

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Curso Introductorio Lic. en Obstetricia

Cuadernillo
para estudiantes
Año 2025



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. Sabina María MATÉ

Secretaria de Extensión Universitaria

Lic. Esp. Melina FERNANDEZ

Prosecretario de Extensión Universitaria

Lic. Pablo VETERE

Secretaria de Asuntos Estudiantiles

Srta. Ayelén ESCALANTE

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

Jefa de Departamento de Postgrado

Prof. Dra. Alejandra CORDOBA

Prosecretario de Articulaciones de Especialidades y Residencias

Méd. Maximiliano SALVIOLI

Secretario de Vinculación

Sr. Matías ROJO

Secretario de Supervisión Administrativa

Lic. Mario ALMANZA

Prosecretario de Supervisión Administrativa

Sr. Danilo Alberto RODRIGUEZ

Prosecretario Legal y Técnico

Abog. Osvaldo Carlos ELLIFF

Directora de Género y Salud

Lic. María José TIRAO

Directora de Comunicación Institucional

Periodista Yanina Antonella AZULA

Director del HUI

Méd. Juan Pablo COCOZZELLA

Subdirector del HUI

Méd. Marcelo Pablo BUSQUETS

Secretaria del HUI

Lic. Fernanda RETES

COORDINACIONES

Enfermería Universitaria

Lic. Eduardo GILES

Licenciatura en Nutrición

Mag. Natalia EXNER

Licenciatura em Obstetricia

Lic. Graciela GOMEZ

Tecnicatura em Prácticas Cardiológicas

Med. Analía CUELLO

CURSO DE INGRESO

Departamento Pedagógico

Prof. Silvana Carolina CERASA

Lic. Mariana JUREIT

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 aproximadamente 120.000 estudiantes.

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

La creación de la Escuela Preparatoria de Ciencias Médicas data de 105 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, desenvolviéndose 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 cogobernada, 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 cogobierno.
- 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 ÉTICO
- INTEGRIDAD
- EQUIDAD
- CALIDAD
- RESPETO

Bienvenido/as a nuestra Facultad que los recibe con los brazos abiertos, con gran afecto para que juntos trabajemos en pos 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 2025

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 2025 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 este cuadernillo 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 2025 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, del lunes 3 al viernes 28 de febrero de 2025. 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, activida-

des 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.

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:

- Derecho a la educación superior. 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.

A continuación, se presentan las actividades y materiales de lectura para abordar los contenidos de este primer capítulo.

LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

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 contruidos 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 compren-

der 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 pegan 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*

ACTIVIDADES

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

1)

- ¿Qué concepciones de salud logran identificar en el texto? Describir y comparar las distintas definiciones o maneras de entender la salud que presenta Ferrandini.
- 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)

- ¿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?
- Mencionar una experiencia o vivencia que represente el trabajo interdisciplinario en salud.

DERECHO A LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

¿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 entienden 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 (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 des-empodera 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-

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.

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. Conserve 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 en-

tendemos 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, deconstruir 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.

La Dirección de Género y Salud

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”⁷. 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 Psicosomática, 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.*

¿Sabías que en la facultad de Ciencias Médicas hay un espacio de acompañamiento, escucha y asesoramiento para personas que están en situación de violencia por razones de género?

Se llama Unidad de Atención contra las Violencias por Razones de Género (UDA) y puedes ponerte en contacto en el caso de estar atravesando una situación de violencia o discriminación, o necesitar asesoramiento. También podés consultar información sobre el Circuito institucional de acompañamiento ante cambios de documentación interna para personas transtravestismo binaries. Contáctate a udacienciasmedicas@med.unlp.edu.ar

¿Sabías que en la Facultad de Ciencias Médicas contamos con el espacio de la Dirección de género y salud? Funciona en el 4° piso ala Berisso del edificio central de la facultad. También puedes contactarte a direcciondegenero@med.unlp.edu.ar

ACTIVIDADES

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](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 Nº 26.743 para responder a esta pregunta (el link para acceder a la misma te lo compartirá tu docente de comisión).

CAPÍTULO 2

Introducción al estudio de las materias 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

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 tal 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>

BIOLOGÍA CELULAR Y GENÉTICA

Equipo docente: Dra. Carolina Rosenberg, Dra. Viviana Madrid, Prof. Claudia Del Re y Dra. Analía Francia AÑO: 2025

¿Por qué la materia se encuentra en el plan de estudios del primer año de la carrera de Obstetricia? ¿De qué trata? ¿Qué relación tiene con otras materias del mismo año?

Biología Celular y Genética es una asignatura del primer año de la Licenciatura en Obstetricia. Se dicta de forma cuatrimestral, en el primero y el segundo cuatrimestre. Articula sus contenidos con otras materias de primer año, como Anatomía, Histología y Embriología y sienta las bases para Microbiología y Parasitología y Fisiología Humana, materias de segundo año de la carrera.

La Biología Celular y la Genética son disciplinas que han tenido una enorme expansión en las últimas décadas, con importantes implicancias económicas, éticas y sociales. El ritmo actual de los avances científicos lleva a lxs docentes a poner el acento de la enseñanza de estas disciplinas no sólo en los contenidos conceptuales, que podrían quedar rápidamente desactualizados. Es necesario generar en lxs futurxs Licenciadxs en Obstetricia el entusiasmo y la curiosidad para estimular un desarrollo continuado de nuevos conocimientos. Para ello será imprescindible brindarles herramientas específicas que le permitan seleccionar críticamente diferentes fuentes bibliográficas, así como un entrenamiento básico para acceder a ellas.

Desde la Cátedra se propone una enseñanza de la Biología desde una perspectiva de géneros y derechos humanos, que incluya a la diversidad de personas, y a partir de la problematización de los contenidos desde un enfoque crítico.

A lo largo del desarrollo de la asignatura se estudian, en contexto del rol profesional de la carrera, las bases celulares, moleculares y genéticas de los diferentes procesos celulares, sus interacciones con otras células y el medio y se introducen las principales técnicas de biología celular y molecular con énfasis en su aplicación en el campo de las ciencias de la salud.

¿Cómo es la modalidad de cursada de la materia? ¿Cuáles son las actividades obligatorias y optativas?

Las clases son teórico-prácticas, hay que cumplir con el 80% de asistencia. Los materiales didácticos están a disposición de lxs estudiantes con anterioridad, en un aula virtual.

¿Cómo es la modalidad de evaluación de la misma? ¿Cuáles son los requisitos para su aprobación (promoción sin final/con final)?

Se evalúa mediante un examen parcial. Existen cuatro fechas para rendir el examen, pueden presentarse a tres de ellas. La materia se aprueba con 4 o más y se promociona con 7 o más, siempre y cuando sea la primera vez que se rinda el examen parcial (único). Si no promocionan, deben rendir el examen final.

¿Qué consejos les brindarían a los/as estudiantes para estudiar la materia? ¿Qué estrategias de estudio, bibliografía y materiales recomiendan?

La recomendación es ir a las clases con los videos de los teóricos vistos y, si es posible con la guía de trabajos prácticos leída y con la guía de estudio resuelta.

La bibliografía para la cursada estará disponible en el aula virtual 2025, para el comienzo de la cursada es necesario y suficiente que comprendan los contenidos que la cátedra ha incluido en el cuadernillo de ingreso 2025.

Medios de comunicación: biología.lob@med.unlp.edu.ar, y el aula virtual de cada comisión (a crearse en 2025).

Actividad 1

¿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 muerte fuera mayor en la Sala I. <u>Variable que analiza:</u> posición de las 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):

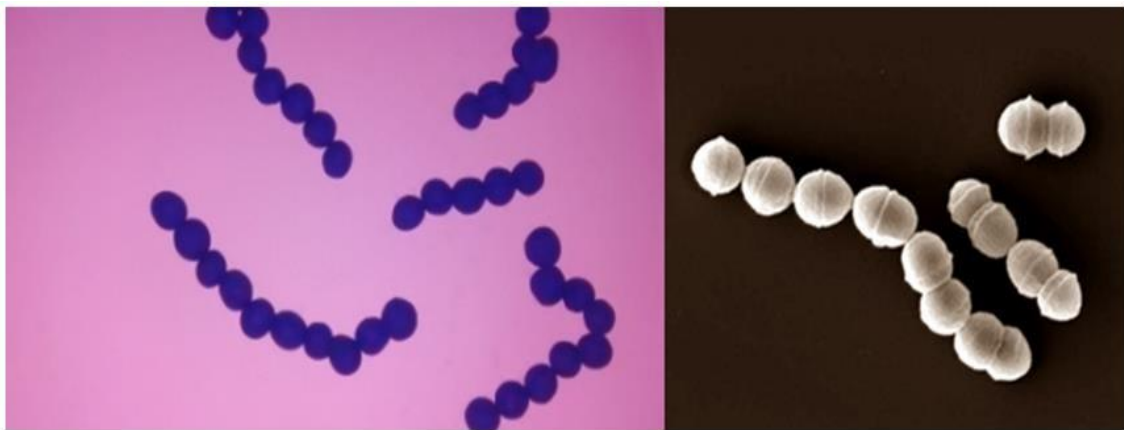


Figura 1. A la izquierda, imagen de microscopía óptica en la que pueden verse las típicas cadenas que forman los estreptococos, teñidos de azul-violeta con la coloración de Gram. A la derecha, imagen de microscopía electrónica de barrido en la que se observan a mayor tamaño las cadenas que forman estas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

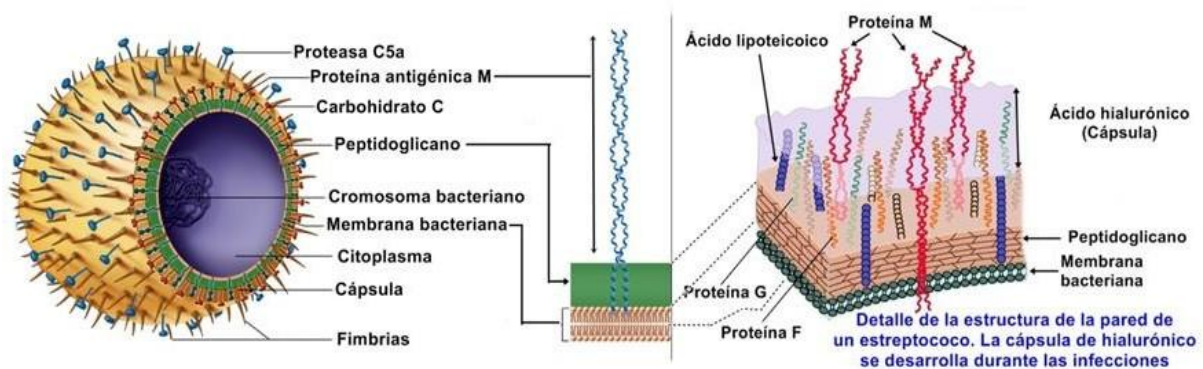
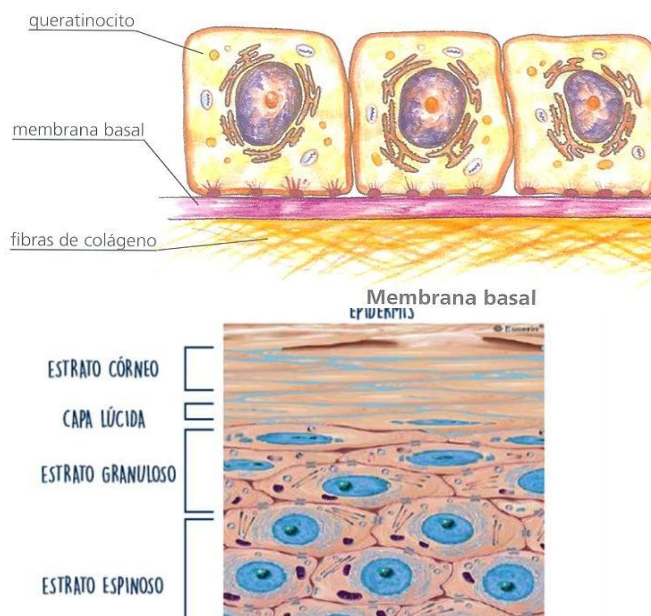


Figura 2. Estructura de los estreptococos. El ácido lipoteicoico participa en la adherencia al epitelio humano. El recubrimiento de hialurónico y la proteína M contribuyen a evitar que las células del sistema inmunitario humano puedan fagocitarlo y favorecen la invasión de los tejidos. Además de los 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.



- Las figuras 1 y 3 ¿a qué modelo/s de célula/s hacen referencia?
- ¿Qué criterios te permiten diferenciar esos modelos celulares?
- 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 consul-

tar: 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 1948, 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/5f9be3340c6f0d0f398646/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-pediatria-213-articulo-microbiota-glandula-mamaria-S0120491215000026>

Actividad 2

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 apariencia 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.



- ¿Podría identificar cuál de los recipientes corresponde a cada instante de la toma? Justifiquen su decisión.
- ¿Qué tuvieron en cuenta para esa identificación?
- ¿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 bebé que tiene 3 días de vida, no toma la 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 estómago 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 complementé 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.

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:

✓ **Precalostro:** 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 ligera-

mentosalado.

✓ **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.

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.

¹⁶ mL: mililitros

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.

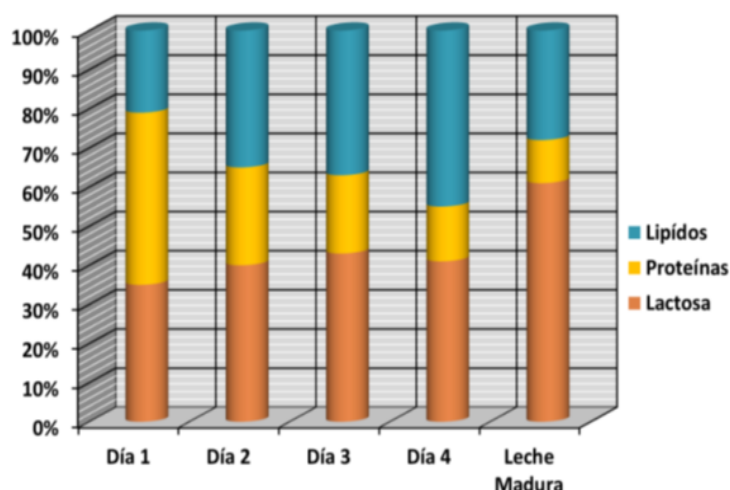
La concentración de las proteínas (que equivalen casi al 50%) en el primer día, pasan a representar el 5-10% en la lechemadura. En tanto, la lactosa representa más del 60% en la leche madura

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.



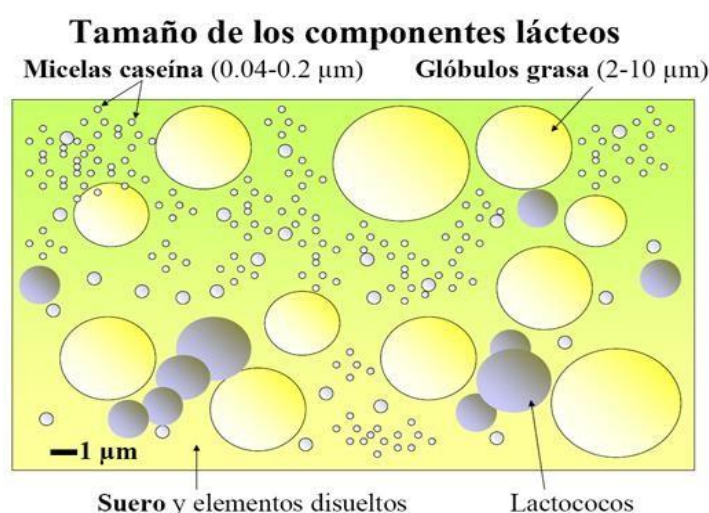
Material compilado por la Prof. Del Re Claudia para uso exclusivo del Ingreso 2021 a la Licenciatura en Obstetricia (UNLP). Basado en:

- 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-pediatrica-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>

ANATOMÍA, HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA

EQUIPO DOCENTE:

Profesores adjuntos: Méd. Manuel De Battista, Dra. Marcela García.

Docentes diplomados: Lic. Lourdes Etchegoin, Lic. Mariana Fabra, Lic. Ailén Iribarne,

Med. Belén Spinelli, Med. María Luz Villarreal

Becarios docentes: Federico Siris, Barbara Pier, Santiago Cabrera, Juan Ignacio Paulos,

María Iriarte Lombera

AÑO: 2025

¿Por qué la materia se encuentra en el plan de estudios del primer año de la carrera? ¿De qué trata? ¿Qué relación tiene con otras materias del mismo año?

La nuestra es una materia básica para el desarrollo del plan de estudios de la Carrera de Obstetricia, es por eso que se ubica en el primer año de la carrera.

Tanto la Anatomía como la Histología brindarán el conocimiento necesario sobre los distintos niveles de organización celular: célula, tejido, órgano, aparato o sistema, lo que les permitirá comprender de una manera integral al organismo humano. En cuanto a la Embriología, esta les permitirá comprender las bases del desarrollo humano, conocimiento fundamental en esta carrera.

Nuestros objetivos principales son:

- Correlacionar la estructura macroscópica de órganos y tejidos, con su organización microscópica y su desarrollo embriológico en forma integrada.
- Aprender a utilizar con propiedad la terminología y el vocabulario para dar precisión a la expresión, tanto oral como escrita.
- Describir el origen, la morfología y la naturaleza de los distintos componentes de un organismo.
- Reconocer las estructuras anatómicas y establecer las correlaciones morfo-fisiológicas.
- Aplicar los conocimientos adquiridos a nuevas situaciones para la resolución adecuada de problemas.

En el primer año de la carrera, nuestra materia, junto con Biología Celular y Genética, sientan las bases biológicas del conocimiento que comenzarán a aplicar en Obstetricia y Psicología.

¿Cómo es la modalidad de cursada de la materia? ¿Cuáles son las actividades obligatorias y optativas?

La materia está dividida, para el dictado de sus contenidos, en dos grandes áreas: Anatomía por un lado e Histología y Embriología por otro. Dichas áreas se dictan durante todo el ciclo lectivo anual.

En ambas áreas se dictan, de manera presencial, actividades teórico-prácticas obligatorias. Se deberá asistir al 80% de estas actividades, lo que habilita a las/los estudiantes a rendir los parciales. Las cursadas están separadas, por lo cual en la semana tendrán un horario de cursada obligatoria para anatomía y otro para Histología y Embriología.

Además, para los contenidos de anatomía cuentan con el dictado de clases teóricas presenciales no obligatorias.

La materia cuenta también con la plataforma virtual de la UNLP denominada AulasWeb (<https://aulaswebgrado.ead.unlp.edu.ar>). Los y las estudiantes deberán crear un usuario y matricularse en la asignatura. En AulasWeb encontrarán las unidades temáticas del programa de la asignatura, con sus respectivas actividades obligatorias y complementarias.

¿Cómo es la modalidad de evaluación de la misma? ¿Cuáles son los requisitos para su aprobación (promoción sin final/con final)?

Durante el año se toman 2 exámenes parciales, en los cuales se rinde, en forma conjunta, ambas partes: anatomía e Histología y Embriología. Esto implica que se aprueba o se desaprueba ambas partes de la cursada (por lo que no es posible cursar solo una de las áreas).

La materia brinda la posibilidad de aprobación por promoción o aprobación de la cursada y luego el examen final.

¿Qué consejos les podrían brindar a los/as estudiantes para estudiar la materia? ¿Qué estrategias de estudio, bibliografía y materiales recomiendan?

Las estrategias de estudio son personales, y cada estudiante debe desarrollar aquella que mejor le cuadre para el estudio. Sin embargo, queremos remarcar la importancia de leer los libros de texto sugeridos por la cátedra, de manera de complementar los conocimientos de la cursada. El desarrollo de habilidades de lectura crítica es fundamental para el futuro desempeño como profesionales de la salud, ya que esto implica una formación continua, la cual no puede darse sin la correspondiente lectura y actualización de los temas de interés.

Medios de comunicación:

Contamos con 2 emails para que los/las estudiantes se puedan comunicar con los docentes: anatomia.lob@med.unlp.edu.ar, y histologialobstetricia@gmail.com.

ACTIVIDAD

En el marco de esta actividad consideramos necesario que realicen un repaso de algunos contenidos básicos y necesarios para el desarrollo de nuestra disciplina como:

- Niveles de organización celular
- Características de una célula eucariota
- Ciclo celular, consideraciones básicas sobre mitosis y meiosis.
- Concepto de genotipo, fenotipo, haploidia y diploidia celular.
- Conceptos de geometría básica para una mejor comprensión de las descripciones de las diferentes formas de células, órganos y estructuras del organismo.

Para ello, los invitamos a leer el capítulo 1 y 2 del libro Biología celular e Histología, de Gartner L.; Hiatt James, disponible en:

<https://drive.google.com/file/d/1KZv4lmM1gZ8DH4xpNsCPT1QdgQZ26l40/view?usp=sharing>

OBSTETRICIA NORMAL

EQUIPO DOCENTE:

- Dr. Torres Gustavo
- Dra. Coronil Rosana
- Lic. García Andrea
- Lic. Appolonia Yesica
- Lic. Ruiz Clavijo Anabella
- Lic. Polero Yesica
- Lic. Pérez Jorge
- Lic. Matkowski Graciela

AÑO: 2025

La materia Obstetricia Normal, se encuentra en el plan de estudios del primer año de la carrera, ya que es una materia troncal e introductoria, cuyo propósito es lograr que los estudiantes adquieran los contenidos pedagógicos básicos en obstetricia, para poder aplicar, cursar y comprender en los años siguientes, las materias Obstetricia Patológica de segundo año, Obstetricia Clínica de tercer año y la Práctica final obligatoria (PFO) de cuarto año.

La finalidad de la materia es lograr una formación académica enfocada en las ciencias biológicas y tecnológicas que forjarán la atención tanto en el embarazo, parto, puerperio y en salud sexual integral, con un rol proactivo y dinámico en áreas humanísticas, asistenciales, éticas, morales, de diversidades, con perspectiva de género y garantías de derechos, en todas las etapas de la vida del individuo como un todo, con alcances en tamizajes, diagnóstico precoz, derivación oportuna y trabajos de interdisciplina, realizando además acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación.

Objetivos generales:

- Conocer el concepto de obstetricia normal y los saberes propios e incumbencias de la especialidad, para intervenir y resolver situaciones emergentes en el campo de desempeño profesional, reconociendo y garantizando los derechos en salud sexual reproductiva y no reproductiva.
- Lograr manejo amplio en la atención integral y consejería tanto en sexual (no) reproductiva, como en la asistencia prenatal y el acompañamiento y asistencia durante el trabajo de parto, parto, alumbramiento, puerperio de bajo riesgo y puericultura, con-

feccionando e interpretando historias clínicas perinatales, libretas sanitarias, tablas de percentil, realizando una completa anamnesis con la finalidad de lograr realizar diagnósticos precoces referencias oportunas al nivel superior y/o al equipo interdisciplinario y la captación de factores de riesgo para la salud, considerando que la misma no es meramente la ausencia de patologías sino también el pleno estado físico, psíquico y social del individuo.

- Lograr planificar, ejecutar, evaluar y coordinar programas en prevención y promoción de salud sexual integral con enfoque de género y con alcance a la comunidad y al territorio.
- Conocer la fisiología y anatomía del aparato genital reproductor y no reproductor biológicamente femenino, pelvis ósea y del canal de parto.
- Conocer la fisiología del desarrollo embrionario y fetal, y la anatomía y disposición intraútero del feto.
- Conocer la fisiología de las diferentes etapas de los ciclos sexuales biológicamente femeninos, tanto física, hormonal y psicológicamente.
- Obtener nociones básicas de fecundación y placentación.
- Realizar diagnóstico y atención precoz de embarazo, solicitud y lectura de exámenes de laboratorio, bacteriológicos, hematológicos y serológicos; como también de diagnóstico por imágenes y de la prevención de la salud mediante calendario de vacunación actualizado.
- Realizar evaluación clínica obstétrica en todos los trimestres del embarazo y en el puerperio.
- Reconocer las modificaciones gravídicas físicas, hormonales y psicológicas, acompañando y conteniendo a la persona gestante y a todo el núcleo familiar.
- Adquirir habilidad para el uso de tecnologías obstétricas.
- Adquirir nociones básicas en farmacología. Vademécum obstétrico.
- Evaluar la salud, vitalidad y bienestar fetal, como también la detección de riesgo, conducta y derivación oportuna.

Esta materia es anual, cuenta con una carga horaria de 230 horas, se cursa de manera presencial, mediante clases teóricas optativas de dos horas semanales, y con tres seminarios y cuatro trabajos prácticos obligatorios, tanto en la primer como en la segunda mitad de año.

La forma de evaluar es mediante dos instancias parciales escritas, de manera semestral, durante la cursada, y un examen final oral, luego de culminar con la misma y haber aprobado los parciales.

Los estudiantes contarán con cuatro fechas para rendir el examen parcial; de las fechas disponibles podrán optar por tres, en las que harán las veces de primer examen, primer recuperatorio y segundo recuperatorio. Quienes aprueben con una nota mayor o igual a siete en el primer llamado estará en condiciones de promocionar la materia.

Desde la cátedra aconsejamos concurrir a las clases optativas, leer los temas previamente para poder despejar dudas durante las clases y adquirir destreza para técnicas de estudio y lectura, utilizar la bibliografía que brinda la cátedra, ya que es actualizada y confiable.

Llevar la materia y la lectura al día, favorece la posibilidad de adquirir conocimientos y poder relacionar un tema con el otro, disfrutando además de esta maravillosa materia, y no la mera recolección de datos.

CIENCIAS SOCIALES Y OBSTETRICIA

Equipo Docente:

Prof. Adjunto interina: Mg Méd. Elizabeth Barbis

JTP: Lic. En Trabajo social Yanina Pelli

Ayudantes diplomados: Licenciadas en Obstetricia: Rocío Gamberoni, Marisol Costantino y María Cisneros; Comunicador social: Martín Urdargain y Lic. En Antropología María Paz Matía.

Año 2025

La materia se encuentra en primer año como propuesta o abordaje al comportamiento humano en la sociedad, en particular a los saberes vinculados al concepto de salud, de sus determinantes sociales, la interculturalidad, el respeto a la diversidad e introductorio a la legislación vigente como garantía de derechos. Si comprendemos como social cualquier aspecto de la salud, no sería posible escindirlo de otras materias más biológicas, como anatomía o fisiología clásicas.

La Materia es de cursada cuatrimestral, tiene dos inscripciones al principio y a mitad de año, con 7 - 8 seminarios presenciales obligatorios en los que se trabajan en aula y se refuerzan conceptos de las unidades temáticas. No hay actividades optativas.

La evaluación integral se realiza con el cumplimiento de un mínimo de 80% de asistencia y participación a los seminarios presenciales y/o virtuales en algún caso, la aprobación de dos evaluaciones parciales y la entrega de los trabajos prácticos grupales.

La materia se promociona, sin examen final. El trabajo integrador final (TFI) es una instancia equivalente (en otras materias) al Examen final.

Cada Módulo o unidad temática que se publica en la cartelera virtual se encuentra asociado a un conjunto de material tanto bibliográfico como audiovisual que conforman el material de estudio, se define como de un componente conceptual aunque reflexivo, sobre los aspectos que atraviesan a nuestra sociedad, en particular aquellos que se orientan a la salud y las competencias de la práctica profesional en la diversidad cultural, social y sexual.

Canales de comunicación: Las/los docentes establecen distintas modalidades que puede ser por Classroom; Grupo de whatsapp; correos electrónicos; emails institucionales para inquietudes/reclamos/sugerencias cienciassociales.lob@med.unlp.edu.ar

La cartelera virtual se actualiza cada año lectivo.

ACTIVIDAD

Una actividad que proponemos desde la asignatura es:

Trabajo grupal:

Consignas:

a) Reflexionar sobre ¿qué aspectos del/la individuo, su familia, su trabajo y ambiente donde vive podrían influir negativamente en la salud?

(No hay respuestas correctas o incorrectas, ya que se explora qué saberes se recogen de sus propias experiencias).

Consensuar dentro del grupo respuestas para ser expresadas como resultado del grupo.

b) ¿Se les ocurren propuestas o soluciones que pueden ofrecerse desde la comunidad, el gobierno o las leyes?

Consensuar dentro del grupo respuestas para ser expresadas como resultado del grupo.