamiento cara a cara, lo que permite un mejor conocimiento y seguimiento del núcleo familiar.

“En el Pereira es una “Torre de Marfil” eso estaría bueno planteárselo a Cristina, yo creo que no tienen esa posibilidad de integrarse con las redes sociales de la zona.” (Técnico N° 1)

“Yo creo que se logra mejor seguimiento y acercamiento con la gente, que en las unidades que no están centralizadas acá en esto como un hospital del 3er. Nivel.(...). la unidad acá en el Pereira Rossell no debería seguir funcionando, no debería, no es la idea tampoco, esto se queda acá, la unidad por un tema locativo, no había donde localizarlo en otro lado, pero una de la próximas acciones creo que es salir de acá del Pereira Rossell ” . (Técnico N° 2)

“...tenemos que estar donde está el problema no acá. Digo esto es como el Pereira Rossell, es lo máximo, donde están todas las especialidades. Nosotros lo que hacemos es bajamos una especialidad, como es la neuropediatría, como un apoyo del 1er. Nivel, entonces no

podemos, es una contradicción estar acá dentro. (Técnico N°2)

Capítulo III

Propuesta de intervención del Trabajo Social

3.1-Análisis del Trabajo Social ayer y hoy:

Como profesión que interviene en la sociedad, su estudio no puede escapar de los momentos históricos que vivencia la sociedad, ya que nuestra disciplina es parte de ella y a su vez en ese devenir, también es condicionada y modificada por las condiciones socio políticas imperantes.

Esto se visualiza claramente, en el pensamiento de la Lic. en Trabajo Social Elizabeth Ortega, cuando señala: *"...cualquier estudio con pretensiones explicativas sobre el espacio profesional del servicio social no debe realizarse en forma aislada de la sociedad de que forma parte y de la que constituye una expresión"* (Ortega:2008:191)

Es así que el proceso histórico que nuestro país experimentó desde fines del Siglo XIX, generó alteraciones a nivel económico, productivo, social y político especialmente, que fueron constituyendo el Uruguay moderno.

Los problemas emergentes en ése conjunto de áreas, constituyeron la denominada "cuestión social", ante los cuales se buscó dar respuesta en lo atinente a la salud con la propuesta denominada "higienismo". Como ya hemos visto previamente, éste determinó la sustitución de la religión por la ciencia y del cura por el médico, lo que favoreció el progresivo reemplazo de la caridad por la asistencia pública.

Es entonces en el proyecto político del primer batllismo, en el que el Estado laico, consolida su predominio, generando acciones en el campo de la salud, de carácter preventivo, curativo y también de control social.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

En éste entorno se crean los cimientos del Servicio Social, favorecido por una constante institucionalización, en la que se pueden señalar aspectos de género en su constitución, ya que la mujer es netamente predominante, pero también de status, dado que nace subordinada en el campo de la salud al médico.

Producto entonces de ésta necesidad de dar una respuesta técnica en el campo de lo social, se favoreció la integración e intervención de agentes no médicos. Surge entonces la creación de la escuela de formación de las “visitadoras sociales de higiene”, que tenían la responsabilidad en tareas de prevención, información, educación y convencimiento en los lugares donde los ciudadanos desarrollaban sus actividades.

Este rol especialmente ligado al campo de la salud, determina que *“Como hipótesis fundamental se entiende que el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad”*. (Ortega:2008;19)

Progresivamente a partir de la década del 40, se conforman y materializan acciones sociales tendientes a la prevención y promoción de la salud, lo que exigió la apertura de nuevos centros, herramientas indispensables para la implementación de las políticas sociales previstas.

Pero es afines de los cincuenta, que ese Estado batllista centralista, interventor en lo social entre otras áreas, sufre un estancamiento productivo que determina un progresivo recorte de los programas sociales, que hace eclosión durante la dictadura militar de los setenta y parte de los ochenta.

Al modificarse la “cuestión social”, nuestra profesión no escapa a esa crisis, debiendo hacer frente a las situaciones derivadas de la pérdida de empleo, baja de sueldos, trabajo informal, todo lo que provoca el nacimiento de nuevas reivindicaciones sociales y demandas concretas y por tanto un rol “concientizador”

por parte del Trabajador Social.

Este nuevo posicionamiento potencia el tradicional rol pedagógico-educativo, generando en los beneficiarios de los diferentes servicios, nuevas capacidades para enfrentar los cambios, a éste respecto señala Espíndola que: *"Implica por tanto, invertir en el desarrollo de potencialidades y capacidades intelectuales, organizativas y afectivas."* (Espíndola: 2003; 41).

Pero concomitantemente a nuestro juicio permanece la función de contralor y asistencial, ya que generalmente son de ésta dimensión las primeras medidas paliativas a tomar ante la demanda de acceso a los recursos de la comunidad y prestaciones variadas, como son los servicios especializados, que presenta el sujeto, grupo o comunidad.

En éste contexto es que el Estado disminuye progresivamente su grado de participación como agente exclusivo en áreas de la salud, seguridad social, educación, vivienda, otros, donde se produce también un cambio del papel del Trabajador Social.

Específicamente en el campo de la salud surge una visión innovadora, integradora de muchas teorías sociales, que motiva una imprescindible respuesta transdisciplinaria a la problemática, *"...para reconceptualizar a la salud como fenómeno social en sí mismo"*. (Arellano: S/d; 91)

3.2-Análisis del Rol del Trabajo Social en el campo de la Salud:

A los efectos de situar al Trabajo Social en el contexto actual del campo de la salud, debemos tener presente que ésta área escapa a la realidad que se percibía en Uruguay y en la región durante los 90. En éste período prevalecía una economía Neoliberal en crisis, caracterizada por restricciones en los gastos de inversiones públicas así como la reducción de los puestos de trabajo y el nivel de salario de los

trabajadores públicos y privados.

En los últimos años esta situación se ha ido invirtiendo, con un progresivo aumento de la inversión pública, significativa reducción del desempleo y crecimiento del salario real.

Concomitantemente se pretende modificar el plan de salud que generaba inequidades entre los usuarios del sector público y privado, con la implementación del Sistema Integral de Salud, desde los últimos 5 años el *“cual busca la universalización de la accesibilidad y calidad homogénea así como justicia distributiva en la carga económica que el gasto en la salud respeta para cada ciudadano”*.
(www.smu.org.uy)

Como plantea el Economista Daniel Olesker- actual Ministro de Salud Pública- la situación deficitaria que vive hoy dicho sistema especialmente a nivel mutual, se debe a los gastos muy altos en medicamentos, el uso irracional y poco planificado de técnicas estudio, pago de sueldos muy importantes para una pequeña parte algunos funcionarios, la inversión de la pirámide poblacional que llevo al envejecimiento de la población, etc. (ADASU s/d: 2)

La medicina actual es más compleja de lo que históricamente ha sido, consecuencia de diversos factores entre los que se encuentran la división del trabajo por jerarquías, las diferentes especialidades, conexiones inter institucionales-como por ejemplo los múltiples órganos de gobierno- nacional e internacional, así como toda agencia que tenga relación con la problemática social. Esta profesión al igual que el Trabajo Social como disciplinas está en permanente cambio, en constante construcción existe un campo médico sanitario, con conocimiento experto, por ejemplo: epidemiología, medicina social, salud pública, etc.

El mismo problema tratado desde diferentes perspectivas técnicas -teóricas no será resuelto de la misma manera, o no se buscaran las soluciones óptimas. El ideal es

potenciar el trabajo con la unión de los diversos técnicos, cada uno aportando su preparación y experiencias abordando las situaciones promoviendo al mejor desempeño ante las mismas cumpliendo un rol comprometido, acompañando el proceso.

3.3- El Trabajo Social hoy en la Salud:

Luego de las evaluaciones realizadas con respecto al Trabajo Social y a la Salud, se hace pertinente ahora relacionarlos.

¿Cuál es el rol del Trabajo Social en la Salud de hoy? .Se han logrado avances con respecto a la inclusión del Trabajador Social en el área de la salud, pero aún queda mucho por hacer, como por ejemplo conseguir una mayor inserción de éstos con carácter permanente en los equipos.

Incluso como bien nos expresa la Licenciada Elizabeth Ortega, en la entrevista que a los efectos de éste trabajo le realizáramos, se está dejando de efectuar acciones propias de nuestra profesión como ser la entrevista domiciliaria. Esto se explicaría de acuerdo a lo planteado por la entrevistada cuando expresa que en la interna de la profesión: *“ Creo que existen estereotipos y cuestiones que nos hacen dejar campos que son nuestros y dejaron de ser fueron nuestros por prejuicios, como por ejemplo las visitas domiciliarias, porque se asemeja a la Visitadora Social, algo “retrogrado”, “malo”, y por eso ahora no lo queremos hacer nosotros (...)Yo creo que hay espacios que se deben resguardar, que son muy ricos...”*.

Según lo establecido por el Plan de Estudios 1992, *“El Trabajo Social es una disciplina cuyo objetivo es la intervención en la resolución de problemas sociales de individuos, familias, grupos, unidades territoriales, organizaciones, movimientos sociales, en relación a su calidad de vida y sus potencialidades no resueltas, contextualizados en el marco de las relaciones sociales. Su intervención se realiza a nivel tanto disciplinario como interdisciplinario.”* (Plan de Estudios 1992; 1992:4).

Desde el Trabajo Social se debe promover la generación de una comunicación de ida y vuelta, en donde la persona se sienta estimulada a preguntar y se sienta respetada y respaldada, ser un nexo entre la familia del paciente, el médico y los otros técnicos.

Favoreciendo la acción interdisciplinaria, debemos fomentar la participación consciente y responsable del adulto a cargo del niño, que se concrete en la realización de los estudios y controles, suministro de las medicinas de forma continua y en los tiempos y dosis estipuladas, realizándole los ejercicios que se les enseñen para beneficiar el desarrollo motor del niño.

Nuestra profesión busca brindar herramientas para contribuir a, como nos aduce Nora Aquin ... *"el Trabajo Social debe construir ciudadanos e incentivar a los mismos para una participación activa en la sociedad"* (Aquin.:2003; 14).

Debemos informar y orientar sobre los derechos y las obligaciones de los integrantes del núcleo familiar, tendiendo a lograr un acuerdo en donde los profesionales puedan respaldar, apoyar y estimular, pero que el mayor promotor y actor fundamental del cambio sean los propios sujetos.

Promover el apoyo a las familias, en su más amplia concepción, mostrar que no es solo la situación económica por la cual se debe velar, sino que se tiene que brindar un marco referencial respetando los tiempos del niño y un estímulo constante, herramientas válidas para un adecuado desarrollo del niño.

Es justo recordar que aún se mantiene en muchas instituciones de salud, un trabajo social pasivo, poco comprometido y participativo, que sólo actúa como elemento derivador hacia los diferentes recursos de la comunidad. No estamos descartando ésta tarea profesional, que puede ser una respuesta muy válida ante la

problemática abordada, decimos que no se debe convertir en la única acción del técnico, aunque ese sea el rol que le determine la institución y profesionales de otras disciplinas de la salud.

Vemos entonces que la acción controladora característica en el surgimiento profesional, herencia de las denominadas “visitadoras”, progresivamente ha sumado acciones de promoción, investigación, coordinación, mediación, planificación, educación y otras.

3.4-Aporte del Trabajo Social al Programa SERENAR:

Todo ser humano tiene derecho a la salud, ésta se produce, se recupera y protege: *“se debe al cumplimiento de todas las condiciones determinantes para la: Producción, protección y recuperación de la salud.”* (Aquin.; 2003: 239).

Esto es lo que SERENAR pretende entre sus objetivos, especialmente en el área de la protección y recuperación de esos recién nacidos en situaciones de vulnerabilidad, hablemos de bajo peso, niños prematuros, convulsiones neonatales, apneas, mielomeningocele, APGAR menor a 3¹⁴, entre otros.

¹⁴ El **test de Apgar** es un examen clínico de neonatología, tocología, empleado útilmente en ginecobstetricia y en la recepción pediátrica, en donde el médico clínico pediatra o neonatólogo certificado realiza una prueba medida en 3 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisioanatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación baja al minuto que a los 5 obtiene unos resultados normales no implica anormalidad en su evolución. De lo contrario un recién nacido que marca 0 puntos de Apgar se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte. La palabra APGAR puede usarse como acrónimo o regla mnemotécnica recordando los criterios evaluados: **A**pariencia, **P**ulso, **G**esticulación, **A**ctividad y **R**espiración. La valoración de apgar debe medirse al minuto y a los 5 minutos para que se considere una valoración efectiva siendo el resultado normal esperado entre 8 y 9. Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 8 a 10 puntos. Si obtiene de 4 a 6 puntos su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y recuperación inmediata. Si es menor que 4, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos, y respiración asistida. Si la puntuación es 0, es muy probable que bajo un perfecto estudio clínico se le dictamine el estado resolutivo de muerte. (Apgar, V; 1953:260-267.)

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Si bien como hemos señalado el Proyecto SERENAR contempla desde su inicio la integración al equipo técnico de un Trabajador Social, su rol no estaba claramente definido, lo que me permitió delinear contribuciones al respecto.

Partimos entonces del fundamento que la misión del Trabajo Social es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, especialmente en lo atinente a la promoción de la infancia, reconociendo así sus derechos como sujetos sociales.

Al inicio del proceso de inserción en el Programa, desde la inclusión como estudiante avanzada de la Licenciatura de Trabajo Social, en cumplimiento de tareas honorarias, se conformó un relevamiento bibliográfico, entrevistas con profesionales participantes de las diferentes disciplinas y una observación del proceso de atención desde el ingreso de la familia a SERENAR.

Se pudo establecer en base a entrevistas con los técnicos del Proyecto, la observación de las demandas planteadas por las familias, la necesidad de una intervención temprana del Trabajo Social previa al estudio conjunto de la situación del paciente en una etapa primaria de contacto individual con la familia.

“El trabajador social que quiere llegar a conocer realmente la situación sobre la cual interviene tiene que superar el nivel de la demanda para identificar y precisar (...) las necesidades que la genera” (CELATS; 1983:109).

Es así que desde nuestro rol debemos descubrir las necesidades que hay por detrás de las demandas, tanto implícitas como explícitas, interpelando el discurso del actor, buscando respuestas y contestaciones en conjunto con éste; pues algunas veces la demanda inicial del usuario no es la necesidad real.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Es por eso que fue necesario considerar, que cada situación percibida forma parte de un todo, de una misma realidad la cual es única, donde cada hecho se encuentra relacionado uno con otro por lo que un determinado cambio en uno de ellos va a terminar inevitablemente repercutiendo en la totalidad, alterándola en su conjunto.

Entendemos que si el Trabajador Social al momento de intervenir toma en cuenta solo "recortes de la totalidad social" va a estar dando respuestas segmentadas, inmediatistas, realizando modificaciones parciales de la misma, sin llegar verdaderamente a la esencia de esta realidad.

En base a esto podemos definir el propósito de intervención como: Promover el acceso a los servicios (Programa SERENAR) de familias en situación de pobreza, en forma integral, estimulando a una continuidad y permanencia en el proyecto.

Durante este proceso, se constataron limitantes en lo atinente a la captación de los niños y sus padres que requerían de la atención temprana, por lo que era imprescindible generar el relacionamiento con el proyecto previo a su egreso de sala 8, donde el paciente se encuentra internado. Es justo señalar al respecto que dado la carencia de Trabajadores Sociales involucrados en el proyecto (hasta el año 2009 con el ingreso de un Lic. en T. Social), la responsabilidad del abordaje de la familia se centralizaba en el Neuropediatra, pese a ser una labor interdisciplinaria, en la que nuestra profesión, puede brindar un apoyo importante para la captación, concientización y participación de la familia desde el primer contacto de las mismas con el Programa.

3.5-Líneas de intervención:

Durante una entrevista con la Directora del Programa Dra. Scavone surge la posibilidad de incorporarnos al equipo de trabajo, en primer lugar se le planteo realizar una observación de campo para poder establecer en que podría apoyarse al equipo desde nuestra disciplina. Fue así que surgió un posible abordaje conjunto con el Neuropediatra, buscando mejorar la captación de los usuarios y el seguimiento del tratamiento de los mismos, lo que se consideró favorablemente. Empero, nos planteó que ante la carencia de personal remunerado sumado al volumen de trabajo ya existente, prefería que dedicáramos las horas que pudiéramos brindar al equipo trabajando con los pacientes ya derivados de sala 8.

Ante la imposibilidad de mantener la relación directa con el núcleo familiar, prepusimos un paliativo que podría colaborar para optimizar la captación pero también la continuidad en la concurrencia a los controles por medio-en una primera instancia-de una entrevista telefónica.

Este instrumento, se aplicaba en un menor tiempo y por tanto requería de un número más reducido de recursos humanos, posibilitando la generación de un vínculo temprano y permanente con la institución.

Dicha propuesta fue aprobada y recibida favorablemente por la directora del programa y por el resto del equipo, por lo que hasta el presente se está aplicando, habiendo producido una paulatina pero constante modificación del proceso previamente aplicado.

Con posterioridad, pudimos percibir, que la entrevista de la familia con todo el equipo técnico, aspecto propio de éste proyecto, que lo diferencia y enriquece en relación con el abordaje por especialidad, tradicional en nuestro país, concomitantemente, podía ocasionar situaciones comprometidas para esas

familias.

*“ Es visto, pero él no ve; objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación.”
(Foucault: 1976; 204).*

Esto se puede vislumbrar, si tenemos presente, que cualquiera de nosotros nos sentiríamos algo incómodos, si diferentes especialistas, estuvieran escuchado el relato del responsable del niño sobre aspectos íntimos, tales como si el embarazo fue no deseado, si tiene adicciones, si se realizó abortos, u otros que pueden parecer de menor magnitud-como ser la declaración de ingresos-(recordemos que las familias que estamos trabajando se encuentran en situación de pobreza en su mayoría, y que muchas veces se ocultan los verdaderos ingresos para poder acceder a ciertos beneficios).

En virtud de lo señalado, se planteó la necesidad de propender a la generación de un ámbito primario cara a cara con un Trabajador Social que en un marco de respeto a su intimidad, promoviera por parte de la familia la asunción de responsabilidades (como ser concurrir con asiduidad y puntualidad, con los estudios solicitados, realizar ejercicios que se requieran) pero especialmente la concientización de sus derechos(preguntar lo que no tengan claro y le produzca incertidumbre, saber que cuentan con el equipo en forma telefónica siempre que lo necesiten).

Esto no sólo fue compartido, sino que se nos brindo una clara muestra de confianza, dado el carácter de estudiante, permitiéndonos realizar entonces, la primera entrevista al ingresar la familia al proyecto, habiendo elaborado para ello una ficha social que releva datos sobre composición del núcleo familiar, educación, trabajo , vivienda , acceso a recursos comunitarios, otros.

Nos encontramos entonces ante la instancia de las preguntas más

Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo SERENAR

comprometedoras las cuales se deben realizar en un ámbito más reducido. Si bien es justo reconocer que ésta dinámica sólo se materializa el día de la semana cuando concurrimos, no así el resto de la semana en que ingresan otros niños, igualmente ha generado una respuesta positiva, favoreciendo el relacionamiento familia-institución y el seguimiento, aspectos señalados por los integrantes del equipo, minimizando así, el tiempo invertido en el encuentro con el equipo.

Ello se complementa con la necesaria coordinación con otras instituciones, que realiza el Trabajo Social, acercando y orientando a la familia hacia un dinámico ejercicio de sus derechos y deberes.

En algunas oportunidades, se han materializado entrevistas conjuntas con la Lic. en Psicología, complementando ambas disciplinas, en pro de un trabajo de apoyo a la familia de carácter más integral, que se inscribe en la estrategia general del proyecto.

En este último periodo estamos trabajando en conjunto con la Policlínica de prematuros buscando captar a la familia de los usuarios de SERENAR que fueron dados de alta y no volvieron a control

Concomitantemente mediante el denominado "Plan Aduana"¹⁵ se busca la recaptación de aquellos niños que llegaron al menos una vez a consulta a nivel nacional, pero por razones desconocidas para el equipo de SERENAR dejaron de

¹⁵ Actualmente el programa se desarrolla bajo los principios de coordinación intra institucional e interinstitucional entre los diversos efectores del sub-sector público. Articula los servicios hospitalarios del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), del Hospital de Clínicas, con el nivel central de SSAE, y los efectores de Primer nivel coordinados desde el Programa Aduana: Centros de salud de SSAE, Policlínicas Municipales (IMM) y médicos de Familia (UNAMEFA -MSP). Dicho programa tiene como **objetivo**: asegurar el control y seguimiento del recién nacido, asegurar el control y seguimiento del lactante, asegurar el control de la puerpera adolescente, mejorar las condiciones de salud de las adolescentes madres, promoviendo el auto cuidado y facilitando el vínculo con los equipos de salud, prevenir un nuevo embarazo no deseado en las adolescentes madres.

Programa aduana realiza labores de: Recepción de los listados enviados por los centros hospitalarios en soporte papel, se informa a las policlínicas dependientes de los centros, policlínicas municipales y médicas de Familia, los datos de las puerperas y recién nacidas referidas a esos efectores según su lugar de residencia, apertura de tarjetas de seguimiento por cada niño citado, realizar las visitas domiciliarias, control pediátrico, de enfermería, de nutrición y asistente social si correspondiera, del recién nacido ingresado al centro, seguimiento de los niños derivados en el mes, repitiendo visita domiciliaria de aquellos que no concurren, procurando su captación. http://www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf

concurrir y se carece de datos para contactarlos.

3.6-Líneas de intervención propuestas para desarrollar:

De lograrse la integración de nuestra disciplina al equipo del programa, con una disposición horaria similar a los otros profesionales, se deberían concretar otras acciones, que complementarían y potenciarían la labor ya iniciada.

En primera instancia, sería oportuno optimizar la captación temprana, realizando un trabajo conjunto con los Neuropediatras en Sala 8, promoviendo aún más la concientización en la familia del niño de la importancia de continuar el tratamiento indicado en forma ambulatoria pero con la continuidad, responsabilidad y participación necesarias.

De ésta manera, se estaría contribuyendo a la promoción y protección del niño, como lo establece específicamente el Art 21 del Código de la Niñez y de la Adolescencia:

“Es criterio rector velar por el desarrollo armónico de los niños y adolescentes, correspondiendo fundamentalmente a la familia y a los sistemas de salud y educación su seguimiento hasta la mayoría de edad, según el principio de concurrencia que emerge del Art. 7º de éste Código.”

En lo atinente al rol específico del Trabajo Social, consideramos necesario implementar la entrevista institucional con el servicio social en todos los casos que concurren por primera vez, en forma previa a la consulta con todo el equipo técnico.

Esto junto al primer acercamiento mantenido en Sala 8 nos permitiría brindar un marco de intimidad y apoyo a las familias, sin importar el día de ingreso del niño como hasta el presente, desempeñando un rol de nexo con la institución.

La acción profesional en los casos en que el paciente deje de concurrir o no asista con la continuidad requerida a SERENAR y/o en casos de malnutrición o no

concreción de estudios solicitados, se debería complementar con la entrevista domiciliaria. Al relevar la información in situ, se favorece especialmente una mejor integración del profesional con la familia y las instituciones públicas y privadas de la zona, incluso con otros familiares y referentes del niño.

La herramienta de la entrevista domiciliaria, representa a nuestro juicio una importante fuente de conocimiento directo del entorno del núcleo familiar asistido, que no se puede evaluar desde un escritorio. Además nos permite contar con una muy valiosa información para las demás profesiones intervinientes, siendo incluso muy valorado por la mayoría de los usuarios el hecho que un integrante del equipo de salud concorra a su domicilio.

Este rol integrador de nuestra profesión se ve claramente descrito en el trabajo de la autora Nora Aquin cuándo señala: "Los procesos en que interviene el Trabajador Social pueden facilitar la efectivización de la ciudadanía en tanto la profesión actúa en la integración de diversos aspectos de acciones y programas que vienen a atender un conjuntos diversificado de derechos" (Aquin; 2001:10)

Pero si resulta importante la generación de una comunicación fluida de doble vía con otras instituciones, consideramos que la misma se debe basar en la imprescindible coordinación previa intra institucional, especialmente en lo atinente a nuestra profesión con el Depto. de Trabajo Social del Hospital Perera Rossell.

Se propone también que progresivamente se vaya complementando la comunicación telefónica o escrita actual, por el cara a cara con los profesionales de otras instituciones.

Como claramente expresa Lucía Barroco "...no existen acciones personales, sino acciones profesionales de responsabilidad colectiva y pública, o sea, de responsabilidad del colectivo profesional, en su relación con la sociedad y con los usuarios de los servicios que

realiza" (Barroco; 2003:242-243).

3.7-Pertinencia de la propuesta de intervención del Trabajo Social en el Programa SERENAR:

El Trabajo Social se basa en un sistema de conocimientos teóricos y también prácticos, que buscan contribuir a la transformación de la realidad social; estableciendo vínculos con los diferentes sujetos comprometidos, y desarrollando así procesos de aprendizaje.

En dicho proceso reflexivo, se producen una serie de conocimientos, que además de ser de gran utilidad para las Ciencias Sociales, *"...encierran la posibilidad de ser incorporados por los sujetos y generar de este modo procesos de transformación, acrecentando la participación crítica y organizar de los mismos"*. (Claramount; 2003:10).

Cuando interviene en la sociedad el Trabajo Social puede valerse de un conjunto de procedimientos, técnicas, habilidades y actitudes que le dan un perfil específico a la profesión; existen múltiples modalidades de intervención, las cuales tienen determinado sustento teórico que le dan direccionalidad.

El Trabajo Social realiza aportes desde lo profesional y desde el conocimiento científico, pero en permanente intercambio con el saber cotidiano. Debe problematizar, cuestionar e interpretar aquello que aparece como natural, debe *"...formularse preguntas, buscar las múltiples definiciones y reconocer los sujetos de éstos, y los argumentos que sostienen (explícitos o implícitos), buscar relaciones entre fenómenos, etc., a partir de los cuales un acontecimiento deviene "problemas" que demandan algún tipo de intervención (o solución). E implica redefinirlo."* (Grassi; 1994:50).

3.8-Lineamientos para una reflexión crítica:

Si realizamos un abordaje al proceso histórico de nuestra profesión en el área de la salud, concluimos en que en los comienzos de la “medicalización”, la entonces visitadora social era un ayudante del médico, en relación de clara subordinación.

En el presente el proceso de integración como miembro del equipo de salud se ha consolidado, en virtud de dos grandes factores a nuestro juicio, la formación universitaria del Trabajador Social y la multicausalidad de la etiología de las enfermedades que ha determinado la especialización de los diversos técnicos del equipo de salud, sean estos médicos o no. A su vez, al crecimiento geométrico del conocimiento en las diferentes disciplinas se suma el de la tecnología aplicada a la medicina y el uso de las mismas, que impide el tratamiento por parte de un solo profesional, así sea un integrante imprescindible como lo es el médico.

Como claramente lo resumen Arellano y Peña *“Parafraseando a Sawyer, el estudio de los diferenciales de salud vistos como problemas socialmente producidos requerían de una interdisciplinariedad orgánica (citado en Bronfman, 2000:13) misma que se gestó y se consolidó en Latinoamérica” (Arellano y Peña:S/F; 292).*

Es así que en el caso específico de SERENAR, si bien en un principio ante la falta de experiencia de trabajo conjunto con el servicio social por carecer de un profesional en ésta disciplina, no estaban claramente determinadas las funciones a cumplir, las mismas se fueron proponiendo en forma conjunta, entre la suscrita y el equipo de salud.

En lo personal debemos destacar que se mantuvo siempre una actitud proactiva, que lejos de ser limitada o criticada, fue aceptada e incluso nos vimos motivados a buscar respuestas que dieran una solución más ajustada a las necesidades de los pacientes en el aspecto social.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Sí consideramos que se debe mantener una actitud de permanente reflexión y propuesta, en lo atinente al rol profesional en el área de la salud pero especialmente en el papel que debe cumplir el trabajador social, en el único programa que trabaja con ésta población de forma interdisciplinaria a nivel público y privado. A ello se suma para transformarlo en un verdadero desafío, que el programa SERENAR no sólo brinda atención a los usuarios, sino que también promueve espacios de discusión y produce material de estudio, generado en base a comprobaciones empíricas, en cuya realización colaboran todas las disciplinas.

En base a lo señalado, creemos que una pregunta que surge y cuya posibilidad de respuesta escapa no sólo a la suscrita sino probablemente a todo el equipo, es ¿Porqué no se ha instrumentado un servicio similar en otros centros públicos y especialmente en la esfera privada?

Esto será ¿porque implica en la praxis una gran dificultad, el no ingresar en el campo de las otras disciplinas, dado la integralidad de la labor que exige un programa de éstas características?

En lo referente a la importancia del ejercicio de la visita domiciliaria, consideramos que es imprescindible reflexionar no sólo sobre su valor como herramienta, que en lo personal consideramos válida, sino cuestionarnos especialmente sobre su aplicación y finalidad.

Como bien lo plantea Mario Quiroz “¿la visita domiciliaria es un procedimiento legal, policiaco y/o detectivesco?”(Quiroz: 1994; 49).

Para finalizar creemos oportuno generar unas líneas de reflexión acerca de la relación entre salud, enfermedad y pobreza.

Si bien la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y las normas internacionales sobre derechos humanos determina que se debe poder acceder al

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

“más alto estándar alcanzable” de salud, muchas veces esto no se alcanza en forma universal por la ausencia parcial o total de otro derecho necesario para su concreción que es el de equidad. (OMS: 2005; 55)

Es así entonces que si entendemos el concepto de equidad como el derecho y la obligación de la asignación de los recursos y al acceso a los servicios de salud en forma igualitaria ante necesidades similares, para todos los ciudadanos, correspondería preguntarnos si este objetivo ha sido obtenido en nuestro país.

¿En el presente ha sido el FONASA¹⁶ la respuesta válida para el acceso de todos los ciudadanos sin importar su nivel económico o social al “más alto estándar alcanzable” en materia de salud? ¿Es realmente una herramienta en la que sus pilares son la equidad y la solidaridad?

Y agregaríamos para una reflexión más específica y pragmática, ¿Cumple el sistema de salud con estos principios?, dado que por ejemplo en el caso de SERENAR, al ser sus beneficiarios usuarios de la salud pública, implica un gasto la derivación al mismo de los afiliados de las instituciones de asistencia privadas, que posiblemente limite total o parcialmente su ingreso al Programa.

3.9- Consideraciones éticas de la Intervención Profesional:

La determinación de los postulados éticos del Trabajo Social han estado ligados al devenir histórico, por lo que expresan respuestas profesionales a las crisis entre Estado- Sociedad, más aún en el presente, cuando vivenciamos e interactuamos, en un medio cada vez más diverso y complejo.

¹⁶ **ARTICULO 1º.**- Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la presente ley.http://www.bps.gub.uy/Documentos/Normativa/0998_Ley%2018.131_FONASA.pdf

Se suma a su determinismo histórico, su impronta social, ya que sólo el ser humano "...es capaz de acción con conciencia y libertad; siendo ambos atributos (o capacidades) específicos del ser social" (Barroco: 2003; 224).

En virtud de ello, sin desconocer la dependencia que el Trabajo Social tiene de las etapas de los procesos de generación y transformación social, se debe generar una actitud que tienda a la concreción de postulados progresistas, actitud que se ha visto claramente expuesta a partir de la década de los 80, de acuerdo a lo planteado por Netto "*La construcción del proyecto ético-político frente a la crisis contemporánea*". (Netto: 1997; 18-19)

Es así que nuestra profesión, desde su intención transformadora, debe contar con un proceso constante de reflexión, con cierta intensidad y con contenido teórico, que surge y a la vez nutre a la ética, brindando su especificidad al Trabajador Social. "*El trabajador social no puede apostar a un proceso de autoreflexión emancipadora de los sectores populares si el mismo no se somete a ese proceso de autoreflexión. Esto requiere de una (...) sólida formación teórico-práctica en la línea de una ética transformadora*" (Rebellato; 1989: 146).

Desde fines de la década del 60 los Trabajadores Sociales, han generado e integrado documentos como Araxà, en el que la dignidad, la esencia social y la perfectibilidad, son el fundamento para la intervención, conjuntamente con elementos ético-operativos a propender, tales como la libre expresión, el respeto por los valores y otros.

Así cumple un rol movilizador, en base a la integración y creación de vínculos hasta ese momento ausentes, logrando que muchos de los actores que en primera

instancia demandaban una acción de control, fueran adquiriendo una visión globalizadora, posibilitando la búsqueda de una respuesta ajustada a ella.

Por tanto en éste campo específico de la salud, se requiere una lógica que genere un desarrollo de relaciones de empatía de los prestadores hacia los demandantes del servicio y viceversa. De ésta manera, lejos de distinguirse unos de los otros, se irán integrando, pudiendo recíprocamente percibir y comprender al otro, con una comunicación en doble sentido, optimizando y humanizando la prestación del servicio.

Y en lo atinente específicamente al usuario, lograr un cambio en su actitud, potencia la plena conciencia de sus derechos pero también obligaciones, dando como resultado un valor agregado a sus demandas, para que se den respuestas en tiempo y forma, especialmente con el respeto que como persona merecen.

Consideramos necesario que el trabajador Social debe ir más allá de la emergencia, brindar recursos y herramientas para que las personas afectadas, puedan desarrollar una vida plena luego de haber atravesado situaciones traumáticas.

Para esto se hace necesario, a nuestro entender, contar con apoyo tanto a nivel institucional como social, creando estrategias de inserción a nivel educativo, laboral, etc.; donde el centro de cualquier institución sean los intereses de las personas y no los de la propia institución.

"El partir del enfoque de la ética que apuesta a la transformación de la realidad más que a la mera adaptación a la misma, supone una apuesta a la creatividad pero también genera un buen margen de inseguridad. Si tuviera todo dado y solo tuviéramos que valernos del código de ética, y ver si lo que está en cuestión se ajusta o no a él y, de lo contrario castigar, sería facilísimo, pero ese no es nuestro cometido. " (Dotti: 2002; s/d)

Capítulo IV

Reflexiones Finales

A lo largo de ésta tesis de grado, hemos intentando reflejar los aspectos más importantes de tres años de trabajo voluntario como estudiante en el Programa SERENAR.

A los efectos de posicionarnos entonces en ésta praxis pre profesional, elaboramos un estudio del devenir histórico del Trabajo Social y su dialéctica, en el campo de la salud en nuestro país.

A nuestro juicio surge claramente la modificación en lo atinente a rol y status profesional que ha vivenciado nuestra disciplina, desde la etapa denominada higienista, signado por una posición dependiente e incluso subordinada al médico, hasta el presente en la que surge como un integrante más del equipo técnico, con un área de trabajo claramente determinada y reconocida.

Consideramos que existen dos ideas centrales, la importancia del Trabajo Social en un abordaje integral del paciente, de su familia, la apertura y consolidación del rol de nuestra disciplina en el equipo de SERENAR, en una experiencia única en el campo de la salud en nuestro país, por las características atípicas de prestación del servicio.

Resulta importante recordar el recorrido temático que hemos planteado en esta tesis de grado, que se inició con el estudio del trabajo social en los primeros años del siglo XIX, en la que la función era básicamente de colaborador del cuerpo médico en el control y cura del paciente.

Hemos señalado durante el desarrollo de la tesis, la necesidad de situar el análisis de la evolución profesional condicionado a los factores de espacio y tiempo, ya que la disciplina si bien actúa en la sociedad, también es influida por el contexto socio político de la época y el ámbito institucional donde se desarrolla.

Vemos entonces que partiendo de una visión centralizadora, asistencial y curativa, a nivel institucional, la Visitadora social era un agente muy útil para el control no sólo del paciente sino incluso de la familia de éste, cumpliendo un rol dirigista en una estructura verticalista.

Progresivamente esto se fue modificando, en base a una descentralización y relativa desagregación de las funciones a nivel de los grandes centros de salud, en favor de las policlínicas barriales, facilitando el acceso al paciente y a su familia, especialmente las más vulnerables. ¿Por qué? La respuesta podría encontrarse en el cambio de esa posición dirigista y de control a una preventiva y participativa en base a procurar por parte de la institución, una actitud responsable e informada del núcleo familiar del paciente.

Se suma a ello la progresiva necesidad de trabajar en equipo, en virtud de la especialización médica y del surgimiento de nuevas disciplinas relacionadas con la tecnología, que se aúnan a otras tradicionales como desde principios del S XX era el Trabajo Social.

Concomitantemente el rol profesional entonces adquirió una perspectiva diferente, ya que sin dejar de realizar un control, desarrolló una función educativa promocional, basado en que el sujeto es un actor social protagónico y no un mero receptor de las Políticas Públicas.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Todas estas modificaciones, responden a su vez también a las nuevas estructuras familiares e incluso a la necesidad de optimizar el uso de los recursos materiales y humanos existentes, a los que muchas veces no accedían los potenciales beneficiarios.

En el Capítulo II específicamente, hemos descrito el trabajo desempeñado en SERENAR donde si bien se ratifican los cambios generados en el campo de la salud y del trabajo social, también podemos afirmar que algunos aspectos propios del siglo pasado se mantienen.

Esto se visualiza claramente si abordamos el rol que se le asigna al padre del paciente, no sólo en sus responsabilidades familiares sino que incluso institucionales. Surge de las entrevistas con los técnicos del Programas, con la Lic. Methol y también de la experiencia personal, que no se le exige al padre una actitud participativa y responsable, dando en cierto sentido por normal la no presencia de él en las consultas y entrevista.

Resulta muy importante favorecer un cambio en la actitud del profesional y del resto del núcleo familiar para lograr un rol activo y responsable del padre del beneficiario, en la que consideramos que el Trabajador Social es un agente promotor importante.

Además al estudiar las causas más frecuentes de ingreso a SERENAR, se destaca con 22% del total, el riesgo social generado por madres consumidoras de sustancias psico activas, madres con diagnósticos de patologías psiquiátricas, madres adolescentes, siendo el promedio educativo del núcleo familiar entre 4 y 7 años de estudio únicamente.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

Por lo tanto una vez más es necesario destacar el rol que debe cumplir los profesionales de las Ciencias Sociales y especialmente el Trabajador Social no sólo en su función de educación y promoción, sino de coordinador a nivel intra y extra institucional, potenciando el adecuado uso de los recursos de la comunidad.

Hemos procurado desarrollar en el Capítulo III, algunas propuestas de intervención, basadas en que la misión del Trabajo Social es facilitar a las personas el pleno desarrollo de sus potencialidades, más aun en lo que respecta a la acción promotora en materia de infancia, por lo que resulta imprescindible una intervención temprana

La dignidad, la esencia social y la perfectibilidad, deben ser el fundamento que guie la intervención, procurando la presencia de elementos ético-operativos, especialmente una comunicación respetuosa en doble sentido, respetando los principios y valores del otro.

También corresponde señalar el rol movilizador de nuestra disciplina, por lo que fiel a ésta función presentamos para su estudio y discusión dos propuestas, una que apunta a brindar una oportunidad similar a la que tuvimos en SERENAR y otra que permitiría diversificar el innovador sistema de prestación de servicios a otros sectores vulnerables de la sociedad como lo es el adulto mayor.

En primera instancia entonces, sugerimos y de considerar pertinente las partes, nos ofrecemos a participar en la instrumentación y ejecución de prácticas de los estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social en SERENAR. Esto permitirá a nuestros pares desarrollar una rica experiencia, en un ambiente de respeto y valoración de nuestra función y al Programa lo dotaría de personal especializado, fundamentalmente en las Policlínicas, donde no cuenta con esta disciplina.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

En segundo lugar, proponemos se instrumente en base a talleres, mesas de discusión, coordinaciones interinstitucionales e interdisciplinarias, otros, la difusión y posible puesta en práctica en otras instituciones, del sistema de abordaje conjunto en un tiempo y espacio común que se aplica en SERENAR.

Especialmente, consideramos que resultaría sumamente útil en los centros de atención de adultos mayores, para los pacientes y familiares.

Se funda esta propuesta en la necesidad de generar e instrumentar un diagnóstico y tratamiento rápido e integral, dado la complejidad que generalmente presentan las patologías en edades avanzadas.

Deberíamos evaluar el profundo cambio que se daría en la respuesta institucional, favoreciendo la calidad de vida en esta etapa, potenciado por un mejor, más completo y rápido estudio del paciente, que incluso podrían disminuir los costos operativos de las instituciones.

Estas dos propuestas que han surgido de esta rica experiencia desarrollada en SERENAR, no sólo se plantean como elementos de enriquecimiento intelectual de nuestra tesis de grado, sino que su objetivo prioritario es sembrar en los decisores institucionales, alternativas para el mejoramiento de la prestación de los servicios a nivel universitario y de los centros de salud.

Bibliografía

Textos utilizados

- Acosta, L. (1998). **Modernidad y servicio social: un estudio sobre la génesis del servicio social en Uruguay**. Brasil: Ed. Cortez
- Andreoni, D. (1988). **Curso completo de Sociología**. Uruguay: Ed. Técnica Srl.
- Aquín, N. (2003). **Entorno a la ciudadanía. Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social**. Argentina: Ed. Espacio.
- Apgar, V.(1953). **A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant**. EEUU: Department of Anesthesiology.
- Arellano, O. (2006). **Tratado Latinoamericano de Sociología. Salud y Sociedad: Aportaciones del pensamiento Latinoamericano**. México: Ed. Anthropos.
- Barroco, L. (2003). **Los fundamentos socio históricos de la ética**. Brasil: Ed. Cortez.
- Bentura, C. (2006). **Trabajo Social en el campo de la salud. Un desafío académico**. Uruguay: DTS.
- Carvalho, R. (1984). **Relaciones Sociales y Trabajo Social**. Perú: Ed. Celats.
- Cillero, M. (1983). **Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios**. Uruguay: s/d
- Claramunt, M. (2005). **Explotación sexual comercial**. Uruguay: DTS, FCS, Udelar.
- De Martino, M. (2001). **Políticas Sociales y Familia: Reflexiones y Desafíos. 5º Encuentro Nacional de Educadores y Educadores Sociales**. Uruguay: DTS, Udelar.
- Filgueiras, C. (1996). **Sobre revoluciones ocultas: La familia en el Uruguay**. Montevideo: Ed. CEPAL.

- Foucault, M. (1976). **Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.** España: Ed. Siglo XXI, Vigésimo Tercera.
- García, S. (2008). **Protección especial en el campo de la infancia y la adolescencia. Cambios y continuidades en las políticas de infancia en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.** Uruguay: Cuadernos de la ENIA.
- Jelin, E. (1998). **Familia y unidad domestica: mundo político y vida privada.** Uruguay: Ed. Estudios Cedes.
- Kosik, K. (1967). **Dialéctica de lo concreto.** Mexico: Ed.: Grijalbo.
- Netto, J. (1997). **La estructura sincrética del Servicio Social. Capitalismo monopólico y Servicio Social.** Brasil: Ed. Cortez.
- Ortega, E. (2008). **El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neoballista.** Uruguay: Udelar, Ed.: Trilce.
- Pastorini, A. (2001). **La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad.** En temas de Trabajo Social: debates, perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Montevideo: DTS.
- Portillo, A. (1993). **Ciudad y conflicto.** Montevideo: Ed. Compañeros.
- Porzecanski, T. (1993). **La formación profesional de los Trabajadores Sociales en América Latina.** Cuadernos de Trabajo Social, Instituto de Solidaridad Internacional de la fundación Konrad Adenauer, Lima S/d.
- Rebellato, J. (1997). **Ética de la autonomía.** Uruguay: Ed. Roca Viva.
- Rebellato J. (1989). **Ética practica social.** Uruguay: Ed. EPPAL.
- Vilas, C. (s/d) **De Ambulancias, Bomberos y Policías: La Política Social del Neoliberalismo.** **Desarrollo Económico**, Vol. 36. N° 144. En: De Martino, Mónica. Políticas Sociales y Familia: Reflexiones y Desafíos. 5° Encuentro Nacional de Educadores y Educadores Sociales.
- Zaffaroni, C. (1998). **Encuentros y desencuentros. Familias pobres y políticas**

sociales en el Uruguay. Uruguay: Ed. Unicef, Universidad Católica, Claeh.

Fuentes documentales

- Acosta, L. (2003). **Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social.** En: Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Uruguay: Cátedra de trabajo Social.
- ADASU, (2002). **Mesa de salud. Situación de la Salud en el Uruguay.** Documento de trabajo. Uruguay: Udelar
- ADUR, (2006). **La reforma de la salud en Uruguay, Ministerio de Salud Pública.**
- Bentura, C. (2006). **Trabajo Social en el campo de la Salud. Un desafío académico.** Montevideo: Udelar, DTS.
- Bentura, P. (1999). **El dilema entre el conservadurismo y la ruptura.** En: Revista de Trabajo Social, N°16. Montevideo: EPPAL.
- Barrán, P. (1993). **Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos.** En: Boletín de Consejo Nacional de Higiene. Chile: Escuela de Servicio Social de Santiago de Chile
- Cátedra de Neuropediatria. (2007), **Seguimiento de recién nacidos de riesgo.** Uruguay: MSP
- CELATS. (1983). **La práctica del Trabajador Social. Guía de intervención en la sociedad.** Argentina: Ed. Humanista.
- Claramunt, M. (2003). **Trabajo Social, Ciencias Sociales y formación universitaria: una aproximación para el debate** En: Librillo de Trabajo Social: El modelo Cíclico de Respuestas Articuladas como estrategia para garantizar la protección integral de derechos. Costa Rica: Oficina Internacional del Trabajo.

- VIII Congreso Nacional de Trabajo Social: (2000). Uruguay.
- Del Campo, Scavone, Ferro. (2008). **Guía nacional para el seguimiento de recién nacidos de muy bajo peso al nacer.** En : Archivos de Pediatría del Uruguay
- De Martino, M. (2001). **Políticas sociales y familia.** En: Revista Fronteras N°4. Montevideo: Ed. EPPAL
- Deus A: **Evolución de la concepción de la infancia en el Uruguay. Una mirada a través de la legislación** .En: Maestría Derechos de Infancia y Políticas Públicas.
- Dotti, L. (2002). **Ética y Poder.** En: Revista Regional de Trabajo Social. Desigualdad, ciudadanía y trabajo social. N° 26,Uruguay: Ed. EPPAL
- Flores, M (2004). **La intervención del Trabajo Social en el área de Salud Pública. Los espacios posibles.** En: Revista de Trabajo Social. EPPAL, n°31. Montevideo : Ed. EPPAL
- Franco, R. (1996). **Los paradigmas de las políticas sociales en América Latina.** En: Revista de CEPAL, N°58. Chile: Ed. CEPAL.
- González, C. (2000). **Revisando el proceso de construcción colectiva de la identidad profesional.** En: Revista de Trabajo Social N °20. Montevideo: EPPAL.
- Grasci, E. (1994). **La implicación de la investigación social en la práctica profesional del Trabajo Social.** En: Revista de Trabajo Social n° 135. Cataluña. Ed: RTS.
- Leopold, S. (2002). **Tratos y destratos, políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934 - 1973).** Tesis presentada a la URFJ para la obtención del título de Máster en Servicio Social. Montevideo.
- Mioto, R.(1997). **Familia y Servicio Social: contribuciones para el debate.** En: Servicio Social & sociedade. Año XVIII, N°55. Sao Pablo: Cortez edoatara.

**Aportes del Trabajo Social para la intervención con familias desde el equipo
SERENAR**

- M.S.P. (2009) **Programa de Seguimiento función del médico Pediatra.** En: Cátedra de Neuropediatría documento. Montevideo
- Mitjavila, M. (1998). **El saber medico y la medicalización del espacio social. Documento de trabajo** En: La medicalización de la sociedad. Montevideo: Udelar.
- Pastorini, A. (2003). **La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad.** En: Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Uruguay: Cátedra de trabajo Social.
- **Plan de estudios de Lic. en Trabajo Social** (1994). Uruguay: Depto de Trabajo Social ,Udelar
- Salleras. I. (1987). **Boletín de Información y documento Dedicado Sociedad urbana y salud.** En: Nuevas ideas y pensamientos S/d
- Sarachu, G. (2003) **Los procesos de problematización e intervención en Trabajo Social ante las transformaciones contemporáneas.** En: Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Uruguay.: Cátedra de trabajo Social.
- Sartiano,C: **Pobreza, Políticas Públicas y Políticas Sociales.** Facultad de Psicología. Argentina : Universidad Nacional de Rosario FLACSO
- Shiaffino, R. (1929) **Organización medico escolar en el Uruguay.** En: boletín del Instituto Americano de Protección a la Infancia. Uruguay. S/d
- Terra, C. (1995). **Un problema pendiente concepto y mediación de la pobreza.** En: Revista de Trabajo Social N° 1. Uruguay: Ed. EPPAL
- **Tratado de Pediatría.** (1994). Vol I. España: Ed. Espaxis.

Páginas Web y sitios consultados

- www.altillo.com. Recuperado, 28 de abril de 2010
- www.bps.gub.uy/Documentos/Normativa/0998_Ley%2018.131_FONASA.pdf. Recuperado, 12 de julio de 2010
- www.msp.gub.uy. Recuperado ,10 de octubre de 2009
- www.opp.gub.uy . Recuperado, 08 de mayo de 2010
- www.parlamento.gub.uy .Código de la Niñez y la Adolescencia. Uruguay 2004. Recuperado, 25 abril de 2009.
- www.parlamento.gub.uy/.../convenciones/conv16137.htm.Convención sobre los Derechos del Niño .Recuperado ,12 de febrero de 2010
- www.revistamad.uchile.cl/15/satriano.pd. Recuperado, 07 de Julio de 2010
- www.smu.org.uy Recuperado, 12 julio de 2010
- www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf. Recuperado, 27 de agosto de 2010
- www.reading.ac.uk/chemistry/ug/chem-ugcourses.aspx. Recuperado, 5 de octubre de 2010
- www.undp.org.uy/ Recuperado, 2 setiembre de 2009