

## **FUNCION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES**

María Isabel del Carmen  
MANTEIGA DE RODRIGUEZ

### **INTRODUCCION**

La idea de este trabajo surgió ante la necesidad detectada que en las Obras Sociales en Mendoza, no se canaliza el mayor porcentaje de presupuesto y energía en prevención y educación para la salud, sino que las coberturas están dirigidas principalmente a la recuperación y rehabilitación de la misma, y que el Trabajo Social, está abocado a la inmediatez, al asistencialismo, olvidándose diariamente que su función es preventiva y su fin último el bienestar social.

Ya a principios de siglo, el fundador del primer servicio social hospitalario, el Dr. Richard Cabot (1868-1939), decía "El Donativo más prudente que conozco, el que es más seguro que se perpetúa, que germine como una semilla, es la enseñanza". "El Trabajador Social debe enseñar enseñando, demostrando lo que indica; debe dejar hablar, contar su historia a su manera".

Y es en la acción educativa donde debe centrarse la labor del Trabajo Social; en el influir positivamente en la conducta de los hombres, en ese mutuo descubrir e incorporar que se da en el ámbito de la experiencia transformadora de la relación profesional.

Y que también otra pionera Mary E. Richmond (1861-1928) nos recordara cuando nos indicaba la importancia de la prevención y la educación en el tratamiento de la ceguera, el alcoholismo, la demencia y la debilidad mental y que como Cabot, rechazara la dádiva y bregara

por un Trabajo Social científico, fundado en la investigación social.

José Bleger nos dice que la complejidad de la vida y de las organizaciones creadas para defender la vida del hombre y facilitar su bienestar, como parte inseparable de la salud, han llevado a la cabal comprensión de que una medicina para ser realmente efectiva en el sentido promocional de la salud y el bienestar, debe adoptar una franca actitud preventiva.

Otro punto destacado es la ausencia de proyectos que programen la acción del Trabajo Social, de ahí que me propusiera elaborar, en relación a una serie de problemas detectados, un proyecto de atención permanente de embarazadas en una Obra Social.

La salud pública, como los problemas de la comunidad, han sufrido en su concepción, a lo largo de la historia, la influencia de los distintos sistemas filosóficos, escuelas sociológicas y psicológicas que nos han llevado desde la concepción atomizada del hombre y su entorno, a la unidad y totalidad del mismo, con sus necesidades, posibilidades y comunidad en que se desenvuelven, a ese todo que es cualitativamente distinto a la suma de las partes.

Así es como a influencia del positivismo y funcionalismo, los problemas de la comunidad eran considerados como una enfermedad, encarándose las actividades de la salud con el mismo criterio analítico y segmentario que prevalecía en la medicina (y que todavía existe en alguna medida) y que se aplicaba al individuo enfermo, tratándolo como una apendicitis, un cardíaco, un C.A. de hígado, un lúpico, un neurótico o u psicótico, en vez de considerarlo un ser humano, una totalidad, con un problema a investigar; un dolor de cabeza visto desde la persona, no aislado.

Como nos dice Pierre Schneider, "el hombre es una totalidad, tanto somática como psíquica, siendo capaz esa totalidad de organizar y modificar ella misma

de manera dinámica sus diferentes aspectos. Por lo tanto, posee las características de una unidad integradora. Por último, dicha personalidad siempre está ubicada socialmente".

Agregando con Víctor Frankl que no solamente es una unidad somatopsíquica, sino biopsicoespiritual, con lo que se completaría la visión total del hombre.

El Lic. Natalio Kisnerman nos dice que, "salud - enfermedad configuran una unidad, como partes de un mismo proceso vital que excede lo individual, que es colectivo, de una sociedad concreta en la medida en que ésta crea las condiciones favorables o desfavorables para el desarrollo integral de los hombres.

En este sentido, salud - enfermedad, es un fenómeno social que trasciende lo meramente individual y biológico y abarca la comunidad como conjunto".

Es asombroso que así como se divide cuerpo y alma, salud y enfermedad, prevención y curación; también en el campo tecnológico de la medicina, una vez concretado cualquier avance aparatológico para curar alguna enfermedad o detectarla, sea aprovechado de inmediato, su aplicación se difunda de manera explosiva y sea adquirido a cualquier costo por países ricos o pobres, por grupos que siempre están dispuestos a pagar su aplicación. No sucediendo lo mismo en el campo de la prevención o la promoción de la salud, pues si en un país se establece o se demuestra la validez de un procedimiento o una técnica para la prevención de una afección, ésta no tiene el carácter de explosión en cuanto a la difusión ni mucho menos de adquisición generalizada.

El criterio de Leavell y Clark, cuando señalan los cinco niveles de prevención:

- 1- prevención inespecífica o promoción de la salud
- 2- prevención específica
- 3- diagnóstico temprano y tratamiento eficaz
- 4- limitación de la incapacidad
- 5- rehabilitación

dejan de lado la clásica división entre medicina preventiva y medicina curativa o asistencial, integrándola en una

unidad.

Esta unidad, al integrar todos los enfoques parciales, hace que la salud pública sea un sistema que, como conjunto de elementos interrelacionados e interdependientes, configure una totalidad vinculada a otros sistemas más amplios, como ser el sistema social del cual es un subsistema, el cultural, económico y político, que faciliten el conocimiento de los factores socioeconómicos, culturales y políticos que generan enfermedad.

Como nos dice Abraam Sonis, el nivel de salud es expresión del grado de desarrollo de una comunidad y cómo su promoción no puede considerarse aisladamente del mejoramiento de las condiciones económicas y educativas de la misma, dado que de otra forma lo que puede lograrse no es sustancial.

La remoción de los viejos enemigos del hombre (la miseria, la ignorancia, la inseguridad, el hambre), es indispensable para dominar las enfermedades que caracterizan el subdesarrollo y que determinan las deficientes condiciones de salud en las comunidades de bajos ingresos.

Para mejorar la salud debe mejorar el nivel de vida de las poblaciones, y esto equivale a aumentar el producto bruto de los países y asegurar una distribución justa del mismo; en una palabra, es necesario cambios profundos en la estructura social que revierta la situación de dependencia.

### SISTEMA DE OBRAS SOCIALES:

La seguridad social nace como una respuesta social a una necesidad colectiva.

El capitalismo industrial en expansión del siglo XIX descubre el bienestar e inventa la seguridad social, no por una cristiana reflexión ética sobre los tremendos costos sociales de su propio crecimiento, sino por otras razones fundamentales: la reiteración de estallidos de intolerancia popular, la extensa difusión de enfermedades originadas en la miseria y la suciedad, pero que ya no respetaban las puertas de las mansiones, y el paula-

tino descubrimiento de que en las escalas de producción que se iban alcanzando, resultaba necesario incorporar al mercado nuevos sectores de población con nuevos niveles de consumo superiores a la mera subsistencia.

Los crecientes niveles de consumo impulsan un aumento de la productividad y la eficiencia, a través de mejores niveles de nutrición y educación, como podemos leer en Salud y Política Social.

Y también, nos dice Aldo Neri que el concepto de seguridad social, -ambiguo de por sí- fue y todavía es en parte identificado con los seguros sociales, que constituyen sólo una modalidad y una etapa histórica de su desarrollo.

Dado que los sectores privilegiados no estaban dispuestos a efectuar concesiones significativas de sus rentas (y que incluso, aún concedidas hubieran sido totalmente insuficientes para lo que había que financiar), se eligió el camino del aporte salarial para sostener un sistema que, en definitiva, es financiado por toda la masa consumidora, constituida a su vez, en buena medida, por esos mismos trabajadores cotizantes. Esto significa que el capital no tributa para el sostenimiento de los seguros sociales, como lo hace para otras finalidades a través de diversos impuestos que recauda el estado.

El impuesto directo a la renta y al capital son las herramientas que hay que perfeccionar, en las sociedades de economía mixta, para sufragar mayoritariamente, entre otras cosas, los servicios sociales requeridos por el pueblo todo.

Nadie debe quedar excluido del derecho, así como nadie debe ser relevado del tributo, en relación a su ingreso y capacidad de acumular riqueza.

Porque, como nos decía el Dr. Rodolfo Montero, en una conferencia, las bases fundamentales de un sistema de Seguridad Social, son la financiación solidaria, la universalidad de cobertura, el principio de integralidad, que sea igualitario y que evite caer en la masificación y despersonalización de la atención médica.

Son interesantes también los conceptos al respecto, vertidos por el Dr. Raúl Alfonsín en el reportaje

de la revista Estar Bien, cuando nos dice que si observamos los hechos institucionales acaecidos en los años recientes podemos verificar un progresivo desentendimiento del estado de sus responsabilidades primarias en el campo de la salud, tanto en lo que hace a la conducción política global cuanto a su papel de prestador de servicios asistenciales.

No ha sido mayor la deserción estatal de su fundamental papel regulador en distintos campos del quehacer sanitario del país, tales como el de las profesiones de salud y el medicamento.

La claudicación política, la minimización del papel regulador del estado y el empobrecimiento de su rol como prestador de servicios (justamente en un momento de máxima penuria social) fueron tramposamente legitimados por una distorsionada concepción del principio de subsidiaridad.

Las obras sociales se vieron duramente golpeadas por dos flagelos de la época: la desocupación y la compresión del salario real.

A ello se agrega cierta tendencia mercantilista de algunos sectores de la medicina privada, invadida en parte por intereses ajenos a su objetivo social y el desaliento de extensos grupos de profesionales y técnicos de la salud, embretados en una dura competencia económica por la supervivencia, carentes con frecuencia de estabilidad laboral y estímulo científico y viendo empobrecidas sus oportunidades de capacitación y desjerarquizada la imagen social de su labor.

La responsabilidad primordial de una democracia social es garantizar a sus integrantes determinadas cosas que hacen a la dignidad, seguridad y posibilidades de realización humanas, tales son, educación y salud.

Se hace indispensable acercar los servicios a la gente, incrementando su conciencia de contar con asistencia fácilmente accesible, que la calidad del servicio ofrecido sea independiente de la condición social y económica de quien lo utiliza.

Es hipocrecía social declamar la medicina igualitaria cuando se sigue presionando por un hospital

precario para los indigentes, una medicina privada apenas regular para las obras sociales comunes y otra suntuaria para las más ricas y las de personal directivo.

Es deseable alcanzar una integración financiera y administrativa de los fondos de las obras sociales, transformándolas en un seguro unificado administrado por los trabajadores y el Estado y cuyo manejo, adaptándolo a nuestra realidad federal, lo realice cada provincia dentro de un modelo y normas de carácter nacional, para superar la actual estratificación del sistema de obras sociales, generadora de notorias desigualdades entre los niveles de beneficios recibidos por los trabajadores y sus familias, de acuerdo al mayor o menor nivel salarial de cada grupo.

### TAREAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS:

1- Definición filosófica: qué tipo de atención de salud queremos y necesita nuestro país.

2- Conocimiento real de los problemas prioritarios del país en materia de salud.

3- Desarrollar sistemas de salud que se adapten a la realidad nacional, articulándose a las características regionales.

4- Eliminación de las barreras que no hagan posible la accesibilidad de la población a los centros de atención de la salud.

5- Mejorar la calidad de la atención, no confundiendo la complejidad de la atención.

6- Desarrollar científicamente la planificación en salud.

7- Depurar los canales de comunicación, para que la información existente sea eficaz a la planificación.

8- Detención del deterioro de la infraestructura de la salud.

9- Mejorar la distribución, utilización y coordinación de los recursos en materia de salud.

10- Desarrollo insuficiente de la investigación

sobre:

- . cómo organizar mejor el sistema de salud.
- . eficacia de la tecnología actual en los tratamientos.
- . costos de la atención
- . incidencia de la complejidad tecnológica según edades.

11- Revitalización de las funciones docentes y de investigación en todos los niveles del sistema hospitalario.

12- Necesidad de contar con centros de salud o en su defecto, consultorios médicos en el domicilio de la gente.

13- Desarrollo de la computación: que administre, es decir que dirija, organice, controle, evalúe, el sistema de salud.

14- Brindar oportunidades reales de participación a todos los niveles de la población para que sean verdaderos protagonistas en el sistema de salud.

### PROTECCION MATERNO INFANTIL:

La familia que como todos sabemos, es la unidad básica de la sociedad, donde comienza a desarrollarse el proceso biopsíquico-social del hombre, no tiene hoy, todas las posibilidades y las condiciones para satisfacer todas sus necesidades. De ahí que requiera el respaldo y apoyo subsidiario del Estado, que por otra parte debe ser uno de los objetivos prioritarios del mismo, ya que el fortalecer y apoyar a la misma, está asegurando el desarrollo normal de la comunidad que lo sostiene.

El Dr. Francisco Mardones Restat, que es consultor en Programas de Protección Materno Infantil de la Oficina Sanitaria Panamericana Argentina, nos dice que una política de protección materno - infantil se debe inspirar en dos principios:

1- Protección familiar.

2- Salubridad como proceso local: la integración de una comunidad regional evitando todo tipo de segregación, es sustancial para el cumplimiento de los

propósitos de un plan de salud.

Y luego nos habla de 9 objetivos que debe contemplar todo plan de protección materno - infantil:

1- El cuidado prenatal precoz: es la inversión que produce mayores intereses en la salud de la madre, el feto, el recién nacido y hasta en el menor de un año. Exige fundamentalmente educación de los cónyuges y la demanda se incrementa con alicientes tales como la asignación familiar prenatal y las prestaciones alimentarias.

2- Atención técnica de la madre y el recién nacido en el parto y puerperio.

3- Educación de los cónyuges en el cuidado integral de la familia y en la regulación de la fecundidad: el programa de educación debe completarse con la provisión adecuada de los medios de regulación de la fecundidad, cuando se estime sea necesario.

4- Supervisión del crecimiento, el desarrollo y la atención del lactante: se estima indispensable conceder un promedio no inferior de cinco consultas por año en los primeros años de vida y la complementación alimentaria, cuando no esté garantizada la provisión suficiente y regular de alimentos.

5- Atención del preescolar: se podría conceder una consulta y media anual por niño, complementándose con vacunación y asistencia alimentaria.

6- Atención del escolar.

7- Atención oportuna y eficiente de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

8- Atención de la patología infantil y su rehabilitación: complementándose con prestaciones alimentarias y los beneficios económicos derivados de la seguridad social.

9- Estímulo de la lactancia natural.

Es fundamental, nos continúa diciendo, el establecimiento de una estrategia coherente para este sector de la población, incorporada a una política global de salud y armonizada con la del bienestar derivado de la planificación del desarrollo; una amplia difusión a fin de conciliar el apoyo de todos los estratos de la comunidad

nacional y una unidad de nivel central, cuya función será la de proponer las decisiones de dicha política.

El lento descenso de los indicadores de los riesgos de enfermar y morir de la población infantil, denuncia que lo hecho hasta ahora es insuficiente, que debe haber mayor conciencia de la necesidad del trabajo de equipos interdisciplinarios y de la adecuación de los programas existentes en proyectos operativos que respondan a necesidades concretas locales solucionando así problemas detectados en cada realidad particular, junto a la participación de los afectados que como principales autores, sean los responsables de exigir su eficiente ejecución y continuidad de las acciones, desarrollando así una nueva conciencia de las posibilidades humanas.

El Trabajador Social fundamentalmente en este campo de la salud, cumple su papel de educador social, con las características de agente de prevención, dejando las acciones asistencialistas solamente para la emergencia, porque como nos dice el profesor Natalio Kisnerman, "nadie estudia una profesión simplemente para dar aspirinas".

### ¿CUAL ES LA FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UNA OBRA SOCIAL?

En párrafo anterior, he acotado que el papel del Trabajador Social es el de educador social.

¿Qué significa esto?

Educación, del latín *Educatio*: es el nutritio, acción de criar.

Educare: educar, cuidar, criar, instruir, formar.

Educere: hacer salir, sacar afuera, *ex + duco*.

El Trabajador Social participa de las tres acepciones etimológicas de la palabra.

De educatio, a través de la asistencia como respuesta a situaciones de emergencia.

De educare, a través de las acciones de orientar y capacitar en los problemas consecuentes de la en-

fermedad, las posibles alternativas de solución a los problemas creados por ésta, como así mismo en aquellas acciones preventivas para que éste no se propague o repita en la familia o comunidad e información acerca de la existencia de los recursos existentes que se necesitarán en la resolución de las situaciones - problemas planteadas.

De educere, por cuanto procura sacar afuera, hacer conciente las potencialidades del co-sujero, crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas y hacer que participen activamente en la acción transformadora de los mismos.

El concepto de sacar a luz, implica siempre el mejoramiento, la perfección, de ahí que el Trabajo Social apunta como fin, a lograr el mejoramiento de la calidad y nivel de vida de la población con que trabaja, es decir, el bienestar social.

Estas acciones educativas, las concreta a través de las funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Como implementador de las políticas de salud, que es otra de sus funciones, tiene la responsabilidad de operacionalizar los distintos programas de salud de la institución, en proyectos viables, transformando necesidades concretas en respuestas que las satisfagan.

Estas necesidades son detectadas mediante diseños de investigación, mediante los cuales también se identifican los factores que generan la enfermedad, su distribución y desarrollo, detectando a enfermos y minusválidos, evaluando servicios, recursos, actitudes, valores.

Realiza servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades.

Administra, organiza, dirige y coordina las actividades del Departamento de Servicio Social.

El Trabajador Social, en este proyecto de salud, hace que su quehacer profesional, sea un complemento y apoyo de las acciones médico - sanitarias, descartando las acciones aisladas, de ahí que los objetivos del proyecto propuesto, estén planteados desde el equipo de salud, como así mismo el desarrollo del mismo.

El Trabajador Social desarrolla en éste, las funciones de promoción y prevención.

Promoción: por cuanto elabora un proyecto de divulgación de los múltiples factores que inciden en la salud de la embarazada, el ser en formación y su familia. Imparte información sobre derechos como afiliados a la Obra Social concretados en programas que se dan a conocer, como también sus deberes con la Institución.

Prevención: al estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los afiliados de los servicios del programa Materno Infantil, tasas de morbimortalidad - infantil, conciencia en la población de afiliados de la importancia de la perinatología y los peligros en ese período, nivel de conocimientos sobre nutrición infantil y nivel de participación activa en la Obra Social.

Al orientar y capacitar a los afiliados sobre las carencias detectadas a través de experiencias demostrativas y ejercicios participativos, elevando así el nivel de conciencia sobre la importancia de la prevención en salud materno infantil y fortaleciendo la unidad familiar.

Materno Infantil provoca desconocimiento y bajo aprovechamiento de los servicios del mismo".

"La conciencia actual sobre la importancia de la prevención en la morbimortalidad materno-infantil hace que las embarazadas afiliadas a la Obra Social X no realicen cursos de psicoprofilaxis en un porcentaje elevado".

A partir de estas hipótesis verificadas, surgió el siguiente diagnóstico:

Los indicadores de sentimiento no interrelacionado de pertenencia a la Obra Social, indiferencia a manifestar en forma efectiva sus opiniones y desconocimiento en su totalidad de los programas existentes, demuestran la falta de participación de las afiliadas en la Obra Social X.

Así mismo, la transmisión inadecuada sobre cobertura de los servicios por parte de la Obra Social, hace que las afiliadas embarazadas, no se beneficien en su totalidad de los servicios del Programa de Salud Mater-

## PROYECTO DE ATENCION PERMANENTE

### DEL GRUPO DE EMBARAZADAS

### AFILIADAS A LA OBRA SOCIAL X

#### DIAGNOSTICO:

Se llevó a cabo entre abril de 1985 y abril de 1986, una investigación aplicando las técnicas de cuestionario y entrevista a mujeres afiliadas a la Obra Social X, internadas por parto, verificando en la realidad las siguientes hipótesis:

"La falta de participación en la Obra Social X y deficiente información sobre el programa de Salud Materno Infantil provoca desconocimiento y bajo aprovechamiento de los servicios del mismo".

"La conciencia actual sobre la importancia de la prevención en la morbimortalidad materno-infantil hace que las embarazadas afiliadas a la Obra Social X no realicen cursos de psicoprofilaxis en un porcentaje elevado".

A partir de estas hipótesis verificadas, surgió el siguiente diagnóstico:

Los indicadores de sentimiento no internalizado de pertenencia a la Obra Social, indiferencia a manifestar en forma efectiva sus opiniones y desconocimiento en su totalidad de los programas existentes, demuestran la falta de participación de las afiliadas en la Obra Social X.

Así mismo, la transmisión inadecuada sobre cobertura de los servicios por parte de la Obra Social, hace que las afiliadas embarazadas, no se beneficien en su totalidad de los servicios del Programa de Salud Mater-



no Infantil existente.

La poca importancia otorgada a controles médicos desde el comienzo del embarazo, cursos de psicoprofilaxis y el bajo índice de información nutricional, demuestran la poca conciencia de la población, de la importancia de la prevención en la morbilidad materno-infantil.

Si bien los indicadores expresados demuestran indiferencia a la participación en la Obra Social, el 93% de las mujeres entrevistadas manifestaron deseos de concurrir a charlas sobre temas de salud materno-infantil, sugiriendo en mayor porcentaje los siguientes temas:

- Alimentación del niño
- Primeros auxilios
- Prevención de accidentes en el hogar
- Peligros más frecuentes del niño al nacer y de la madre durante el parto.

Junto a la actitud positiva puesta de manifiesto como recurso humano interno importante, se cuenta también con recursos materiales, infraestructura de la Obra Social y recursos técnicos, los profesionales de la misma.

Con estos recursos, se puede organizar un proyecto de atención de este grupo de afiliadas con el objetivo de solucionar los problemas planteados.

### PROGNOSIS:

Si se elabora un proyecto de atención permanente del grupo de embarazadas afiliadas a la Obra Social X, los servicios del Programa de Salud Materno Infantil serían utilizados en su totalidad, y crecería la conciencia sobre la prevención de la morbilidad materno-infantil.

VARIABLES	INDICADORES
Falta de participación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sentimiento no internalizado de pertenencia a la Obra Social.</li> <li>• indiferencia a manifestar opiniones.</li> <li>• desconocimiento de programas existentes</li> </ul>
Deficiente información sobre el Programa Materno-Infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• transmisión inadecuada sobre cobertura de servicios.</li> <li>• beneficios de coberturas en análisis, prácticas, estudios.</li> <li>• información nutricional de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- embarazada</li> <li>- bebé</li> </ul> </li> <li>• importancia otorgada a controles desde el comienzo del embarazo.</li> </ul>
Desconocimientos de servicios	
Bajo aprovechamiento de servicios	
Conciencia actual sobre prevención respecto de la morbilidad materno-infantil	
Realización de cursos de psicoprofilaxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia a cursos de psicoprofilaxis del embarazo.</li> </ul>

## PROYECTO DE ATENCION PERMANENTE DEL GRUPO DE EMBARAZADAS AFILIADAS A LA OBRA SOCIAL X:

### INTRODUCCION:

De acuerdo a lo dispuesto por resolución INOS 1316/84, sobre cobertura Médico Asistencial Materno

Infantil, la Obra Social X elabora el Programa 389/85 de Salud Materno Infantil con el siguiente objetivo:

"Otorgar a mujeres durante el embarazo y hasta 30 días después del parto y a los niños hasta cumplir un año de vida, las prestaciones médicas, sanatoriales, bioquímicas, odontológicas y farmacéuticas en forma gratuita".

### ALCANCE DEL PROGRAMA:

- Atención a la mujer embarazada desde el momento de su denuncia hasta 30 días posteriores al parto (clínica, sanatorial, bioquímica, odontológica y farmacéutica).

- Atención pediátrica al recién nacido.

- Nursery.

- Atención del lactante hasta el año de edad (clínica, sanatorial, bioquímica, odontopediátrica, farmacéutica).

El presente proyecto se encuadra dentro de dicho programa.

### NATURALEZA:

Se entiende por atención permanente del grupo de embarazadas, el proceso de formación del grupo, reflexión, información y capacitación teórico práctico para interpretar y explicarse la realidad especial de estar embarazada, el nuevo ser en formación y la vivencia familiar de las mujeres en gestación de la Obra Social X.

La atención será permanente, debido al crecimiento constante de la Obra Social.

Este proyecto surge ante la constatación durante el año 1985, que el 70% de las embarazadas, durante ese año, no se beneficiaron con el Programa Materno Infantil existente en la etapa de embarazo y, que el 80% de las mismas, no realizaron cursos de psicoprofilaxis.

### FUNDAMENTACION:

Considerando que la salud-enfermedad es un fenómeno social que trasciende lo meramente individual y biológico y abarca la comunidad como conjunto, el Asistente Social actuando en la Obra Social X, desarrolla como estrategia fundamental la prevención en salud.

Esta Obra Social, ha planificado su cobertura en salud a través de varios programas, que se encuadran en resoluciones del INOS y que responden a la Política de Salud Nacional.

La constatación de las variables:

- falta de participación en la Obra Social X.

- deficiente información sobre el programa de Salud Materno Infantil.

- desconocimiento y bajo aprovechamiento de los servicios de la misma.

- conciencia actual sobre prevención respecto de la morbilidad materno-infantil.

- realización de cursos de psicoprofilaxis.

determinan la necesidad de implementación de este proyecto, que hará que los servicios del programa citado sean aprovechado en su totalidad.

### OBJETIVOS:

#### Objetivos generales:

- Disminuir las tasas de morbilidad materno-infantil.

- Concientizar sobre prevención en salud materno-infantil.

#### Objetivos específicos:

- Informar y orientar sobre los servicios del Programa de Salud Materno-Infantil.

- Educar nutricional y sanitariamente a la embarazada.

- Capacitar a los padres en primeros auxilios.
- Recomendar la aplicación de medidas para evitar accidentes en el hogar.
- Despertar la necesidad de participar activamente en la Obra Social.
- Capacitar en los cuidados del bebé.
- Concientizar sobre la importancia de la perinatología y los peligros de ese período.

### METAS:

El 100% de las embarazadas afiliadas a la Obra Social X.

### DURACION DEL PROYECTO:

La duración de este proyecto es permanente, ya que conlleva acciones educativas que permiten fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

### ALTERNATIVA SELECCIONADA:

Se estudió la posibilidad de realizar anualmente:

- 1- reuniones quincenales de mayo a setiembre con los padres afiliados.
- 2- envío por correo de cartas a todas las mujeres componentes de grupos familiares afiliados, explicando el Programa de Salud Materno-Infantil.
- 3- entrega de folletines explicativos a cada afiliado que concurra a la Obra Social.

La segunda alternativa tiene la ventaja de ser de bajo costo pero carece de la motivación que produce el proceso grupal y de la práctica de participación en el mismo.

La tercera alternativa posee la ventaja del costo bajo y de la posibilidad de la consulta inmediata,

pero no ofrece ejercicio de participación grupal.

Debido a lo expuesto, se eligió la primera alternativa que da a los padres afiliados a la Obra Social, la posibilidad de la comunicación, a través del diálogo, de la participación y el aprender haciendo.

Esta alternativa tiene la desventaja de ser la de costo más alto.

### DEPENDENCIA LEGAL DEL PROYECTO:

Este proyecto dependerá del Departamento de Servicio Social, de la Gerencia Técnica, con la responsabilidad de su formulación a cargo de la Asistente Social de la Delegación Mendoza y su implementación, ejecución y evaluación a cargo del equipo integrado por:

- . Jefe de la Delegación Mendoza.
- . Jefe de Promoción de la Delegación.
- . Médico Auditor Coordinador Zona Cuyo.
- . Asistente Social de la Delegación.
- . Encargada Administrativa.

### LOCALIZACION:

#### a) Macrolocalización:

La acción de este proyecto se irradiará sobre la ciudad de Mendoza y los Departamentos de Guaymallén, Las Heras, Godoy Cruz y Maipú.

Esta radiación se podrá incrementar en próximos años, si el éxito hace que los mismos afiliados lo soliciten de alguna manera.

#### b) Microlocalización:

Las actividades del proyecto se realizarán en la Sede Central de la Delegación Mendoza, sita en Rivadavia 80 Ciudad.

### SERVICIOS QUE PRESTA EL PROYECTO:

Este proyecto prestará los siguientes servicios:

- a) Información y capacitación de los afiliados sobre cobertura materno-infantil.
- b) Esperiencia de participación e integración a la Obra Social X.
- c) Concientización sobre prevención en salud.

### RECURSOS NECESARIOS PARA EL PROYECTO:

#### MATERIALES:

- a) una sala de reuniones
  - b) 50 sillas
  - c) un proyector
  - d) un pizarrón
  - e) 60 diplomas de honor
  - f) dos servicios de copetín
  - g) 50 tazas de café
  - h) una máquina de escribir
  - i) una fotocopidora
  - j) una resma de papel oficio
  - k) 100 sobres carta
- Son recursos de la institución.  
Recurso que se consigue prestado.

#### HUMANOS:

- a) Asistente Social de la Obra Social X
- b) Jefe de la Obra Social X
- c) Médico Auditor Coordinador de la Obra Social X
- d) Médico pediatra - neonatólogo
- e) Médico obstetra
- f) Psicólogo

- g) Partera
- h) Profesora de educación física
- i) Personal de maestranza de la Obra Social X

### FINANCIEROS:

#### Inversión:

50 sillas	A	25
Alquiler de un proyector	A	15
60 diplomas de honor	A	30
2 servicios de copetín	A	400
50 tazas de café	A	15
TOTAL	A	485

#### Puesta en marcha:

Subtotal inversión	A	485
Subtotal puesta en marcha	A	50

#### Gastos de implementación:

Remuneración de especialistas	A	200
Viáticos	A	100
Gastos varios	A	50
TOTAL	A	350

#### Costo total del proyecto:

Gastos de inversión	A	485
Gastos de puesta en marcha	A	50
Gastos de implementación	A	350
Costo total del proyecto	A	885

## METODOLOGIA:

### Etapas, actividades, técnicas y responsables:

1º Etapa: motivación al Jefe del Departamento de Servicio Social, a los directivos de la Obra Social X y al personal de la Delegación Mendoza, de la necesidad del proyecto.

<u>Actividades</u>	<u>Responsable</u>
a) Explicación de objetivos y fundamentación del proyecto al Jefe del Dep. de Ser. Social	Asistente Social Deleg. Mza.
b) Envío del proyecto al Jefe del Dep. de Ser. Social	Asistente Social Deleg. Mza.
c) Reunión con directivos de la Delegación Mza.	Asistente Social Deleg. Mza.
d) Reunión con el personal de la Delegación Mza. para explicar el proyecto.	Asistente Social Deleg. Mza.
e) Entrega de programa al personal de la Delegación	Asistente Social Deleg. Mza.
f) Entrevistas con los profesionales responsables del curso para coordinar acciones y temas	Asistente Social Deleg. Mza.
g) Motivación a los afiliados a través de: - Envío de invitación y programa - Colocación de carteles - Entrega de folletos	Asistente Social Deleg. Mza.

### 2º Etapa: desarrollo del proyecto

<u>Contenidos</u>	<u>Técnica</u>	<u>Responsables</u>
a) El embarazo: proceso, cambios, cuidados, peligros, control	Phillips 66	Médico obstetra Asistente Social
b) El embarazo: alimentación, su importancia, relación con el desarrollo del feto	Proyección de diapositivas	Médico obstetra
c) El embarazo: cambios psíquicos, stress, trabajo de la mujer embarazada, vida sexual	Diálogo abierto	Médico obstetra
d) El parto: momentos, importancia de la respiración, colaboración del esposo	Dramatización	Médico obstetra
e) Curso de psicoprofilaxis: significado, importancia práctica conjunta de relajación	Relajación	Profesora de Educ. Física
f) La perinatología: importancia, significado, peligros en ese período	Proyección de diapositivas	Médico obstetra
g) El bebé: sus cuidados, desarrollo, importancia de la estimulación temprana	Proyección de diapositivas	Psicóloga
h) Accidentes en el	Discusión en	Médico pe-

Contenidos	Técnica	Responsables
hogar: casos, prevención, tratamiento	grupos	diatra
i) Primeros auxilios: desmayo, quemado, ahogado, pérdida de conocimiento, quebraduras	Dramatización	Médico Auditor de la Obra Social
j) Programa de Salud Materno Infantil: cobertura trámite de interacción, honorarios médicos, prácticas y estudios durante el embarazo.	Diálogo abierto	Asistente Social Médico Auditor Coordinador

**PLAZO TOTAL DEL PROYECTO:**

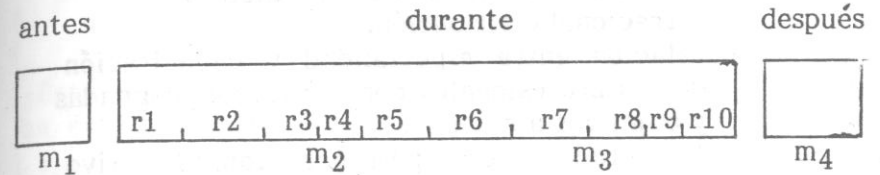
a) Formulación	2	meses
b) Implementación	3	meses
c) Ejecución	5	meses
d) Evaluación final:	15	días

**CALENDARIZACION DEL PROYECTO:**

Actividad	Tiempo en meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diagnóstico	█											
Formulación	█	█	█									
Implementación				█	█	█	█					
Ejecución							█	█	█	█	█	
Evaluación final												█

Se aplicará el modelo no experimental: antes durante - después.

El mismo consistirá en la aplicación de un pretest antes de la primera reunión, evaluaciones luego de la 3º y 7º reunión y una última al final, el postest.



El pretest se realizará a través de un cuestionario que se entregará al grupo, antes de comenzar la primera charla, según se detalla en el modelo.

En la 3º y 7º reunión, las evaluaciones se harán a través de una observación estructurada participante para medir las siguientes variables:

- Interés en los temas tratados
- Calidad y cantidad de los temas tratados
- Participación grupal:
  - . asistencia
  - . emisión de preguntas, opiniones, experiencias.
  - . adecuación de las técnicas grupales
- Importancia de la participación activa del afiliado en la Obra Social X.
- Adecuación del ambiente físico:
  - . iluminación
  - . ventilación
  - . calefacción
  - . disposición de las butacas

El postest se aplicará a través de un cuestionario, al finalizar la última, según detalle del modelo.

Además de las variables mencionadas que se evaluarán conjuntamente con el grupo de afiliados participantes, el grupo evaluador que estará integrado por el Jefe de la Delegación, el Médico Auditor Coordinador, el Jefe de Promoción, la Encargada Administrativa y el Asistente Social, medirá las siguientes variables:

- Grado en que el financiamiento cubre las necesidades del proyecto.
- Posibles problemas que se puedan presentar en la ejecución del presupuesto:
  - . lentitud en la asignación
  - . insuficiencia de recursos financieros
  - . irracional distribución.
- Relación entre especialidad y capacitación de los profesionales con las tareas asignadas y objetivos a cumplir.
- Colaboración del personal administrativo en la ejecución del proyecto:
  - . asistencia a las reuniones
  - . emisión de opiniones
  - . otro tipo de participación.

PRETEST

Antes del inicio de este curso	Si mucho	Media-namente	Algo	Nada
¿Está Ud. interesado en esta reunión? ¿Está informado sobre el tema que se va a tratar? ¿Se encuentra cómodo en este lugar? El programa que Ud. ha recibido, ¿responde a sus inquietudes? ¿Le interesa trabajar en grupo?				
<u>Observaciones:</u>				

Al concluir el desarrollo de este curso	Si mucho	Mediamente	Algo	Nada
¿Estuve interesado en todas las reuniones?				
¿Se trataron con igual intensidad todos los temas?				
¿Ud. participó activamente aportando ideas, experiencias, señalando errores, solicitando aclaraciones o ampliaciones?				
¿Enriqueció sus propias ideas en base a los puntos de vista que se expresaron?				
¿La experiencia grupal fue agradable y democrática?				
¿Se encontró cómodo en este lugar?				
¿Siente que ha aumentado su participación como afiliado en la Obra Social X?				
<u>Observaciones:</u>				

1. AYLWIN, Nidia, JIMENEZ, Mónica, QUESADA, Margarita, **Un Enfoque Operativo de la Metodología del Trabajo Social**, Edit. Humanitas, 1984.
2. ANDER EGG, Ezequiel, **Evaluación de Programas de Trabajo Social**, Edit. Humanitas, 1984.
3. BLEGER, José, **Psicohigiene y Psicología Institucional**, Edit. Paidós, 1984.
4. MONTERO, Rodolfo, Conferencia pronunciada en APS en abril de 1983 sobre el tema: **Atención Médica en la Seguridad Social. Régimen Argentino de Obras Sociales**.
5. NERI, Aldo, **Salud y Política Social**, Cap. IV Estado y Política Social.
6. KISNERMAN, Natalio, **Salud Pública y Trabajo Social**, Edit. Humanitas, 1983.
7. KISNERMAN, Natalio y colaboradores, **El Método: Intervención Transformadora**, Tomo III, Edit. Humanitas, 1982.
8. KISNERMAN, Natalio y colaboradores, **Los Recursos**, Tomo IV, Edit. Humanitas, 1984.
9. Revista del Sanatorio Güemes, **Estar Bien - La Atención de la Salud en la Argentina** (reportaje al Dr. Raúl Alfonsín). Año II N° 5.
10. SONIS, Abram, **Medicina Sanitaria y Administración de Salud**, Ed. El Ateneo, Tomo I, 1982.
11. SCHNEIDER, Pierre B., **Psicología Aplicada a la práctica médica**, Edit. Paidós, 1986.
12. VERGARA, Mario E., **Evaluación de Proyectos Sociales**, Edit. Humanitas, 1983.
13. VERGARA, Mario E., **Programación Manual para Trabajadores Sociales**, Edit. Humanitas, 1984.