UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Familias de seguimiento a niños de riesgo al alta hospitalaria

Florencia Herrera Saavedra

Tutor: Celmira Bentura

<u>INDICE</u>

Introducción
<u>CAPITULO I</u>
Diseño de investigación y metodología utilizada
CAPITULO II
2.1 Presentación del Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria. RAP – ASSE
2.2 Características de las familias captadas por el programa
2.3 Representación gráfica
CAPITULO III
3.1 Salud
3.2 ¿Cuándo podemos hablar de familias en situación de riesgo? 23
3.3 Nuevas familias y sus complejas características
<u>CAPITULO IV</u>
4.1 Familias objeto de la investigación y cuestiones de género 31
4.2 El trabajo como determinante en la vida de las familias37
CONCLUSIONES41
BIBLIOGRAFÍA
AEXOS49

INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta del proceso realizado en el marco de la elaboración de la tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales; Universidad de la Republica.

La temática seleccionada consiste en un análisis de la relación FAMILIA – RIESGO-SALUD en el Primer Nivel de Atención en Salud, tomando como población objeto de estudio las familias captadas por el Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria (Sigue Niños Uruguay) RAP - ASSE, quien desde la innovadora practica de medicina social en Uruguay y un exhaustivo labor interdisciplinario trabajan con población denominada de "RIESGO MEDICO Y SOCIAL", apuntando a la prevención y/o disminución del mismo.

En el primer capitulo se hace referencia al diseño de investigación y metodología utilizada, describiendo los objetivos planteados para llevar a cabo el proceso de investigación.

El segundo capitulo describe el Programa Sigue Niños Uruguay con el fin de comprender los objetivos de este equipo de trabajo y población a la cual realiza el seguimiento, describiendo características de las familias .que resultaron interesantes a destacar en el posterior análisis de los datos relevados.

El tercer capitulo comprende la descripción del referencial teórico; SALUD, RIESGO, FAMILIA, a modo de introducción en la temática y realizar una aproximación teórica pertinente.

En el cuarto capítulo se realiza el análisis de las determinaciones y mediaciones que atraviesan y determinan la vida de las familias objeto de estudio, profundizando en cuestiones como la exclusión social, el trabajo y las familias, éstas y el riesgo social y medico, como esto afecta la salud, el acceso a los servicios de salud, así como

también en cuestiones de género; como el rol fundamental que cumplen las mujeres en la aplicación de las políticas sociales de salud.

A modo de finalizar se exponen las conclusiones de la investigación y algunas reflexiones.

Este trabajo de investigación fue motivado por la inclusión como pasante de Trabajo Social en el Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria, y no unificación del concepto de riesgo en el ámbito de la salud.

CAPITULO I

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA UTILIZADA

Se partió de un "diseño de investigación; el cual refiere al plan o estrategia para responder a las preguntas de investigación. El diseño señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar los objetivos de estudio contestar las interrogantes que se ha planteado y analizar la certeza de la(s) hipótesis formuladas en un contexto en particular". En cuanto a la metodología utilizada fue necesario recurrir a un marco teórico y a herramientas correspondientes al mismo para posibilitar la aproximación a la esencia del fenómeno que se pretende estudiar, para ello se partió de una investigación de carácter exploratoria debido a que "este tipo de investigación es un ensayo teórico especulativo en el que se van a articular distintas interrogantes e hipótesis que suscitan del objeto de investigación planteado².

El objeto de investigación consistió en "Describir las características sociales especificas de la población captada por el Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria- ASSE"

En cuanto a la población objetivo de esta investigación, fueron las familias de los niños captados por el programa antes mencionado. Algunas de ellas fueron seleccionadas con el fin de realizar entrevistas y/o la de extraer datos relevantes, que permitieran realizar un análisis de las particularidades que hacen a la cotidianeidad y calidad de vida de dichas familias.

En función de los datos obtenidos se propuso el siguiente OBJETIVO GENERAL:

¹ Padua, J. El proceso de investigación. En "técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales". Ed. FCE. México. 1979: 28

² Sabatini, F. "¿Que es un Proyecto de Investigación?" Serie Azul nº 1. Santiago de Chile. 1993: 25

✓ Caracterizar las condiciones sociales de las familias que ingresan al Programa, indagando desde una perspectiva de riesgo las particularidades de las mismas.

Las Ciencias Sociales cuentan con diversas herramientas metodológicas que permiten abordar el problema de investigación antes planteado, considerándose conveniente en una primera instancia realizar una aproximación teórica sobre el programa de seguimiento, luego fue necesario ahondar bibliográficamente sobre familias, salud y riesgo.

Para una mejor aproximación al objeto de investigación me inserte en el programa, familiarizándome con el funcionamiento del mismo, con las personas que trabajan en el, revisando las historias clínicas, etc. sin duda alguna, la parte mas enriquecedora de este proceso fue el contacto con las familias captadas por el programa, donde a partir de este se desprendieron otras problemáticas que escapan a la temática de enfermedades, pero sin duda no escapan a la salud.

El ámbito de la salud sirve como "captor" y en base a esto el trabajo social actúa como conector entre la población y las redes sociales existentes, conectando e incluyendo a las familias en las mismas.

A modo de complementar el material teórico se realizaron una serie de entrevistas a algunas familias captadas por el programa; con el objetivo de indagar sobre las temáticas, trabajo, acceso a políticas sociales y atención de la salud de todos los miembros de la familia con el objetivo de ampliar el panorama familiar y establecer hipótesis sobre la relación FAMILIA – SALUD – RIESGO.

Para recabar información en lo que refiere al objeto de investigación, se recurrió a fuentes Primarias y Secundarias.

Fuentes Primarias, consistieron en:

-<u>Observaciones:</u> consistieron en observar la conformación de la familia, la vivienda, que actividades realizan, hábitos, actividades laborales

<u>-Entrevistas:</u> al director del programa, y a treinta (30) familias seleccionadas al azar, con el objetivo de obtener datos que contribuyan a dar respuestas a los objetivos planteados.

-Registro: consistió en el registro de datos como; características de las viviendas de las personas seleccionadas, edad de las madres, cantidad de hijos, situación laboral, acceso a servicios de salud y beneficios sociales, convivencia o no con sus parejas. Estos, datos extraídos de las entrevistas e historias clínicas, los que permitieron realizar el proyecto de investigación a modo de poder analizarlos y dar respuesta a los objetivos planteados

En lo que refiere a las **fuentes secundarias** utilizadas, estas fueron; historias clínicas, revisión de archivos del Programa de Seguimiento y datos recabados por profesionales del equipo de seguimiento, lo que proporciono insumos teóricos, que posteriormente permitieran el análisis de las determinaciones sobresalientes del proyecto de investigación.

CAPITULO II

2.1 PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS CONSIDERADOS DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA. RAP - ASSE



Uruguay posee la mitad de su población pediátrica por debajo de la línea de pobreza, habiendo presentando cifras de tasa de mortalidad infantil inaceptables con respecto a países de la región que poseen iguales características poblacionales y demográficas.

El debilitamiento de los vínculos intrafamiliares y las redes sociales, y en particular los pobres cuidados y estímulos en la primera infancia afectan el desarrollo integral de una parte importante de las generaciones de niños y niñas. Son estos los que luego sufren dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social, y en su pleno desarrollo de la ciudadanía³

"Es en la primera infancia (primeros 2 años), en donde se sientan las bases de todo el desarrollo posterior del individuo, desarrollo intelectual, emocional, físico inmunológico y social".

Según datos aportados por el observatorio de los derechos de la infancia y adolescencia en Uruguay (UNICEF – 2009), el porcentaje de niños en situación de pobreza fue casi nueve veces mayor al observado en las personas de 60 años o más, mientras que en el resto de los países de la región era de aproximadamente dos veces mayor.

Durante el período 2000 – 2004 la economía de Uruguay atravesó una fase recesiva, cuyo auge se vivió en el año 2002 dando inicio a una crisis social, económica y financiera. Con el ingreso del gobierno progresista en el año 2005, se inicia una reforma en el área de la salud, la cual se consolida en el año 2007 con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por medio de la ley 18.211. que propone garantizar la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad de los servicios de Salud.

³ PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS CONSIDERADOS DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA. Área Niñez y Adolescencia. RAP – ASSE. 2009

⁴ Evans, Myers. Medical Malpractice Attorneys in Pittsburgh Pennsylvania. 2000: 87

Se comienza a priorizar a la niñez y adolescencia como políticas de estado y es allí donde se inician los primeros pasos en la formulación del marco teórico y bases financieras para la creación del programa donde se desarrolló la investigación.

EL Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria, también conocido como "Sigue Niños Uruguay" es un programa perteneciente a ASSE (Aseguradora de Servicios de Salud del Estado) ya que se inserta dentro de la RAP (red de atención del primer nivel) con supervisión del Área Niñez y Adolescencia como uno mas de los programas en ejecución.

Se trata de un programa innovador en materia de medicina social, gestado a partir de la búsqueda de intervenciones que conllevaran a intentar mejorar las condiciones de vida de niños altamente vulnerables y así indirectamente disminuir la tasa de mortalidad infantil, que es la muerte de menores de un año de vida.

Los expertos en dicha temática observaron que dentro de la mortalidad de los menores de un año, un tercio de ellas se producía en hogares bajo la línea de pobreza y por causas prevenibles, se observó que muchas de estas muertes se producían en contextos familiares de extrema pobreza y de bajo nivel socio educativo. Desde el punto de vista de la gestión en salud también se observó que un gran porcentaje de los niños fallecidos habían requerido un alto gasto para el Estado, tanto desde lo económico como en horas hombres de cuidado⁵

Finalmente en el año 2009 se inicia el programa de visitas domiciliarias, el cual lleva hasta el momento un total de mil visitas médicas, enfocado a familias con factores de riesgo, procurando la disminución de la morbi-mortalidad infantil, los tipos de riesgo que se mencionarán mas adelante están incluidos en todos sus aspectos y mediante diferentes manifestaciones, ya que se considera que la población captada por este equipo de trabajo es vulnerable de sufrir algún tipo de riesgo que podría afectar el normal crecimiento y desarrollo del niño, y/o también la cotidianeidad de su familia o de algún miembro de esta.

⁵ Entrevista realizada al Creador y Director del Programa, Dr. Alvaro Medina (anexa)

Médicos pediatras realizan los controles domiciliarios, donde en la primera visita ya puede ser constatado "in situ" el grado de riesgo en que se encuentra el niño, este puede ser solo médico, ya que puede estar apoyado por un medio socio económico continente, puede ser también que este bien desde el punto de vista médico, pero las condiciones ambiéntales, problemáticas con algún integrante de la familia, indocumentación, no acceso a ciertos beneficios sociales o la nula o escasa inclusión en las redes sociales requieran de la intervención de este equipo, que apoya a la familia, guía y sirve como nexo en la inclusión en el entramado de redes.

Los pacientes son derivados del Hospital Pereira Rossel, Hospital de Clínicas, Policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo, Policlínicas barriales de ASSE, Centro Tarará Prado, Juzgados de familia, Cárcel de mujeres, INAU y excepcionalmente de dependencias de primaria y secundaria.

La inclusión o no al Programa, es discutida previa la visita al igual que las acciones a tomar frente a cada uno de los casos, ya que se deben cumplir con ciertos requisitos tales como: en recién nacidos (RN):

- 1. Menores de 1500gr.
- RN que haya requerido atención en una Unidad de Cuidados intensivo o Intermedio.
- Hijo de madre adicta a drogas psicoactivas.
- 4. Hijo de madre con patología psiquiátrica.
- 5. Hijo de madre Adolescente con poca o nula contención familiar.
- 6. Hijo de madre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otros hijos.
- 7. RN con antecedente de hermano/a fallecido antes del año.

En lactantes, niños y adolescentes:

- 1. Patología orgánica de dificil manejo que requiera el acompañamiento del paciente para su correcta conexión y seguimiento en el primer nivel de atención.
- 2. Paciente mal controlado (en cantidad o calidad).
- Paciente adicto/a a drogas Psicoactivas.
- 4. Paciente y/o cuidadores en situación de calle.
- 5. Paciente victima de trabajo Infantil y/o algún tipo de violencia (acción; omisión).
- 6. Cuidador/a adicto/a a Drogas Psicoactiva.

- 7. Cuidador/a con Patología Psiquiátrica sin contención social.
- 8. Hijo de madre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otro hijo.
- 9. Hermano fallecido antes del año.

Cada familia es informada telefónicamente acerca de la visita, el equipo multidisciplinario esta conformado por 10 pediatras, quienes realizan los controles domiciliarios y seguimiento telefónico, un medico coordinador, una secretaria, un Psicólogo y una Trabajadora Social, el intercambio entre las disciplinas es constante y fluido ya que para otorgar el alta al programa es de obligatoriedad que se hayan efectuado todos los controles de salud preestablecidos y las acciones sociales que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las familias seguidas por el Programa, también deben estar consolidadas las conexiones con otras organizaciones e instituciones para asegurar el normal desarrollo del niño y su familia.

2.2 <u>CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS CAPTADAS POR</u> <u>EL PROGRAMA.</u>

De entrevistas realizadas a las 30 familias en sus hogares, pueden rescatarse ciertas características comunes y cuestiones que hacen al modo de vida de las personas que no son fácilmente plasmables en una tabla estadística, en su mayoría viviendas precarias prestadas por algún familiar o amigo, reducidas en tamaño y con pocas habitaciones, en relación con el número de habitantes del hogar, hacinamiento y colecho, ubicadas la mayoría de las viviendas en asentamientos o en la periferia de Montevideo.

Estas familias tienen una escasa conexión con las redes sociales barriales y la mayoría solo están conectados con el Centro de Salud o Policlínica mas cercano, así como también con algún centro CAIF (Centro de Atención a la Infancia y la Familia).

Se tomó como muestra significativa a 30 familias, de este 100% de población; el 24% de las madres son menores de edad, la menor de ellas tiene 15 años y la mamá con mayor edad 39, rescatándose un promedio de 2,37 hijos por familia, este promedio tendería a incrementarse, ya que el 24% mencionado anteriormente de madres menores de 18 años, se estima tendrá mas hijos en un futuro.

Solo el 30% de estas madres trabajan actualmente, mientras que el 70% no lo hace, las que si lo hacen realizan tareas de limpieza, cuidado de ancianos, recicladoras o ejercen la prostitución. Aquí es visible la no inclusión en le mercado laboral y la precariedad laboral de quienes si trabajan, con las consecuencias que ello acarrea, como lo son la vulnerabilidad y exclusión social, determinando la calidad de vida de estas familias ya que le trabajo es un mecanismo dignificador del ser humano.

"El trabajo es lo que define muestra relación con muestro entorno social al tiempo que genera muestros lazos intersubjetivos".

La cita anterior permite comprender el trabajo como mecanismo de integraciónexclusión social, en tanto que el estar inserto en mercado laboral permite y favorece el relacionamiento con otros sujetos y a su vez obtener medios para la satisfacción de necesidades. En cambio, cuando no hay trabajo, o el "no trabajo" dificulta la satisfacción de necesidades y la integración a un medio dado.

⁶ Ziplcioglu, A. La Fragilidad de la Cuestión Social. Precariedad Laboral y Vulnerabilidad Social. 2004:2

Solo el 37% de estas madres conviven con los padres de sus hijos, el 63% restante nunca estuvo en pareja con el padre del bebé, o los padres se ausentaron durante el embarazo o después de nacidos los niños. Aquí se observa un alto porcentaje de abandono o ausentismo paterno, debiendo las madres enfrentar las responsabilidades solas.

Algunas madres han adoptado el auto cuidado del cuerpo como un estilo de vida, lo cual se ve reflejado en el 63% de las entrevistadas, quienes dedican tiempo para realizarse controles en salud en la policlínica mas cercana, generalmente retiran anticonceptivos, mientras que un 37% no lo hace.

El 94% de estas familias acceden a beneficios sociales como Asignaciones Familiares, tarjeta del MIDES, canasta de INDA o alguna pensión de BPS en caso de discapacidad. y el 6% que no accede a los beneficios mencionados anteriormente no lo hace por falta de alguna documentación como cédula de identidad en la mayoría de los casos.

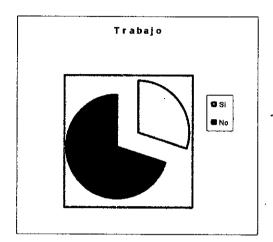
Solo un 40% de estas familias tienen algún otro ingreso además de los beneficios sociales a los que acceden, proveniente de algún familiar que los ayuda o del trabajo de algún integrante de la familia, lo que deja a un 60% que vive de los beneficios sociales provenientes del Estado y con ello mantienen y crían a sus hijos. "El trabajo es una actividad fundamental (...) tiene una dimensión social, puesto que está orientada hacia otros y una finalidad utilitaria".

⁷ Los datos y porcentajes expuestos serán analizados posteriormente en próximos capítulos.

⁸ Sarachu, G. Los debates actuales en Trabajo Social y su Impacto a Nivel regional. Seminario – Taller. Organizadora: Silvia Rivero. Montevideo. 2003: 12

2.3 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

Gráfico Nº1: Porcentaje de madres que trabajan.



Madres que trabajan Si - 30% No - 70%

Gráfico Nº 2: Porcentaje de padres que conviven en le núcleo familiar

Padres que conviven Si - 37%

No-63%

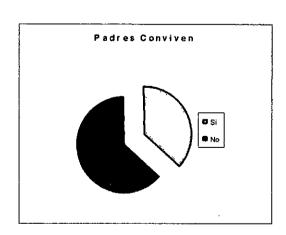


Gráfico Nº 3: Madres que dedican tiempo a atender su Salud

Si - 63%
No - 37%

A tencion en Salud

Si - 8 No

Gráfico Nº 4: Porcentaje de familias que acceden a beneficios sociales

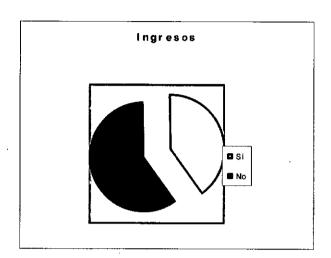
Si – 94%

No – 6%

Beneficios Sociales

Bsi
BNo

<u>Gráfico Nº 5</u>: Familias que perciben algún otro ingreso además de beneficios sociales



Si-40%

No - 60%

CAPITULO III

SALUD -RIESGO - FAMILIA



3.1 A modo de introducción en la temática se retoma la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a la salud como: "un estado completo de bienestar mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad", o "el perfecto bienestar físico, mental y social de un individuo", ambas definiciones incluyen el bienestar social como determinante de la salud, abriendo de este modo un campo que incluye otros aspectos que escapan al cuerpo, tal como el medio social que influye fuertemente en la vida de las personas, tratandondose entonces la salud de un proceso que atraviesa diferentes estados y no es estático, ya que los factores que la determinan son inconstantes.

Contribuyendo a lo anterior, la carta de Ottawa describe que "una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud."¹⁰

Hablar hoy en día de "salud" en Uruguay, obliga a mencionar varios puntos que la atraviesan y determinan, ya que desde el 2005 estamos bajo la implementación de un nuevo Sistema de Salud, la situación que atravesaba la salud en aquel entonces hacia imperiosa la necesidad de un cambio en el sistema, definir políticas económicas con un claro objetivo social y una política nacional de salud orientada a la conformación de un Sistema Nacional Integrado de Salud¹¹.

Reforma que consistió en la elaboración de tres leyes que luego de ser aprobadas dieron paso al actual sistema de Salud. Estas apuntaron a tres cambios fundamentales, en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiamiento. La primera ley a ser aprobada fue la de la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA),

La segunda, es la Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). ASSE organiza y gestiona de manera descentralizada los servicios

⁹ Terris, M. Organización Mundial de la Salud. 1975:2

¹⁰ Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. 1986: 1

^{11 &}quot;Mesa de salud -ADASU". Documento de Trabajo. 2006: 3

que integraba el Ministerio de Salud Pública (MSP), destinados al cuidado de la salud, poniendo énfasis ahora en la modalidad de prevención de enfermedades y el tratamiento de los enfermos.

La tercera ley fue la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que articula prestadores de atención integral de la Salud Públicos y Privados.

Esta última Ley implicó un cambio en el sistema de salud, apuntando a la equidad en la atención y un nivel de cobertura universal.

Antes de que se ideara la reforma, la Salud Publica estaba dirigida fundamentalmente a la población pobre e indigente para aquellas personas que no podían acceder a pagar una cuota mutual o simplemente a pagar los ticket de medicamentos. Tomando aquí una frase de Marx para hacerlo de modo ilustrativo y pretendiendo resumir esta equidad; "de cada quien según sus ingresos, a cada quien según sus necesidades".

Ahora a lo que se apunta es a cierta equidad en el acceso a las instituciones de salud, "darle mas a quien necesita mas", de este modo lograr una mejor calidad de vida y atención en la salud. No fragmentar a la sociedad en función de lo que debería ser un derecho humano universal, "La salud".

Este nuevo sistema de Salud apunta entre otras cosas a la prevención y promoción de la salud, esta asociado a los programas¹³ impulsados desde el MSP. La ventaja de estructurar la salud por programas asegura que el colectivo atendido reciba una atención integral y no fragmentada y por enfermedad.

La distinción de los tres niveles de atención permite una descentralización de los servicios y especialidades:

El primer nivel de atención es "la organización de los recursos, que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes de una población dada, que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención, y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación" , en este primer nivel de

¹² Marx K, en Olesker Daniel. "Reforma de la Salud: un Sistema Integral y Solidario a la Uruguaya". 2007

¹³ Mujer y Genero, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Bucal, Salud Ocular, Salud Mental, Niñez y Adolescencia, Accidentes de Transito, Uruguay Saludable, HIV-SIDA, Antitabaquismo.

atención se resuelven entre un 80 y un 85% de los problemas cotidianos de salud, por lo que se considera la mayor "puerta de entrada" al sistema de salud, aquí se agrupan ciertas especialidades y servicios considerados básicas como, médicos de familia, medicina general, atención psiquiatrita, pediatría, ginecología, tratamientos de patologías de baja severidad, psicología, servicio social y nutrición, las que se desarrollan en Centros de Salud, Policlínicas y Consultorios barriales, con el claro objetivo de que este NIVEL alcance al 100% de la población.

El segundo nivel de atención, "responde a necesidades de salud menos frecuentes, y que requieren para su atención de procedimientos más complejos. Se estiman que entre el primer y segundo nivel de atención se podrían satisfacer hasta un 95% del total de necesidades de salud de una población"15, aquí se ubican los hospitales y algunos centros de Salud.

Mientras que el tercer nivel "se reserva para la atención de los problemas poco frecuentes, se refiere a patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En el tercer nivel de complejidad se ubican los hospitales que realizan prestaciones médicas, con la presencia de especialidades médicas y quirúrgicas. Se caracterizan por un uso intensivo de tecnología a través de equipamiento y recursos humanos altamente especializados".16.

Un punto fundamental a destacar son los determinantes de salud, ya que "son un conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad de los individuos, grupos y colectividades", en 1974 el ministro de sanidad de Canadá (Lalonde)¹⁷, analizó los determinantes de salud, creando un modelo de salud publica en el cual se considera que el nivel de salud de una comunidad esta determinado por cuatro variables: biología humana (genética y envejecimiento); medioambiente (contaminación biológica mediante virus, bacterias, microorganismos; contaminación atmosférica por ruidos, radiaciones y vibraciones, contaminación química, por óxidos, plaguicidas, fertilizantes y metales pesados, y la contaminación psico social y

Benia. W I. Reves. Temas de Salud Pública. Tomo I TRADINCO. Montevideo. 2008: 46

Benia, W I. Reyes, Temas de Salud Pública, Tomo I TRADINCO, Montevideo. 2008:47

¹⁷ "A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document" es un informe elaborado en 1974 por el Ministerio de Salud y Bienestar del Gobierno de Canadá que se convirtió en una referencia en las políticas de salud pública y promoción de la salud. Conocido mundialmente como Informe Lalonde. www.hc-sc.ca/

socio cultural, el estrés); el estilo de vida de las personas en lo que refiere a ciertas conductas insanas como el consumo de drogas, sedentarismo, mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria y finalizando incluye al sistema de asistencia sanitaria en lo que comprende la calidad, cobertura y gratuidad.

En base a esta clasificación se comprobó que las enfermedades causadas por estilos de vida insanos ocasionaban al sistema un elevado costo económico, provocando un cambio de pensamiento y prioridades de la salud pública, dedicándose a partir de ello un elevado porcentaje de recursos hacia la prevención y educación sanitaria. 18

El Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria funciona dentro del primer nivel de atención, ya que no existe una causa médica que justifique la persistencia de éstos niños a nivel hospitalario, tampoco requieren de cuidados médicos estrictos (lo cual lo diferencia de una internación domiciliaria), pero si forman parte de una población de niños que requieren un determinado control domiciliario con el fin de evitar su reingreso hospitalario.

La función de éste programa sería la de actuar como "bisagra" entre lo que es la internación hospitalaria y el hogar (la familia), en su propio hábitat teniendo como objetivo fundamental la conexión estable con los efectores del primer nivel de atención.

Es una actuación en "vertical" y por corto período de tiempo, el cual una vez culminado, continúa en un seguimiento "longitudinal" por parte de otro programa y con otra estructura que es el Plan Aduana.

Debido a ello en el correr de la investigación fue necesario considerar los recursos y limitaciones, tomando en cuenta como factor fundamental para la existencia del mismo su repercusión e incidencia en la población objetivo beneficiaria, "familias en situación de riesgo", familias que por uno u otro motivo no cuentan con los recursos económicos ni sociales para satisfacer ciertas necesidades básicas ni sostener algunas pautas de crianza de sus hijos, lo que limita la calidad de vida y las oportunidades de una vida mejor de los integrantes del núcleo familiar.

¹⁸. Determinantes ambientales de salud. Cuadernos de Salud publica. Madrid. Editorial Médica Pan Americana, 2005 Pág. 6.

3.2 ¿CUÁNDO PODEMOS HABLAR DE FAMILIAS EN SITUACIÓN DE RIESGO?

Realizar una breve mención de familias en situación de riesgo implica especificar que tipos de riesgo se manejan y los parámetros para dicha caracterización, ya que no existe una medición exacta que determina cuando una familia está en situación de riesgo, todos los individuos estamos expuestos a diferentes tipos de riesgos todos los días, no existe una vida sin riesgo, pero aquí se hace referencia a las familias que después de la internación medica de uno de sus miembros, fue captado por profesionales de la salud que estaban expuestos a condiciones medio ambientales y sociales que podrían perjudicar el normal desarrollo de ese niño y la calidad de vida de el y su familia.

Cabe destacar que el enfoque de riesgo a continuación está basado en dos concepciones, riesgo social y riesgo medico, ya que existen variadas tipificaciones y es necesario acotar parámetros para entender la asociación riesgo social – familias desde una perspectiva de la salud pública y desde la posición estatal de la modalidad de medicina preventiva y social que apunta a educar a la población en cuestiones relacionadas al cuidado de la salud, mediante "medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998).

El concepto de riesgo "es de uso común en los trabajadores de la salud especialmente luego de la declaración de Alma Ata (1979) en la que se prioriza el enfoque de riesgo como el método que permitirá el logro de la equidad en los sistemas de salud; es uno de los elementos que definen a la estrategia de Atención Primaria en Salud que pretende el logro de una salud para todos"¹⁹, en este contexto y con pacientes considerados de riesgo trabaja Sigue Niños Uruguay, llegando a la familia por uno de sus integrantes (el niño) pero trabajando con el grupo familiar en

¹⁹ Bentura, C. La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud. Revista Fronteras N°5. DTS. Montevideo, 2009: 21

su totalidad, apuntando a disminuir los riesgos vitales y sociales, basándose en que un "factor de riesgo es una característica detectable en un individuo o grupo que se asocia a una probabilidad aumentada de sufrir un daño para la salud. Este debe ser observable e identificable antes de que suceda el hecho que produce, debiendo haber un período de tiempo suficiente entre ambos, posibilitando la intervención para la reducción del posible daño"²⁰

En este caso los factores de riesgo están definidos en la pauta de inclusión o no al programa de seguimiento, el riesgo también determinado por el momento socio histórico del país, ya que antes lo que era considerada una familia en situación de riesgo no lo es ahora, los tiempos, intereses, calidad y modos de vida han cambiado, haciendo que cambien también los parámetros de medición.

En lo que refiere al riesgo medico y social que "Sigue Niños Uruguay" considera, es medido por la pauta previamente establecida entre el director del programa y autoridades del Ministerio de Salud Pública.

Siempre se esta expuesto algún tipo de riesgo, ya que la consecuencia de cada acción es incierta, pero sin ir mas allá, y centrándonos en los dos tipos de riesgo que conciernen a la población objeto de estudio, uno refiere al daño físico, a una problemática de salud y a la posibilidad de no poder enfrentar una recuperación o recaer, y el segundo, el riesgo social refiere a tal precariedad y vulnerabilidad social que hace interferencia en la recuperación de la enfermedad o problemática de la salud que se enfrenta, de estos dos surge una cuestión sumamente conflictiva para los profesionales que trabajan con familias consideradas de riesgo al alta hospitalaria, ya que en la mayoría de las situaciones el riesgo social perjudica y limita a la hora de una buena recuperación medica del paciente, por falta de recursos económicos, precariedad de las viviendas, no contar con recursos para realizarse los controles recomendados, diferentes hábitos alimenticios, etc.

"La idea de riesgo social no remite a la presencia o ausencia de riesgo en forma mas o menos aleatoria, sino a la idea de recurrencias empíricas en las que es posible

²⁰ Seguimiento del recién nacido de riesgo. OMS, 2006; 425

identificar situaciones de vulnerabilidad social ligadas a categorías de población definidas por diversos criterios (ciclo vital, nivel educativo, clase social, sexo, etc.)."²¹

Es un desafío para esta nueva modalidad de medicina social trabajar en situaciones de riego social, ya que no es tangible, como el daño físico que es curable o detectable, ya que los daños que puede producir el riesgo social se hacen inmedibles.

Tener presente el concepto de riesgo en este tipo de intervenciones es útil para los profesionales, los que se ven obligados a unificar criterios, ya que el riesgo médico o biológico al que se hizo referencia anteriormente puede tener consecuencias inmediatas en las personas. Es aquí donde además de los profesionales, la familia y el sistema de salud juegan un rol fundamental, la familia dado que es quien contiene e intenta resolver las problemáticas a la interna de la misma, explotando sus potencialidades, apoyándose en un sistema de salud que intenta adoptar el concepto de riesgo y trabaja con las dificultades de los diferentes tipos y grados de riesgos existentes.

Tal es el caso del Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria, que el equipo interdisciplinario está preparado para enfrentar variadas situaciones y contener a las familias. Así como también intenta concientizar a las redes sociales con las cuales trabaja de la importancia de priorizar y estar preparado para trabajar con "familias en situación de riesgo", ya que el apoyo y orientación en momentos clave se vuelve fundamental para las personas, quienes son captadas y seguidas en una primera instancia por un Programa de ASSE, luego conectadas con las redes sociales y establecimientos de salud mas cercanos y son ellos quienes acompasarán el desarrollo de las situaciones familiares una vez que el "riesgo" haya disminuido.

Cabe destacar que no se rotula eternamente a las familias en "situación de riesgo", sino que constantemente se trabaja con dicha concepción, fomentando alternativas, conectando con instituciones, brindando las herramientas para que las propias

²¹ Filgueira, F. Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado. Ediciones Banda Oriental. Uruguay. 2005: 6

familias exploten sus potencialidades y salgan de esa situación de riesgo biológico o social que está perjudicando a uno o mas integrantes del núcleo familiar.

"El riesgo social, su distribución, su cantidad e intensidad en las diferentes categorías de población, es necesariamente el producto de las acciones descentralizadas de los agentes en el mercado, las familias y comunidades, y del accionar centralizado de la autoridad estatal. No existe nada intrínsicamente natural en el modo como los mercados, las familias y las comunidades producen y distribuyen cantidades y cualidades de riesgo. Las dinámicas y decisiones que componen dichas dinámicas siempre refieren, al menos en una parte importante de su determinación, a parâmetros institucionalmente definidos, en general desde el Estado."

Pensando en el objeto de investigación y relacionándolo con los datos relevados de familias captadas por "Sigue Niños Uruguay", hay características comunes en estas familias consideradas de riesgo, donde el riesgo social es visible, lo describen las precarias características de las viviendas, el porcentaje de madres que trabajan (30% de las entrevistadas) y la precariedad existente en las tareas que realizan, falta y escasez de recursos económicos, motivo de la misma precariedad laboral y el no trabajo, el ausentismo paterno que provoca una sobre carga de responsabilidades en estas madres, donde el número de hijos por familia también contribuye a la situación y a que se dificulte erradicar el la tipificación de "Riesgo Social".

²² Filgueira, F. Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado. Ediciones Banda Oriental. Uruguay. 2005: 7

3.3 NUEVAS FAMILIAS Y SUS COMPLEJAS CARACTERISTICAS

Es tema corriente en la discusión de políticas sociales, como las mismas se focalizan en los individuos y no en los grupos familiares, en la familia como totalidad, sino que desagregan a los integrantes. Aquí se pretende exponer algunos de los cambios y transformaciones que atraviesan las familias y como Sigue Niños Uruguay tiene como política de trabajo la atención de todos los integrantes del núcleo familiar.

Una clásica definición alude a la "familia como institución social, que regula" canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sexualidad y procreación. Incluye también la convivencia cotidiana, expresada en la idea de hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidas a la sexualidad legitima y a la procreación"23

Es importante tener en cuenta que hay elementos de la cita anterior que no necesariamente se adecuan a algunos de los tantos arreglos familiares que actualmente existen, como es el caso de las citadas "sexualidad y procreación", ya que existen hogares monoparentales, parejas que no tienen hijos y parejas homosexuales entre otras tantas, todos consideradas familias.

Hay autores que ven estas transformaciones de las familias como una "crisis" de las mismas, pero otros como Jelin, ven estas transformaciones como "parte de los procesos de democratización de la vida cotidiana, transformación y extensión del derecho a tener derechos"²⁴, principalmente por parte de las mujeres integrantes de esos arreglos, convirtiendo la idea de crisis en "germen de innovación y creatividad social"25

²³ Jelin, E. "Pan y Afecto. Las transformaciones de las familias" Fondo de Cultura Económica, Buenos

Aires, 1983:15

24 Jelin, E. "Pan y Afecto. Las transformaciones de las familias" Fondo de Cultura Económica, Buenos

²⁵ Jelin, E. "Pan y Afecto. Las transformaciones de las familias" Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1983, Pag 16

Nuevos arreglos familiares y diferentes estilos de convivencia están incluidos en el modelo nuclear, padre, madre e hijos; familias extensas, serian a las que se le suman integrantes al "modelo nuclear", como madres adolescentes que no se van del hogar ni forman su propia familia o adultos mayores que conviven. Las familias monoparentales también están incluidas en esta clasificación, ya que incluye a la madre o padre que se hacen cargo de sus hijos después de un fallecimiento, separación o ausencia del progenitor/a; familias nucleares sin hijos, corresponden a familias de adultos mayores cuyos respectivos hijos ya han conformado sus propias familias, también bajo este rotulo están las parejas jóvenes que no tienen hijos. Las familias compuestas o ensambladas, donde además de hijos de relaciones anteriores la pareja tiene hijos ("los tuyos, los míos y los nuestros"). Las llamadas familias complejas resultan de divorcios, viudez, anulación del matrimonio, rupturas de la convivencia sin matrimonio y la constitución de nuevos vínculos²⁶, existe una inmensa variedad de tipos de hogares que las estadísticas no captan, ya que la cantidad de tipos de arreglos familiares va de la mano con la multiplicidad de formas de convivencia que cada hogar realiza en su interior.

Es de resaltar cuando hablamos de familia que las crisis y transformaciones de la sociedad han llevado e inducido a transformaciones de las mismas, donde se vuelve cada vez más complejo y dificil hacer frente a estos cambios.

Pero transformaciones no significa una transición de un tipo de familia a otro, como lo sostiene De Martino más que una crisis de la familia como tal, estamos asistiendo a la crisis de un modelo de familia; el nuclear²⁷.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral aumentó fuerte y visiblemente su poder de negociación ante los hombres y derivó en importantes cambios económicos, teniendo el hogar a causa de ello múltiples ingresos, permitiéndoles a los miembros de la familia una mejor calidad de vida. Es de destacar que con la importante y transformadora decisión de las mujeres a salir al mercado laboral quebrantaron la legitimidad de los hombres y su tradicional dominio como únicos proveedores del hogar.

Sunkel, G. el papel de la familia en la protección social en America Latina. CEPAL, Chile. 2006: 9
 De Martino, Monica. "Trabajo Social con Familia: Políticas Sociales y Modalidades de Intervención Profesional." Montevideo. 2002. Pág. 10

También han cambiado los roles dentro de la familia, en el clásico modelo nuclear el hombre encargado de proveer el dinero para cubrir las necesidades de la familia y la mujer encargada del ámbito domestico, estando aquí bien diferenciados los roles por género.

Las transformaciones en las familia pueden ser diferenciadas; ya que ha habido un incremento en la esperanza de vida, disminuyó el número de hijos, decrece el número de familias nucleares, puede tomarse como referencia algunas cifras de representación porcentual de la investigación, tales como el 37% de las madres entrevistadas que conviven con el padre de sus hijos, en tanto el otro 63% nunca estuvo en pareja con el padre del bebé.

Las transformaciones económicas; dadas por el ingreso y aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, con los cambios que ello conlleva y también pueden destacarse los cambios socio-culturales; aquí destacándose que las mujeres aumentaron su nivel educativo, alcanzando ahora estudios terciarios de manera equitativa a los hombres, y como consecuencia de ello se observa la priorización de las carreras profesionales y su ascenso y/o crecimiento laboral posterga el matrimonio, aumenta la cohabitación sin matrimonio legal, se retrasa el momento de tener hijos y el número de ellos ha decrecido si se compara con generaciones anteriores (cabe destacar que de las familias objeto de estudio, el 24% de las madres son menores de 18 años).

Es por estas transformaciones que atraviesan las familias en su estructura, organización y conformación que se manifiestan modificaciones a nivel de la sociedad²⁸, "... as mudanças acarretaram uma fragilizacao dos vínculos familiares e uma maior vulnerabilidade da família no contexto social". ²⁹.

²⁸ Mioto, R. Familia y Servicio Social: contribuciones para el debate. En: Servicio Social y Sociedad. Año XVIII, N° 55 noviembre 97. Cortez Editora, San Pablo, 1997: 117

²⁹ Mioto, R. Familia y Servicio Social: contribuciones para el debate. En: Servicio Social y Sociedad. Año XVIII, N° 55 noviembre 97. Cortez Editora, San Pablo, 1997: 120.

Al entender la familia como institución social, es necesario pensarla como parte de un todo, interrelacionada con la sociedad, ya que visto así la familia representa una conexión entre la sociedad y los individuos.

Considerando que las familias que el programa en cuestión capta, están particularmente afectadas por distintas determinaciones que contribuyen a que se denomine "población de RIESGO" y beneficiarias de un tipo de política social focalizada, esta "se trata de identificar los grupos sociales afectados por carencias extremas y de distinguir exclusivamente hacia ellos algunas acciones que buscan anularlas" 30

Estas familias son afectadas por la exclusión social, falta de recursos, no ingreso al mercado laboral formal, bajo nivel educativo dado por la temprana deserción escolar, enfermedades de transmisión sexual, mala alimentación, entre otra infinidad de problemáticas que contribuyen a que estén incluidas en la tipificación de "familias con ciertos grados de riesgo medico y social", por lo que son derivadas a SIGUE NIÑOS URUGUAY para un seguimiento estrecho hasta que las mismas logran alcanzar cierto grado de autonomía en la resolución de ciertas problemáticas que impiden el normal desarrollo de la vida cotidiana, y así puedan mejorar su calidad de vida.

³⁰ Baraibar, X. Las paradojas de la focalización. (2003); Revista Ser. Social nº 12. Universidad de Brasilia, Brasil. 2003:4

CAPITULO IV

FAMILIAS OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN Y CUESTIONES DE <u>GÉNERO.</u>



4.1 Para realizar el análisis, retomando como muestra significativa a algunas familias captadas por el programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria, es necesario trabajar mediaciones y determinaciones que atraviesan la vida de estas familias, donde cada una de ellas esta intimamente relacionada con la otra, ya que si pasamos del plano teórico a la vida práctica, a la vida cotidiana de las personas, una es consecuencia de la otra, y la otra determinante de una situación, me refiero con ello a los diferentes tipos de familias existentes hoy en día, a como algunas de ellas tienen la tipificación de "riesgo", tal como se conceptualizó en el capitulo III, el riesgo social esta ligado a la vulnerabilidad social, por lo que se deben considerar cuestiones de género y la exclusión social, afectando directamente a esta categorización, también hacen parte de ello la pobreza, el acceso al mercado laboral y la calidad de vida que algunas familias conllevan.

Como se mencionó en el marco teórico y en los datos relevados, la población con la cual trabaja tiene ciertas características particulares, además de las precarias condiciones de las viviendas, puede observarse claramente un elevado porcentaje de madres solteras (63%), observándose aquí lo que se mencionó en el capitulo anterior referente a los cambios familiares y la crisis de la familia nuclear, en esta población la familia mono parental es predominante por ausencia de figura paterna.

La mayoría de estas mujeres son jefas de hogar, madres a temprana edad, con una promedio de edad de 21, 1 años, la menor de ellas tiene 15 años y la mayor 39, a excepción del 30%, el restante 70% no están insertas en el mercado laboral formal, las que si lo hacen realizan tareas domesticas en casas de familias, cuidan enfermos, recicladores o ejercen la prostitución y ninguna aporta al Banco de Previsión Social, la informalidad y precariedad laboral perjudican mas aún el desanclaje de la pobreza y situación de exclusión y vulnerabilidad social. El no acceso al trabajo, el tipo de éste y la precariedad del empleo determinan no solo los ingresos, sino también el tipo de seguridad social a la que acceden estas madres.

Los ingresos percibidos en estos hogares en su mayoría provienen de beneficios sociales a los que acceden por sus hijos (94%), mientras que de este porcentaje sólo el 40% tiene algún otro ingreso debido al trabajo o la ayuda económica de algún familiar.

Hay familias con importante número de hijos, y padres con bajo nivel educativo, debido a la temprana deserción escolar, provocando en estas familias cierto nivel preocupante de vulnerabilidad en lo que refiere a los vínculos sociales, y donde "el peso de la herencia social empieza a manifestarse con mayor crudeza, reteniendo en el desempleo y la pobreza a las personas sin activos sociales suficientes, y eventualmente llevándolas a la exclusión"³¹

En este sentido "tendo en conta certas questoens a familia hoje pode ser vista como uma caixa de resonancia dos problemas e desafios deste final do seculo, que envolvem problemas de orden estica, político, económica e social"³². En este sentido puede observarse a las familias estudiadas como síntesis de múltiples determinaciones, donde el trabajo y el tipo de este determina diferentes aspectos de la vida de las familias, tales como la calidad de vida y el acceso a servicios de calidad, lo que se retomará en próximos capítulos

Esta presente aquí un mandato social dado por las construcciones sociales de género, donde muchas de estas mujeres, al quedar solas a cargo de sus hijos se encarga sola de llevar adelante su familia, en todos los aspectos; económica, es la encargada de alimentar, proporcionarle a sus hijos un techo donde vivir, educarlos, que concurran a un centro educativo, inculcarle valores, en lo que tiene que ver con el cuidado de la salud de todos los integrantes de esa familia todas las responsabilidades recaen sobre la figura de mujer, inclusive algunas de ellas dejan de lado el cuidado de su propio cuerpo por falta de tiempo, dinero o priorizan la vida de sus hijos, el 37% de estas mamás no se controla desde el parto.

Estas mujeres a cargo de hijos y sin parejas deben responder a una doble demanda: se convierten en proveedoras económicas y a cargo de las tareas domesticas, rompiendo así con esa naturalización de los roles de género que las sociedades han impuesto

³¹ Filgueira, F. Estructura de Riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado. Ediciones Banda Oriental. Uruguay. 2005: 1

Mioto, Regina. "familia e serviço social: contribuções para o debate. En Servicio social y sociedad año XVIII. 55. Noviembre 97. Ed. Cortez. Sao Paulo. Pag;115.

Con estas problemáticas trabaja y convive el equipo de Sigue Niños Uruguay, donde en lo práctico es fácilmente visible, pero a nivel teórico complejo de dilucidar, ya que la génesis de las situaciones familiares más complejas está en generaciones anteriores. De Martino sostiene que "la identidad femenina mantiene ciertos estereotipos sobre una identidad o esencia femenina constituido fuertemente en torno a la maternidad, el cuidado de los hijos, la capacidad de dar consejos (...) pero no todo es estático y homogéneo"³³

En este sentido el género asociado a la exclusión, ya que están presentes la feminización e infantilización de la pobreza, es aquí donde entra en discusión el cómo abordar las situaciones familiares cuando la exclusión, pobreza, costumbres, modos de vida, formas de relacionamiento son diferentes y si bien la temática hoy en día está en discusión por el intento de los profesionales de problematizarlo, existe cierta naturalización del rol de las mujeres, donde se espera de ellas el desempeño de ciertas tareas adjudicadas socialmente y transmitidas generacionalmente.

En cuestiones de Políticas Sociales de Salud puede observarse como hay cierta focalización de las mismas a la figura materna, es a las madres a quienes se "educa" sobre los cuidados de sus hijos, ya que en la mayoría de los casos son ellas quienes llevan a los niños a los controles médicos y se encargan del cuidado de su familia.

Como sostiene De Martino, "la identidad femenina mantiene ciertos estereotipos sobre una identidad o esencia femenina constituido fuertemente en torno a la maternidad, el cuidado de los hijos, la capacidad de dar consejos (...) pero no todo es estático y homogéneo"³⁴, por lo que hoy en día el género está encarado desde otra perspectiva, y ya no se deberían encasillar a los roles como puramente femeninos o masculinos, sino que es necesario tener en cuenta ciertas transformaciones que atraviesan las sociedades y las familias.

³³ De Martino, Monica. Transformaciones en el Mundo del Trabajo. Una mirada desde el modo de vida de las mujeres trabajadoras Riverenses. El caso de la Industria Tabacalera MONTE PAZ. DTS. FCS. UDELAR. Montevideo. 2001: 23

³⁴ De Martino, Monica. Transformaciones en el Mundo del Trabajo. Una mirada desde el modo de vida de las mujeres trabajadoras Riverenses. El caso de la Industria Tabacalera MONTE PAZ. DTS. FCS. UDELAR. Montevideo. 2001: 24

El "género" implica mucho mas que una relación binaria hombre / mujer y las acepciones designadas para cada uno de ellos en la sociedad, hay quienes proponen una deconstrucción de esa naturalización, como Butler³⁵ que propone que el género implica una mirada mas abarcativa, no solo presupone trazos culturales asociados al sexo, sino también la propia acción o el propio proceso de producción y valorización de tales trazos.

De este modo y siguiendo el planteo de la autora, podemos pensar en una de la dicotomía de atributos femeninos y masculinos de acuerdo al sexo, ya que cuando hablamos de estas atribuciones y pensando en los roles de cada uno en función del género, vemos gran porcentaje de estas madres en ausencia del progenitor, asumen roles de madre y padre, pesando fuertemente el mandato social de que las mujeres deben hacerse cargo de sus hijos a como de lugar, por tanto aprehendido ese mandato social asumen las tareas y responsabilidades de reproducción y producción, o sea, obtener el sustento para vivir.

"El cuidado es una actividad femenina no remunerada que no tiene reconocimiento ni valoración social. La falta de reconocimiento de las tareas de cuidad como actividad sustantiva en el nivel de bienestar social tiene consecuencias importantes para el ejercicio de los derechos sociales(...) La tarea doméstica intra familiar y las necesidades de cuidado de los miembros de la familia restringen y modelan la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo."³⁶

Es claro que el vivir de beneficios sociales no es suficiente, dado el número de hijos y no percibir ingresos por medio del trabajo, lo que aumenta el nivel de exclusión social.

Pudo observarse que en las situaciones donde la pareja convive, son pocos los padres que trabajan formalmente, siguiendo el porcentaje de los padres que trabajan realizando changas en el mercado informal, lo siguen las madres que a pesar de tener varios hijos y un recién nacido a cargo continúan trabajando, mayormente se dedican

³⁵ Butler, J. "El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad". Ed. IBERICA. España. 1990: 73

³⁶ Fasler, C. La mujer en la familia como Protagonista del Bienestar Social. Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar. Trilce. Uruguay. 1997: 50

a realizar tareas domesticas en casas de familias, cuidado de ancianos, salen a las calles a recolectar objetos para venderlos o intercambiarlos, y hay otro grupo considerable de madres que se ejercen la prostitución.

4.2 EL TRABAJO COMO DETERMINANTE EN LA VIDA DE LAS FAMILIAS

En cuanto a la categoría trabajo, sabemos que la precariedad laboral, el sub empleo y la informalidad laboral afectan particularmente a las mujeres, especialmente a las jefas de hogar con hijos a cargo.

El hecho de trabajar, estar inserto en el mercado laboral, permite un mayor relacionamiento e inserción en el entramado de redes sociales, además de satisfacer necesidades a través del acceso a bienes y servicios, logrando mediante ello una mejor calidad de vida. En palabras de Sarachu "el trabajo es una actividad fundamental (...) tiene una dimensión social, puesto que esta orientado hacia otros y una finalidad utilitaria. El participar de la producción de cosas útiles (bienes o servicios), es una forma de participar en la producción de la sociedad" 37

Otra definición alude al trabajo como "esfuerzo humano (físico o intelectual) aplicado a la producción u obtención de riqueza. Es, además, actividad mediante la cual la persona proyecta a su alrededor un medio humano y sobrepasa lo circunstancial de la vida. De ahí que el trabajo sea expresión de la esencia misma del ser humano en cuanto a lo social"³⁸

Existe una analogía entre pobreza, trabajo y empleo⁴⁰, ésta radica en la medida en que los ingresos se obtienen mediante el empleo, o por un trabajo especifico que permite a los/as jefes/as de hogar y sus familias obtener los bienes y servicios necesarios para cubrir sus necesidades. Pero, ¿Qué sucede cuando ningún miembro de la familia trabaja? ¿Cómo sobrellevan y crían sus hijos aquellas familias que sus únicos ingresos derivan de políticas sociales?

³⁷ Extraído del seminario taller: "Los debates en Trabajo Social y su impacto a nivel regional"
Organizadora Silvia Rivero. UDELAR – FCS. 2001:3

Ander - EGG, E. DICCIONARIO DEL TRABAJO SOCIAL, LUMEN, ARGENTINA, 1994: 295

⁴⁰ "Empleo es la concreción de una serie de tareas a cambio de una retribución denominada salario". Torcuasto S. Di Tella. Diccionario de Sociología y Ciencias Sociales. 2da Edición. Editorial Emecè. Argentina. 2004: 195

El no estar inserto en el mercado laboral es determinante de situaciones de exclusión, o como definiría Castel "la desafiliación".

"No en encaro aquí el trabajo en tanto que relación técnica de producción, sino como un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social. Existe, en efecto — se lo verificará en el largo término -, una fuerte correlación entre el lugar que ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que "cubren" a un individuo ante los riesgos de existencia. De allí la posibilidad de constituir lo que lo yo llamaría metafóricamente "zonas" de cohesión social. Entonces, la asociación "trabajo estable/inserción relacional sólida caracteriza una zona de integración. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión (...)" "11

Trayendo aparejadas una serie de consecuencias como lo son; falta de recursos económicos, necesidades básicas insatisfechas, etc., limitando a las personas en lo relacional – social, estando además de excluídos económicamente, repercutiendo en la vida cotidiana de los individuos, ya que es un mecanismo dignificante del ser humano y es a través de el que se obtienen los recursos económicos para acceder a bienes y servicios.

Siguiendo con la temática, en las familias estudiadas puede visualizarse como de estas madres trabajan solo el 30%. Existiendo un 40% perciben ingresos por parte de su trabajo, las ayuda económicamente algún familiar o cobran alguna pensión, lo que se pretende explicar con este porcentaje es que no sólo del trabajo provienen los ingresos en algunos hogares (excluyendo aquí los beneficios sociales a continuación). Las asignaciones familiares, canasta alimenticia del INDA, tarjeta del MIDES, pensiones en BPS son los recursos que utilizan el 94% de estas familias, y el 60% de ellas solo sobreviven por ser beneficiarias de estas políticas sociales.

⁴¹ Castel, Robert. La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado". Paidós. Buenos Aires. 1997: 14.

"La exclusión social es un fenómeno multidimensional que superpone una multiplicidad de trayectorias de desvinculación. En tanto que el vinculo dominante de inserción en la sociedad moderna lo constituye la integración por le trabajo, su transformación adquiere preponderancia en las trayectorias de exclusión social" por lo tanto la desinserción en el trabajo supone la no inclusión en otras esferas de la vida social, limitando el acceso a bienes y servicios de calidad.

Concluyendo, no puede dejar de mencionarse como inciden las determinaciones mencionadas en la calidad de vida de las familias con las cuales trabajamos, repercutiendo en los distintos aspectos de la vida cotidiana de estas familias, donde la pobreza, exclusión, vulnerabilidad social, no acceso a bienes y servicios fundamentales como la institución salud afecta directamente en un modo de vida, hábitos y costumbres que determinan negativamente la calidad de las familias y de este modo incidiendo en el "campo de los posibles".

Sartre sostiene que, "El campo de los posibles existe y (...) debemos imaginarlo como una región fuertemente estructurada que depende de la historia entera y que envuelve a sus propias contradicciones. El individuo que se objetiva y contribuye a hacer la historia superando el dato hacia el campo de los posibles y realizando una posibilidad entre todas; su proyecto adquiere entonces una realidad que tal vez ignore (...) que influye en el curso de los acontecimientos"⁴³.

Por lo que según el autor, aunque el campo de los posibles algunas veces parezca restringido, siempre hay otras oportunidades y acciones que favorezcan a las personas y su calidad de vida.

Desde esta postura y tratando de contribuir positivamente en un aumento de la calidad de vida de estas familias, trabaja Sigue Niños Uruguay; identificando el tipo de riesgo en cuestión, ya sea biológico o social, tendiendo a su disminución, conectando con las redes sociales y políticas sociales que contribuyan a mejorar la calidad de vida y estableciendo un nexo fluido y constante con la Institución Salud,

⁴² Belifore en Baraibar, X. Algunas transformaciones entre los procesos de exclusión social y los cambios en el mundo del Trabajo. Servicio Social y Sociedad. Vol 22. N°63. Seguridad Social y Ciudadanía, Ed Cortez. Sao Paulo. 2001: 179

⁴³ Sarte, J.P. El método progresivo – regresivo, en: Crítica a la razón dialéctica. Ed Losada. Buenos Aires. 1960: 79

promoviendo los hábitos de una vida sana, por ello se hace intrínseca la relación SALUD - FAMILIA - RIESGO.

CONCLUYENDO...

A modo de conclusión y haciendo referencia al objeto de investigación y al objetivo general que consistió en caracterizar las condiciones sociales de las familias que ingresan al Programa, indagando desde una perspectiva de riesgo las particularidades de las mismas, ha sido necesario ahondar en algunas mediaciones y determinaciones que atraviesan a las familias en situación de riesgo, no sólo en lo que respecta a la salud de cada integrante de la familia sino en lo que refiere al acceso y permanente contacto de las familias consideradas de riesgo con la institución salud.

El Riesgo fue tomado no sólo conceptualmente, sino también expuesto desde el trabajo de otras disciplinas, los nuevos tipos de arreglos familiares y sus complejas características también hacen que el concepto de familias en situación de riesgo esté presente en el contexto que trabaja "Sigue Niños Uruguay", donde las cuestiones de género, feminización e infantilización de la pobreza, exclusión y vulnerabilidad social tienen fuertes repercusiones, y donde el acceso al trabajo determina fuertemente la calidad de vida de las familias.

En el campo de la salud, el concepto de riesgo tiene múltiples interpretaciones, en el caso de la tipificación de familias en situación de riesgo, es necesario para quienes trabajan con dicha población tener presente el no utilizar dicha concepción para rotular o condenar determinados "estilos de vida", lo que se pretende es problematizar y así trabajar con ello son cuestiones especificas que afectan la vida de las personas, ya sea biológica o socialmente, por ello es necesario tener en cuenta el componente cultural y modos de vida de las personas.

La composición familiar, los arreglos internos de las mismas, comportamiento de cada uno de sus integrantes, acceso al mercado laboral, nivel educativo, prioridades, etc. afectan a la hora de determinar cuando una familia está en situación de riesgo social, ya que de lo mencionado anteriormente dependerá el modo de afrontar ciertas situaciones, determinando ello las potencialidades de los individuos para salir de una situación tal o disminuir el riesgo.

Pensando en el objeto de investigación no puede dejar de mencionarse como el concepto de riesgo determina a los técnicos la hora de intervenir en una situación

familiar, por falta de información o la no unificación de criterios, se trabaja con familias en situación de riesgo desde una postura o mirada prejuiciosa, ya que está siempre presente el "punto de vista" de cada técnico, referido por lo general a una mirada hegemónica de cómo deberían ser las cosas, donde el no conceptualizar el "riesgo social" genera prejuicios y variadas maneras de abordar las situaciones desde diferentes posiciones y sin unificación de criterios y/o conceptos.

Es aquí uno de los ámbitos donde el Trabajador Social cumple un rol fundamental al procurar él y que los demás profesionales implicados realicen la tarea de desnaturalización de ciertas situaciones complejas y del propio concepto de riesgo, para así comprender las características de estas familias y desculpabilizarlas de las situaciones que viven, ya que como se mencionó en capítulos anteriores hay hábitos, modos de vida, situaciones de pobreza, etc. que son transmitidos generacionalmente.

No debe olvidarse al hablar de riesgo y en la medición del tipo de éste que esta presente la subjetividad de cada técnico, por lo que se vuelve imprescindible el trabajo interdisciplinario para así lograr intervenciones adecuadas.

En lo que refiere este equipo de trabajo que trabaja con familias en situación de riesgo, trabajan constantemente las subjetividades de los técnicos involucrados, ya que pueden verse en las derivaciones de los médicos al Trabajador Social o a los pasantes, situaciones familiares que no corresponden a los parámetros de "normalidad" que el que deriva tiene, y esta idea de normalidad es basada en el sentido común, en lo que socialmente esta establecido como "bien o mal", desde la mirada hegemónica del momento socio histórico y los valores de los profesionales.

Es el rol de Trabajador Social también que las propias familias logren desnaturalizar sus propias situaciones, para así elaborar con los demás técnicos implicados un mejor abordaje, donde si los integrantes de la familia comprenden e intervienen en el proceso seguramente habrá un cambio un favorable y una mejor calidad de vida. Según Jong, E. el rol del Trabajador Social "es el de asistir para la prevención, promoción y organización (...) desde categorías y conceptos, teniendo en cuenta los significados que construyen los sujetos con los cuales trabajamos. Desde allí articula la acción en un proceso dialéctico que implica: descripción, análisis, y acción que

crece en complejidad y profundidad en el desarrollo del proceso de interacción"⁴⁴, acá se destaca la importancia de la procesualidad, en un constante "descubrir" y "hacer", teniendo claro que cada individuo jerarquiza las actividades y cuestiones de su vida según su parecer y su historia de vida.

El Programa de Seguimiento a Niños Considerados de Riesgo al Alta Hospitalaria trabaja y convive con estos tres aspectos interrelacionados, SALUD – FAMILIA - RIESGO y desde la consideración que el medio social y ambiental, condiciones de la vivienda, el acceso a servicios básicos y satisfacción de necesidades humanas fundamentales inciden directamente en el bienestar fisco de los niños captados por el programa y sus familias.

Siendo imposible dejar de mencionar como la población objetivo y las situaciones que vivencian tienen una fuerte relación con los cambios que atraviesan las sociedades, donde hay un gran porcentaje de ausentismo paterno con familias monoparentales, las madres que llevan adelante sus hogares solas acceden a trabajos precarios y mal remunerados y otras familias que viven de Políticas Sociales del Estado, dependiendo de políticas focalizadas, las cuales tienen sus consecuencias, como claramente lo explica Ximena Baraibar, donde muchas veces hay un "estímulo de la pobreza", y la autora afirma afirma que,

"las políticas focalizadas tienen como uno de sus argumentos centrales, el hecho de querer beneficiar a aquellos mas pobres (...) con la pretensión de superar la situación de pobreza. Sin embargo, muchas veces generando el efecto contrario. El acceso a un beneficio está condicionado a la acreditación de la condición de pobre, y en particular a una manifestación específica de esa situación (...) La condicionalidad del beneficio "condena" al beneficiario a permanecer en la misma situación "45"

⁴⁴ Jong, E. La familia en los albores del milenio, trabajo Social, Familia e Intervención. Losada. España. 2003:44

⁴⁵Baraibar, X. Las paradojas de la focalización. (2003); Revista Ser. Social nº 12. Universidad de Brasilia, Brasil. 2003; 5

Sigue Niños Uruguay trabaja con una visión abarcativa de la familia, no desfragmentando a los individuos de las mismas, viéndolos y trabajando con ellos como una totalidad, dónde si hay algún factor de riesgo que afecta a alguno, en este caso al niño, también repercutirá en le resto del núcleo familiar.

Desde esta mirada mas abarcativa se trabaja con la familia en su totalidad, brindando herramientas para que ellos mismos como familia exploten sus potencialidades ya que el Programa una vez que disminuye o desaparece el riesgo en cuestión y ya existe una buena conexión con los servicios de salud pertinentes y las redes sociales correspondientes no continúa realizando las visitas domiciliarias, no generándose así cierta dependencia.

Siempre teniendo presente que la interrelación SALUD – RIESGO – FAMILIA esta determinada por cuestiones de género y el acceso o no al trabajo, mientras que el tipo de este determina la calidad de vida de las familias.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander EGG, E. DICCIONARIO DEL TRABAJO SOCIAL. LUMEN. ARGENTINA. 1994
- Antunes, R. LOS SENTIDOS DEL TRABAJO. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo.
- Baraibar, X. Las paradojas de la focalización. (2003); Revista Ser. Social nº 12. Universidad de Brasilia, Brasil. 2003
- Baraibar, X. Algunas transformaciones entre los procesos de exclusión social y los cambios en el mundo del Trabajo. Servicio Social y Sociedad. Vol 22. N°63.
 Seguridad Social y Ciudadanía. Ed Cortez. Sao Paulo. 2001
- Bentura, C. La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud. Revista Fronteras N°5. DTS. Montevideo, 2009
- Benia. W I. Reyes. Temas de Salud Pública. Tomo I TRADINCO. Montevideo. 2008
- Butler, J. "El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad". Ed. IBERICA. España. 1990
- Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. 1986
- Castel, Robert. La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado".
 Paidós. Buenos Aires. 1997.
- De Martino, Mónica. "Trabajo Social con Familia: Políticas Sociales y Modalidades de Intervención Profesional." Montevideo. 2002.



- De Martino, Monica. Transformaciones en el Mundo del Trabajo. Una mirada desde el modo de vida de las mujeres trabajadoras Riverenses. El caso de la Industria Tabacalera MONTE PAZ. DTS. FCS. UDELAR. Montevideo. 2001
- Determinantes ambientales de salud. Cuadernos de Salud publica. Madrid.
 Editorial Médica Pan Americana, 2005
- Evans, Myers. Medical Malpractice Attorneys in Pittsburgh Pennsylvania. 2000
- Fasler, C. La mujer en la familia como Protagonista del Bienestar Social. Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar. Trilce. Uruguay. 1997
- Fasler, C. Políticas de Salud y cuidado, una mirada desde el género. Trilce. Uruguay. 2008
- Filgueira, C. Comportamiento Reproductivo y Cambio Social. Algunas consideraciones sobre America Latina. CIESU. Montevideo. 1983
- Filgueira, C. Sobre Revoluciones Ocultas: LA FAMILIA EN EL URUGUAY. CEPAL. Montevideo. 1996
- Filgueira, F. Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado. Ediciones Banda Oriental. Uruguay. 2005
- Filgueira, F. Cohesión, Riesgo y Arquitectura de Protección Social en America Latina. División de Desarrollo Social. CEPAL. Chile. 2001
- Jelin, E. "Pan y Afecto. Las transformaciones de las familias" Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1983
- Jong, E. La familia en los albores del milenio, trabajo Social, Familia e Intervención. Losada. España. 2003

- "Mesa de salud -ADASU". Documento de Trabajo. 2006: 3
- Mioto, R. Familia y Servicio Social: contribuciones para el debate. En: Servicio Social y Sociedad. Año XVIII, N° 55 noviembre 97. Cortez Editora, San Pablo, 1997.
- Olesker Daniel. "Reforma de la Salud: un Sistema Integral y Solidario a la Uruguaya". 2007
- Padua, J. El proceso de investigación. En "técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales". Ed. FCE. México. 1979
- PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS CONSIDERADOS DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA. Área Niñez y Adolescencia. RAP ASSE. 2009
- Sabatini, F. "¿Que es un Proyecto de Investigación?" Serie Azul nº 1. Santiago de Chile. 1993
- Sarte, J.P. El método progresivo regresivo, en: Crítica a la razón dialéctica. Ed Losada. Buenos Aires. 1960
- Sarachu, G. Los debates actuales en Trabajo Social y su Impacto a Nivel regional.
- Seminario Taller. Organizadora: Silvia Rivero. Montevideo. 2003
- Seguimiento del recién nacido de riesgo. OMS. 2006: 425
- <u>Seminario taller: "Los debates en Trabajo Social y su impacto a nivel regional"</u> <u>Organizadora Silvia Rivero. UDELAR - FCS 2001</u>
- Sunkel, G. El papel de la familia en la protección social America Latina. División de Desarrollo Social. CEPAL. Chile. 2006
- Terris, M. Organización Mundial de la Salud. 1975:2

- Torcuasto S. Dí Tella . Diccionario de Sociología y Ciencias Sociales. 2da Edición. Editorial Emecè. Argentina. 2004
- Ziplcioglu, A. La Fragilidad de la Cuestión Social. Precariedad Laboral y Vulnerabilidad Social. 2004

Otras fuentes documentales:

• Lalonde. A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document". 1974 www.hc-sc.ca/