

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Curso Introductorio Lic. en Obstetricia

Cuadernillo
para estudiantes
Año 2023



AUTORIDADES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Prof. Dr. Juan Ángel BASUALDO FARJAT

Vicedecana

Prof. Méd. Mónica Esther FERRERAS

Secretario de Asuntos Académicos

Prof. Dr. Mario Pedro SAN MAURO

Secretaria de Ciencia y Técnica

Prof. Dra. María Virginia CROCE

Secretaria de Extensión Universitaria

Lic. Esp. Melina FERNANDEZ

Prosecretario de Extensión Universitaria

Lic. Pablo VETERE

Secretaria de Redes en Salud

Lic. Ingrid Denise KARPENKO WILMAN

Prosecretario de Redes en Salud

Lic. Joaquín LAZARTE

Secretaria Docente Asistencial

Méd. Silvana BABOLIN

Jefe de Departamento Práctica Final

Obligatoria

Méd. Pablo Omar PUCCI

Secretario de Relaciones Interinstitucionales

Prof. Dr. Alberto Daniel URBAN

Secretario de Asuntos Estudiantiles

Sr. Guillermo Federico Devida

Prosecretaria de Asuntos Estudiantiles

Srta. Candela GALANTE

Secretario de Supervisión Administrativa

Lic. Mario ALMANZA

Prosecretario de Supervisión Administrativa

Sr. Danilo Alberto RODRIGUEZ

Secretario de Vinculación

Sr. Matías ROJO

Directora de Comunicación Institucional

Periodista Yanina Antonella AZUL

Directora de relaciones estudiantiles internacionales

Srita. Luciane Cardozo DA SILVA

Jefa de Departamento de Postgrado

Prof. Méd. Alejandra CORDOBA

Prosecretaria del Departamento de Postgrado

Prof. Pilar IZZI

Prosecretario de seguimiento del Egresado

Méd. Joaquín Ignacio CARA BOJORGE

Prosecretario de articulaciones de Especialidades y Residencias

Méd. Maximiliano SALVIOLI

Prosecretario Legal y Técnico

Abog. Osvaldo Carlos ELLIFF

Prosecretario de Derechos Humanos

Abog. Jerónimo GUERRERO IRAOLA

Directora de Género y Salud

Lic. María José TIRAO

Director del HUI

Méd. Juan Pablo COCOZZELLA

Subdirector del HUI

Méd. Marcelo Pablo BUSQUETS

Secretaria del HUI

Lic. Fernanda RETES

CURSO DE INGRESO

Departamento Pedagógico

Lic. Silvana Carolina Cerasa

Contenidos

Lic. Marisa G. Matía

Lic. Ariana Pouchan

Lic. Mariana Jureit

Lic. Antonella González

Lic. Aldana Baigorri

ÍNDICE

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN | Descripción general del Curso Introductorio a las Carreras de la FCM

CAPÍTULO 1: Salud, Educación y Sociedad

CAPÍTULO 2: Introducción al estudio de las carreras de primer año

PRÓLOGO

Bienvenido/as a la Universidad Nacional de La Plata la cual tiene su sede en la ciudad de La Plata capital de la provincia de Buenos Aires. La constituyen 17 facultades, 137 carreras de grado, 167 de posgrado, 13.500 docentes y más de 120.000 alumnos.

La Facultad de Ciencias Médicas es una de las Facultades de la Universidad con las carreras de, **Lic. en Obstetricia, Lic. en Nutrición, Enfermería Universitaria, Tecnicatura en Prácticas Cardiológicas y Medicina.**

La creación de la Escuela Preparatoria de Ciencias Médicas data de 103 años ya que fue aprobada por el Poder Ejecutivo de la Nación por Decreto **del 30 de abril de 1919.**

El primer año de la carrera de Medicina, se dictaría en 1919, para el cual había más de 200 alumnos inscriptos. El lunes 12 de mayo comenzaron las clases, siendo la primera en dictarse la de Botánica Médica, dictada por el Dr. Augusto Scala. La primera clase de Parasitología, a cargo del Dr. Daniel Greenway, se dictó el 13 de mayo, al igual que la de Anatomía, a cargo del Dr. Pedro Belou.

En la sesión del **18 de julio de 1921** el Consejo Superior aprobó el plan de estudios de Medicina, de la Escuela, compuesto por tres años y diez materias y se elimina la palabra preparatoria y a partir de este momento **se llama Escuela de Ciencias Médicas.** Es designado Director de la Escuela, el Dr. Héctor Dasso, quien inició su período con fecha 15 de julio de 1923. Es a partir de ese momento, que se normaliza la vida de la Escuela de Ciencias Médicas, desarrollándose la misma con la independencia y organización de una Facultad.

El 4 de enero de 1934 el Consejo Superior aprobó la Ordenanza de **transformación de la Escuela en Facultad**, la cual a su vez fue **aprobada por el Poder Ejecutivo de la Nación el 20 de marzo de 1934.** Es electo Decano el Dr. Héctor Dasso.

La razón de ser de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, como una Institución pública, laica, gratuita, autónoma, democrática, inclusiva y co-gobernada, se realiza a través de su compromiso con:

- Formar profesionales de la salud socialmente responsables, críticos/as, comprometidos/as con la democracia y con el cuidado y la promoción de los derechos humanos, enfatizando la perspectiva de género, capaces de mejorar la salud y el bienestar de los individuos y las comunidades, a través de una educación basada en la solidaridad y que contemple la salud como un derecho universal.
- Contribuir a la transformación de nuestra sociedad, su desarrollo social y económico, político, cultural, científico y tecnológico, para generar una comunidad participativa y equitativa,

formando ciudadanos/as mediante la participación colectiva en la vida universitaria y el ejercicio del co-gobierno.

- Contribuir al desarrollo de un sistema nacional de salud público, universal, equitativo y solidario, sustentado en el funcionamiento equilibrado de todos los niveles de atención y en la protección y cuidado integral de la salud de las personas y las comunidades.
- Promover la investigación científica traslacional, como fuente de conocimiento y herramienta de transformación de la realidad, articulando la investigación en las materias básicas con la investigación clínica, y desarrollando la investigación epidemiológica sobre las prevalencias y los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención en nuestra región, aportando conocimiento para la mejor respuesta de los servicios de salud de nuestra población.
- Impulsar y fortalecer la formación y el desarrollo permanente de los/as docentes, investigadores/as y funcionarios/as para contribuir a su perfeccionamiento y a la mejora continua de la gestión institucional.
- Estimular la orientación hacia la atención primaria de la salud mediante programas en educación, investigación y extensión, fomentando la capacidad de ejercer liderazgo a nivel social y de trabajar en forma inter y multidisciplinaria con una visión de la salud integral, que contemple el entorno social, político, económico, cultural, científico y psicológico, con el más alto sentido ético.
- Impulsar acciones directas de servicio y extensión, así como el intercambio de saberes con la comunidad contemplando la diversidad cultural, para la construcción de una salud colectiva, fomentando la vocación humanística en un sentido de justicia social.

Los valores son:

- VOCACIÓN DE SERVICIO
- COMPROMISO SOCIAL
- PROFESIONALISMO Y RESPONSABILIDAD
- COMPORTAMIENTO ETICO
- INTEGRIDAD
- EQUIDAD
- CALIDAD
- RESPETO

Bienvenido/as a nuestra Facultad que los recibe con los brazos abiertos, con gran afecto para que juntos trabajemos en post de dar cumplimiento a que la SALUD es un DERECHO.

Cordialmente,

Prof. Dr. Juan A. Basualdo Farjat
Decano

CURSO INTRODUCTORIO A LAS CARRERAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 2023

CUADERNILLO PARA ESTUDIANTES

*“Se lucha por el derecho a la Salud
pero la lucha misma es salud”
Floreal Ferrara*

Introducción

Descripción general del Curso Introductorio a la Carrera de Medicina de la FCM

El presente material se enmarca en el Curso Introductorio 2023 a las carreras de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Los textos y las consignas de trabajo que componen esta publicación están destinados a los y las ingresantes que se inician en los estudios universitarios en la FCM y que a partir del inicio del año académico 2023 estarán cursando las materias que -de acuerdo al Plan de Estudios vigente- integran el primer año.

El compromiso de nuestra unidad académica hacia los y las estudiantes que ingresan a las carreras de la FCM, es garantizarles el derecho a la educación superior pública, gratuita y de calidad en las distintas carreras de salud. En este marco, la implementación de distintas estrategias de acompañamiento al estudiante es fundamental, con el fin de facilitar su inclusión en la vida universitaria mejorando sus trayectorias académicas.

Con este posicionamiento asumido, este Curso Introductorio tiene como propósitos:

- Acompañar en los inicios de la vida universitaria con algunas lecturas y actividades de reflexión sobre las características y temas de agenda de las instituciones universitarias.
- Desarrollar la disposición para el trabajo en colaboración, promoviendo instancias de reflexión, debate e intercambio de ideas, en pos de favorecer el desarrollo de la autonomía del estudiante en la Facultad.
- Generar condiciones para la conformación de grupos de estudio y de referentes docentes.
- Ofrecer ayudas para que los y las ingresantes desarrollen prácticas de estudio propias del ámbito universitario a propósito de la presentación de las materias de primer año.

¿Cómo se organiza el curso?

El Curso Introductorio tiene una duración de 4 semanas, desde el 31 de enero hasta el 28 de Febrero. Se desarrolla en modalidad presencial. Durante dicho período se desarrollarán 8 encuentros, de dos horas de duración. Asimismo, en cada semana se espera que los y las ingresantes realicen, junto a sus docentes, actividades que promuevan y fortalezcan aprendizajes significativos.

. El material de estudio se organiza en dos capítulos:

Capítulo 1: Salud, Educación y Sociedad

Capítulo 2: Introducción al estudio de las carreras de primer año

El primer capítulo lo integran textos escritos por diferentes autores/as, que comparten de manera introductoria algunas miradas sobre los complejos vínculos entre salud, educación y sociedad. El segundo capítulo incluye actividades sobre las propuestas de enseñanza de las materias de primer año. Los propósitos y contenidos que se abordan durante el Curso Introductorio son:

Requisitos

El curso es obligatorio y no eliminatorio para todos/as los/as ingresantes a las carreras de la FCM. En concordancia con la Ordenanza 288/15 de la UNLP, para “incorporarse a cursar las materias correspondientes al primer año de la carrera desde el comienzo del mismo ciclo lectivo de su año de ingreso” (Ord 288/15, Art. 2).

Se apela de esta forma a la importancia de la participación del/la estudiante en las siguientes instancias:

- encuentros presenciales con los/las docentes asignados/as por comisión.
- participación en las actividades propuestas y realización de los trabajos prácticos.

Acompañamiento tutorial a los y las estudiantes luego del Curso Introductorio

El Curso dará continuidad a la función de seguimiento y acompañamiento a los/as estudiantes mediante la figura de un/a tutor/a hasta el mes de marzo inclusive. Dicha función supone la orientación académico-institucional de los y las ingresantes, con el propósito de generar mejores condiciones para su inclusión en la vida universitaria y favorecer su permanencia.

CAPÍTULO 1

Salud, Educación y Sociedad

En esta primera parte se proponen una serie de lecturas y actividades que invitan a quienes han decidido estudiar en la FCM, pensar sobre la atención de la salud de la población, las características y los problemas de los sistemas de salud y la importancia de la formación de los y las profesionales desde un posicionamiento que garantice el derecho a la salud. Asimismo, aborda una perspectiva de la salud como derecho humano y desde la perspectiva de géneros.

Contenidos:

- Conceptos de salud. Modelos Médicos (MMH y Bio-psico-social) y estrategias de atención en salud (Atención Primaria de la Salud). Equipos interdisciplinarios y redes en salud. Perspectiva de géneros y de DDHH.

Propósitos:

- Complejizar y problematizar las miradas sobre las relaciones entre salud, educación y sociedad a partir de concepciones, modelos y paradigmas de salud.
- Introducir las perspectivas de la salud como derechos humanos, así como a las discusiones acerca de qué significa efectivizar tales derechos en la Universidad pública y los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales que intervienen en dicho proceso.
- Dar a conocer la perspectiva de género en salud y su potencial capacidad de transversalización a lo largo de la formación académica.

Objetivos:

- Reflexionar sobre las representaciones propias y sociales en torno a la identidad del estudiante universitario/a, sus derechos y obligaciones.
- Conocer, identificar y reflexionar colectivamente, acerca de las perspectivas, concepciones, modelos y determinantes de la salud.
- Reconocer herramientas que promuevan la conformación del equipo de salud, la perspectiva de derechos humanos y género, entre otros, reconociendo la complejidad del campo de la salud.

MATERIALES DE TRABAJO

ALGUNOS PROBLEMAS COMPLEJOS DE SALUD (Noviembre 2011)

por D. Ferrandini

¿Qué es un problema complejo de salud? No todos pensamos lo mismo respecto de esto. Nuestras maneras de entender la salud y el objetivo de nuestro trabajo son diversas.

Algunos creen que la salud es la ausencia de enfermedad y que los trabajadores de la salud estamos para eliminar las enfermedades, una por una. Para quienes piensan así las enfermedades son causadas por microbios, por tóxicos, por mosquitos, en fin: por causas ajenas a nosotros que nos atacan y a las que tenemos que eliminar. De acuerdo con esta manera de pensar, se trata de identificar un enemigo y organizarse como un ejército disciplinado para combatirlo. Así cada programa se enfoca en un enemigo (la vinchuca, el bacilo de Koch, el *Aedes aegypti*, el VIH), se equipa con el armamento necesario (insecticidas, antibióticos, vacunas), decide una estrategia de guerra (las normas de procedimiento, sus registros), entrena a las tropas (los trabajadores de salud) y ellos salen obedientes a dar la batalla en el cuerpo de las personas ocupadas por el enemigo.

Otros creen que la salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social. Claro que, si encontráramos a alguien en ese estado, creeríamos que estaría completamente loco. Nadie vive en ese estado, sólo nos sentimos así en algunos momentos (alguien dijo durante un orgasmo, por ejemplo). Nunca en un estado permanente. ¿Significa eso entonces que nadie nunca estaría sano? ¿Será que entonces el trabajo en salud persigue algo que no puede lograrse en la vida real? Tal vez mucho tiempo hemos encaminado nuestro trabajo para lograr algo imposible en la vida real. Y consecuentemente con ello le pedimos a la gente que para lograr ese estado haga cosas imposibles: que no corran ningún riesgo. Les enseñamos que se comporten de una determinada manera: que no coman esto y aquello, qué cuidado cómo tienen sus relaciones sexuales (y con quién!!), que hagan ejercicio, pero no demasiado, que cuiden sus viviendas de la contaminación, que cuidado al cruzar la calle o al andar en moto.....Como si las personas fueran absolutamente libres de elegir como vivir. Como si las actitudes individuales fueran suficientes para construir modos de vida saludables. Cuántas veces damos consejos e indicaciones a gente que no puede llevarlas a cabo en sus condiciones materiales de vida. Cuántas veces le pedimos a gente que no puede elegir qué comer que siga dietas evitando tal o cual alimento; o a jóvenes ocupados en escapar de las balas de otros jóvenes o de la policía que usen preservativos para evitar enfermedades que los matarían años después.... Pero como todos sabemos que el estado de completo bienestar es imposible de lograr, que los consejos

que repetimos sean imposibles de cumplir no nos detiene. El sistema así planteado es muy perverso: siempre podemos culpar al que no hizo caso por su enfermedad y por su muerte. Y si las víctimas son las culpables el mundo seguirá igual, la tarea de los trabajadores de salud seguirá siendo una misión imposible que deben hacer de todos modos porque, si no funciona, la culpa es de la realidad que se porta mal.

Un grupo de trabajo barrial definió la salud de un modo bien diferente a las dos definiciones anteriores. El Dr. Floreal Ferrara, un gran maestro de la salud pública, solía referirse a esa definición: **la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado imposible.** Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas.

Siguiendo este modo de concebir la salud, un problema es la distancia entre lo que alguien está viviendo y lo que desea. Un problema requiere siempre de un sujeto. Alguien: una persona o un grupo, que quieren cambiar algo que están viviendo. Los problemas son construidos por quien quiere cambiar la realidad. Por eso no hay problemas iguales, y no puede haber estrategias universales para enfrentarlos. Cada uno de nosotros construirá su visión de la realidad, dándole distinta importancia relativa a las situaciones que queremos cambiar. Con frecuencia los trabajadores de salud priorizamos circunstancias que no son las que la comunidad, un grupo social, una familia o un sujeto consideran lo más grave entre lo que afecta a sus vidas. Entender cómo construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio. Para ello es necesario que todo el conocimiento, la experiencia, las capacidades de un equipo de salud se inclinen ante el problema del sujeto, familia o comunidad que lo padece. Y que en equipo discutamos y acordemos la mejor estrategia para superarlo. Pero también es necesario que escuchemos a quienes sufren ese problema, que comprendamos cómo lo viven, qué es lo que desean cambiar y con qué recursos, experiencia y saberes cuentan para enfrentarlo. Es poniendo en común todas estas perspectivas, discutiéndolas sin que ninguna voz se reconozca como más importante que otra, que lograremos los proyectos terapéuticos y de cuidado más efectivos.

Al analizar un problema, una circunstancia que queremos cambiar: el consumo complicado de alcohol en los jóvenes de una comunidad, o la tuberculosis en una familia que vive hacinada, necesitamos comprender cómo se produce en la realidad y qué consecuencias determina. Si sólo los viéramos como enfermedades el razonamiento sería simple: el alcohol y el bacilo son respectivamente responsables del alcoholismo y de la tuberculosis. Se trata de eliminarlos:

internamos y desintoxicamos a los alcohólicos y hacemos tomar antibióticos a los enfermos de tuberculosis. Pero quienes trabajan en salud saben que la vida real es más compleja: es necesario comprender cómo la historia va generando condiciones que limitan la vida. Entenderemos por ejemplo que el consumo de alcohol en la Argentina aumentó exponencialmente en la década del noventa, particularmente entre los más pobres: quienes perdían sus empleos como consecuencia de los feroces planes de ajuste. Que la tuberculosis se concentra en los hogares en los que hay mayor hacinamiento, y que suele tener una mayor incidencia entre los detenidos en comisarías, (donde el número de hombres por celda suele impedir que todos puedan dormir al mismo tiempo), y en sus familiares. También es necesario comprender que, en la misma familia, hay quienes enferman y quienes no, que también hay diferencias entre los sujetos: sus historias, su subjetividad, sus defensas, serán diferentes. Diferentes para cada uno de ellos, deberán ser nuestras estrategias. Diferentes y complejas: porque deben ser diseñadas atendiendo a los contextos en los que los problemas se sufren, a los deseos, capacidades, recursos, historias y potencias de los sujetos y sus comunidades.

A los fines de construir un problema es útil imaginar un árbol e ir ubicando los fenómenos que observamos o escuchamos en las raíces, el tronco, las ramas o el follaje, para ir visualizando la capacidad relativa que tienen para explicar el problema. La desocupación se acerca a la raíz, la violencia doméstica al tronco, la deserción escolar a las ramas más gruesas y el consumo complicado de alcohol a ramas más periféricas, el daño hepático y el aislamiento social serán parte del follaje. La siguiente pregunta que nos haremos es sobre nuestra capacidad de incidir sobre el problema: ¿con las herramientas que contamos, sumadas a las del equipo, sumadas a las de la comunidad, podremos con las ramas, con el tronco, con la raíz? ¿Qué otros saberes y poderes podemos sumar para aumentar nuestra potencia?

También es necesario acordar la lista de problemas que constituyen el análisis de situación de salud de la comunidad con la que trabajamos. Será una lista en permanente cambio, que debemos construir reuniéndonos con la comunidad, analizando con ella la información sanitaria más la información de otros sectores, más las vivencias de los distintos actores de la comunidad y las de los trabajadores de la salud. Discutir con la comunidad el orden de urgencia e importancia de los problemas nos permitirá ganar seguridad en la organización de nuestro tiempo y planificar la manera de monitorear nuestro trabajo y sus resultados.

Asimismo, es necesario construir un listado de problemas con cada familia con quien trabajemos, un listado que identifique para quién la situación enunciada es un problema, o sea, quién es el que desea transformarla. Dicho listado es el corazón de una historia clínica familiar, instrumento esencial para la práctica de un equipo de salud. Nada más inconveniente que suponer que la historia clínica es cosa de los médicos. El trabajo en salud es cosa de un equipo,

y el instrumento historia clínica es esencial para todos sus integrantes. Es necesario que agentes sanitarios, promotores de salud, enfermeros, psicólogos, médicos, odontólogos y trabajadores sociales, discutamos (junto con los demás integrantes del equipo de salud), el listado de problemas de una familia a nuestro cargo, la jerarquía relativa entre ellos, nuestra capacidad de intervención sobre la situación y el consiguiente proyecto terapéutico y de cuidado que nos daremos, con acuerdo de esa familia.

Dentro de cada familia, cada sujeto a su vez necesitará que con él construyamos ese listado de circunstancias que limitan su vida: las situaciones que quiere cambiar, lo que nosotros creemos y quisiéramos cambiar en él y acordar también con él o ella ese listado de problemas y un orden de importancia. En equipo y respetando la autonomía de ese sujeto diseñaremos una estrategia singularizada, un proyecto que detalle las acciones que nos proponemos desarrollar para lograr los cambios que deseamos. En ese proyecto siempre sumaremos tareas del equipo a estrategias de la comunidad. El equipo de salud comunitario movilizará todos los recursos de la red de servicios para responder a la necesidad que plantean los problemas construidos.

Con frecuencia los servicios de salud se quejan de la “falta de adherencia” de los pacientes a los tratamientos. Un enfoque basado en los sujetos, como el que proponemos, implica cambiar el lado donde aplicamos el pegamento: que sean nuestras prácticas, nuestras acciones, las que se peguen a los problemas de las comunidades y los sujetos con los que trabajamos. Para ello primero debemos escuchar, y luego preocuparnos de lograr cambios, más que de cumplir protocolos, llenar planillas y cumplir indicaciones. Las preguntas de todos los días serán, ya no ¿qué me corresponde? Sino ¿qué puedo/podemos hacer para superar estos problemas? ¿Cuánto hemos contribuido a que nosotros y los otros aumentemos el control sobre nuestras vidas?

Como es fácil deducir, la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos es la recreación de los vínculos entre nosotros. Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. ¿no es eso la salud?

Dra. Débora Ferrandini.

Mg. Salud Pública. Oriunda de la ciudad de Rosario, Pcia de Santa Fe, Argentina

GUÍA DE ACTIVIDADES

Propósitos:

- Desarrollar las ideas principales que nos proponemos trabajar.
- Generar un clima de trabajo que permita el intercambio y debate.
- Problematizar el concepto de salud.
- Identificar los modelos de atención
- Fomentar la participación en grupos de trabajo.
- Introducir a los/as estudiantes en la alfabetización académica

Un acercamiento a la lectura

Esta clase tiene por objetivo reflexionar acerca de los complejos problemas de salud que se presentan en los centros de atención, hospitales, en las familias, en las comunidades.

Cada vez que un equipo atiende problemas de salud, o realiza actividades de promoción o prevención, pone en acción su modo de entender la salud. El modo en que piensa y define la salud determina el trabajo diario.

Para analizar las prácticas, para construir abordajes, para cooperar con las transformaciones del modelo de atención, es imprescindible compartir las distintas miradas con que definimos la salud. Por lo que en esta clase, trabajaremos sobre la necesidad de reconocer nuestra conceptualización de salud y ponerla en juego con la diversidad de perspectivas de otros para enriquecer miradas de trabajo.

Actividades:

Esta actividad está orientada a la comprensión del texto. Es por eso que se espera una producción propia en las respuestas, donde se consideren aportes de la autora.

Luego de haber leído el texto de Débora Ferrandini, "Algunos problemas complejos de Salud", responde las siguientes consignas.

- 1) **A)** ¿Qué concepciones de salud logran identificar en el texto? Describir y comparar las distintas definiciones o maneras de entender la salud que presenta Ferrandini.
B) Entendiendo que la idea de salud que defiende Ferrandini se posiciona desde un modelo de salud: ¿Cuál es el modelo de salud que defiende Ferrandini? ¿Por qué? ¿Qué otros modelos conoces? ¿cuáles son?
- 2) ¿Cuál crees que es la importancia de que un trabajador/a de la salud conozca los contextos y determinantes de la salud de las personas, las familias o de una comunidad que sufre un problema de salud?

- 3) **A)** ¿Por qué Ferrandini defiende la necesidad de que el trabajo en salud sea en equipo? ¿Qué importancia adquiere poder abordar los problemas de salud de esta forma?
- B)** Mencionar una experiencia o vivencia que represente el trabajo interdisciplinario en salud.

MATERIALES DE TRABAJO

¿POR QUÉ PENSAR UNA SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO?

Méd. Gisela Leiva

Puede que esta no sea una de las preguntas iniciales que se hagan en sus primeros días de vida universitaria, pero debemos decirles que sí es una pregunta que queremos que se hagan lo antes posible. Habitar un espacio donde la educación que recibimos es pública, gratuita y de calidad supone una gran responsabilidad, sobre todo si consideramos que en nuestro país solo el 3,5 % de la población accede a una educación universitaria pública y gratuita¹. Como estudiantes de ciencias de la salud y futurxs trabajadorxs de la salud, creemos que una dimensión de esta responsabilidad radica en poder garantizar el derecho a la salud desde una perspectiva de género, lo que asimismo contribuye a una noción de salud más justa para la sociedad. Pensar la salud desde esta perspectiva, tiene este espíritu y objetivo.

Género y Modelo Médico Hegemónico

Nos precede y nos atraviesa, como paradigma de las ciencias de la salud, lo que prontamente han de conocer como Modelo Médico Hegemónico (MMH). La idea de paradigma tiene varias interpretaciones, nosotrxs tomaremos aquella que proviene de las Ciencias Sociales y que la entiende como un “modelo” o forma de interpretación y comprensión reconocida “universalmente” sobre un tema o cuestión. En tanto conjunto de ideas, métodos y principios teóricos, los paradigmas son sostenidos por grupos de personas o comunidades (científicas, por ejemplo). Por esto, un paradigma puede ser la forma “más validada” de entender o comprender determinada cuestión.

En este caso, decir que el MMH ha sido y es actualmente el paradigma de las ciencias de la salud, en parte implica decir que es la forma en la que, como sociedad, hemos validado nuestras ideas en relación a la salud. Este modelo, descrito inicialmente como una categoría analítica

¹ Utilizaremos cuando fuese necesario la “x” adoptando la posición política de utilizar siempre un lenguaje inclusivo, entendiendo que “lo que no se nombra no existe”. Por ello, decidimos visibilizar a las personas feminizadas ocultas detrás del uso del masculino como universal.

(Menéndez, 1978), tiene dos características principales. Por un lado, subordina a otros saberes (por eso es hegemónico) y por el otro, instrumentaliza una práctica médica biologicista, positivista, deshumanizada, mercantilista, a-histórica y a-social. Es decir, una práctica que desempodera a las personas sobre sus propios procesos de salud, enfermedad y cuidado, y que históricamente ha disciplinado y normalizado nuestras concepciones sobre el mundo.

Por otro lado, en los años '70, la dominación y subordinación de las mujeres fue el disparador para que el movimiento feminista de la época comenzara a desarrollar y utilizar el concepto de género haciendo referencia a la construcción social, cultural y simbólica que se estructura a partir de las diferencias biológicas entre los sexos; es decir "el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómica-fisiológica" y que va a establecer, bajo una lógica binaria, lo que es "ser-hombre" y "ser-mujer" en una sociedad determinada (Bargas, 2011; Gamba, 2009). A través de esta categoría se proponían entender las relaciones de poder entre hombres y mujeres y dar cuenta de que las causas de la opresión sobre estas últimas no eran "naturales" ^{2,3}.

Siguiendo este análisis, el sexo fue entendido como lo "natural" y estático, aquello que supone las características cromosómicas, anatómicas y fisiológicas de los cuerpos y el género como una categoría cambiante, cultural e histórica. No obstante, a partir de la década del '90, estos primeros análisis, aun contemporáneos, empiezan a ser cuestionados y numerosos autorxs van a proponer que el sexo está tan culturalmente construido como el género; Anne Fausto-Sterling (2006; en Bargas 2011) dirá: "las señales y funciones corporales que definimos como masculinas o femeninas ya están imbricadas en nuestras concepciones del género" ².

Poder comprender cómo dialogan estos "discursos" y nociones y el alcance que tienen sobre nuestras ideas, en nuestro comportamiento y prácticas cotidianas, no resulta tan difícil si intentamos respondernos algunas preguntas. Lxs invito a hacer un ejercicio.

Piensen en un cuerpo: el pelo, la cabeza, los ojos, la nariz, la boca, los hombros, el tronco, los brazos, las manos, el abdomen, la pelvis, las piernas, los pies. Conserven esa imagen en sus mentes unos minutos. ¿Qué imaginaron? ¿Era un cuerpo desnudo o estaba vestido? ¿Era un cuerpo inmóvil o en movimiento? ¿Era un cuerpo con pene, con vulva o sin nada? - ¿Era un cuerpo funcional en todas sus partes o algo no funcionaba? ¿Era un cuerpo "normal"? ¿Podemos hablar de cuerpos "normales"? ¿Era un cuerpo de varón o de mujer? ¿Cómo son estos cuerpos? ¿Qué entendemos por cuerpos femeninos y cuerpos masculinos? ¿Cómo se inscriben en estos imaginarios los cuerpos de personas transgénero, transexuales, travestis, intersex? ¿Hay entonces una manera "correcta" de pensar un cuerpo? ¿Hay una sola manera de pensar nuestros cuerpos? ¿Quién o qué nos ha dicho cuál es esa manera o cómo debe ser? ¿Quién o qué nos ha dicho lo que está bien y lo que no?

En nombre de “las ciencias médicas”, se ha dado respuesta a todas estas preguntas, y se lo ha hecho desde los inicios de la producción teórica médica, en palabras de Ana María Fernández: *“En una línea de pensadores que va de Hipócrates a Galeno, reforzados por Platón y Aristóteles, [...] se planteará que entre hombres y mujeres no solo hay diferencia de órganos sino también de esencias: los hombres, en tanto secos y calientes, serán superiores a las mujeres por ser frías y húmedas. En el mito de los orígenes, Platón dibujará a las mujeres como individuos inferiores, por cuanto eran hombres castigados. En el origen, el demiurgo creó un ser humano varón, pero aquellos varones que fueron cobardes, en su segundo nacimiento fueron trasmutados en mujeres. Con Aristóteles y luego con Galeno, tomará fuerza la noción de la mujer como hombre fallado, incompleto, inacabado y por lo tanto, inferior”* ⁴

El MMH devenido de esta historia también ha dado respuestas, y lo ha hecho de una manera esencialista y biologicista; de esta forma ha invisibilizado y negado sistemáticamente cualquier existencia que no se incluya dentro de la norma. Podemos empezar a vislumbrar, que esta normalización histórica ha implicado la homologación de lo genérico humano con lo masculino. De esta manera, se ha estructurado el conocimiento, la formación y la investigación en salud en torno a esta normalización, lo que ha operado directamente sobre la salud de las personas.

Situándonos en este paradigma podemos entonces visibilizar, comprender y accionar sobre lo que actualmente reconocemos como **sesgos de género en salud**, devenidos en un primer momento de este modelo, pero enmarcados, no obstante, en las lógicas y dogmas de una sociedad patriarcal que los contiene. “El término sesgo hace referencia a la existencia de error sistemático -por contraposición al error aleatorio- que deriva en resultados equivocados”. Aunque es un término que estrictamente es más utilizado en el ámbito de la investigación, podemos decir también que la formación y las prácticas en salud pueden ser sesgadas, cuando en ellas se producen errores o negligencias sistemáticas que derivarán en consecuencias negativas para las personas que resulten víctimas de este sesgo. En este sentido, resulta esperable que, si “el paradigma científico sobre el cual se construye el saber médico es androcéntrico, ello producirá un cuerpo de conocimiento sesgado” transmisible desde la misma formación de pregrado a las y los futuros trabajadores de la salud (Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell, 2015) ⁵.

Un saber que tenderá a:

- a) desjerarquizar cualquier identidad que no se corresponda con la normativa de masculinidad,
- b) concebir, investigar y acompañar los procesos de salud, enfermedad y cuidado de estas masculinidades en virtud del estereotipo al cual obedecen,
- c) concebir, investigar y acompañar los procesos de salud, enfermedad y cuidado de las mujeres

en base al estereotipo de feminidad, por ejemplo, identificar la salud de la mujer únicamente con la salud sexual y reproductiva o asimismo con el binomio de salud “materno-infantil”,

d) menospreciar y/o invisibilizar los procesos de salud, enfermedad y cuidado que atraviesan otras identidades sexo-genérico-políticas que no se incluyen en el binario sexo-genérico establecido, imposibilitando, de esta manera, la producción de conocimiento médico para el acompañamiento de personas transsexuales, transgénero, travestis e intersex, entre otras.

En otras palabras, un saber que por un lado invisibiliza la existencia de toda identidad que no se inscriba en la norma, y por el otro, naturaliza lo que es “propio” de los procesos de salud, enfermedad y cuidado de las mujeres por un lado, y de los varones por el otro; definiendo además lo que es “propio” de los estereotipos de masculinidad y de feminidad en relación a la salud. Se fortalecen de esta manera las concepciones sobre cómo los varones y mujeres se construyen como tales y se relacionan con su salud. Por ejemplo, se asume que los varones, con más frecuencia que las mujeres, se exponen a prácticas de riesgo (consumo de sustancias, expresiones de violencia, formas de conducción), ejerciendo una masculinidad que utiliza el cuerpo y la genitalidad como expresión de virilidad y hombría, y que se define en oposición a los hábitos de vida saludables (Esteban, 2006)⁶. Y una feminidad que, por otro lado, tiene naturalmente en su “agenda vital” el cuidado permanente de su salud (la cual, como mencionamos anteriormente, suele ser pensada únicamente en términos de salud reproductiva) y de lxs otrxs.

En este marco pensar el derecho a la salud desde una perspectiva de género supondrá ser sensibles a: *“...reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres; que estas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas, y que atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual, religión”*. (Gamba,2009)³

Por todo esto, entendemos que pensar el mundo y el derecho a la salud desde una perspectiva de género, no es tarea sencilla, porque en parte supone el ejercicio de desmontar críticamente la estructura de nuestra concepción del mundo y de la propia subjetividad y tiene como desafío, de-construir y reconstruir las dimensiones de la vida cotidiana, las relaciones, los roles, los estereotipos que impactan directamente en la salud de las personas.

No obstante, aunque es tarea difícil, la perspectiva de género nos da los argumentos para generar alternativas a las ya existentes, para generar nuevos conocimientos para aprender.

Dirección de Género y Salud de nuestra Facultad

En junio del 2018 se crea en nuestra casa de estudios la primera Dirección de Género y Salud que tiene como uno de sus principales objetivos transversalizar la perspectiva de género en todo el ámbito académico-asistencial-laboral de la Facultad. Las actividades y funciones de esta Dirección se proyectan desde cuatro áreas potenciales de trabajo:

1. De **articulación institucional**: promoviendo -a través del trabajo conjunto con las diferentes carreras de grado de la FCM- la incorporación de la perspectiva de género a las currículas; y generando y potenciando espacios de formación y debate en materia de género para estudiantes, docentes, graduadas, graduados y personal Nodocente.
2. De **relaciones interinstitucionales**: fomentando y coordinando iniciativas conjuntas con otras áreas y espacios vinculados a la temática, de la universidad y de las distintas facultades, generando y potenciando espacios de formación conjunta.
3. De **vinculación con la comunidad**: promoviendo la participación de la comunidad en la planificación, desarrollo y evaluación de las políticas que impulse la dirección, así como el intercambio, sensibilización y formación en materia de género con la comunidad.
4. De **intervención y comunicación**: generando y promoviendo actividades para el compromiso y la participación de la Facultad de Ciencias Médicas en las efemérides anuales de la agenda del Movimiento de Mujeres y de la Disidencia Sexual, Nacional e Internacional, así como material de difusión gráfica y audiovisual en materia de género para los diversos ámbitos académico - asistenciales de las diferentes carreras de la Facultad. Por otro lado, fomentando el conocimiento y difusión de leyes y programas de alcance sanitario en los diferentes ámbitos académico-asistenciales que transita nuestra comunidad educativa (Ley de identidad de Género, Ley de Educación Sexual Integral, Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud de la Provincia de Bs. As., entre otras)

Un horizonte más justo para la salud

Pensar la salud con esta perspectiva, supone una posición política frente a la desigualdad y la opresión de género, posición que denuncia el daño que esta desigualdad genera en la vida de las personas, pero que a la vez habilita acciones y alternativas para erradicarla. Iniciar un nuevo tránsito como el que hoy les toca, desandando a la vez los caminos que nos llevaron a alejarnos de una salud justa, libertaria y emancipadora para todas las personas, es un enorme desafío. Las adversidades y los obstáculos serán cotidianos; sin embargo, creemos en palabras de Judith Butler (2011) que “cualquiera que sea la libertad por la que luchamos, debe ser una libertad basada en la igualdad”. Esa lucha acompañamos.

Referencias bibliográficas

1. Departamento de información universitaria 2016-2017. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación
2. Bargas, María Luján (2011). Del descubrimiento a la creación histórico-social del dimorfismo sexual. En: Gutiérrez, María Alicia (Comp.) Voces Polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades. Buenos Aires: Ediciones Godot.
3. Gamba, Susana Beatriz (2009). Diccionario de estudios de género y feminismos. Buenos Aires: Editorial Biblos. Pág. 122.
4. Fernández, Ana María (1993). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
5. Tasa-Vinyals E, Mora-Giral M, Raich-Escursell R. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología, Nº 113 - 2015.
6. Esteban, Mari Luz. "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". Salud Colectiva [en línea] 2006, 2 (enero-abril): [Fecha de consulta: 29 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120102>. ISSN 1669-2381.
7. Butler, Judith (2011). *Violencia de Estado, guerra, resistencia: por una nueva política de la izquierda*. Madrid: Katz Editores.

GUÍA DE ACTIVIDADES

Objetivos:

- Reconocer las diferencias de los conceptos de sexo y género.
- Reflexionar sobre las prácticas de salud desde una perspectiva de género.
- Problematizar sobre los obstáculos que se presentan en los modelos de atención.
- Conocer los espacios institucionales de la FCM que aborda situaciones de género.

Un acercamiento a la lectura

Consideramos al género como una perspectiva transversal a las temáticas de salud. Dada la especificidad de algunos conceptos y tópicos optamos por profundizarlo en esta clase, de manera que permita problematizar el propio concepto de género, el sistema sexo-género y la identidad auto percibida de género (Ley de Identidad de género 26.743/12), todo ello enmarcado en la garantía y respeto de los derechos humanos y el efectivo cumplimiento del derecho a la salud.

En los escenarios de salud existen prácticas y condiciones específicas que vulneran la accesibilidad a los servicios según el género o identidad autopercebida. La inequidad de género refiere a las desigualdades en los procesos de atención y participación en salud que se traducen en indicadores desfavorables para las mujeres y la población LGTBI (lesbianas, gays, transgénero, bisexuales, intersexuales).

Frente a estos obstáculos, resulta imprescindible para los miembros del equipo de salud, la aproximación a las dimensiones de análisis relacionadas con las desigualdades de género y su

impacto en la salud de la población, a fin de incorporar dicha perspectiva en el trabajo asistencial.

Actividad:

Luego de la lectura del texto, le presentamos algunas preguntas orientadoras para el debate en pequeños grupos de trabajo.

Leer el texto “¿Por qué pensar una salud con perspectiva de género?”, y acceder al material audiovisual del Colectivo Ovejas Negras “¿Cuál es la diferencia?” (Uruguay, 2012. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQNpxQY>)

Contestar:

- a. ¿Qué son los estereotipos de género y cómo impactan en los procesos de salud, enfermedad y cuidado?
- b. ¿Qué te sucedió cuando te preguntaron por la identidad de género en la encuesta? Remitirse a la Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743 para responder a esta pregunta.

CAPÍTULO 2

Introducción al estudio de las carreras de primer año

En este segundo capítulo se encuentran las actividades prácticas introductorias que acompañan los primeros días de los y las estudiantes de la carrera de Licenciatura en Obstetricia. Además de tener una primera aproximación a aquellas propuestas de enseñanza con las que se encontrarán a partir de marzo, las lecturas y actividades propuestas tienen la intención de ayudar a las y los ingresantes a introducirse en las formas en las que se estudia en esta Facultad, y en las asignaturas de primer año en particular.

Este capítulo fue armado desde el posicionamiento de que a estudiar en la universidad se aprende estudiando, entendiendo que este proceso no se desarrolla de una única manera entre quienes ingresan a la universidad, dada las diferencias que supone el estudio de cada campo o disciplina en particular y los recorridos educativos previos de los y las estudiantes.

También se presentan actividades para que trabajen con sus docentes del Curso Introductorio en torno a una asignatura, en pos de comenzar a conocer cómo se estudia. De esta forma, se pretende que los y las estudiantes conozcan algunas herramientas que los preparen para su llegada al ámbito académico y los y las acompañen a lo largo de la carrera.

Contenidos

Presentación de las materias de primer año de las carreras de FCM y las disciplinas que las componen. Primeras aproximaciones a las propuestas de enseñanza y a las formas en las que se estudia en la facultad, y en el primer año en particular.

Propósitos

- Ofrecer una primera aproximación a las propuestas de enseñanza con las que se encontrarán los y las ingresantes a partir del inicio de las cursadas de primer año, según la carrera.
- Ayudar a los y las ingresantes a introducirse en las formas en las que se estudia en la Facultad de Ciencias Médicas.

CARRERA DE LIC. EN OBSTETRICIA

La guía de actividades se encuentra organizada alrededor de dos ejes temáticos, y tiene por objetivo que conozcas los contenidos mínimos necesarios de cada uno.

Las áreas para trabajar son:

- BIOLOGÍA
- OBSTETRICIA

ÁREA DE BIOLOGÍA

El material de trabajo para esta área toma sus bases y representa una continuidad con la propuesta de Cátedra de Biología Celular y Genética (asignatura cuatrimestral de 1º año de la Licenciatura en Obstetricia). Durante el primer año de la carrera retomaremos y profundizaremos los contenidos formulados en este curso introductorio a la vida universitaria.

Las docentes que conformamos la Cátedra de Biología Celular y Genética somos: *Jefas de Trabajos Prácticos: Dra. Viviana Madrid y Dra. Carolina Rosenberg - Ayudantes Diplomadas: Prof. Claudia Del Re y Dra. Valeria Ferretti*

Proponemos como objetivos de este tramo del curso introductorio:

- Establecer nexos entre lo sabido y lo aprendido en la Educación Secundaria Obligatoria con potenciales problemáticas del campo profesional, cuya resolución demanda el fortalecimiento de procedimientos cognitivo-lingüísticos que se trabajan en cada encuentro.
- Generar espacios de trabajo colectivo, reflexivo que permitan el intercambio respetuoso de las distintas opiniones/miradas de los/as estudiantes - los/as ayudantes y/o docentes a cargo de cada comisión.

- Desmitificar la creencia sobre la existencia de un quehacer científico neutral y un único método –sistemático, que puede ser enseñado y aprendido como pasos preestablecidos encarreras científicas – tecnológicas.

Consideramos necesario en el marco de este curso introductorio:

- Retomar **contenidos** disciplinares como:
 - La sistematización de los seres vivos en Dominios y Reinos (según criterios de clasificación establecidos).
 - El reconocimiento y diferenciación de dos tipos celulares: las células eucariotas y las células procariontas presentes en la diversidad de seres vivos.
 - La composición química, función, propiedades y clasificación de moléculas presentes en las células (centrándonos en las biomoléculas)
 - La identificación de un ciclo celular y un proceso de división diferencial según el tipo celular que se considere. Solo se considerarán las finalidades de los procesos de Meiosis y la Mitosis
- **Fortalecer competencias** como: conocer -reconocer - analizar - comprender (por enumerar algunas) para mejorar la enseñanza y el aprendizaje en carreras científicas tecnológicas.
- Para ellos **proponemos generar espacios** de: lectura, escritura y oralidad en Ciencias - análisis de caso históricos y del contexto actual - instancias de trabajo colaborativo y espacios de reflexión individual y grupal - búsqueda de información académica guiada.

ÁREA DE OBSTETRICIA

Desde la carrera de Obstetricia, tenemos como propósito una amplia formación académica basada en las incumbencias profesionales y áreas de competencias a fin de garantizar la calidad de la atención tanto en el embarazo, parto, puerperio, puericultura y en salud sexual integral, con un rol proactivo y dinámico de los/as profesionales y con perspectiva de género y derechos. Incluye todas las etapas de la vida de las personas, sus familias y comunidad, con alcances en tamizajes, diagnóstico precoz, derivación oportuna e interdisciplina, realizando además acciones de promoción, prevención y recuperación y pudiendo ejercer tareas de docencia, investigación y gestión.

OBJETIVOS

- Que el/a alumno/a ingresante se familiarice con las nuevas terminologías, el nuevo formato educativo y logre comprender el qué, el cómo y el cuándo de la especialidad.
- Identificar conceptos básicos de atención primaria de salud y anatomía reproductiva.

CONTENIDOS:

- Breve reseña histórica de la obstetricia
- Incumbencias profesionales
- Introducción a la terminología médica
- Anatomía básica reproductiva, conceptos básicos del ciclo sexual.
- Perspectiva de género y derechos

ACTIVIDADES:

Las actividades introductorias girarán en torno a la exposición dialogada en donde se trabajarán los contenidos seleccionados para tan fin; las distintas preguntas formuladas por los y las estudiantes serán el insumo para trabajar. El material bibliográfico es la herramienta que necesariamente deberá ser leída para llegar a los encuentros de trabajo con los lineamientos que luego se traducirán en actividades prácticas grupales.

BIBLIOGRAFÍA:

Ley provincial 11745 y modificaciones. <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-11745.html>
www.paho.org

L. Manuel Sedano¹, M. Cecilia Sedano², M. Rodrigo Sedano³ Reseña Histórica e Hitos de la Obstetricia.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>

1º Encuentro

Marco Histórico y Legal de la Profesión

Autoría: Prof. DEL RE, Claudia

Aportes y Revisión: Lic. MATIA, Marisa - Lic. MISSERI, Clarisa - Lic. POLEO, Yessica

Contenidos

- Reseña histórica de la obstetricia - Hitos² en la historia de la Obstetricia en el mundo.
- Incumbencias del título profesional.

Objetivos del encuentro:

- Conocer los alcances, limitaciones y regulaciones del ejercicio profesional.
- Reconocer los avances en las normativas de nuestro vinculados con la salud como derecho y el derecho a la salud
- Analizar información en diferentes formatos (textual -línea de tiempo) /seleccionar-organizar- sintetizar y comunicar información de forma escrita y oral/ tomar decisiones al interior de los grupos de trabajo. a partir del disenso y consenso.

¿Qué recomendamos?

Que leas con anterioridad a este encuentro el siguiente material:

- Colanzi, I. (2014). De brujas y parteras: **Disciplinamiento y violencia obstétrica**. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4494/ev.4494.pdf
- L. Manuel Sedano , M. Cecilia Sedano , M. Rodrigo Sedano “ **Reseña Histórica e Hitos de la Obstetricia**”.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinicalas-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S07168>
- Incumbencias profesionales de la Licenciatura en Obstetricia. Ley provincial 11745 y modificaciones. [Ley 11745 \(gba.gov.ar\)](http://www.gba.gov.ar)

² Hito: acontecimiento muy importante que marca un punto de referencia histórico.

Primer momento de trabajo

Consignas para la discusión en grupo:

1) En el material de lectura que compartimos en estos encuentros aparecerán diferentes términos como: parteras, obstétricas, matronas y comadronas.

- a. ¿Cuál sería el significado de esos términos en relación con el rol social desempeñado?
- b. ¿Con cuál de ellos se asociaría la carrera que elegiste estudiar?
- c. En general cuando decís que vas a estudiar Licenciatura en Obstetricia te dicen: “¡Ah! Qué lindo, vas a ayudar en el parto” ¿Qué responderías frente a este dicho teniendo presente cuáles son las incumbencias³ de esta profesión.

Justificar las respuestas dadas a las preguntas anteriores y presentar una síntesis de la misma haciendo uso de un esquema (mapa conceptual, mapa visual) que permita visualizar esa síntesis y las relaciones que establecieron.

2) Un caso para analizar⁴:

Lean los siguientes testimonios e información sobre atención primaria en salud con perspectiva intercultural, extraídos de la nota periodística “Desde el idioma hasta la dieta: cuando el choque deculturas influye en el parto y los hospitales practican la empatía” por Stella Bin:

“En algún momento sufrimos mucha discriminación. Muchas madres iban al hospital y, tras horasde espera, se volvían a sus casas sin ser atendidas. A veces recorriendo largos trayectos”

“Éramos muy pobres y las mujeres llegaban a parir al hospital con poca ropa para ellas y sin ropa para el bebé. Entonces las retaban, no entendían que no tenían dinero para comprar”

³ Las Incumbencias Profesionales son el marco jurídico - legal dentro del cual se desarrolla el ejercicio de cada profesión

⁴ Basado en una nota publicada en REDACCIÓN - Periodismo Humano - “Desde el idioma hasta la dieta: cuando el choque de culturas influye en el parto y los hospitales practican la empatía” por Stella Bin. Publicada el 11 de Enero 2021, disponible en:

<https://www.redaccion.com.ar/como-trabaja-misiones-para-ofrecer-una-atencion-de-partos-intercultural-a-2-100-familias-mbya-guarani/>

“Veía que el médico se enojaba con mi mamá. El médico le preguntaba: ‘¿Qué le pasa a tu hijo?’ y ella miraba y tardaba en contestar. Porque nosotros hablamos más despacio, con otros tiempos. Entonces, el doctor le decía: ‘No sabés hablar y venís a molestar’”

Las conversaciones con las mujeres mbya también revelaron las siguientes barreras al querer acceder a los hospitales:

- La diferencia idiomática. “A veces, las pacientes mbya tiene otros tiempos y al escuchar hablar a médicos y enfermeras fuerte y rápido se sienten cohibidas”, ilustra Darío Garcete, antropólogo de la Dirección de Salud Indígena
- Las distancias geográficas. Sumado al mal estado de los caminos —que si llueve muchas veces se vuelven intransitables—, representa una limitación para la asistencia efectiva de los equipos locales y el acceso de las familias mbya a las maternidades.
- Los escasos ingresos de las familias mbya guaraní. Recortan también la autonomía a la hora de acceder a los centros de salud cuando estos están distantes de su lugar de residencia.
- Diferencias culturales. Las particularidades de la cultura mbya guaraní, con una visión integral de la salud —que contempla el bienestar físico y espiritual, la relación con el entorno natural y la convivencia en comunidad—, chocan con la especificidad y fragmentación del sistema público de salud.
- En estas conversaciones, se enteraron —entre otras cosas— que “las mujeres no iban a los hospitales porque no querían estar solas durante el parto, querían ser bien tratadas, que se las respetara, no sufrir violencia obstétrica y que no se les hiciera el tacto porque sus parteras no se lo hacían”.

Tras las visitas a las comunidades llegó la invitación para que las mujeres mbya conocieran las maternidades. En las aldeas, ante un padecimiento o evento que afecte el bienestar de algún integrante, consultan con el *Opyguá*, referente para el tratamiento de cuestiones espirituales y con amplio conocimiento del uso de las plantas medicinales; y a las *Mitá Mbojaua* o parteras, que orientan, aconsejan y cuidan a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Hace 17 años se creó, dentro del Ministerio de Salud Pública, la Dirección de Programas Comunitarios de Atención Primaria Techaî Mbya-Salud Indígena, donde se aborda específicamente la salud de las comunidades de pueblos originarios.

Pero para empezar a cambiar, reconoce la médica⁵: “Todos en el hospital debimos adecuarnos. Lo primero fue entender que las personas dueñas de la institución son quienes vienen a parir, ellas son las protagonistas, y los médicos y médicas estamos para servir. Es decir, el médico no decide arbitrariamente lo que quiere en el parto o cesárea. Ese es un cambio fundamental que tiene que entender toda maternidad”.

En ese sentido, la médica y Saldías⁶ coinciden en que el cambio de actitud del personal de los hospitales lo más importante y lo más difícil de lograr a la hora de asegurar una atención respetuosa y transcultural.

Para ello, en los cinco últimos años la dirección trabajó junto con las comunidades indígenas y el Hospital Materno Neonatal de Posadas. Y ese trabajo quedó recientemente plasmado, con el apoyo de UNICEF, en una [Guía para la implementación de una maternidad segura con enfoque intercultural](#), que no es más que la herramienta de partida con la que recorrer los centros de salud y capacitar al personal en la importancia del enfoque intercultural en el ámbito sanitario.

A partir del caso leído y teniendo presente el material bibliográfico obligatorio:

- a) ¿Qué reflexiones les genera el caso presentado?
- b) ¿Cuál es la importancia de la perspectiva intercultural en la atención de la salud?
- c) Este caso ¿tiene alguna/s vinculación/es con situaciones vividas en la pandemia? Justificar cuál o cuáles mencionando un ejemplo.
- d) A partir de lo trabajado en relación con el punto 2 ¿qué nuevos hitos agregarías -en relación con nuestro país - a esa línea de tiempo presente en el artículo **“Reseña Histórica e Hitos de la Obstetricia”**. (Tener presente que los hitos que allí se presentan son mundiales).
- e) Reflexione sobre el rol de las/os licenciadas/os en obstetricia en la garantía de derechos.

Segundo momento de trabajo

- Puesta en común de las producciones grupales - espacio de intercambio
- Exposición dialogada: ampliación del marco histórico/legal

⁵ Marta Inés Echevarría, médica gineco-obstetra, ecografista, coordinadora del programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, que promueve UNICEF.

⁶ Adrián Saldías, director de Salud Indígena.

Material de lectura obligatorio

- Colegio de Obstétricas: **Regulación del ejercicio profesional para Provincia de Buenos Aires** (Ley Nº 11745/1995)
http://copbacs.org.ar/archivos/leyes/LEY_11745_Creaci%C3%B3n_del_Colegio_de_Obst%C3%A9tricas_Prov_Bs_As.pdf
- Sedano, L., Sedano, C. y Sedano, R. “**Reseña Histórica e Hitos de la Obstetricia**”.
- Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>

Material ampliatorio

- Larguía A. (1998) **Maternidades Centradas en la Familia**. En Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 17 pp.:103-109.
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
- Ley Nacional Nº 26485/09 **Protección Integral para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**. Decreto Reglamentario 1011/10. Argentina.
<https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/40/ley-264852009-ley-proteccion-integral-prevenir-sancionar-erradicar-violencia-contra-mujeres>

Te dejamos algunos videos:

- Cómo ser madre guaraní en Misiones: <https://youtu.be/APEG6kwPT-k>
- La Violencia Obstétrica en CUALCA <https://youtu.be/LF2Dp0Nlxps>

2º Encuentro

El contexto histórico: una necesidad para comprender la Ciencia y la Tecnología en el presente

Autoría: Prof. DEL RE, Claudia Co-autora: Lic. MISSERI, Clarisa

Aportes y Revisión: Dra. ROSENBERG, Carolina - Lic. MATÍA, Marisa

Contenidos

- Diversidad celular y tipos celulares - Sistematización de los seres vivos en Dominios y Reinos
 - Criterios de clasificación.

Objetivos del encuentro

- Reconocer y diferenciar los tipos de células presentes en la diversidad biológica: células eucariotas y células procariotas (según criterios de clasificación establecidos)
- Analizar un caso histórico/buscar-seleccionar información en diferentes formatos /organizar y comunicar información de forma escrita y oral/ formular y reconocer criterios de clasificación /tomar decisiones al interior de los grupos de trabajo a partir del disenso y consenso.
- Identificar a partir del caso propuesto algunas de las estrategias implicadas en el desarrollo de una investigación con base científica.

¿Qué recomendamos?

Que leas con anterioridad a este encuentro el siguiente material:

- Meinardi, E y Revel Chion, A. (2000) “**Biología**”. Ed. Aique.
- “**Un caso Histórico, un problema vigente**” (Ver Anexo para este encuentro)
- Molina, Nora (2021). “**Lavado de manos en el ámbito de la salud**” Material de Cátedra. Microbiología y Parasitología. Lic. En Obstetricia. FCM. UNLP. Año 2021. Licencia CC BY-NC-ND 4.0 Material Didáctico Hipermedial. Formato infografía. Disponible en:

<https://view.genial.ly/5f9be3340c6fbe0d0f398646/vertical-infographiclavado-de-manos-en-la-practica-clinica>

¿Cómo organizamos este encuentro?

Primer momento de trabajo

Consignas para trabajar en grupos:

- 1 Seguramente en tu práctica profesional te enfrentarás a diferentes problemas, como le sucedió al médico húngaro del Hospital General de Viena ¿Cuál es el problema que se le presentó?
- 2 Resaltar en el texto o identificar en él las diferentes hipótesis⁷ que va exponiendo Ignaz Semmelweis en el transcurso del relato. ¿Qué le hace plantear nuevas hipótesis?
- 3 Ignaz Semmelweis en algunos casos contrasta sus hipótesis observando⁸ y en otras ocasiones experimentando⁹, atendiendo a ello completar el siguiente cuadro (te dejamos un ejemplo):

Hipótesis planteada	Contrastación realizada	Aceptación/rechazo de la hipótesis
La posición de las mujeres en la cama determinaba que la muertefuera mayor en la Sala I. <u>Variable que analiza:</u> posición delas mujeres en ambas salas.	Hizo que las mujeres internadas en la División Primera se acostaran de lado (tal como se encontraban las mujeres de la Sala II). Introduce cambio en la variable de análisis	Rechaza la hipótesis

- 1 Aunque el lavado de manos con la solución de cal clorurada provocó una baja en el número de muertes por fiebre puerperal aún hoy la **fiebre puerperal** está presente entre las patologías prevalentes posteriores al parto - cesárea – aborto ¿por qué?

⁷ Hipótesis: es una *predicción o explicación provisoria* sobre ciertos hechos, por tanto, el problema-pregunta precede a la hipótesis-explicación provisoria.

⁸ Observando: mira *con intención, con detenimiento* lo que ocurre en la Primera y Segunda División de Maternidad del Hospital General de Viena.

⁹ Experimentando: *introduce cambios* en las variantes que va analizando.

Seleccionar la/s opción/es correcta/s y justificar tu decisión:

- a) Porque algunas bacterias como *Streptococcus pyogenes* o *Escherichia coli* que forman parte de la microbiota normal (en vagina y recto) colonizan otros sitios como el endometrio (útero).
 - b) Porque las bacterias patógenas se generan espontáneamente en el momento del parto.
 - c) Porque no se cumplieron las condiciones de asepsia del campo quirúrgico y/o del instrumental y/o de la mesa instrumental y/o del personal interviniente.
2. Si este médico estuviese hoy en el siglo XXI y pudiese realizar un estudio a nivel microscópico a partir de una muestra de ese material “cadavérico” presente en las manos de los estudiantes: ¿Qué tipos celulares podría observar Ignaz Semmelweis?
3. Veamos algunas imágenes: algunas de ellas son observaciones microscópicas en tanto otras son dibujos (representaciones):

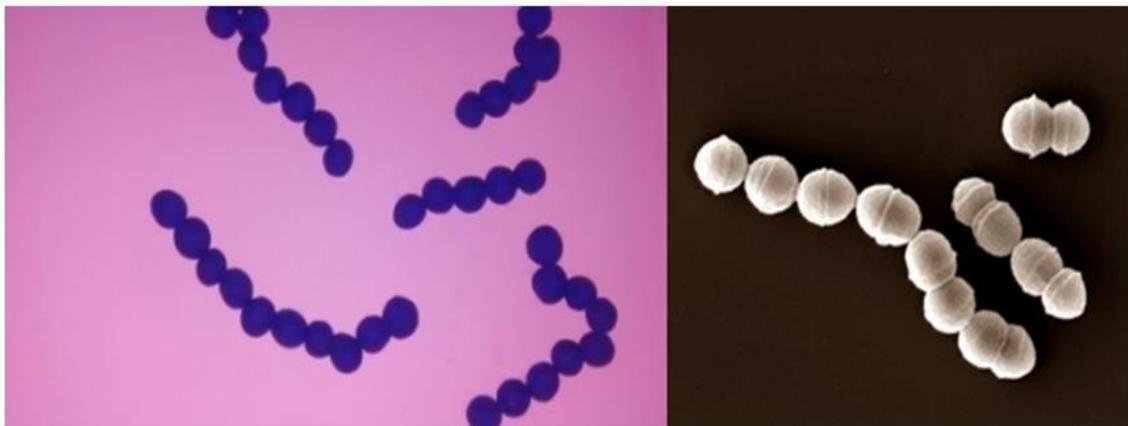


Figura 1. A la izquierda, imagen de microscopía óptica en la que pueden verse las típicas cadenas que forman los estreptococos, teñidos de azul-violeta con la coloración de Gram. A la derecha, imagen de microscopía electrónica de barrido en la que se observan a mayor tamaño las cadenas que forman estas bacterias.

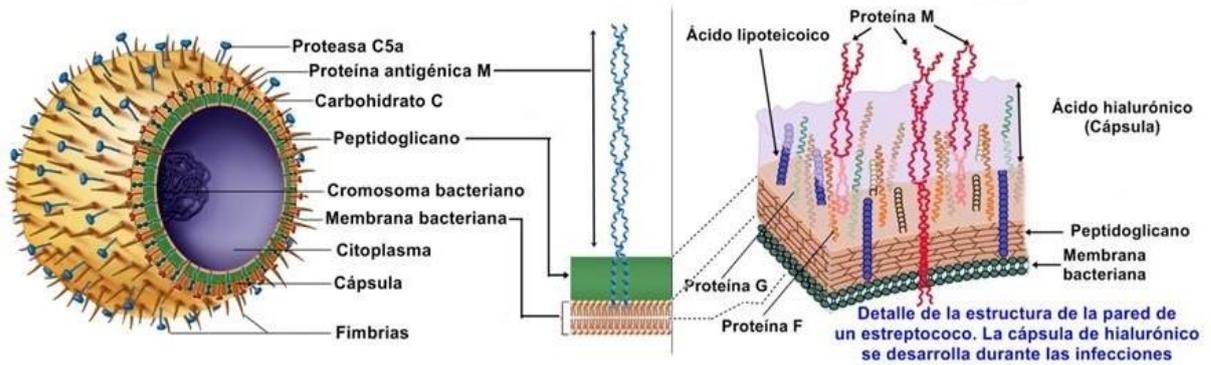
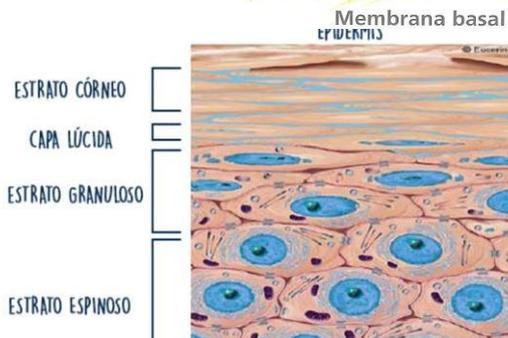
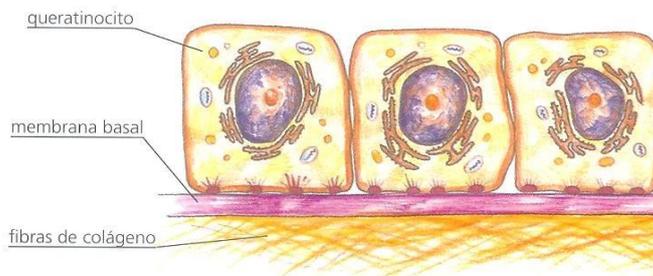


Figura 2. Estructura de los estreptococos. El ácido lipoteicoico participa en la adherencia al epitelio humano. El recubrimiento de hialurónico y la proteína M contribuyen a evitar que las células del sistema inmunitario humano puedan fagocitarlo y favorecen la invasión de los tejidos. Además de los elementos que forman la estructura de la pared celular, muchos estreptococos liberan exotoxinas que favorecen su diseminación o mayor daño al huésped (hialuronidasa, estreptoquinasa, toxina eritrogénica, hemolisinas....)

Figura 3. La piel está constituida principalmente por dos estratos: la EPIDERMIS y la DERMIS. Por debajo de la dermis se encuentra la Hipodermis. El espesor de la piel varía en las diferentes regiones de la superficie corporal. En las palmas de las manos y las plantas de los pies (regiones sometidas a fricción) el espesor de la capa epidérmica es mayor que en el resto del cuerpo. Las células epidérmicas más abundantes son los queratinocitos (en fases progresivas de diferenciación desde las capas más profundas a las más superficiales). Las células más superficiales -son células muertas, se desprenden en el proceso de recambio epidérmico, por ejemplo, después de bañarse o rascarse. Este proceso se denomina descamación.



- a. Las figuras 1 y 3 ¿a qué modelo/s de célula/s hacen referencia?
- b. ¿Qué criterios te permiten diferenciar esos modelos celulares?
- c. Construir un cuadro que te permita visualizar la comparación entre ambos modelos de célula (teniendo presente los criterios formulados en el punto anterior). Te dejamos un ejemplo para el criterio “¿Tiene material genético?”

Criterios seleccionados	Tipo/modelo de célula	
	Procariota	Eucariota
¿Tiene material genético?	Sí	Sí
¿Tiene ribosomas?		

Segundo momento de trabajo

- Puesta en común de las producciones grupales
- Intercambio de saberes

Material ANEXO

“Un caso Histórico, un problema vigente”



Esta historia, se centra en un hospital europeo: el Hospital General de Viena donde a mediados del siglo XIX no era extraña la muerte materna durante o con posterioridad al parto. Se relata que hacia 1847, una de cada seis mujeres que daban a luz allí, moría de una

extraña enfermedad que por aquel entonces se conocía como **fiebre puerperal o fiebre de postparto**.¹⁰

Lo que ocurría en ese hospital se repetía en el resto de los hospitales europeos, sin embargo, esta historia tiene como personaje Ignaz Philipp Semmelweis (Hungría/1818- Austria/1865); quien obtuvo el título de doctor en medicina en 1844 y al no poder obtener una cita en una clínica de medicina interna, decidió especializarse en obstetricia.

Ignaz Semmelweis fue nombrado en 1846 asistente del profesor Johann Klein en la Primera División de la Maternidad del reconocido Hospital de Viena. Su rol en esa División del Hospital era examinar a los pacientes cada mañana -antes de las rondas del profesor, supervisar partos difíciles, enseñar a los estudiantes de obstetricia y ser "secretario" de registros.

En el Hospital de Viena había dos clínicas de maternidad, en la Segunda División de la Maternidad atendían matronas y sus aprendices -todas mujeres, todas ellas sin formación científica o escolarizada. La Primera Clínica era el servicio de enseñanza para estudiantes de medicina, mientras que la Segunda Clínica había sido seleccionada en 1841 para la instrucción de parteras únicamente.

¹⁰El término fiebre puerperal o septicemia puerperal conducen a equívocos, actualmente se habla de **infección puerperal**. Se denomina infección puerperal a los estados mórbidos por invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o del parto. Los microorganismos encontrados con mayor frecuencia son: estreptococos hemolíticos alfa y beta, los estafilococos, el vibrión *Clostridium septicum* (para mayor detalle consultar: Schwarcs, R. et. al (2013). “**Obstetricia**”

Semmelweis comienza a observar y comparar lo que ocurría en ambas Divisiones: la mortalidad de las pacientes hospitalizadas en la sala I era de tres a cinco veces mayor que aquellas parturientas atendidas por las matronas en la Sala II (Segunda División de la Maternidad).

En la Segunda División de Maternidad del mismo hospital, se hallaban instaladas casi tantas mujeres como en la Primera, pero el porcentaje de muertes por fiebre puerperal era mucho más bajo (comparando los mismos años). Consultó los archivos y registros del hospital de maternidad de Viena desde su apertura en 1784 hasta 1848.

Mortalidad por fiebre puerperal en las clínicas Primera y Segunda de la Maternidad del Hospital General de Viena, 1841-1846 (Tabla 1 de la obra de Semmelweis)

Año	Clínica Primera (estudiantes de medicina)			Clínica Segunda (matronas)		
	Nacimientos	Muertes	Mortalidad (%)	Nacimientos	Muertes	Mortalidad (%)
1841	3036	237	7,8	2442	86	3,5
1842	3287	518	15,8	2659	202	7,6
1843	3060	274	9,0	2739	164	6,0
1844	3157	260	8,2	2956	68	2,3
1845	3492	241	6,9	3241	66	2,0
1846	4010	459	11,4	3754	105	2,8
Total	20 042		9,92	17 991		3,38

Elaboró tablas con los datos de partos, defunciones, y tasas de mortalidad para esos años. Semmelweis y comenzó a buscar posibles explicaciones sobre este fenómeno común para esta época¹¹ -rechazó algunas explicaciones (que se mostraban incompatibles con los hechos) y a otras las sometió a contrastación.

El hacinamiento, la suciedad y la escasez de personal era común, de ahí que se reconociera como causa de mayor mortandad en la Primera División. Conjetura que pronto descartó. Semmelweis señala que de hecho el hacinamiento era mayor en la División Segunda -en parte porque las parturientas evitaban ser ingresadas a la Primera División. Incluso, muchas de ellas habían dado a luz en la calle; sin embargo, a pesar de estas condiciones adversas, el porcentaje de muertes por fiebre puerperal entre estos casos de “parto callejero” era más bajo que en la Primera División.

¹¹ Por ese entonces, aún no estaba presente lo referido a la conceptualización de infección/enfermedad infecciosa causada por agentes biológicos que pudiesen ingresar al organismo. Luego de dos décadas, los aportes de Louis Pasteur (1822- 1895), Robert Koch (1843-1910), Joseph Lister (1827-1912), Ferdinand Cohn (1828 -1898) –entre otros, dieron lugar a la teoría de los gérmenes de la enfermedad.

Semmelweis descartó asimismo dos conjeturas similares haciendo notar que no había diferencias entre las dos divisiones en lo que se refería a la dieta y al cuidado general de las pacientes.

En 1846, una comisión designada para investigar el asunto atribuyó la frecuencia de la enfermedad en la División Primera a las lesiones producidas por los reconocimientos poco cuidadosos a que sometían a las pacientes los estudiantes de medicina, todos los cuales realizaban sus prácticas de obstetricia en esta División. Ignaz refuta las conjeturas de la comisión aludiendo que:

- las lesiones producidas naturalmente en el proceso del parto son mucho mayores que las que pudiera producir un examen poco cuidadoso;
- las **comadronas** que recibían enseñanzas en la División Segunda realizan el reconocimiento de las parturientas del mismo modo,

Luego del informe de la comisión, se redujo a la mitad el número de estudiantes y se restringió al mínimo el reconocimiento de las mujeres por parte de ellos. La mortalidad después de un breve descenso alcanzó límites más altos.

Acudió entonces a otro tipo de explicaciones:

- las mujeres, en la División Primera, estaban de espaldas; en la Segunda, de lado. Aunque esta circunstancia le parecía irrelevante, decidió, probar si la diferencia de posición resultaba significativa. Hizo, pues, que las mujeres internadas en la División Primera se acostaran de lado, pero, una vez más, la mortalidad continuó.
- la División Primera estaba organizada de tal forma que el sacerdote que administraba los sacramentos a las moribundas -tenía que pasar por cinco salas antes de llegar a la sala I. El paso del sacerdote por las salas era seguido por un acólito (asistente) que hacía sonar una campanilla. Ese sonido de la campanilla se pensaba que producía un efecto terrorífico, debilitante en las pacientes de las salas y las hacía así más propicias a contraer la fiebre puerperal.

En la División Segunda no se daba este factor adverso, porque el sacerdote tenía acceso directo a la Sala II. Ignaz, decidió someter a prueba esta suposición. Convenció al sacerdote de que debía suprimir el toque de campanilla -consiguiendo que el sacerdote llegara a las salas en silencio y sin ser visto ni oído por las mujeres. Pero la mortalidad no decreció en la División Primera.

Finalmente, en 1847, un hecho fortuito le dio a Semmelweis la clave para la solución del problema. Un colega suyo, Kolletschka, mientras realizaba una autopsia fue herido por el escalpelo de un estudiante con el que estaba realizando una autopsia. Luego de una agonía, durante la cual mostró los mismos síntomas que Semmelweis había observado en las víctimas de la fiebre puerperal, Kolletschka murió.

Semmelweis comprendió que la “**materia cadavérica**” que el escalpelo del estudiante había introducido en la herida de Kolletschka había sido la causa de la fatal enfermedad de su colega. Esto lo llevó a la conclusión de que sus pacientes habían muerto por un “**envenenamiento**” de la sangre del mismo modo que el “envenenamiento” de la herida de Kolletschka.

Tanto él como sus colegas y los estudiantes de medicina habían sido los portadores de la **materia infecciosa** que causaba la muerte de las mujeres de la primera División, porque él y su equipo solían llegar a la sala inmediatamente después de realizar disecciones en la sala de autopsias. Todos ellos asistían a las parturientas habiéndose lavado las manos sólo de un modo superficial, de modo que éstas conservaban a menudo un característico olor a suciedad.

Una vez más, Semmelweis puso a prueba esta posibilidad. Argumentaba él que, si la suposición fuera correcta, entonces se podría prevenir la fiebre puerperal destruyendo químicamente el material infeccioso adherido a las manos.

Ordenó entonces que todos los estudiantes de medicina se lavaran las manos con una solución de cal clorurada¹² antes de asistir a las mujeres de la sala. La mortalidad puerperal comenzó a decrecer, y en el año 1848 descendió hasta el 1,27 % en la División Primera, frente al 1,33 de la Segunda.

Esta explicación provisoria (hipótesis) explica también:

- la situación en la División Segunda: aquí las pacientes estaban atendidas por **comadronas**, quienes no realizaban prácticas de disección de cadáveres.
- el hecho de que la mortalidad fuera menor en los “partos callejeros”, y que todos los recién nacidos que habían contraído la fiebre puerperal fueran hijos de madres que habían contraído la enfermedad durante el parto; porque en ese caso la infección se le podía transmitir al niño antes de su nacimiento a través de la corriente sanguínea común de madre e hijo, lo cual, en cambio, resultaba imposible cuando la madre estaba sana.

Posteriores experiencias clínicas llevaron pronto a Semmelweis a ampliar su hipótesis:

Él y sus colaboradores luego de lavarse cuidadosamente las manos con la solución de cal clorurada, examinaron primero a una parturienta aquejada de cáncer cervical ulcerado. Luego, examinaron a otras doce mujeres (de la misma sala) pero con un lavado de manos rutinario -sin desinfectarse nuevamente con la solución.

Resultó que once de las doce pacientes que examinaron, murieron de fiebre puerperal.

¹² “Cal clorada” o “cal clorurada” hace referencia a un compuesto químico cuyo nombre es **hipoclorito de calcio** y su fórmula química es $\text{Ca}(\text{ClO})_2$

Ignaz Philipp Semmelweis llegó así a la conclusión de que la fiebre puerperal podía ser producida no sólo por materia cadavérica, sino también por “materia pútrida procedente de organismos vivos”. A finales de 1848, los relatos del trabajo Semmelweis y sus estudiantes se extendieron por Europa; a pesar de varias publicaciones donde los resultados daban cuenta que el lavado de manos minucioso con cal clorurada redujo la mortalidad sus ideas no fueron bien recibidas por la comunidad médica de la época.

Después de su muerte, los trabajos de Louis Pasteur y Robert Koch identificaron a los microorganismos patógenos como organismos presentes en esa “materia cadavérica” responsable del envenenamiento de la sangre de su colega.

Los trabajos de Pasteur en microbiología fueron el fundamento de la cirugía antiséptica que proponía Joseph Lister quien comenzó a utilizar el ácido carbólico (ahora conocido como fenol) para lavar los instrumentos y por supuesto, lavarse las manos antes y después de las operaciones. Esta práctica que le costó la reputación al personaje de nuestra historia salvó la vida de personas en aquel tiempo y representa una de las prácticas de cuidado personal y colectivo en esta pandemia del siglo XXI.

Este relato histórico es una adaptación realizada por la Prof. Del Re Claudia para uso exclusivo del Ingreso 2021 a la Licenciatura en Obstetricia (UNLP), se basa en lo relatado por Hempel, C.G (1980) en “Filosofía de la Ciencia Natural”.

Material de lectura obligatorio

- Meinardi, E y Revel Chion, A. (2000) “**Biología**”. Ed. Aique
- Molina, Nora (2021). “**Lavado de manos en el ámbito de la salud**” Material de Cátedra. Microbiología y Parasitología. Lic. En Obstetricia. FCM. UNLP. Año 2021. Licencia CC BY-NC-ND 4.0 Material Didáctico Hipermedial. Formato infografía. Disponible en:

<https://view.genial.ly/5f9be3340c6fbe0d0f398646/vertical-infographiclavado-de-manos-en-la-practica-clinica>

- “**Un caso Histórico, un problema vigente**”

Texto de consulta

- Curtis, H; Barnes, S; Schnek, A; Massarini, A.(2007). “**Biología**” 7ma edición, Ed. Médica Panamericana.
- Schwarcs, R. et. al (2013). “**Obstetricia**” 6° Edición. El Ateneo. Buenos Aires Argentina.

Artículo de lectura optativo: para profundizar este tema

- Osorio, L. y Umbarila, A. (2015). “**Microbiota de la glándula mamaria**” Publicado en Pediatría, 0120-4912, Vol. 48, Nro.1,p. 1-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatría-213-articulo-microbiota-glandula-mamaria-S0120491215000026>

3º Encuentro

Aportes para la reflexión sobre lo aprendido y lo transmitido en espacios formales y no formales de educación.

Autoría: Prof. DEL RE, Claudia

Aportes y Revisión: Lic. MISSERI, Clarisa - Lic. MATÍA, Marisa - Dra. ROSENBERG, Carolina

Contenidos y competencias:

- Anatomofisiología del Sistema Sexual y Reproductivo.
- Las prácticas discursivas sobre las Ciencias de la Salud en diarios, textos universitarios, artículos académicos.

Objetivos de este encuentro:

- Buscar y seleccionar de forma guiada información académica (proponer criterios de selección).
- Identificar sesgos de género en la información comunicada y en las investigaciones científicas producidas.

¿Qué recomendamos?

Que **leas** con anterioridad a este encuentro el siguiente material:

- **Anatomofisiología del Sistema Sexual y Reproductivo. Capítulo 3: Anatomía y fisiología de los órganos genitales** (en Métodos Anticonceptivos - Guía Práctica para los profesionales de Salud - Actualización 2019). Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en:
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>
- Noticia periodística: “Un estudio afirma que la mujer tiene próstata y eyacula

Que **busques** en la web:

- Un **artículo académico**¹³ que te permita sostener o contraponer la información publicada por este diario español

Aquí te compartimos algunos sitios donde podrás acceder para realizar la búsqueda:

- [SEDICI \(Servicio de Difusión de la Creación Intelectual\): es el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata, un servicio libre y gratuito creado para albergar, preservar y dar visibilidad a las producciones de las Unidades Académicas de la Universidad.](#)

- [Elsevier es una editorial que se especializa en contenido científico, técnico y médico.](#)
- [Colegio de Obstétricas de la provincia de Buenos Aires - Biblioteca](#)

También podrás utilizar como motor de búsqueda: [Google Académico](#), según el tema y disciplina que te interese.

Primer momento de trabajo

1) Previo al encuentro se propone la lectura de este texto informativo publicado en el 2007, en un periódico español.

Un estudio afirma que la mujer tiene próstata y eyacula¹⁴

La próstata, ese órgano glandular del aparato genitourinario, podría dejar de ser una parte exclusiva de la anatomía masculina. De confirmarse los hallazgos de la peculiar investigación realizada por un equipo de urólogos austriacos, las mujeres también tendrían próstata y, además, eyacularían cuando experimentan un orgasmo.

Precisamente, la colaboración de dos mujeres que afirmaban eyacular durante el coito ha sido determinante en el más reciente intento de esclarecer las incógnitas sobre la presencia de esta estructura en el organismo femenino, cuyo resultado acaba de publicar la revista 'The Journal of Sexual Medicine'.

La cuestión ha sido objeto de debate durante siglos y lo sigue siendo, a pesar de los avances en el conocimiento de los mecanismos físicos y psicológicos que intervienen en el proceso de excitación sexual femenina. Aunque estudios previos sugieren que las mujeres tienen una glándula similar a la del varón, anexa a la uretra, los escépticos indican que se trata de un divertículo (protuberancia en forma de saco) de este conducto y que la eyaculación de ellas es una emisión urinaria. De hecho, otra teoría sostiene que se trata de una forma de incontinencia. Con el fin de aclarar la controversia, los autores estudiaron exhaustivamente el aparato genitourinario de dos voluntarias, de 44 y 45 años. Las sometieron a una técnica ecográfica de vanguardia, la ultrasonografía perineal de alta definición, y revisaron concienzudamente su uretra con un endoscopio. También recogieron muestras de la eyaculación (las participantes tuvieron quemasturbarse) y las compararon con la orina de una micción obtenida antes de la actividad sexual. El resultado fue revelador.

¹³ Según [Sanchez Upegui](#) (2008) un artículo académico es un texto publicado en una revista especializada o multidisciplinar, que tiene como propósito dar a conocer a la comunidad académica los resultados de un proyecto de investigación (independiente del enfoque y la metodología aplicada).

¹⁴ Diario "El Mundo" España -Sección SALUD - SEXUALIDAD - Publicado 8 de Septiembre de 2007 - Número 721. Disponible en:

<https://www.elmundo.es/suplementos/salud/2007/721/1189202408.html>

Según los autores, la apariencia de esta estructura es similar a la de la próstata masculina. Otros investigadores ya habían postulado que su aspecto es parecido a la del varón antes de alcanzar la pubertad y atribuían la disparidad a diferencias hormonales en el desarrollo embrionario y al distintocrecimiento anatómico de la uretra.

Pero, además, el estudio del fluido orgásmico de las voluntarias mostró la presencia de componentes típicos del masculino, como el antígeno prostático específico, el PSA, sustancia que fisiológicamente sólo excreta la próstata. La conclusión es que la eyaculación femenina es más común de lo que oficialmente se reconoce y se origina es la próstata. Sobre el hecho de que pase desapercibida, se insinúa que la mayoría de las mujeres experimenta una eyaculación retrógrada: permanece en 'secreto' oculta en la vejiga.

Para resolver de forma grupal.

- 1) Resolver las siguientes cuestiones a partir de la información brindada en la noticia:
 - a. ¿Cuál es el problema planteado en esta investigación?
 - b. ¿Cuál es la hipótesis planteada?
 - c. ¿Cómo se contrasta la hipótesis planteada
 - d. ¿Qué incidencias tiene el tamaño de la muestra seleccionada en este estudio con la conclusión a la que se llega?
 - e. ¿De qué manera podrían corroborar la veracidad de esta investigación?

- 2) Estas cuestiones se resuelven a partir del texto académico seleccionado de forma individual:
 - a. ¿Qué criterio/s utilizó cada uno de ustedes para la selección del texto académico?
 - b. ¿Cuál/es de los criterios seleccionados en la búsqueda de los textos académicos les permitió dar respuesta a la pregunta formulada en esa investigación científica mencionada en la noticia?
 - c. En los textos académicos seleccionados ¿se refleja esa controversia que es objeto de debate -según la noticia periodística?

- 3) Para reflexionar de forma individual a partir de lo realizado en los puntos 2 y 3:
 - a. ¿Qué crees que te aporta en esta introducción a la vida universitaria?
 - b. ¿Qué te aportaría en relación con la práctica profesional?
 - c. ¿Por qué te parece que, en los textos académicos, incluso en las últimas actualizaciones, no aparecen las glándulas mencionadas ni se habla de la eyaculación femenina?

Segundo momento de trabajo

- Puesta en común de las producciones grupales e individuales
- Intercambio de saberes - argumentación de posicionamientos.

Material de lectura obligatorio

- **Anatomofisiología del Sistema sexual y reproductivo. Capítulo 3: Anatomía y fisiología de los órganos genitales** (en Métodos Anticonceptivos - Guía Práctica para los profesionales de Salud - Actualización 2019). Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
Disponible en:
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>
- Noticia periodística: **“Un estudio afirma que la mujer tiene próstata y eyacula”**.

Artículo de lectura ampliatorio:

- Pastor, A. **“Lenguaje no sexista en contenidos de anatomía y fisiología femenina”**
Enviado en: 2021-08-25. SciELO Preprints - Este documento es un preprint y su situación actual está disponible en: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2852>

4º Encuentro

Unión y divisiones celulares: controversias y dilemas

Autoría: Prof. DEL RE, Claudia - Dra. ROSENBERG, Carolina Aportes y Revisión: Lic. MATÍA, Marisa

Contenidos

- Células eucariotas y Fecundación.
- Finalidades de la división celular en los procesos de Mitosis y Meiosis

Objetivos del encuentro:

- Discernir el valor de las palabras y su significado como forma de comunicación o incomunicación en contextos diferenciales (académico - espacio de consultoría - información a la ciudadanía).
- Diferenciar las finalidades de los procesos de división celular/tipos celulares asociados en relación con la fecundación.
- Relacionar los contenidos de este encuentro con: la anatomofisiología del Sistema Sexual y Reproductivo - las incumbencias profesionales y el marco normativo.

¿Qué recomendamos?

Que **leas** con anterioridad a este último encuentro:

“Como un padre para cuatro millones de personas” - Diario Página 12 - sección Sociedad, publicado el 5 de Octubre de 2010 <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-154353-2010-10-05.html>

Que **hagas un rastreo en la web** sobre las consignas: 2 y 5 (para compartir durante el encuentro)

¿Cómo organizamos este encuentro?

Primer momento de trabajo

- 1) ¿Por qué te parece que fue una noticia lo publicado el 5 de octubre de 2010 en el diario mencionado más arriba? Señala las palabras que te parezcan claves.
- 2) En su testamento, Alfred Nobel instituyó los premios que llevan su apellido, los que debían otorgarse luego de su muerte. Falleció en 1896, pero diversos problemas judiciales demoraron las adjudicaciones hasta 1901. ¿Sabes si alguien rechazó alguna vez ese premio? Y si así fuese ¿por qué lo haría?
- 3) Si comparas la información proporcionada por el diario y la información proporcionada en el libro de Fisiología médica:
 - a. De acuerdo a los tipos celulares trabajados en el encuentro 2 ¿a qué tipos celulares se estaría haciendo referencia tanto en el diario como en el texto?
 - b. Resaltar o señalar en el diario y en el cuadro (presente en el material anexo de este encuentro) cuáles son las células implicadas en el procedimiento que a Robert Edwards le valió este reconocimiento.
 - c. ¿La noticia y el texto hacen referencia a las mismas células? Justificar tu respuesta a partir de tus conocimientos y apoyándote en la figura del material anexo.
- 4) ¿Cómo y cuándo puede ocurrir la fecundación no asistida? ¿En qué sitio del sistema vulva- vagina-útero-ovarios ocurre la fecundación?
- 5) Las células eucariotas pueden dividirse por dos procesos: meiosis y mitosis -según las células eucariotas a las que hagamos referencia:
 - a. ¿Cuál sería la finalidad de cada uno de esos procesos?
 - b. ¿En qué tipos celulares ocurre cada uno de ellos?

Segundo momento de trabajo

- Puesta general de lo trabajado en el primer momento - Intercambio de saberes
- Para discutir:

La respuesta dada en el **item 3 c** entraña una diferencia:

¿Qué connotación tiene esa diferencia al ser comunicada en un diario o en guías de acceso masivo con respecto al texto disciplinar citado en el material anexo?

¿Cuáles son los temas en debate en torno a la fecundación in vitro en los distintos ámbitos de nuestra sociedad?

Tercer momento de trabajo

Para discutir entre las y los presentes:

Tengo mutual, no estoy en pareja y deseo quedar embarazada pero el condicionamiento que tengo no tener capacidad económica para solventar los gastos que implican la reproducción médicamente asistida:

¿Qué puedo hacer? ¿A dónde debo ir?

Material Anexo del Tercer Encuentro

El cuadro que te presentamos a continuación fue extraído del libro: Boron, W et.al. (2017). “Fisiología Médica”. 3º edición. Elsevier, España

Material de lectura obligatorio

- “Como un padre para cuatro millones de personas” - Diario Página 12 - sección Sociedad, publicado (ver cuadro)
- Meinardi, E y Revel Chion, A. (2000) “**Biología**”. Ed. Aique.(**Recurso utilizado en el 2º Encuentro**).

Texto de consulta

- Curtis, H; Barnes, S; Schnek, A; Massarini, A.(2007). “**Biología**” 7ma edición, Ed. Médica Panamericana.
-

Marco legal de este encuentro

- **Ley 26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales dereproducción médicamente asistida.**

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700/texto>

CUADRO 56-1 Fecundación *in vitro* (FIV) y transferencia de embriones (TE)

La FIV es un procedimiento en el cual se extraen uno o varios ovocitos de una mujer y a continuación se fecundan con espermatozoides en condiciones de laboratorio. El desarrollo precoz del embrión también se realiza en condiciones de laboratorio. Finalmente, el médico transfiere uno o más embriones a la cavidad uterina donde es de esperar que el embrión se implante y se desarrolle.

Indicaciones para la FIV y la TE

Entre las indicaciones para la FIV y la TE se encuentran trastornos del encuentro normal entre el espermatozoide y el huevo en la porción distal de la trompa de Falopio. Además de la disfunción ovulatoria estos trastornos incluyen también a la obstrucción tubárica, las adherencias tubáricas-peritoneales, la endometriosis y otros procesos patológicos de la cavidad peritoneal femenina. Asimismo, la FIV-TE estaría indicada en algunos casos de infertilidad masculina (anomalías en la función reproductora masculina) o de infertilidad idiopática.

Estimulación ovárica

Como la tasa de éxito es menor del 100% para cada una de las etapas de la FIV-TE, el médico necesita varios ovocitos, todos ellos obtenidos en un solo ciclo ovárico. Sin embargo, la mujer desarrolla normalmente un solo folículo dominante en cada ciclo (v. pág. 1123). De este modo, para obtener múltiples ovocitos para la FIV-TE el médico deberá estimular el desarrollo de varios folículos en la mujer mediante una hiperestimulación ovárica controlada. Aunque este procedimiento imita cualitativamente al control hormonal del ciclo normal, la elevada dosis de gonadotropinas desencadena el desarrollo de numerosos folículos. El médico administra una combinación de FSH y LH, o FSH pura, por vía intramuscular o subcutánea. Como las gonadotropinas exógenas estimulan directamente a los ovarios, suelen usarse análogos de la GnRH (v. cuadro 55-2) para inhibir el eje hipotalámico-hipofisario durante la estimulación ovárica controlada. Normalmente se administran estos análogos de la GnRH antes de iniciar el tratamiento con gonadotropinas, sobre todo para prevenir un pico prematuro de LH y la ovulación.

Monitorización del ciclo

Después de administrar las gonadotropinas el médico monitoriza el crecimiento folicular estimulado en los ovarios mediante imágenes ecográficas. Es posible valorar a diario o bien a otros intervalos programados el tamaño, el número y el crecimiento seriado de los folículos ováricos. Las concentraciones de estradiol proporcionan una medida adicional del crecimiento y la función de los folículos. Cuando las concentraciones de estradiol y el crecimiento folicular mediante los criterios establecidos señalan una foliulogénesis adecuada, el médico simula un pulso de LH natural mediante la inyección de hCG, la cual imita las acciones de la LH (v. pág. 1111). Sin embargo, en este caso el pico de LH simulado completa la maduración final de múltiples folículos y ovocitos. Como la ovulación suele ocurrir entre 36 y 39 horas después del inicio del pulso de la LH (v. pág. 1123), el médico planea la extracción del ovocito de modo que pueda ocurrir la maduración folicular máxima pero pueda obtenerse el ovocito antes de la ovulación. De este modo, las extracciones se programan 34 a 36 horas después de la administración de hCG.

Extracción del ovocito

El médico extrae los ovocitos aspirándolos desde los folículos individuales mediante una guía ecográfica. Con la paciente bajo sedación consciente o inconsciente y después de aplicar anestesia local a la pared vaginal posterior, el médico introduce una sonda equipada con una aguja en el interior de la vagina. Tras insertar una aguja del calibre 16-18 G a través de la pared vaginal, el médico aspira el líquido folicular desde cada folículo maduro y lo recoge en un tubo de ensayo que contiene una pequeña cantidad de medio de cultivo. Los huevos se identifican en el líquido folicular, se separan del líquido y de otras células foliculares y posteriormente se lavan y se preparan para su inseminación. Con este procedimiento suelen obtenerse entre 8 y 15 ovocitos.

Inseminación

La muestra de espermatozoides se somete a numerosos lavados, seguidos de una centrifugación por gradiente para separarlos de otras células y de restos del eyaculado. Cada huevo se insemina con 50.000 a 300.000 espermatozoides móviles en una gota de medio de cultivo y se incuba durante una noche. La fecundación suele detectarse por la presencia de dos pronúcleos en el citoplasma del huevo al cabo de 16 a 20 horas. Las tasas de fecundación oscilan por lo general entre el 60 y el 85%. El desarrollo del embrión se mantiene *in vitro* durante otras 48 a 120 horas y posteriormente se transfieren los embriones al útero.

En las parejas en las que el varón tiene un número escaso de espermatozoides móviles pueden lograrse tasas de fecundación altas mediante la **inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI)**. Se utilizan técnicas de micromanipulación para inyectar espermatozoides en el citoplasma de cada huevo *in vitro*. Las tasas de fecundación tras la ICSI suelen ser del 60 al 70%, o equivalentes aproximadamente a las de la inseminación convencional *in vitro*.

Transferencia de embriones

Tras cultivar las células 48 a 120 horas, el médico transfiere tres o cuatro embriones al útero en el estadio de 4 a 8 células (después de 2 días) o menos embriones en el estadio de blastocisto (después de 5 días). Los embriones se seleccionan y se colocan en el interior de un catéter fino y flexible que se introduce en la cavidad uterina a la profundidad deseada bajo guía ecográfica. La mujer suele recibir suplementos de progesterona para apoyar la implantación y el embarazo. En ciertos casos, los embriones se transfieren a la trompa de Falopio durante una laparoscopia. Este procedimiento recibe el nombre de **transferencia tubárica de embriones (TET)**. La base de este procedimiento es que la trompa de Falopio contribuye al desarrollo precoz del embrión en su descenso desde la trompa hasta el útero.

Tasas de éxito

Las tasas de éxito de la implantación suelen oscilar entre el 8 y el 15% por embrión transferido. En Estados Unidos la tasa media de nacimientos vivos mediante TE es del 33%. Las tasas de éxito para la FIV-TE dependen de numerosos factores, como la edad y el tipo y la gravedad de la enfermedad que haya causado la infertilidad.

el 5 de Octubre de 2010

<https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-154353-2010-10-05.html>

5º Encuentro

Visibilizar las diferencias en las prácticas profesionales como motor del cambio en la garantía de derechos.

Autoría: Lic. MISSERI, Clarisa - Dra. ROSENBERG, Carolina Co-autora: Prof. DEL RE Claudia
Aportes y Revisión: Lic. MATÍA, Marisa

Contenidos:

Anatomopatología de la glándula mamaria.

Objetivos del encuentro:

- Analizar las prácticas discursivas de los/las profesionales de la Salud como obstáculo en el diagnóstico de la salud-enfermedad.
- Reconocer la necesidad de un correlato entre: cambios culturales dentro de las instituciones sanitarias/formación de grado de las y los profesionales y la Salud como Derecho.

¿Qué recomendamos?

Que **leas** con anterioridad a este encuentro el siguiente material:

- Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. **Capítulo 4: Salud integral de las personas trans, travestis y no binarias: abordaje desde el equipo de salud.**
- Disponible en:
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Que **observes** el siguiente video. En el video se presentan diferentes situaciones (casos). Te proponemos que prestes atención a cada uno de ellos teniendo presente las preguntas orientadoras que formulamos en relación con cada uno de esos casos.

¿Cuál es la diferencia?

<https://youtu.be/WUnGHQNpxQY>

Preguntas orientadoras para analizar el video propuesto:

En el **CASO ALEJANDRA:**

¿Qué es la AUTONOMÍA como derecho? ¿Cuál de las consultas de Alejandra se basa en la autonomía y derechos de las y los pacientes?

¿Cómo es la actitud de Alejandra durante las consultas? ¿Y la del médico?

¿Crees que en alguna de las consultas se aborda la prevención de ITS (infecciones de transmisión sexual) con prejuicios y presupuestos? ¿Por qué?

En el **caso FACUNDO:**

¿Crees que el médico da por sobreentendido algunas características de la vida sexual y reproductiva de Facundo? ¿Por qué?

¿Qué es el derecho a la CONFIDENCIALIDAD? ¿En cuál de las consultas se respeta?

Para el **caso JORGE:**

¿Qué significa la INTIMIDAD como derecho? ¿Considerás correcto que aunque el motivo de consulta sea otro, se indague sobre su salud sexual y reproductiva?

¿Qué significa que una consulta sea COMPLETA y OPORTUNA?

¿Por qué crees que en la primera consulta no se presenta el paciente?

En el **caso ANA MARÍA:**

¿Cuál es la diferencia entre IDENTIDAD DE GÉNERO, SEXO BIOLÓGICO y EXPRESIÓN DE GÉNERO?

¿Es lo mismo referirse a una persona como TRAVESTI que TRANS FEMENINA/MASCULINO?

¿En cuál de las consultas se respetan estos aspectos según las decisiones de la paciente?

Primer momento de trabajo

- 1) Organizarse en grupos de discusión.
- 2) Cada grupo de trabajo se centrará en un caso particular (contemplar que todos los casos presentados en el video estén representados en la clase).
- 3) Para trabajar en cada grupo de discusión:
 - a. ¿Cuáles son las opiniones y puntos de vista de las y los integrantes del grupo respecto del caso analizado? Para la discusión al interior del grupo tomar como referencia las preguntas orientadoras del caso elegido.
 - b. ¿Qué preguntas nuevas surgieron respecto de ese caso y que no fueron formuladas para su análisis?
- 4) Seleccionar una persona del grupo para presentar el análisis del caso al resto de las personas.

Segundo momento de trabajo

- Presentación de cada caso al resto de la audiencia
- Contraposición de opiniones y saberes surgidos a partir de la presentación de cada caso.

Durante la presentación de los casos se sugiere que una o más personas de las asistentes tome nota sobre:

¿Qué preguntas nuevas surgieron respecto de ese caso y que no fueron formuladas para su análisis?

Al finalizar el encuentro cada comisión deberá compartir en un único archivo las preguntas surgidas para cada caso en esa comisión.

Tercer momento de trabajo

Para discutir entre las y los presentes:

¿Cómo creen que afecta la calidad de una consulta en la prevención y/o diagnóstico de una enfermedad como, por ejemplo, las patologías oncológicas?

¿Qué piensan que tiene que tener una consulta o control de salud para ser considerada COMPLETA e INTEGRAL?

Material de lectura obligatorio

- Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. **Capítulo 4: Salud integral de las personas trans, travestis y no binarias: abordaje desde el equipo de salud.** Guía para equipos de salud - 2º edición: septiembre, 2020. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Material ampliatorio

- **Diversidad sexual y género - Fundación Huésped**

<https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/diversidad-sexual-y-genero/>

Marco legal de este encuentro:

- **Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud:** https://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf
- **Ley 26.743. Identidad de Género:** <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/identidad-de-genero#titulo-6>
- **Ley 25.673. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable:** <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud-sexual>

Material de consulta:

- **Anatomopatología de la glándula mamaria.**
- Senología y Patología mamaria en Personas Trans (2020). Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. <https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2020/11/LIBRO-TRANS-SESPM-2020-definitivo-10-11-2020.pdf>

¿Ya viste esta película?



“YO Nena, yo Princesa” es un film argentino, dirigido por Federico Palazzo que no tiene precedentes: cuenta la experiencia de la primera nena transgénero del mundo en obtener la rectificación de su DNI sin necesidad de un dictamen médico ni judicial.

En la Región de las Américas, el cáncer es la segunda causa de muerte. La OMS estimó que 4 millones de personas fueron diagnosticadas en 2020 y que del 30 al 40 por ciento de los cánceres se pueden prevenir.



Muchos tipos de cáncer, especialmente el cervicouterino, el de mama y el cáncer colorrectal, pueden detectarse tempranamente a través de programas organizados de tamizaje y detección temprana - ligados a un acceso oportuno a su detección y/o tratamiento.

¡ Tu ROL marca la diferencia!!

6º Encuentro

Un estudio contextualizado de las Biomoléculas

Autoría: Prof. DEL RE, Claudia

Aportes y Revisión: Dra. MADRID, Viviana - Lic. MISSERI, Clarisa - Dra. ROSENBERG, Carolina -

Contenidos y competencias:

Moléculas de importancia biológica: funciones - propiedades - algunos criterios para su clasificación).

Objetivos del encuentro:

- Reconocer y diferenciar moléculas presentes en la leche humana según sus propiedades físicas - químicas y biológicas, identificando los criterios de clasificación de las mismas en diferentes fuentes.
- Analizar información textual y gráfica/inferir - contraponer opiniones -organizar y comunicar las ideas del grupo en forma escrita y oral.
- Establecer acuerdos al interior del grupo de trabajo.

¿Qué recomendamos?

Que leas con anterioridad a este encuentro el siguiente material:

- **Composición Química de la Leche Humana (ANEXO/ Sexto Encuentro)**
- **Glosario de términos (en ANEXO/ Sexto Encuentro)**
- Meinardi, E y Revel Chion, A. (2000) “**Biología**”. Ed. Aique. (Recurso utilizado en el 2º Encuentro).

¿Cómo organizamos este encuentro?

Primer momento de trabajo

Para trabajar y discutir en pequeños grupos:



1) La composición de la leche humana madura presenta

distintas fracciones:

→ **Fracción hidrosoluble:** Es la que predomina al comienzo de la toma. Tiene un alto contenido de agua y está constituida por vitaminas, minerales, carbohidratos, proteínas: es lo que se considera el suero de la leche. Proteínas del suero: son especialmente importantes por su actividad biológica: inmunoglobulinas, enzimas, algunas hormonas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios. Esta fracción presenta una aparición acuosa.

→ **Fracción suspensión:** Está constituida principalmente por caseínas (proteína), calcio y fósforo, presentes en forma micelar. Es de color blanco opaco.

→ **Fracción emulsión:** Aparece al final de la toma y presenta un aumento de los constituyentes liposolubles: aceites, las grasas, los ácidos grasos libres (todos lípidos) que le confiere un color amarillento. La grasa se encuentra en forma de glóbulos envueltos por una membrana fosfolipoproteica.

Teniendo presente la lectura previa del material bibliográfico resolver las siguientes cuestiones:

- El agua está presente en todas las fracciones de la leche, sin embargo en cada fracción tiene un comportamiento diferencial con respecto a las biomoléculas que se encuentran en cada fracción
- ¿a qué se debería? Tener presente la estructura química y las propiedades de esta molécula y de las moléculas que forman cada fracción.
- Los lípidos representan un grupo heterogéneo de moléculas que comparten una misma característica ¿Cuál es la característica presente en este grupo de biomoléculas que hace que formen parte de la fracción de emulsión y no de la fracción hidrosoluble?
- ¿Cuáles de las biomoléculas mencionadas no pueden considerarse macromoléculas y por qué?

2) En el banco de leche una persona se muestra sorprendida al ver estos recipientes que contienen leche del principio y del final de una toma.



- a) ¿Podría identificar cuál de los recipientes corresponde a cada instante de la toma? Justifiquen su decisión.
- b) ¿Qué tuvieron en cuenta para esa identificación?
- c) ¿Qué relación encuentran entre la variación en la composición de la leche a lo largo de una toma y la saciedad del bebé?
- 3) Una madre primeriza está preocupada porque cree que su bebe que tiene 3 días de vida, no tomala cantidad de leche suficiente, refiere que el recién nacido “pide teta muy seguido y tiene miedo que se quede con hambre”. Usted tiene a mano un folleto como el que se encuentra a continuación.

El tamaño del estomago de un bebé





A medida que transcurren los días, las tomas frecuentes incrementan la producción de leche y por tanto, aumenta el consumo y la capacidad gástrica por parte del lactante.



Redacte una breve explicación que justifique lo observado en el folleto y que de una respuesta tranquilizadora a esta madre primeriza. En lo posible complemente con aportes del material bibliográfico leído para este encuentro.

Material Anexo

Composición Química¹⁵ de la Leche Humana

Los componentes que constituyen la leche humana varían en cantidad y proporción según las horas del día (mañana/noche), dentro de la misma toma (leche del principio/leche del medio/leche del final) y en relación con los días posparto (leche de pretérmino/calostro/leche de transición/leche madura), mencionando sólo factores temporales que modifican la composición.

¹⁵ Se presenta aquí una somera descripción de los componentes de la leche humana que permita establecer una relación con las moléculas de importancia biológica (que se abordan en este curso de introducción y que serán profundizadas durante la formación profesional. Por tanto no se hace referencia a la composición celular ni bacteriana (microbiota) de la leche.

Por ejemplo, al comienzo de una toma es más acuosa y calma la sed del niño, es rica en proteínas, minerales, vitaminas hidrosolubles y lactosa (hidrato de carbono). Al final de la toma adquiere un color más blanco, por la proporción mayor de grasas y vitaminas liposolubles. Por lo tanto, el lactante recibe inicialmente una leche compuesta fundamentalmente por componentes hidrosolubles que van siendo progresivamente sustituidos por los componentes liposolubles (fracción emulsión)

También encontramos diferencias según el tiempo transcurrido desde el momento del parto. Hablamos así de:

✓ **Precolostro**: es una secreción del plasma generado por la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento es prematuro (antes de las 35 semanas de gestación).

Este fluido es concentrado en proteínas, inmunoglobulinas, ácidos grasos (lípidos), magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa (hidrato de carbono), acorde a la reducida actividad de la enzima lactasa en el organismo del recién nacido prematuro.

✓ **Calostro**: se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento, espeso y poco volumen (de 2 a 20 mL¹⁶ por mamada), sin embargo resulta suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido.

La transferencia de leche durante el primer día es menor de 100 mL, aumentando entre las 36 y 48 horas postparto y luego se nivela a volúmenes de 500-750 mL/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 mL de grasa, 4 g/100 mL de lactosa y 2 g/100 mL de proteína, aportando 67 Kcal/100 mL.

Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc.

El betacaroteno (un tipo de caroteno) le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramentesalado.

¹⁶ mL: mililitros

✓ **Leche de transición**: su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. A medida que transcurre los días se elevan las concentraciones de lactosa, vitaminas hidrosolubles y grasas (aumento de colesterol y fosfolípidos) y disminuyen las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color es blanco y se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseína (proteína).

✓ **Leche madura**: El volumen promedio de la leche madura producida por una mujer es de 700-900 mL/día durante los 6 primeros meses postparto, y 600 mL/día en el segundo semestre, contando con un aporte de entre 68-74 Kcal /100 mL. Entre los *macronutrientes* encontramos:

- Un 87% de agua cubre los requerimientos del bebé, aún en condiciones extremas de calor.
- Lípidos: representan el 3-5% de la leche, de este porcentaje el 98% son triglicéridos y el porcentaje restante fosfolípidos y colesterol. Los lípidos son el constituyente energético que más varía entre los nutrientes de la leche.

- Carbohidratos: son junto a las grasas la principal fuente energética del lactante. El hidrato de carbono presente en mayor proporción es la lactosa que se digiere con menor rapidez, llegando al colon donde proporciona el sustrato para el crecimiento de las bacterias bifidas (efecto prebiótico). La presencia de lactosa aumenta la absorción de calcio y fósforo y disminuye el pH, lo cual reduce la posibilidad de crecimiento de bacterias patógenas

Los otros carbohidratos presentes en menor concentración son la glucosa, galactosa, oligosacáridos.

- Proteínas: en esta leche hay un predominio de las proteínas del suero (60-70 %) sobre la caseína (40-30%), esta última forma un coágulo blando y digerible, lo cual se relaciona con que el tiempo de vaciamiento gástrico del lactante.

Entre las proteínas del suero se encuentran la alfa lactoglobulina, lactoferrina, inmunoglobulinas, lisozima y lipasa las cuales participan de la protección del recién nacido frente a los microorganismos y en funciones digestivas.

¹⁷ Este gráfico muestra la relación porcentual de los macronutrientes de la leche madura humana en función de los días transcurridos a partir del parto.

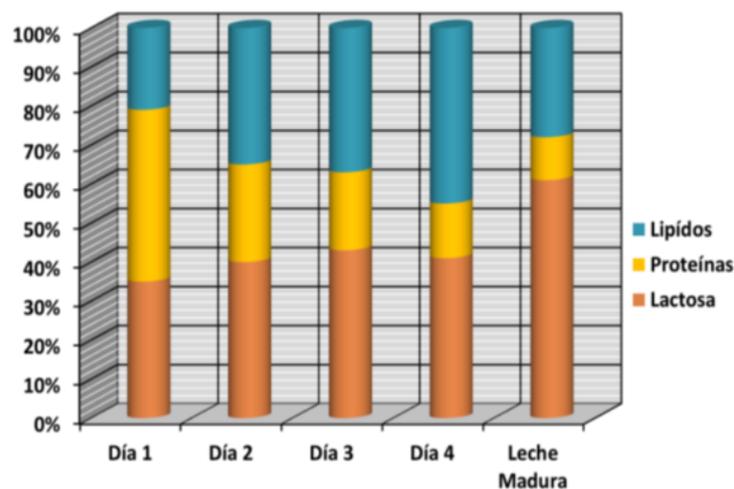
La concentración de las proteínas (que equivalen casi al 50%) en el primer día, pasan a representar el 5-10% en la leche madura. En tanto, la lactosa representa más del 60% en la leche madura

Micronutrientes en la leche humana:

La concentración de **minerales y vitaminas** en la leche humana se adapta a los requerimientos nutricionales y a la capacidad metabólica del niño.

Entre los **minerales** tenemos: calcio, hierro, potasio, magnesio, zinc, flúor y fósforo -no están influenciados por la dieta materna; son casi constantes y presentan una alta absorción (biodisponibilidad). La leche de vaca modificada (fórmula infantil) tiene mucho más hierro que la leche materna, pero este hierro no es tan biodisponible como el de la leche humana, siendo su absorción mucho menor.

Con respecto a las **vitaminas**, la vitamina A, la cual interviene en la respuesta inmunológica, su concentración en la leche es variable, ya que depende de la ingesta alimentaria materna. La leche humana, es rica en vitamina C, es un agente antioxidante y actúa como cofactor en reacciones enzimáticas. Además, estimula la absorción del hierro y regula su metabolismo.



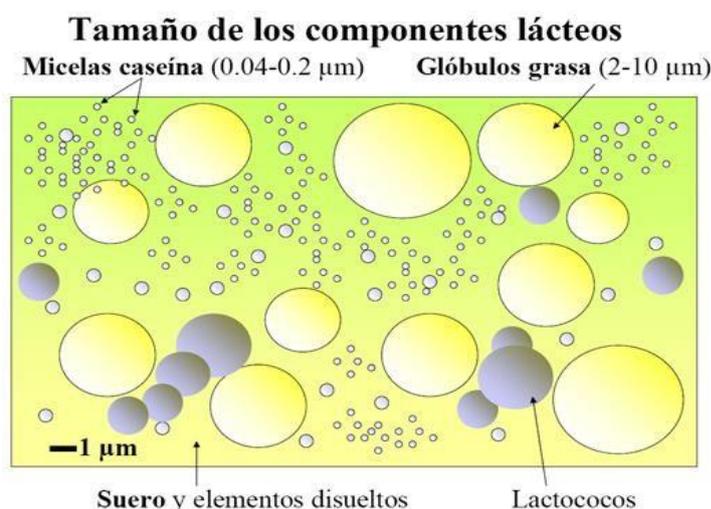
Material compilado por la Prof. Del Re Claudia para uso exclusivo del Ingreso 2021 a la Licenciatura en Obstetricia (UNLP). Basado en:

- García-López, Roxanna (2011). Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediátrica de México, 32 (4), 223-230. [Fecha de Consulta 5 de Diciembre de 2021]. ISSN: 0186-2391. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640330006>
- Macías S. et al. (2006). Leche Materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. P. Arch. Argent. Pediatría. 2006; 104(5):423-430. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n5a08.pdf>

Revisión a cargo de: Dra. Madrid Viviana - Dra. Rosenberg Carolina

GLOSARIO

✓ **Emulsión:** es una mezcla (**mezcla heterogénea**) constituida por pequeñas partículas (microscópicas) que son insolubles en el medio líquido en el cual se encuentran. En este caso las partículas son de un líquido insolubles en el líquido presente en mayor cantidad (nótese la diferencia en el tamaño de las partículas al momento de hablar de suspensión).



✓ **Hidrosoluble:** sustancia que tiene la propiedad de solubilizarse en agua, por ejemplo la vitamina C.

✓ **Liposoluble:** son aquellas que no tienen la propiedad de solubilizarse en agua, pero si lo hacen en lípidos, como la vitamina A y D (por ejemplo en el caso de las vitaminas liposolubles, esta propiedad permite que pueden almacenarse en el tejido graso de nuestro organismo).

✓ **Micelas:** son estructuras esféricas -estables, formadas por cientos de moléculas que se caracterizan por tener dos porciones:

- una parte de esas moléculas interacción con el agua (y se habla de región hidrofílica de la molécula), mientras que
- otra porción de la molécula no interacciona con el agua (se denomina hidrofóbica a esa región) y se ubica al interior de la micela.

✓ **Micronutrientes y Macronutrientes:** clasificación de los nutrientes basada en la cantidad de nutrientes requerida por nuestro organismo. Macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas, lípidos)¹⁸ y micronutrientes (vitaminas hidrosolubles/vitaminas liposolubles y minerales).

¹⁸ Algunos autores consideran dentro de la categoría de macronutrientes al oxígeno y el agua.

Aclaración:

Si uno revisa la bibliografía podrá observar que una misma molécula o macromolécula se clasifica en diferentes categorías. Al estudiar los nutrientes deberás tener presente por ejemplo, qué criterio de clasificación está utilizando el autor del material que estás leyendo.

Además de la categoría citada más arriba, otros criterios que se utilizan en la clasificación de los nutrientes son:

- *Según la función que cumplen: regulatoria, energética, estructural,*
- *Según su naturaleza química: orgánicos, inorgánicos,*
- *Según la capacidad del organismo de poder sintetizarlos o no: esenciales, no esenciales.*

✓ **Suspensión** es un tipo de mezcla (mezcla heterogénea) constituida por pequeñas partículas (microscópicas) que son insolubles en el medio líquido en el cual se encuentran. Esas partículas quedan “suspendidas” en el componente líquido de la mezcla. Esas partículas son sólidas y con un tamaño mayor que las partículas presentes en la emulsión (sin embargo, ambas son microscópicas, no pueden diferenciarse a simple vista)

✓ **Solubilidad:** es la propiedad que tiene una sustancia de poder disolverse o no en otra sustancia. Esto depende de varios factores, entre ellos la naturaleza química de las sustancias. Por ejemplo, una sustancia de naturaleza polar puede disolverse (bajo ciertas condiciones de temperatura y presión) en otra u otras sustancias polares.

Material de lectura obligatorio

- **Composición Química de la Leche Humana (ANEXO/ Tercer Encuentro)**
- **Glosario de términos (en ANEXO/ Tercer Encuentro)**
- Meinardi, E y Revel Chion, A. (2000) **“Biología”**. Ed. Aique.

Texto de consulta

Curtis, H; Barnes, S; Schnek, A; Massarini, A.(2007). **“Biología”** 7ma edición, Ed. Médica Panamericana.

Artículos de lectura optativo: para ampliar este tema

- García-López, Roxanna (2011). Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediátrica de México, 32 (4), 223-230. [Fecha de Consulta 5 de Diciembre de 2021]. ISSN: 0186-2391. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640330006>
- Macías S. et al. (2006). Leche Materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. P. Arch. Argent. Pediatría. 2006; 104(5):423-430.
Disponible en:
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n5a08.pdf>
- Osorio, L. y Umbarila, A. (2015). “Microbiota de la glándula mamaria” Publicado en Pediatría, 0120-4912, Vol. 48, Nro.1,p. 1-8. (ya presente en el encuentro 2).
Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatría-213-articulo-microbiota-glandula-mamaria-S0120491215000026>

Marco legal de este encuentro:

Ley 26.876. Lactancia Materna. Promoción y Concientización pública.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26873-218212>

Conversatorio:

¿La lactancia es sólo materna? Conversatorio | 2021

En conversatorios y entrevistas - Nosotras movemos el mundo

<https://www.argentina.gob.ar/movemoselmundo/trabajo-autonomia/proximas/la-lactancia-es-solo-materna>