Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2017

Intervención del Equipo de Salud en el Control del Niño Sano, implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) en la Atención Primaria de la Salud (APS)

Aranda, Patricia C.

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/175

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

LA INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD EN EL CONTROL DEL NIÑO SANO

en el marco de la implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI)

en el Centro de Salud N°2 "Dr. Arturo Oñativia" de la ciudad de Mar del Plata, en el periodo de Junio a Diciembre de 2014.

TEMA: **EQUIPO DE SALUD Y ATENCIÓN DEL NIÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)**

DIRECTORA: **CRISTINA ÁLVAREZ** · CO-DIRECTORA: **TERESA ZAMORA**

AUTORAS

PATRICIA C. ARANDA
Mat. N° 7724/03
patribele@yahoo.com.ar

RUTH F. QUINTANA
Mat. N° 10560/09
ruth.quintana22@hotmail.com.ar

“ Hay que producir condiciones en que sea posible aprender críticamente…

que seamos creadores, instigadores, inquietos, rigurosamente curiosos,

humildes y persistentes. La curiosidad, como inquietud indagadora,

como búsqueda de esclarecimiento, forma parte integrante del fenómeno de la vida.

No habría creatividad sin la curiosidad que nos mueve y nos pone

pacientemente impacientes ante el mundo que no hicimos ”

Paulo Freire

AGRADECIMIENTOS

A mi hija, que desde muy chiquita tuvo las palabras más dulces y de aliento.

A la gata Monina, mi gran compañera de estudio.

A mi marido, que me acompañó en este proceso, en un principio desconocido y a la vez desafiante, sobre todo por acostumbrarse a convivir tantos años con los apuntes y fotocopias desordenadas distribuidas por todo el departamento.

A mi madre, gran pilar de mi vida, que me recordó en todo momento la importancia de estudiar.

Por último, le pido a la vida que me de la energía, fortaleza, actitud y capacidad para poder desarrollar esta profesión y poder contribuir a que mi patria y mi gente salga adelante.

Patricia Aranda

Le quiero agradecer en primer lugar **a Dios,** por darme la oportunidad de vivir y hacerme sentir acompañada en cada momento. Estoy convencida que Él estuvo a mi lado, que puso a las personas correctas en el momento justo y que este logro es parte de su propósito para mí en este mundo.

A Laura y Florencio, mis padres, que me enseñaron a ser agradecida. Por eso, les agradezco infinitamente a ellos, por ser mis pilares incondicionales en cada etapa, por sus correcciones, comprensión, apoyo y acompañamiento. Ellos fueron los primeros que creyeron que podría alcanzar la meta propuesta y confiaron en mí.

A David, mi esposo, por ser uno de los promotores de esta aventura, gran sostén emocional y económico para que yo pueda cumplir con este sueño conjunto. Gracias por tu amor, cuidado, consideración y dedicación hacia mí. ¡Te Amo!

A Eneas, mi hijo, el tesoro más valioso de mi corazón. Mi motivación diaria para no bajar los brazos en el camino como estudiante universitaria. Quien desde pequeñito me acompañó horas y horas de cursadas, estudio y trabajo de campo sin quejarse. Bebé de mami, gracias por amarme y entenderme siempre.

A toda mi gran familia y amigos, por ser parte de este proceso, porque todos aportaron de una u otra forma su granito de arena para que yo llegue hoy hasta aquí, haciendo más liviano y divertido el recorrido.

A Patricia, por ser la co-autora de este trabajo. Gracias por tu empeño, dedicación y esencia, porque nos complementamos y aprendimos mutuamente estos últimos años.

A las Licenciadas Anastasia Bonanno y Cristina Álvarez, por guiarnos y cedernos espacio, tiempo, herramientas y conocimiento para la elaboración del presente trabajo de grado.

Por último, **a mí,** por la perseverancia y el coraje que me permitió poder enfrentar prejuicios, miedos, inseguridades y todo tipo de obstáculos.

Estoy orgullosa de ser fruto de una educación pública y gratuita, lo que me convierte en la primera profesional de la familia. ¡Gracias a tod@s!

Ruth Quintana

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 7

OBJETIVOS 8

INTRODUCCIÓN 9

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo I: EL SISTEMA DE SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA 12

Reseña Histórica 13

Concepto del Sistema de Salud, construyendo su definición 20

Estructura y Componentes del Sistema de Salud 22

Capítulo II: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) 26

Origen y Definición 27

Pilares: Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades 39

APS y Salud Colectiva en Argentina 32

Capítulo III: POLÍTICAS PÚBLICAS 34

Definición 35

Políticas Públicas en Salud: Plan, Programas y Proyectos 37

Capítulo IV: EQUIPO DE SALUD 40

Concepto 41

Pluridisciplina, Multidisciplina, Interdisciplina y Transdisciplina 42

Capítulo V: TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD 44

Recorrido Histórico 45

Incumbencia Profesional 53

SEGUNDA PARTE: MARCO INSTITUCIONAL

Capítulo I: POLÍTICAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE GENERAL PUEYRREDON (MGP) **57**

Estructura de la Secretaría de Salud en MGP 58

Programas y Proyectos 60

Capítulo II: CENTRO DE SALUD NRO. 2 "DR. ARTURO OÑATIVIA" **66**

Caracterización y Funcionamiento de la Institución 67

Equipo de Trabajo en el área Materno-Infantil 70

Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) 75

Capítulo III: TRABAJO SOCIAL EN EL CAPS NRO. 2 **79**

Objetivos 80

Funciones 82

TERCERA PARTE: MARCO METODOLÓGICO

La Sistematización: su metodología **87**

Análisis de datos **92**

Conclusiones y Reflexiones Finales **109**

BIBLIOGRAFÍA **123**

ANEXOS

Anexo I: Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) **132**

Anexo II: Crónicas **142**

Anexo III: Matriz de datos **149**

Anexo IV: Guía de preguntas y desgrabación de entrevistas **162**

PRESENTACIÓN

Tema: Equipo de Salud y Atención del Niño en Atención Primaria de la Salud (APS).

Título: "Intervención del Equipo de Salud en el Control del Niño Sano, implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) en la Atención Primaria de la Salud (APS)".

Subtítulo: "*La intervención del Equipo de Salud en el Control del Niño Sano en el marco de la implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) en el Centro de Salud Nro. 2 Dr. Arturo Oñativia de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo Junio a Diciembre de 2014.*

Palabras Clave*:* Salud - Atención Primaria de la Salud (APS) - Salud Materno Infantil - Políticas Públicas - Intervención Profesional en Salud / Modalidades de Intervención - Equipo de Salud y Trabajo Social en Atención Primaria de la Salud

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la experiencia de la intervención del Equipo de Salud en el “Control del Niño Sano” en el marco de la implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI), en el Centro de Salud Nro. 2, del Partido de General Pueyrredon.

Objetivos Específicos

- Conocer las orientaciones y recomendaciones brindadas a los Equipos de Salud definidos en el PIDI.
- Identificar las prácticas de intervención seleccionadas por el Equipo de Salud para la implementación de las orientaciones y recomendaciones enunciadas en el PIDI.
- Analizar la organización que adquiere el Equipo de Salud para la implementación del PIDI en la atención y Control del Niño Sano.
- Identificar la función del Trabajador Social en el Equipo de Salud.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se organiza con el siguiente esquema: en la primera parte presentamos el desarrollo de las matrices conceptuales en la que hace anclaje el trabajo de sistematización. En la segunda parte, hacemos referencia a la estructura, caracterización y funcionamiento de la institución donde se inserta el Equipo de Salud, para luego desarrollar nuestra experiencia en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Nro. 2 durante el año 2014.

Esta experiencia se da en el marco de la práctica supervisada que sostiene la Cátedra Supervisión correspondiente a la materia de 5to año de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social dependiente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP).

En el proceso de inserción institucional, la primera acción que realizamos en el Centro Nro. 2 fue conocer el funcionamiento del servicio social y sus espacios de intervención; es así como nos fuimos adentrando en el área materno-infantil, lo que nos llevó a querer ahondar sobre su dinámica. A raíz de participar en las charlas informativas que se brindan en ese espacio, nos vimos motivadas e inquietas por profundizar las acciones llevadas adelante por los distintos profesionales en lo que respecta a la atención del niño/a de 0 a 6 años. Es así como comenzamos a registrar y reflexionar respecto a las prácticas instituidas.

Al momento de reunir información teórica respecto a las políticas de salud implementadas en el Partido de General Pueyrredon que abarca la atención de los/as niños/as de 0 a 6 años, nos encontramos con ciertas limitaciones: en primer lugar fue la incertidumbre que nos generó el desconocimiento del programa que contemplaba las intervenciones realizadas por el Equipo de Salud; en segundo lugar, una vez que conocimos que el Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) era el programa vigente, nos fue dificultoso

poder localizar a la persona encargada de difundir este material (manual de procedimientos del PIDI).

Finalmente, después de varios ajustes logramos claramente definir el tema de nuestra sistematización y delimitar qué cosas queríamos profundizar para lograr un trabajo escrito con un desarrollo fundamentado a partir de la experiencia vivida, analizada desde una perspectiva crítica del proceso y una reflexión compartida.

En este trabajo de sistematización nos proponemos analizar la intervención del Equipo de Salud, en el área materno-infantil del primer nivel de atención, teniendo en cuenta las propuestas que el PIDI plantea. Para ello, intentaremos profundizar sobre los objetivos y lineamientos desarrollados en dicho Plan e identificar las prácticas de intervención seleccionadas por el Equipo de Salud, para detectar los nudos críticos que se presentan al momento de implementar el PIDI; y mediante una conclusión realizar aportes teóricos que posibiliten la optimización del abordaje profesional con niños/as y sus respectivas familias.

1

PRIMERA PARTE: **MARCO TEÓRICO**

CAPÍTULO I

EL SISTEMA DE SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Reseña Histórica

El surgimiento y organización del sistema de salud en la Argentina es complejo, por lo que intentaremos realizar un breve recorrido desde una perspectiva sociohistórica para dar cuenta de la conformación e importancia que fue adquiriendo el sistema de salud a lo largo de los años en la Argentina. El mismo nos permitirá alcanzar una comprensión de fundamentos ideológicos y teóricos que se sostienen en la actualidad en cuanto a la compleja relación entre instituciones, profesionales y pacientes en salud.

Es preciso mencionar que, para arribar a un análisis de las prácticas instaladas en una institución de salud, consideramos necesario repasar la historia de nuestro país, entendiendo que sus componentes sociales, económicos, ambientales y políticos nos permitirán interpretar el accionar estatal a través de una revisión crítica para conocer la organización, funcionamiento y el acceso al sistema de salud en los distintos periodos.

Son inherentes a la salud las condiciones y calidad de vida, el crecimiento y desarrollo de una población, es decir, implica mucho más que la atención médica. Es así que en el presente capítulo comenzaremos a desarrollar los aspectos pertinentes al tema y dar cuenta de los parámetros fundamentales que sostienen el sistema vigente.

El sistema de salud surge en Argentina, como en otros países del mundo, con el objetivo de dar respuesta al riesgo e inestabilidad que representaron, en el siglo XIX, las epidemias y catástrofes naturales como humanas tales como: fiebre amarilla, cólera, viruela, fiebre tifoidea, tifus, sequias, terremotos, guerras, revoluciones, migraciones, entre otras. Dichos factores contribuyeron directa e indirectamente en los procesos de determinación de políticas estatales en el campo de la salud pública.

Es así que “la segunda mitad del siglo XIX se caracterizó por una importante actividad estatal en materia de Higiene y Salud Pública, como fue la creación del Consejo de Higiene Pública en 1852, luego denominado Departamento Nacional de Higiene y de la Asistencia Pública de Buenos Aires en 1883” (Zimmermann, 1994). Cabe destacar que hasta ese momento se realizaban acciones aisladas frente a situaciones concretas, donde la conceptualización de la salud era planteada como responsabilidad individual y su abordaje netamente asistencial y de caridad.

A partir de 1870 llegaron al país inmigrantes extranjeros provenientes de Europa con el fin de radicarse, trabajar y mejorar su calidad de vida, en un periodo en que Argentina se insertaba en la economía mundial como productor de alimentos. Es

así que el país se encontraba con una mayoría importante de extranjeros; "la experiencia Argentina de entonces no consistió en la absorción de una masa extranjera que llega asimilarse, es decir, a parecerse a la población nativa; más bien lo que ocurrió fue la emergencia de una sociedad nueva, que se mantuvo por bastante tiempo separada de los sectores criollos tradicionales, en un estado de fluidez mientras procesaba la adaptación a las condiciones de vida y de trabajo en un país envuelto, a su vez, en la construcción de un Estado moderno". (Torre, 2002)

Culminando el siglo XIX, el sistema de salud en "Buenos Aires contaba con una estructura de asistencia médica diversificada en instituciones públicas y privadas". (Torre, 2002). Las mismas eran:

- La Sociedad Nacional de Beneficencia, que desde 1823 tenía a cargo las instituciones residenciales para cuidado de mujeres y niños.
- Asociaciones y hospitales creados por las comunidades de inmigrantes (españoles, italianos, británicos, alemanes y franceses).[1]
- Instituciones privadas, religiosas y de caridad que brindaban asistencia sanitaria.
- Instituciones municipales, por ejemplo: Patronato de la Infancia creado en 1822.

Dichas instituciones médicas/administrativas se instalan para atender las situaciones que se presentaban en el país, como por ejemplo la lucha contra las epidemias, las cuales concentraron la mayor parte de los esfuerzos realizados en esos años.

En el año 1892, se crea el Instituto Nacional de Higiene, que representaba un esfuerzo para mantener y apoyar la investigación científica, como pieza clave para la gestión estatal. En 1904, surge el Servicio de Higiene Escolar dependiente del Departamento Nacional de Higiene. De esta manera, el Estado asume la función de proteger la salud de la población infantil que logra ingresar a las escuelas, colegios o institutos.

Hasta el momento, se concebía el discurso médico-higienista que no solo estaba abocado al tratamiento de enfermedades, sino que se extendía a todas esferas de la vida cotidiana de las personas, fundamentándose desde un saber netamente biológico. Esta visión de salud llevaba implícita una acción moralizadora que pretendía mantener el control y orden de la sociedad. La idea pensada y planteada en esa época

[1] La medicina mutual -un rasgo peculiar de la Argentina- surge con la incorporación masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. (Posgrado de Salud Social y Comunitaria, 2005)

nos permitirá analizar luego con mayor profundidad las prácticas que reproducen hasta la actualidad los profesionales de distintas áreas, pero específicamente nos detendremos en el ámbito de la salud pública.

Consideramos importante señalar que, para 1910, las demandas sociales manifestaban variadas expresiones en relación a mejoras de las condiciones de vida. Por una parte, se encontraban las agrupaciones de trabajadores y de grupos migratorios y por el otro, las demandas parlamentarias por lograr la aprobación de distintas leyes destinadas a la protección de los derechos civiles y sociales.[2]

"A partir de 1920, hay que destacar el renovado impulso que tomó la educación sanitaria, involucrando activamente a la sociedad civil. En este periodo, el Circulo Médico Argentino y el Centro de Estudiantes de Medicina crearon la Liga Argentina de Profilaxis Social, que desarrolló una tarea de difusión y promoción a través de conferencias y distribución de material impreso en escuelas, cuarteles militares y fabricas". (Collia, 2015)

En el transcurso de esta época, la Argentina atravesaba diversos y continuos cambios en la estructura política, económica y social debido, en primer lugar, a las consecuencias de la depresión mundial de 1929 y luego por el estallido de la Segunda Guerra Mundial entre 1939 y 1945 (cierre de mercados europeos y por ende caída de exportaciones agropecuarias argentinas, escases de divisas, entre otros).

Hasta 1943 la salud pública era regulada a través del Ministerio del Interior de la Nación; ese año surge la transformación más importante con la organización de los servicios de salud estatales. Es así que se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que tiempo después se modifica mediante un decreto apuntando la intervención en lo que respecta precisamente a la asistencia hospitalaria, sanidad e higiene, mientras que lo que corresponde a asistencia social se delega a la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

Podemos evidenciar en esta etapa de la Argentina un profundo cambio ideológico por parte del Estado en cuanto a la salud pública; esto se produce debido a la conformación del Estado de Bienestar y su intervención en los procesos de integración social en todos sus aspectos. Lo afirmamos citando lo siguiente: "el pasaje

[2] Derechos Civiles: es el conjunto de normas jurídicas y principios del Derecho que regulan las relaciones personales o patrimoniales, voluntarias o forzosas, entre personas privadas o públicas, tanto físicas como jurídicas, de carácter privado y público, o incluso entre las últimas, siempre que actúen desprovistas de imperium o auto tutela.
Derechos Sociales: son aquellos derechos que facultan a los ciudadanos o habitantes de un país a desarrollarse en autonomía, igualdad y libertad así como aquellos derechos que les permiten unas condiciones económicas y de acceso a bienes necesarios para una vida digna. (UNLa, 2007)

de la concepción del control social hacia la salud como un derecho operó en nuestro país con las reformas introducidas durante el primer gobierno peronista a mediados de la década de los '40, a través de la implantación de un sistema integral de salud en el marco de un desarrollo de la seguridad social con fuerte pretensión universalista". (Krmpotic, 2008)

Importantes transformaciones surgen en la primera y segunda presidencia de Juan Domingo Perón (1946-1952 / 1952-1955) a cargo del Dr. Ramón Carrillo -primer Ministro Salud Pública-. Las acciones llevadas a cabo se fundamentan en la teoría de que el Estado debe asumir la responsabilidad en la protección de la salud y atención de las enfermedades de la población, y que las mismas se vislumbren en la práctica. Este periodo se caracteriza por producir en la Argentina una revolución sanitaria inédita hasta ese momento, respondiendo a la necesidad de la época y a la inexistencia de un sistema de salud destinado al pueblo.

El Estado argentino comienza a tener más participación tanto en la planificación como en la organización y gestión de los servicios de salud. El Dr. Ramón Carrillo se caracterizó por llevar adelante una fructífera labor ejecutiva en materia de salud, la cual contó, en principio, con el acompañamiento de Eva Duarte de Perón desde su Fundación.[3]

La tarea realizada por el Dr. Carillo, primeramente como Secretario y luego como Ministro (desde 1946 hasta 1954), fue un sello único en nuestra historia, ya que promovió la medicina social en el campo de la salud, creación de puestos sanitarios, campañas masivas de alcance nacional para erradicar las enfermedades endémicas, educación sanitaria hacia la población, entre otras destacadas acciones durante su gestión.

En base a lo anteriormente descripto, nos parece oportuno mencionar que durante este periodo toma relevancia el concepto de Derecho a la Salud, en un contexto político de Democracia Representativa que da lugar a la Reforma de la Constitución en 1949. Tales ideas trascienden hasta nuestros días, ya que las mismas fueron retomadas para la planificación, ejecución y evaluación de políticas públicas durante los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández en los últimos años. Es interesante visualizar que, durante el gobierno peronista, se comienza a diagramar la universalidad de la cobertura en materia de salud entendiendo al Estado como

[3] Fundación Eva Perón (1950): Los objetivos de la Fundación eran prestar ayuda pecuniaria o en especies, facilitar elementos de trabajo, otorgar becas para estudios universitarios, construir viviendas para su adjudicación a familias indigentes, construir establecimientos beneficios, educacionales, hospitalarios, recreativos o de descanso. La estrategia fundamental estaba basada en contribuir o colaborar a la realizaron de obra de interés general y que tienden a satisfacer las necesidades esenciales para una vida digna. (Collia, 2015, pág. 55)

prestador de la totalidad de los servicios; dichas concepciones se profundizan en la actualidad bajo las nociones de derecho y justicia social.

El sistema de Obras Sociales (Nacionales, Provinciales, PAMI) se consolidó como tal a través de una ley, bajo el gobierno autoritario del General Onganía, en la década del '70. Para finales de este año, el rol del Estado en cuanto al financiamiento y provisión de salud había decrecido notablemente, agudizándose tras el Golpe de Estado de 1976, con la descentralización del sistema de salud y el debilitamiento del Estado, delegando a cada provincia/municipio el manejo de las decisiones referidas al campo de la salud.

Las transformaciones producidas en la sociedad se vieron reflejadas en la desaparición y detención forzosa de personas, ya sea por razones políticas, gremiales o ideológicas. Se concluye así un periodo turbulento en materia económica, política y social con endeudamiento externo, especulación financiera, tortura y muertes de gran cantidad de ciudadanos y la tan cuestionada Guerra de Malvinas en 1982.

Con la llegada de la democracia hacia 1983, el gobierno del Dr. Alfonsín intentó recomponer la función del Estado. Durante su gestión, los planes de Acción Social y Salud expresan medidas de ordenamiento, normatización y coordinación en un periodo en el que el país atravesaba un deterioro de la situación económica, la cual repercutía de manera directa en los hogares. "Hacia fines de los '80, los conflictos económicos e institucionales atravesaban la gestión de gobierno, mientras el país entraba en una crisis económica profunda que concluye en el '89 con la hiperinflación. En este marco se conformó el Plan Alimentario Nacional (PAN); un interrogante que surge al respecto es si se trata de un último intento de llegar con una política social con carácter de universalidad o si en cambio se trata del inicio de una política social focalizada". (Zambrini, Ernesto; Gabrinetti, Mariana, pág. 6)

Siguiendo con lo anterior podemos decir que se profundiza aún más, a lo largo de la década de los 90, la crisis económica y las fuertes demandas sociales. Es así que se pone en evidencia la implementación de los lineamientos del "Consenso de Washington"[4]; bajo el modelo político Neoliberal traducido en ajuste estructural, el rol

[4] Consenso de Washington: fue acuñado en 1989 por el economista John Williamson para describir un conjunto de diez fórmulas relativamente específicas el cual consideró que constituía el paquete de reformas "estándar" para los países en desarrollo azotados por la crisis, según las instituciones bajo la órbita de Washington, D.C. como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos. Los componentes del Consenso de Washington, también conocido como Ajuste Estructural, son los siguientes: disciplina fiscal y eliminación del déficit, reducción del gasto público y reordenamiento de prioridades gubernamentales, reforma tributaria, tasas de interés flexibles, tipo de cambio competitivo, liberalización comercial, un entorno favorable para la inversión extranjera directa (IED), privatización, desregulación y derechos de propiedad. (George, 2006)

del Estado perdía fuerza a medida que avanzaban las privatizaciones en todos los sectores.

Las políticas públicas de ese periodo desembocan en permanente exclusión y fragmentación social, donde se refleja claramente la ausencia del Estado y el protagonismo del mercado. Hubo en 1996 una reorientación en la Atención Primaria de la Salud, debido a las modificaciones implementadas en el Sistema de Salud Argentino, que consistió en un Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESAL)[5], buscando cambiar el perfil del hospital público y su descentralización para introducirlo en las reglas del mercado. Existió un proceso de transferencia de los hospitales nacionales públicos a las jurisdicciones provinciales, desplazando responsabilidades administrativas del nivel nacional a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

De allí que los impactos más profundos que se registran en el sector salud se deben al recorte financiero, plasmados mediante algunas de las medidas efectuadas como la nueva modalidad de gestión financiera de hospitales, la profundización de descentralización, la privatización de los servicios de salud, y la puesta en marcha de programas focalizados, como por ejemplo el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).

En esta década, "la política social del neoliberalismo focalizó sus acciones en los individuos pobres y sus familias, y no en las circunstancias, escenarios y relaciones que esos individuos y sus familias desenvuelven su existencia". (Vilas, 2011, pág. 148)

Dicha situación continúa y se agrava con el correr del tiempo, dando lugar a la renuncia del presidente Fernando de la Rúa tras un estallido popular el día 20 de diciembre del 2001. En este contexto, el país tuvo al mando cinco presidentes provisionales hasta la designación realizada por el Congreso de la Nación a principios del 2002, asumiendo como nuevo presidente el Dr. Eduardo Duhalde.

Tras las elecciones democráticas en 2003, la nueva presidencia está a cargo del Dr. Néstor Kirchner. El mismo persiguió como objetivo principal la recuperación de la soberanía económica nacional, ya que hasta ese momento Argentina sufría una fuerte dependencia del Fondo Monetario Internacional (FMI) que determinaba las decisiones y el destino del país.

---

[5] PRESSAL: Proyecto de Reforma del Sector Salud que propició la modernización del gerenciamiento hospitalario e impulsó hospitales públicos de autogestión. Entre sus objetivos específicos incluyó el paquete esencial básico de servicios a garantizar: Programa Médico Obligatorio (PMO), Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS) y del Sistema del Seguro de Salud (PRESSS), Programa Atención Primaria de la Salud (PROAPS), Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA), Proyecto de Lucha contra el Sida y ETS (LUSIDA). (Collia, 2015)

Es así que se coloca en acción el modelo de desarrollo con inclusión social, es decir, un Estado Nacional y Popular. “En lo económico, fue la expansión y la reindustrialización; en lo social, la inclusión (sobre todo por el empleo); en lo jurídico, el respeto de los derechos humanos (políticos y civiles) y la no represión; en lo judicial, el cambio de la Corte Suprema; en lo político, el funcionamiento pleno del sistema republicano”. (Calcagno, 2011, pág. 250). Los cambios más sobresalientes fueron:

- Renegociación de la deuda externa.
- Fortalecimiento del MERCOSUR (Mercado Común del Sur).
- Creación de UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas).
- Veto al ALCA (Área Libre Comercio de las Américas).
- Traspaso del sistema de jubilaciones (ahora a cargo del Estado).
- Implementación de la ley de financiamiento para la educación.
- Inversión en construcción de universidades públicas.

Desde diciembre de 2007, Cristina Fernández de Kirchner asume la Presidencia de la Nación, siendo la primera mujer elegida para el cargo y la segunda en ejercerlo[6]. La misma continuó con el modelo de desarrollo basado en la expansión económica e inclusión social, iniciado en la gestión de su esposo, Néstor Kirchner. La agenda política de este mandato se propuso continuar realizando acciones tendientes a mejorar el empleo, asistencia social, servicios públicos de salud, educación y vivienda.

Precisamente en lo que respecta al ámbito de salud se destacan la sanción de las siguientes leyes:

- Ley de Educación Sexual Integral
- Derechos del Paciente
- Salud Mental y Adicciones
- Derecho a la identidad de género
- Acceso a reproducción asistida
- Marco regulatorio de Medicina Prepaga
- Regulación de publicidad, promoción y consumo de tabaco
- Producción publica de medicamentos

A modo de cierre, podemos resaltar que en el Sistema de Salud Argentino actual se visibilizan lineamientos acordes al modelo neoliberal, pese a ser cuestionado

[6] María Estela Martínez de Perón fue elegida vicepresidente en las elecciones del 23 de septiembre de 1973, y asumió la presidencia por el fallecimiento del presidente Juan Domingo Perón el 1 de julio de 1974.

por la desarticulación y fragmentación que éste genera en cuanto a la accesibilidad a la salud y los derechos de la población. Hoy, las decisiones políticas en relación a la salud apuntan a una integración y universalización de derechos, deseando lograr un sistema unificado.

Es fundamental destacar que el sistema cuenta con la creación de un marco regulatorio que involucra a los tres subsectores (público, privado y obras sociales), lo cual garantiza que las prestaciones afronten las problemáticas de las personas en pos del resguardo de la salud como un derecho inalienable.

Podemos señalar que desde 1949 existe el Ministerio de Salud Pública, que bajo distintas denominaciones continúa hasta la fecha como Ministerio de Salud de la Nación (a cargo de Dr. Daniel Gustavo Gollan) desagregándose las Secretarías de:

- Políticas, Regulación e Institutos
- Salud Comunitaria
- Promoción y Programas Sanitarios
- Coordinación
- Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias.

Concepto del Sistema de Salud, construyendo su definición

Para introducirnos en la definición del *sistema de salud* es preciso conceptualizar el término *salud* según las diferentes perspectivas sobre la misma.

La Salud: ha sido considerada, en principio, como ausencia de enfermedades desde una postura netamente biologicista, hasta que en el año 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) modifica el concepto y pasa a definir la salud como “un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia”. (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1999). Aparece aquí una definición innovadora que intenta incluir las premisas más relevantes de la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social, destacando el alejamiento al paradigma médico hegemónico.

Por otro lado, adherimos a que “la salud es el estado de equilibrio producido por la interacción del hombre con el medio (social, económico, político, ambiental, y cultural)”. (Collia, 2015, pág. 63)

Ya por el año 1978, la ONU, la OMS y UNICEF celebraron un congreso conjunto en Alma Ata, donde se consensuó tomar el concepto de Salud como un Derecho Humano del que todos somos meritorios; por lo tanto, todos debemos tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Se definió además el concepto de Atención Primaria Integral, defendiendo la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y consumismo.

La carta de Ottawa (1986) señaló determinados pre-requisitos para la salud que incluyen: la paz, los cuidados adecuados, recursos económicos y alimenticios, vivienda, justicia social, equidad, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. En 1992, la OMS plantea que la salud es posible únicamente donde los recursos están disponibles para resolver las necesidades humanas y donde el ambiente de trabajo y de vida está protegido de las amenazas a la vida, las contaminaciones, los peligros físicos y patógenos. (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo, 1992).

Es oportuno mencionar "la Salud Pública como la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas". (FLACSO)

Partiendo de las anteriores definiciones podemos señalar que el campo de la salud es una dimensión particular y estratégica para el desarrollo sanitario de un país. Para realizar un análisis de este sector es determinante resaltar tres componentes principales: la situación de salud de la población, sus políticas de salud y su sistema de salud. Este último concepto desarrollaremos con detenimiento.

Sistema de Salud: "es un modelo de organización social para dar respuestas a los problemas de salud de la población". (Posgrado de Salud Social y Comunitaria, 2005)

También "es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (…) El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su

equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo". (OMS, 2005)

Para concluir con esta definición consideramos que la construcción de concepto desde las dimensiones descriptas engloba el conjunto de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud, y que el buen funcionamiento del mismo puede mejorar de manera tangible la vida cotidiana de las personas. Por lo tanto, su organización e implementación van a depender de la política e ideología predominantes en ese momento con respecto al pensamiento sanitario y el concepto en salud. Es decir que, de acuerdo a los objetivos que el Estado planifique a través de sus gobiernos, dará respuesta a demandas y necesidades que la población requiere en materia de salud.

Estructura y componentes del Sistema de Salud

En cuanto a la estructura del Sistema de Salud Argentino es importante distinguir sus dimensiones, ya que nos permite analizar la salud en Argentina y ampliar la historia del mismo.

En nuestro país existe una estructura de servicios de salud sumamente diversificada; es decir que el sistema de salud argentino se divide en tres subsistemas: público, de la seguridad social y privado. La coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas difiere respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

El subsistema público tiene una fuerte presencia en el campo de la atención médica. Está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud. La responsabilidad pública en salud se encuentra bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de Salud de las diferentes provincias y municipios, ya que administran la mayor parte de los establecimientos que proveen servicios de salud de forma gratuita. Cabe destacar que nos centraremos en esta área con mayor interés para conocer las políticas de salud vigentes, su implementación, su organización y la modalidad de trabajo que adquieren los distintos profesionales en el ámbito de aplicación, más específicamente en Atención Primaria de la Salud (APS).

El subsistema de Seguridad Social está conformado por instituciones que cubren las necesidades de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras

Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos), cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones, tanto del empleador como del empleado.

El subsistema privado, bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga, se agrupa en un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mayores que el de las Obras Sociales. Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos; o sea, estas empresas de Medicina Prepaga son con fines de lucro. (Acuña, 2002)

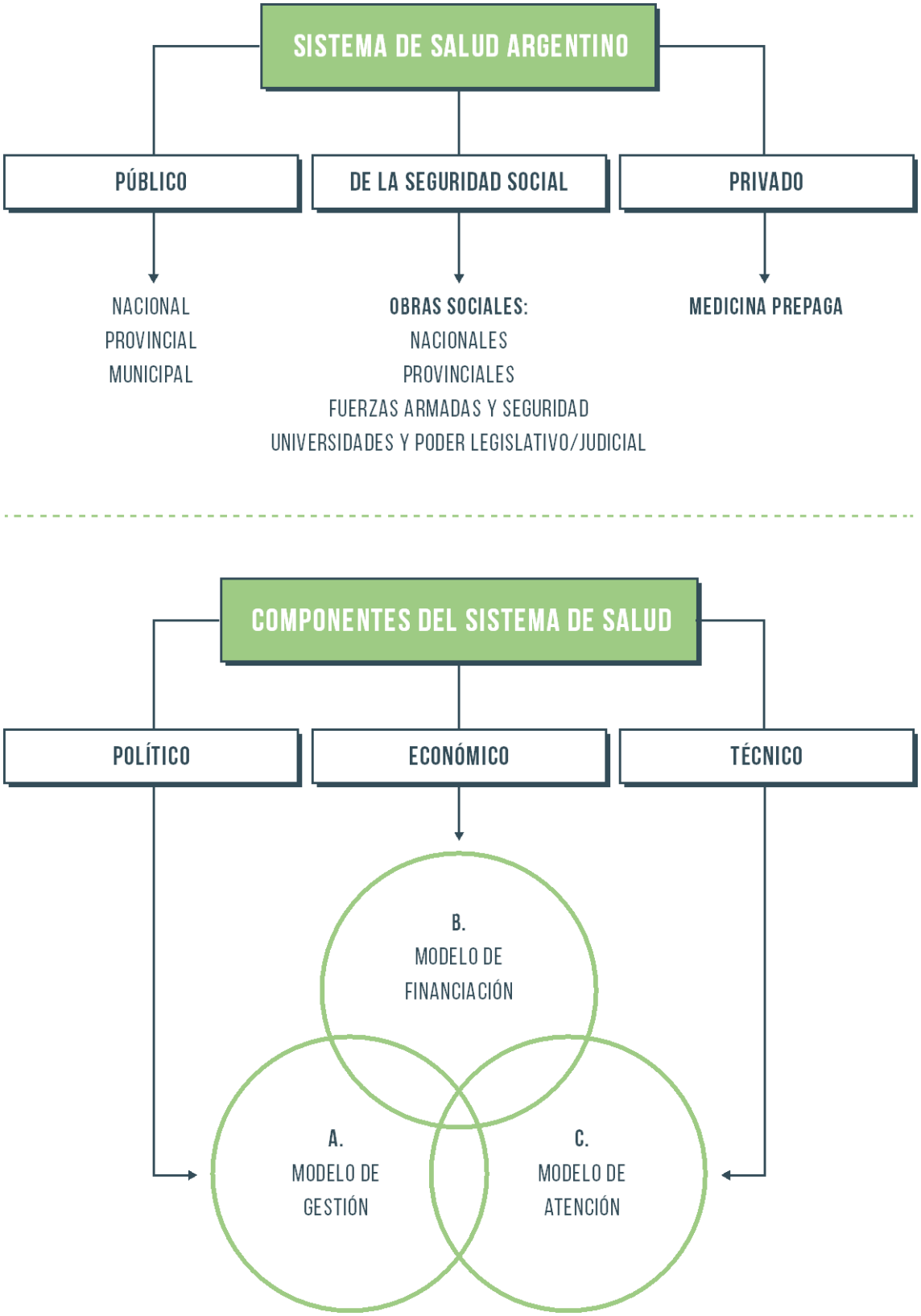

Figura I. Estructura y Componentes del Sistema de Salud en Argentina en (Posgrado de Salud Social y Comunitaria, 2005)

A partir de la definición anterior, es preciso mencionar que el sistema de salud es el resultado de la articulación de tres componentes: político, económico y técnico. A su vez, dichos componentes dan lugar a la intersección de tres modelos: modelo de gestión, de financiación y de atención.

Caracterización de los Modelos

A: Define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían (cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo: universalidad de la cobertura, efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos) y las actividades del Estado en salud (por ejemplo: informar a la población, proveer directamente de servicios a la población, comprar servicios al sector privado, financiar servicios de salud, regular la salud).

B: Define cuánto debe gastar en salud el país, de dónde provienen los recursos y cómo se asignan los mismos.

C: Define qué tipo de acciones y servicios se deben prestar a la población, a quién se cubrirá con ellos, con qué criterio se prestarán y dónde. (Posgrado de Salud Social y Comunitaria, 2005, pág. 44 y 45)

Al finalizar este capítulo, desde nuestra perspectiva nos parece oportuno destacar la relevancia que tiene en un país la salud pública, ya que el acceso a la misma reduce la inequidad y aumenta la inclusión social, produciéndose así el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Consideramos es responsabilidad del gobierno de turno que las decisiones y la lógica de intereses mantengan coherencia con las prioridades en materia de salud de los actores de una comunidad asociándola a la implementación de políticas públicas desde un enfoque de derechos. Dicha coherencia está ligada a los diferentes grados de responsabilidad y compromiso desde lo institucional e individual, este último en relación con los distintos agentes sanitarios integrantes del sistema de salud y la importancia de la asignación, distribución y uso de los recursos.

CAPÍTULO II

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

Dentro de la Atención Primaria de la Salud (APS) es que se da nuestra inserción y experiencia pre-profesional. La misma se sitúa dentro del marco de la práctica como estudiantes de Trabajo Social, razón por la que nos insertamos en el Servicio Social de un CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud), experiencia que nos motivó a la confección del presente trabajo. Por este motivo es que consideramos necesario ahondar en cuanto al origen y definición de la APS teniendo en cuenta los acontecimientos importantes que permitieron su fortalecimiento a lo largo de los últimos años.

Origen y definición

En 1978, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), celebraron un Congreso Internacional conjunto en Alma Ata[7], en donde se llegó al concepto de Salud como un Derecho Humano del que todos somos meritorios. Se definió, además, el concepto de "Atención Primaria Integral", la plataforma desde donde mejorar los sistemas de salud en muchos países. La Declaración de Alma Ata expresa la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud y defiende la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo.

Ante los bajos resultados sanitarios obtenidos por los países, se reúnen en Alma Ata bajo el lema "Salud para Todos" en el año 2000, subrayando la importancia de la Atención Primaria como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. De esta manera, se origina un nuevo paradigma que plantea y prevé la necesidad de instrumentos y enfoques diferentes a los sustentados hasta entonces, que incluyesen equipos de bajo costo y alta efectividad y contenidos sociales, climáticos, éticos, demográficos, energéticos, psicológicos, tecnológicos, adaptado a los factores de riesgo de cada región.

Esta nueva estrategia se denominó Atención Primaria de la Salud (APS), definida como: "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un

[7] La 1ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud se celebró del 6 al 12 de septiembre en la ciudad de Alma Ata, antigua URSS, en 1978.

costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" según la Declaración de Alma Ata. (Posgrado Salud Social y Comunitaria, 2005)

La APS es entendida como la "puerta de entrada al sistema de salud", ya que propone dar respuesta integral a través de las actividades de promoción y prevención sanitaria. Se marca así el inicio de un cambio de paradigma en las prácticas de la salud pública orientadas a mejorar las condiciones de vida de las comunidades, reducir la carga de enfermedad y favorecer la equidad en salud. Dentro del área de la salud, la APS es el primer nivel de atención médica, el más eficaz e imprescindible en cualquier programa de salud; es la función central de un sistema nacional de salud y del desarrollo económico-social de la comunidad e incluye la plena participación de la comunidad en cada una de las etapas de su desarrollo: planificación, ejecución, evaluación.

También es una excelente estrategia crítica contra el modelo hegemónico que trasciende la atención médica y que incluye:

- educación para la salud,
- promoción de nutrición, agua potable y saneamiento ambiental,
- asistencia materno-infantil,
- planificación familiar,
- inmunizaciones,
- suministro de medicamentos esenciales
- y prevención y tratamiento de enfermedades y traumatismos más comunes.

En este sentido, hablar de APS no es sinónimo de una atención para pobres, así como tampoco la desaparición del segundo nivel (tratamiento de enfermedades) y el tercer nivel (rehabilitación de secuelas), sino que busca que el sistema de salud sea equitativo, eficiente, eficaz y de calidad, cuyo principio rector sea el derecho a la salud.

Desde hace un tiempo, amplios sectores manifiestan la necesidad de tener un sistema de salud basado y orientado hacia la estrategia de APS, entendiendo que invertir en la población sana y trabajar con la misma brindará sentido y protagonismo a la promoción de salud, ampliando el gasto público en la misma, donde simultáneamente se producirá una reducción del gasto en el resto de los niveles.

Adquiere importancia aquí la educación socio-sanitaria que, en colaboración con las personas que participan en este sistema, potencia y expande los conocimientos acerca de la vida y la salud, es decir: la educación para la salud como herramienta en salud pública. Desde esta mirada, sostenemos, se da lugar a un nuevo

modelo de trabajo que viene plasmándose en escritos pero que, en la práctica concreta, todavía resta mucho por hacer, ya que se presenta resistencia al cambio.

Pilares: Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

Al hablar de los pilares de la APS, es necesario recalcar las estrategias y orientaciones concebidas en este nivel de atención. Consideramos que los conocimientos básicos en prevención y promoción aportan herramientas para comprender el alcance y las posibilidades de desarrollo en los diferentes escenarios de la salud.

Es muy frecuente que al término de *promoción* se lo confunda o asemeje con el concepto de *prevención,* debido a su complementariedad en el proceso salud-enfermedad. Dicha diferenciación se visibiliza mayormente en la teoría y se dificulta determinar en la práctica concreta. En relación a esto, podemos señalar que prevenir significa anticiparse a un riesgo, por lo que la prevención "se orienta a las acciones de detección, control y debilitación de los riesgos o factores causantes de conjuntos de enfermedades o de una enfermedad especifica; su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los factores más íntimos que la generan o aceleran". (Marchiori Buss, 2006)

Existen tres niveles de prevención dirigidos a las personas en estado de salud o de enfermedad. A continuación, realizaremos un breve desarrollo de los mismas.

Prevención Primaria: "al ser desarrollada en el periodo pre-patógeno, constaría de medidas destinadas a desarrollar una salud global óptima por la protección específica del hombre contra agentes patológicos o por el establecimientos de barreras contra los agentes del medio ambiente". (Marchiori Buss, 2006, pág. 22) En cuanto a las medidas de promoción, en este nivel están dirigidas a elevar el bienestar general de la persona y la familia en los aspectos que respectan a la alimentación, una vivienda adecuada para habitar, trabajo digno, orientación socio-sanitaria y educación sexual. Es imprescindible mencionar que la protección específica para las inmunizaciones antibacterianas y antivirósicas son eje central en las políticas de salud en nuestro país.

Prevención Secundaria: “refiere a las acciones destinadas a la detección precoz y al tratamiento oportuno de la enfermedad, con objeto de evitar o disminuir el progreso de la enfermedad, reducir la prevalencia y mortalidad. (…) La población objetivo son aquellas que se encuentran atravesando una enfermedad”. (Collia, 2015, pág. 71)

Prevención Terciaria: “se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de la enfermedad en su fase sintomática crónica o de sus secuelas. Incluye el tratamiento y restablecimiento de la salud para retardar o disminuir la aparición de secuelas de una enfermedad, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas enfermas”. (Collia, 2015, pág. 71)

• PROMOCIÓN DE LA SALUD • PROTECCIÓN ESPECÍFICA	• DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ • LIMITACIÓN DE LA INVALIDEZ	• REHABILITACIÓN
PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA

Figura II. Niveles de aplicación de medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad. Fuente: Leavell & Clark (1965) en (Marchiori Buss, 2006).

En lo que respecta a la promoción de la salud, el mismo es un concepto que viene siendo elaborado por diferentes agentes técnicos y sociales desde mediados del siglo XX y está íntimamente relacionado al concepto ampliado de salud, el cual contempla la paz, la educación, la vivienda, la justicia social, la equidad, entre otras, y no solo la usencia de enfermedades. La promoción consiste en otorgar los medios necesarios para alcanzar, mantener y mejorar la salud física, mental y social, ya sea que se trate de una persona, familia, o grupo, entendiendo que la misma es una acción de responsabilidad compartida entre el Estado, instituciones, empresas y población, respetándose la ideología y cultura de las comunidades.

“La idea de promoción se refiere al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de salud. Promoción en ese sentido, va más allá de una aplicación técnica y normativa, aceptándose que no basta conocer el funcionamiento de las enfermedades y encontrar el mecanismo para su control. Esta concepción se refiere al fortalecimiento de la salud por medio de la construcción de la capacidad de elección, así como la utilización del conocimiento, con el discernimiento de considerar las diferencias y singularidades de los acontecimientos”. (Czeresnia, 2006)

Es preciso mencionar las distintas conferencias internacionales que han contribuido significativamente al desarrollo de este concepto. A continuación, se exponen algunos de estos principales eventos:

- 1974 - Informe Lalonde, Canadá, “Una nueva perspectiva de la Salud Pública sobre la salud de los canadienses”.
- 1977 - Salud para todos en el año 2000, 30ª Asamblea Mundial de Salud.
- 1978 - Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Declaración de Alma Ata.
- 1986 - Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud - I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.
- 1988 - Declaración de Adelaide sobre Políticas Públicas Saludables - II Conferencia Internacional de Promoción de Salud (Australia).
- 1989 - Una llamada para la Acción, Documento de la OMS sobre la Promoción de la Salud en países en desarrollo.
- 1991 - Declaración de Sundsval sobre Ambientes Favorables para la Salud, III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Suecia).
- 1992 - Declaración de Santa Fe de Bogotá, Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en la Región de las Américas (Colombia).
- 1997 - Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud del siglo XXI en adelante, IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.
- 2000 - V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (México).
- 2005 - La Promoción de la Salud en un mundo Globalizado (Bangkok, Tailandia).
- 2007 - VII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Vancouver, Canadá).
- 2013 - VIII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Helsinki, Finlandia).

Los ejes centrales en dichas conferencias, respecto a la promoción de la salud, fueron:

- Destacar la función de las organizaciones, los sistemas, los individuos y las comunidades.
- Identificar las políticas públicas, entendiéndolas como vehículo esencial para reducir las inequidades sociales y económicas.

- Identificar las influencias ambientales (conflicto armado, crecimiento demográfico, alimentación saludable, etc.) y la importancia del desarrollo sostenible.
- Resaltar prioridades como: promover la responsabilidad social en materia de salud, ampliar capacidades de las comunidades y empoderar al individuo, consolidar alianzas en pro de la salud, aumentar la inversión en el desarrollo de la salud, asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
- Identificar acciones intersectoriales y políticas públicas saludables, y el entendimiento de la salud como un derecho humano.

Podemos señalar que la atención médica de los servicios de salud ha ido evolucionando con el tiempo; su visión se fue modificando a partir de factores políticos, económicos y sociales que influyeron de manera directa o indirecta. Es así que desde hace varios años se viene trabajando en un nuevo modelo en salud, el cual resalta y fortalece los conceptos de promoción, prevención y protección de la salud, intentando dejar la estructura netamente asistencialista, teniendo una visión global e integral de las familias y conociendo la potencialidad y necesidades de las mismas.

Diversas teorías nos invitan a repensar y redirigir las prácticas para poder discernir entre los distintos modelos de atención en salud. Es éste el gran desafío para los profesionales de la salud, ya que entran en juego la perspectiva individual y la flexibilidad para el trabajo dentro del equipo interdisciplinario en APS, los programas vigentes y la participación de la comunidad. Consideramos que ese espacio compartido es el lugar propicio para trabajar en la definición, diferenciación y aportes a estos conceptos que están en continuo movimiento, adaptándolos al contexto social que vivimos y nos atraviesa.

APS y Salud Colectiva en Argentina

Este concepto aparece como innovador desde la década de los ‘60 en América Latina con el nacimiento del Movimiento de Medicina Social, el cual se desarrolla alrededor de un pensamiento científico emancipador con respecto a la salud pública positivista y fenomenológica de Norteamérica y Europa.

En Brasil, la medicina social es reformulada como salud colectiva, debido a que los mismos pretendían alejarse del término medicina, ya que estaba vinculado exclusivamente a lo médico clínico.

La salud colectiva es un movimiento que crean los brasileños, en el cual hay articulación de cuestiones teóricas y cuestiones prácticas, con tres ejes:

- la epidemiología, que es ver la distribución y las causas de lo que se enferma y muere la gente;
- temas en torno la política, la planificación y la gestión;
- y la relación entre ciencias sociales y salud. (Spinelli, "La salud tiene que ver con montones de cosas que no son los médicos", 2012)

Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho definen la Salud Colectiva como "un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud (...) la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras". (Edmundo, 2004)

"La trayectoria de la construcción de la salud colectiva está marcada por tres dimensiones: la teórica-crítica, la político-sanitaria y la pedagógica-profesional (…) en la actualidad la salud colectiva se constituye como una estructura discursiva semiabierta, con inclusión continua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, que se incorporaron a lo largo de su historia". (Duarte Nunes, 2016, pág. 357)

En este sentido podemos afirmar que la salud colectiva es un campo de conocimiento que lleva y requiere una constante reflexión para lograr una visión amplia con respecto a la salud, la enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, comprendiendo siempre la realidad histórica de las mismas. Esta postura nos permite superar contradicciones presentes en la salud convencional, como por ejemplo: la persona que es tomada como objeto de intervención en la atención médica, la cual está enfocada directamente a los síntomas visibles, desvinculando dimensiones sociales, culturales, económicas que atraviesan la vida de la misma.

CAPÍTULO III

POLÍTICAS PÚBLICAS

Asumimos que las políticas públicas componen las formas diversas de interacción entre el poder político y la sociedad, es decir que referirnos a políticas públicas es introducirnos en el análisis de las respuestas que el Estado propone y brinda hacia las demandas de la sociedad, que no encuentran formas alternativas de satisfacción. Tal es así que, en los últimos años, especialmente en América Latina, se viene dando cada vez mayor énfasis a las denominadas políticas sociales. Aquí lo social aparece como algo separado, especifico o diferenciado de otras dimensiones/aspectos como lo netamente económico o político.

Definición

Nos parece oportuno, en esta instancia, introducir en nuestro trabajo la definición de políticas públicas y todo lo que de ella deriva, ya que atraviesa de manera directa nuestro campo de inserción y la práctica sistematizada.

Las políticas públicas (y dentro de ellas la política social), presuponen la existencia del Estado. Desde una visión clásica, son entendidas como las acciones u omisiones del Estado destinadas a obtener determinados fines, donde su orientación refleja los intereses de las distintas fuerzas políticas que las impulsan.

Entonces, las *políticas públicas* son aquellas medidas que el Estado desarrolla para garantizar el bien común, que surgen de una ley del Estado que reconoce y otorga beneficios en carácter de derechos a la población integrada o no en el mercado de trabajo. Presentan un carácter universal y una institucionalidad diferente a las políticas sociales, que se encuentran más condicionadas por la continuidad o no de determinado gobierno y que poseen un financiamiento presupuestario, una estructuración administrativa y operativa asignada por ley. (Loreto, Lozano, & Meschini, 2013)

Consideramos a las *políticas sociales* como el conjunto de decisiones y acciones destinadas a mejorar la distribución de oportunidades o corregir la distribución de activos a favor de ciertos grupos sociales. Son entendidas como mecanismos de articulación entre procesos políticos y económicos que tienen como meta intervenir en las secuelas de la cuestión social[8]. En otras palabras, las políticas

[8] Cuestión Social: surge como un aspecto esencial y permanente del capitalismo, a partir del proceso particular y relativo de pauperización de amplios sectores de la población en contrapartida del enriquecimiento de unos pocos. (Mallardi). Este es el concepto fundamental

sociales persiguen cambios en la estructura social basados en la igualdad de oportunidades (Atria, 2006).

Es importante mencionar que tanto las políticas públicas como las políticas sociales están atravesadas por paradigmas que estructuran su fundamentación, elaboración, ejecución y evaluación, y que de manera implícita o explícita visibilizan el modelo de ciudadanía al cual adhieren. Existen tres modelos de políticas públicas, los cuales intentaremos desarrollar brevemente, entendiendo que ningún modelo se encuentra en estado puro, pudiéndose observar en la realidad combinaciones de los mismos.

Modelo Residual o Asistencial: aquí las políticas públicas son marginales, donde el mercado es quien define la distribución de bienes y servicios. Se caracteriza como transferencia directa a los más desprotegidos. Esta política lleva implícito un modelo asistencial/altruista y focalizado.

Modelo Tecnocrático: surge ante las imperfecciones del mercado como agente distributivo, por lo que se admite la intervención del Estado en términos de eficiencia y objetividad desde una relación técnica y no política. Este modelo es el más frecuente en países en desarrollo, donde lo social es reducido a análisis económico y tratado como formulaciones económicas.

Modelo Distributivo: en el centro de esta concepción se encuentra el Estado como el principal agente distributivo que tiene como objetivo el cambio social a través de la planificación, resaltando que este tipo de políticas no se concretan a corto plazo porque presupone un fuerte énfasis en la innovación social. Su implementación se encuentra basada en la legitimidad, la democracia y la participación como aspectos esenciales en este modelo. (Bustelo, 1982)

Dichos modelos nos orientarán al momento de analizar las políticas públicas que atraviesan la atención primaria de la salud en relación al área materno-infantil precisamente, sabiendo que las mismas llevan implícita o explícitamente rasgos esenciales de algún modelo.

---

para poder situar el sentido de la intervención profesional, ya que es “la expresión, la relación contradictora capital-trabajo”, pero este enfrentamiento no pasa solo por la exclusión, sino que este fenómeno existe por el quiebre de la protección social y los cambios generados en la subjetividad de los individuos. (Rozas Pagaza, 1998, pág. 45)

Políticas Públicas en Salud: Plan, Programas y Proyectos

A partir de entender la definición de políticas públicas en su amplia conceptualización, podemos decir que las mismas también tienen características singulares dependiendo del espacio concreto en el que se desarrolle, como podría ser el educativo, medio ambiental, sanitario, entre otros. Para esto, el Estado debe presentar un fuerte compromiso en la formulación e implementación de una política que identifique las necesidades y demandas de la población.

Es así que, siguiendo a Ander- Egg y Aguilar Idañez (1997), creemos oportuno desarrollar tres conceptos fundamentales a la hora de formular y aplicar las políticas públicas:

El alcance y el significado de *plan*, que es el término de carácter más global. Hace referencia a las decisiones de carácter general que expresan los lineamientos políticos fundamentales, las prioridades, la asignación de recursos, las estrategias de acción y el conjunto de medios e instrumentos que se van a utilizar para alcanzar las metas y objetivos propuestos. En otras palabras, el plan es el parámetro técnico-político dentro del cual se enmarcan los programas y proyectos.

Un *programa*, en sentido amplio, hace referencia a un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza. De este modo podemos hablar de programa de la tercera edad, programa de construcción de escuelas, programa de salud materno-infantil, etc. Puede decirse, asimismo, que varios programas hacen operar un plan mediante la realización de acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos dentro de un periodo determinado. Un programa está constituido por un conjunto de proyectos.

Lo que se denomina *proyecto*, al igual que los programas, se concreta a través de un conjunto de actividades organizadas y articuladas entre sí, para alcanzar determinadas metas y objetivos específicos. La diferencia entre un programa y un proyecto radica en la magnitud, diversidad y especificidad del objetivo que se quiere alcanzar o la acción que se va a realizar: si es compleja, habrá de ser un programa con varios proyectos; si es sencilla, un simple o único proyecto podrá desarrollarla.

Avanzando en la concreción, tenemos también las actividades y tareas. La actividad es el medio de intervención sobre la realidad, mediante la realización secuencial e integrada de diversas acciones necesarias para alcanzar las metas y objetivos específicos de un proyecto. Y la tarea es la acción de una actividad con un grado máximo de concreción y especificidad. Un conjunto de tareas configura una

actividad, entre las muchas que hay que realizar para concretar un proyecto. (Ander-Egg & Aguilar Idañez, 1997)

Partiendo de la definición y diferenciación anterior, podemos decir que las políticas públicas son aplicadas de manera directa a través de los planes, programas y proyectos, los cuales están atravesados por los gobiernos nacionales, provinciales y municipales orientados según el marco político y el contexto institucional al momento a ser ejecutados. Es así que el diseño de los mismos refleja los objetivos y metas al cual el Estado se direcciona, entendiendo que son decisiones eminentemente políticas que tienen como referente las relaciones de poder entre determinados actores, y de éstos con el Estado.

En el desarrollo de nuestro trabajo tomamos con mayor profundidad a las políticas públicas en el área de la salud, algunas de las cuales mencionaremos a continuación:

- Plan Nacer/Sumar
- Plan Nacional de Sangre
- Plan para Reducción de la mortalidad Materno Infantil, la Mujer y Adolescente
- Programa Médicos Comunitarios
- Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI)
- Programa Nacional de Chagas
- Programa Nacional de Control del Tabaco
- Programa Nacional de Detección y Control de Enfermedad Celíaca
- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino
- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

La perspectiva actual de políticas sociales nos cede los espacios de debate, reflexión, aprendizaje y aporte en relación a las situaciones problemáticas/demandas sociales por las que atraviesa la sociedad. Consideramos que el Trabajador Social tiene una proximidad con los actores sociales y sus acciones colectivas, generando un aporte superador para las políticas estatales. En este sentido, no solo alcanza con implementar una eficiente y efectiva política de salud, sino que ésta debe estar acompañada por las demás políticas sociales. En consecuencia, se debería

implementar una política socio-sanitaria[9] plasmada dentro de la agenda pública de acuerdo a las demandas sociales.

De allí que podemos reflexionar y comprender que la práctica de Trabajo Social no es solo resultado de las políticas públicas, ya que las mismas son a la vez "variables independientes, donde se puede incidir generando cambios que se convierten en insumos relevantes para los nuevos procesos de decisión política. Esta afirmación deja en evidencia que cualquiera sea el espacio de intervención del trabajador social, siempre tiene una responsabilidad ético-política frente a las políticas sociales, que no es la simple ejecución literal de su contenido. Se trata de un ejercicio profesional no para operacionalizar lo dado sino para gestar configuraciones del espacio público, incorporando el sentido que le dan sus propios protagonistas y a partir de allí desarrollar una intervención innovadora". (Paulo, 2011)

[9] Política socio-sanitaria entendida como las decisiones y las respuestas que el Estado produce mediante la organización e implementación no solo de un sistema sanitario, sino también de un sistema social que tienda a dar soluciones a las necesidades y demandas que los ciudadanos requieren para alcanzar la mayor calidad de vida posible (Collia, 2015, pág. 285).

CAPÍTULO IV

EQUIPO DE SALUD

Antes de introducirnos netamente en el concepto de equipo de salud, es preciso reconocer que cada día se precisa más el involucramiento de las diversas disciplinas científicas en los espacios de atención a las personas, donde los profesionales desarrollen su labor de manera integrada, producto de la realidad social compleja y cambiante. Esto conlleva a nuevos desafíos en los diversos escenarios, los cuales están atravesados por desigualdad, exclusión y marginalidad, pero también de potencialidades que permiten abordajes superadores.

Sostenemos que el aporte del trabajo en equipo es clave para mejorar la calidad interna y externa de las intervenciones siempre y cuando se definan adecuadamente los límites y los alcances acerca de qué entendemos por calidad y por equipos, y de cómo lograrlos.

Concepto

Para Sonia E. Ferreira “un equipo de salud es un grupo de profesionales que comparte un mismo ámbito y un mismo objeto de intervención, aunque desde diferentes abordajes”. También podemos definir un equipo como “un pequeño número de personas con habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común de cuyo logro se consideran mutuamente responsables, bajo el liderazgo de una de ellas”. (Guimón, 2002)

En este sentido, el líder utiliza su poder para obtener conformidad, proponiendo incentivos para moderar las resistencias y favoreciendo la negociación para alcanzar los objetivos previamente consensuados con el resto de los miembros del equipo. El concepto de equipo de trabajo corresponde a grupos pequeños, compuestos por sujetos que están en contacto directo, colaboran entre sí y están comprometidos en una acción coordinada, que forma parte del trabajo de la organización de la que ellos son responsables.

Entonces dejamos por sentado que un equipo no es un mero grupo, cuyos miembros piensan y actúan juntos únicamente por cuestiones administrativas.

Al integrar un equipo de salud es importante:

- Que cada integrante tenga definido claramente cuál es el rol que cumple y cuáles son sus responsabilidades.
- Cómo quedan integradas al equipo sus funciones profesionales y su participación en la toma de decisiones.

- Conocer las relaciones de jerarquía internas y las externas que regulan institucionalmente al equipo.
- Comprometerse explícitamente con los objetivos de trabajo y los procedimientos que permitan avanzar hacia los mismos.
- Sostener un sentido de pertenencia sin declinar sus capacidades de crítica constructiva. La expresión de desacuerdos, ideas y preguntas no debe suponer algo negativo ni enfrentamientos personales. (Wertheimer, 2015)

Pluridisciplina, Multidisciplina, Interdisciplina y Transdisciplina

En este punto vamos a realizar una diferenciación entre conceptos para tener una visión clara cuando nos referimos al uso de los términos pluri, multi, inter y transdisciplina; y sus características al hablar de los equipos de salud, ya que es frecuente que se utilicen los mismos de manera confusa e incorrecta. Por esta razón, nos parece oportuno incluir esta siguiente caracterización:

Siguiendo a Vilar (1997), la pluridisciplina y multidisciplina aluden a cantidades como su complemento pluri-multi lo manifiesta, en este caso haciendo referencia a las disciplinas. Asegura la presencia de diversas profesiones para atender a la comunidad en un área determinada. De esta manera, las disciplinas tienen una mirada específica, de compartimentos estancos respecto a su propia unidad-objeto de intervención, delimitadas cada una a sus propios saberes y aportes. En el caso de equipos multidisciplinarios, existe una instancia superadora en relación a la pluridisciplina, ya que se crea un espacio compartido por las diferentes profesiones que realizan su aporte especifico.

Por lo tanto, podemos decir que los términos multidisciplina y pluridisciplina constituyen un intento de describir una simple yuxtaposición o suma de disciplinas, pero sin revisión de los marcos teóricos que permitan generar algún grado de integración. La característica de esta perspectiva es su visión atomística de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social.

Podemos introducir ahora otro concepto central como el de interdisciplina. El mismo toma protagonismo debido a los nuevos abordajes de los problemas como expresión de una demanda social que reclama un modo original de trabajar conjuntamente por parte de las disciplinas.

Entonces diremos que la interdisciplina “es la relación recíproca, interpenetrada, de una y otras disciplinas en torno a un mismo sujeto-objeto, o situación, o problema, o estructura-funciones-finalidades, etcétera. La interdisciplinariedad se produce a escala teórico-práctica, cuando hay coordinación y, sobre todo, interacción entre los conocimientos de los representantes de diversas disciplinas en relación con algún fenómeno concreto (técnico, económico, político, etc.)”. (Vilar, 1997)

Por último, en términos de Stolkiner “la transdisiciplinariedad es una aproximación metodológica que compatibiliza la unidad y diversidad de la ciencia. (...) La transdiciplinariedad supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común. (...) Lo fundamental, entonces, será salir del aislacionismo aún vigente y abocarnos al trabajo en equipo, sin "saberes absolutos", sino en la búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea”. (Posgrado Salud Social y Comunitaria, 2005)

Para comprender la complejidad y multicausalidad de los problemas que se abordan en salud se deberá tener un enfoque interdisciplinario. Desde este punto de vista, cada disciplina realiza un aporte específico desde su propio paradigma, pero indudablemente esto no basta para la resolución de problemas diversos.

En la actualidad, existe una inclinación hacia el trabajo interdisciplinario, aunque en la práctica resulte difícil transmitir diversos conocimientos o conformar equipos que superen la multidisciplinariedad. Los reiterados encasillamientos disciplinarios, incapaces de dialogar con otras disciplinas, constituyen todavía en estos tiempos grandes obstáculos a la progresión de las ciencias-disciplinas.

En este sentido, el trabajo interdisciplinario se constituye en una herramienta fundamental, por lo que consideramos es un desafío para los profesionales, ya que implica un arduo esfuerzo mancomunado, puliendo diferencias y construyendo de esta manera nuevos marcos que regulen sus intervenciones, dada la complejidad del escenario social actual.

CAPÍTULO V

TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

Es oportuno en este momento de la sistematización realizar una construcción de la historia del Trabajo Social y sus antecedentes en la Argentina, la cual nos permitirá una aproximación e interpretación de la profesión desde sus inicios hasta la actualidad.

En la actualidad, el trabajador social se desenvuelve en diferentes campos, ellos son: justicia, educación, desarrollo social y salud. Este último campo es el más relevante en este momento, ya que es en el cual nos insertamos como pre-profesionales y desde donde realizamos nuestra supervisión institucional, permitiendo la realización de la sistematización de la práctica.

Siguiendo a Bourdieu, entendemos al campo como "los espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias". (Bourdieu, 1988). Por lo que en la especificidad de cada campo se establecen leyes generales para su funcionamiento interno, las cuales se comprenden en relación de otros conceptos como: posición, capital, interés y espacio social. Por lo tanto, para introducirnos en un campo específico es fundamental conocer y comprender "que un campo social determinado se constituye como campo de luchas destinadas a conservar o a transformar ese campo de fuerzas". (Gutierréz, 1995)

Para ello es necesario indagar sobre los procesos sociales, políticos y económicos que dieron vida y determinaron el Trabajo Social como profesión en diferentes épocas, dando lugar a distintas funciones de acuerdo a intereses hegemónicos y construcción de identidad profesional. Desde allí es que nos posicionamos en una determinada línea de pensamiento, usualmente conocida como la *perspectiva histórico-critica,* la cual nos brinda un abordaje teórico amplio para analizar y comprender la génesis del Trabajo Social y su naturaleza, de acuerdo a los conocimientos adquiridos hasta el momento.

Recorrido Histórico

Para comenzar el recorrido histórico nos apoyamos en la propuesta de Carlos Montaño, el cual establece dos tesis de interpretación que dan cuenta sobre la génesis y la naturaleza del servicio social: la perspectiva endogenista y la perspectiva histórico-crítica. Según esta última, a la cual adherimos, el Trabajo Social surge en Argentina en el marco de los procesos de industrialización y urbanización capitalista. La inmigración masiva jugó un papel fundamental en torno a las demandas colectivas y al surgimiento

de organizaciones de trabajadores y de instituciones con financiamiento público. Estas condiciones fueron generando nuevas instituciones y modalidades de intervención estrechamente vinculadas al surgimiento de la llamada "cuestión social", debido al cambio del rol del Estado y la aparición de problemáticas sociales.[10]

En otros términos, la profesión del asistente social aparece como un "subproducto de la síntesis de los proyectos políticos-económicos que operan en el desarrollo histórico donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para si las respuestas a la cuestión social necesitando de un profesional que medien las diferencias de clase, además como carácter central de su conformación está la condición de asalariado". (Montaño, 2000)

Es la perspectiva endogenista la que sostiene que el origen del Servicio Social es parte de la evolución, organización y profesionalización de las anteriores formas de ayuda, de la caridad y la filantropía, vinculada ahora a la cuestión social. En oposición a esta idea decimos que "(…) no es la continuidad evolutiva de las protoformas del servicio social la que explica su profesionalización, sino la ruptura con ellas". (Netto, 1997).

Así, la intervención en lo social respaldada por el Estado comienza con la institucionalización de la Sociedad de Beneficencia[11] encabezada por mujeres de la clase oligárquica, las cuales apoyadas en la religión católica se encargaban de dar respuesta al malestar de los grupos sociales menos favorecidos en este escenario de consolidación del estado-nación. Podemos decir entonces que la historia argentina nos indica que la creación de la Sociedad de Beneficencia pasó a ser una de las principales instituciones cuyas acciones de asistencia social fueron promovidas por el Estado y respaldadas con subsidios públicos, donaciones y financiamiento privado. (Collia, 2015)

A principio del siglo XX, la Sociedad de Beneficencia fue declinando sus actividades, al mismo tiempo que era cuestionada por su ineficiencia y criticada por su rol netamente paternalista y asistencial. Dicha crítica estaba fundamentalmente ligada al movimiento de los médicos higienistas que proponían una intervención activa del Estado sobre las manifestaciones de la cuestión social.[12]

---

[10] Ver página 8 para ampliación del contexto social.
[11] Sociedad de Beneficencia: Esta entidad fue creada en 1823 por el presidente Bernardino Rivadavia y estuvo dirigida por las "damas" de la élite de Buenos Aires. Tuvo a su cargo numerosas instituciones de salud, escuelas, asilos, etc. y funcionó hasta mediados del siglo XX; en el último tiempo estuvo intervenida por el gobierno de Perón y luego se disolvió.
[12] Ver página 9 para ampliación del modelo médico-higienista.

De esta manera surge el movimiento médico-higienista liderado especialmente por profesionales de la medicina, incorporando a intelectuales y políticos. Es importante señalar que, en nuestro país, dicho movimiento se sostiene ideológicamente en el positivismo, el cual se inicia por un grupo de intelectuales que, a partir de la idea de orden y progreso, buscan a través de la ciencia la explicación de la causa de la pobreza.

Fueron los médicos higienistas quienes impulsaron la creación de los primeros cursos y escuelas de lo que hoy entendemos como Trabajo Social:

- En 1924 se creó el primer curso de Visitadoras de Higiene Social, dependiente del Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.
- En 1930 se fundó la primera Escuela de Servicio Social del país, dependiente del Museo Social Argentino.
- En 1941 se creó la Escuela de Asistencia Social dependiente de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

Podemos señalar que “el proceso de institucionalización del Trabajo Social en Argentina estuvo sumamente ligado a la trayectoria de los médicos higienistas, quienes fueron los propulsores de la profesión en el país. En este sentido, la profesión en los inicios de la década del ‘30 se constituyó en una de las formas para enfrentar la cuestión social dentro del ideario racionalista, moralizador y normatizador de los higienistas”. (Parra, 2001).

De este modo, la prevención y la profilaxis fueron las propulsoras del accionar de las visitadoras de higiene, con el propósito de asegurar la readaptación del individuo. Es así que las primeras Escuelas de Trabajo Social estaban orientadas a una formación para-médica y para-jurídica, es decir que el trabajo social es considerado como auxiliar de otras profesiones tales como la medicina y el derecho.

No podemos obviar que el proceso de institucionalización se da en un contexto donde el Estado atraviesa su desarrollo monopólico del capitalismo, asegurando las relaciones de capital y la reproducción de fuerza de trabajo, paralelamente que emergen las luchas de clases y demandas populares reclamando derechos laborales y sociales. Dicha contradicción entre capital y trabajo exigía la ampliación de las funciones económicas y sociales por parte del Estado. De esta forma, se debía incorporar a la escena un actor especial como técnico asalariado ejecutor de políticas sociales que dé respuestas a los problemas sociales. Así, la profesión de asistente social pasa a ser legitimada por el Estado, siendo éste su principal órgano empleador.

La inserción de graduados en diferentes ámbitos laborales favoreció la especialización en temas específicos, lo que impulsó la conformación de cursos de capacitación en los ámbitos de salud, educación y justicia.

Hacia 1940 se comienzan a vislumbrar ciertos cambios en cuanto a la concepción de la política asistencial como parte de la estrategia de intervención gubernamental a partir de una construcción del otro como sujeto con derechos, que se explicita en los discursos y en la acción. Aparece así, una nueva relación entre el *Estado de Bienestar* y la población, donde se reconocen derechos sancionados constitucionalmente durante el gobierno peronista, dando lugar a la implementación de políticas universales y continuas.

En este marco, se generó una profunda ruptura en cuanto a la acción social por parte del Estado, ya se deja de hablar de los individuos faltos de moral que hay que corregir, ni de peligrosos, ni de la pobreza por azar, ni de la generación de la raza.

Como propuesta novedosa se crea en 1948 la Dirección Nacional de Asistencia Social dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, reemplazando las instituciones filantrópicas. Entre ellas se incluye la Sociedad de Beneficencia, la cual desaparece cuando se crea la Fundación Eva Perón en ese mismo año. La misma ejercerá el control de la asistencia social a nivel nacional constituyéndose como política pública, introduciendo las categorías de derechos, *ayuda social* y *justicia social*, desarrollando un importante trabajo de inclusión, sobre todo de los sectores más postergados. “Se entendía que la ayuda social era necesaria, un deber del Estado y de las clases trabajadoras, pero al mismo tiempo, que la misma era transitoria, dado que en el momento que toda la población estuviese bajo la cobertura social del trabajo formal se habría alcanzado la justicia social, por lo tanto, no se necesitaría de esta intervención”. (Parra, 2001, pág. 240)

Este nuevo paradigma revoluciona la intervención profesional, donde se evidencia un modo conceptual de entender y afrontar la cuestión social, permitiendo afianzar las intervenciones tecnificadas de las visitadoras de higiene, asistentes sociales y auxiliares de la salud.

En 1954 la Dirección Nacional de Asistencia Social dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social es transferida al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Ya para 1955, tras el golpe de estado la Fundación Eva Perón fue disuelta debido al carácter antiperonista de la Junta Militar, pasando a conformar el Instituto Nacional de Acción Social dependiente de la Dirección de Asistencia Social.

Siguiendo a Alayón, en este periodo hay un retorno a la perspectiva filantrópica y moralizante de la asistencia social, eliminando cualquier vestigio de la ayuda social desarrollada por el gobierno anterior. (Alayon, 1980)

En la etapa desarrollista de la Argentina, la intervención del Estado se conservó sin modificaciones significativas respecto a las políticas sociales. En cambio, sí se promovió la planificación y la especialización técnica de los profesionales a través de la creación del Instituto de Servicio Social (1959-1969), cuyo modelo de intervención se establece en el método de desarrollo y organización de las comunidades. Dicho modelo tiene una impronta preventiva, educativa y psicosocial, por lo que se consideraba a los asistentes sociales como los profesionales más apropiados para llevar adelante esta forma de trabajo en terreno con las comunidades. Desde este abordaje se contribuye a que la comunidad estudie sus propios problemas y decida y busque, por sí misma, la forma de resolverlos, a través de la participación, cooperativismo, acción comunitaria y ayuda mutua entre sus miembros.

La Reconceptualización constituyó un movimiento dentro del Trabajo Social que se fue gestando durante la primera mitad de la década de los años 60, impulsado originalmente por estudiantes y profesionales de los países de Uruguay, Brasil, Argentina, sumándose luego Chile y Colombia. El mencionado movimiento significó la búsqueda y construcción de formas de acción social disfuncionales al sistema vigente, conocido como el paradigma positivista. Se impulsa una acción antagónica y superadora de lo que hasta ese momento había sido la asistencia social y servicio social, a la vez que hubo replanteos profundos sobre el quehacer del trabajo social, así como también de las bases teóricas-metodológicas-conceptuales, buscando romper con los pre-supuestos con que había surgido la profesión. En este contexto, se evidencia un auge en la realización de los encuentros masivos, con presentación de trabajos y registros de los debates, donde surgen publicaciones de grupos de trabajadores sociales (Editorial ECRO, por ejemplo). Se puede decir que hay un gran aporte de producción de escritos en el colectivo profesional. (Barreix, 2003)

Bajo la implementación de un proyecto de estabilización económico y social, a partir del año 1976 es que se inicia un proceso de redefinición y reducción de las políticas sociales, que continúa y se profundiza durante las décadas del 1980 y 1990, en el marco de ajuste estructural[13] por parte de un Estado Neoliberal. En este periodo

[13] El modelo Neoliberal traducido en los ajustes estructurales produjo el retiro de la intervención del Estado e implantó una determinada forma de políticas públicas que se tradujeron en la fragmentación y la exclusión permanente de la sociedad. (Hintze, 2007)

comienza a instrumentarse un nuevo paradigma de políticas sociales centrado en la focalización y descentralización de las prestaciones.

Debido a las medidas emitidas por parte de organismos financieros internacionales, el Estado se ve obligado a realizar una transferencia de servicios (relacionados con educación, salud, cultura, medio ambiente y asistencia social) a las organizaciones de la sociedad civil, que le permitiera reducir el gasto público social en áreas específicas.

Bajo dicha responsabilidad es que toman protagonismo social las organizaciones no gubernamentales, también denominadas como "tercer sector", que cumplieron un papel importante en la provisión de servicios de bienestar a amplios sectores de la población, en el contexto que el Estado priorizaba temas específicamente del mercado.

Podríamos decir que las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) fueron el principal empleador de los profesionales del Trabajo Social. Las mismas se produjeron como consecuencia de la escasez de trabajo en relación de dependencia por parte del Estado, el cual implicaba estabilidad, permanencia y cobertura social. Esta nueva inserción laboral también introdujo todas las características del trabajo flexible y precario a partir de contratos de trabajo temporarios, de tiempo parcial, con salarios modestos y polifuncionalidad en las tareas, entre ellas en forma de voluntariado social. Los cambios en el mundo del trabajo y los ocurridos en las políticas sociales repercutieron tanto en el ámbito ocupacional como en las condiciones de trabajo, en el quehacer profesional y en la redefinición de la identidad de los trabajadores sociales. (Moniec, Susana; Gonzalez, Rosario, 2012)

Podemos visualizar que el avance respecto a lo teórico/metodológico y ético/político (valores universales y emancipadores) que se había logrado por parte del colectivo profesional de Trabajo Social, debieron enfrentarse a la hegemonía de las políticas neoliberales, cambiando su función e intencionalidad respecto a los derechos sociales.

De allí que la cuestión del objeto de intervención[14] del Trabajo Social esté en discusión hasta la actualidad, sin llegar a consensos, por lo que Cazzaniga afirma que

[14] Objeto de intervención: "se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a ser canalizadas por las instituciones o no. (…) El objeto de intervención profesional, entendido como campo problemático, se constituye en el contexto de producción y reproducción de las relaciones sociales. A nivel más específico, en el contexto de las prácticas que los sujetos cotidianamente desarrollan para poder satisfacer sus necesidades. Ellas se expresan a través de situaciones problemáticas que deben ser

en este tema “la ambigüedad trae aparejada esa especie de condición de ‘todólogos’ que en la práctica cotidiana se transforma en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales, habida cuenta de esa parcelación donde el adjetivo ‘social’ que portamos en nuestro título habilitaría a resolver todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión”. (Cazzaniga)

El Ministerio de Desarrollo Social, en plena crisis 2001-2002, prácticamente no funcionaba de acuerdo a la demanda del momento, existiendo un escaso número de trabajadores sociales o profesionales especialmente preparados para trabajar en la cuestión social, en el nivel macro y micro, a nivel intersectorial e interdisciplinario, con familias, grupos, comunidades e instituciones.

Ya el siglo XXI “implicó hacer frente a un mundo, caracterizado por una poli hegemonía, por el capitalismo financiero transnacional, por un sistema científico tecnológico monopolizado por las grandes corporaciones en medio de un fuerte proceso de pauperización y exclusión social. Cabe entonces, interpelarnos acerca de la posibilidad de habilitar zonas de refugio que presenten alternativas para hacer frente al neoliberalismo. En este sentido, se sostiene que la asunción del presidente Néstor Kirchner (2003) abrió un intersticio que permitió el establecimiento de las bases políticas, macroeconómicas y jurídicas para el establecimiento de relaciones diferentes entre la sociedad, el mercado y el Estado viabilizando el surgimiento del Modelo de Desarrollo Argentino (MDA)”. (Meschini, 2015)

Queda claramente delineada la propuesta de desarrollo con crecimiento económico e inclusión social, constituyendo a la Argentina como parte de un bloque regional con tendencias no neoliberales, caracterizada por una impronta redistributiva, la cual se visualiza en la teoría y en la práctica concreta. De esa forma, se materializa la implementación de una serie de políticas, tras el fracaso de las políticas focalizadas, repensadas desde una óptica distinta: la de universalidad, inclusión y justicia social.

Bajo este modelo de desarrollo, la intervención del trabajo social se posiciona desde una política social integral reconociendo a la persona como sujeto de derecho, impulsando un trabajo de integración colectiva, reconociendo y aceptando las singularidades de la trama social en las que transcurre la vida cotidiana de las personas.

Se introducen así, formas participativas entre el Estado y la sociedad para el diseño y gestión de planes, programas y proyectos, con un avance importante en

---

analizadas desde una perspectiva teórica que explique la categoría de necesidades sociales”. (Rozas Pagaza, 1998)

relación a la dignificación y reconocimiento de los derechos sociales, lo que permite que un gran número de profesionales se inserten en la esfera pública.

Ya concluyendo con el recorrido sociohistórico del Trabajo Social, damos por sentado que “el Trabajo Social se institucionaliza y legitima profesionalmente como uno de los recursos movilizados por el Estado en el enfrentamiento de las secuelas sociales de la contradicción capital/trabajo”. (Marro, 2005) Esto se debe a las luchas por parte de los actores sociales involucrados en este proceso, que pretendían una interferencia por parte del Estado para el reconocimiento y legalización de sus derechos y deberes.

Toda esta información minuciosamente recogida, interpretada y elaborada nos llevó a analizar, comprender y fundamentar que el Trabajo Social siempre ha tenido un rol protagónico en el escenario sociopolítico de nuestro país, que la profesión convive con las diversas condiciones que el sistema capitalista impone, trasladando esa imposición de forma implícita a la vida de la población. El Trabajador Social se fue involucrando, comprometiendo y posicionando en espacios políticos, a la vez que fue reivindicando sus ideales en torno a la participación, ciudadanía y derechos humanos.

Las luchas desde el colectivo profesional llevaron a conquistar espacios laborales y con legitimación social, que antes estaban designados a otras profesiones, como por ejemplo el Ministerio de Desarrollo Social, mayormente a cargo de abogados, una relación muy poco compatible.

El Trabajador Social en los últimos tiempos se ha involucrado considerablemente en el área de investigación. Hay que destacar que este tipo de trabajo llevó a incentivar a los demás colegas a sumarse, permitiendo así que hoy en día se pueda encontrar numerosa variedad de libros, revistas, artículos y diversos escritos confeccionados por los propios trabajadores sociales en diversas temáticas que hacen a esta realidad contemporánea, conflictiva, tecnológica y desafiante.

No podemos dejar de mencionar que el protagonismo y distinción que ocupó la profesión estos últimos años fue sin duda acompañado de un gobierno con un modelo de desarrollo argentino que hizo hincapié en decisiones que nos beneficiaron directamente, considerando notablemente las investigaciones científicas y técnicas como fundamentales para el crecimiento de nuestro país.

Incumbencia Profesional

A partir de la reconstrucción sociohistórica de la profesión de Trabajo Social, abordaremos aquellos aspectos que constituyen el ejercicio profesional, lo que nos permite reflexionar en cuanto a la identidad o identidades profesionales. Cabe mencionar que el hecho de haber funcionado durante tantos años con una identidad atribuida[15] por el capitalismo sin un proyecto profesional propio y especifico marcó históricamente al servicio social como una profesión complementaria al servicio de terceros, representando permanentemente formas mistificadas de represión y control.

De allí que, consideramos, ha sido un logro de gran relevancia la implementación de una Ley Federal de Trabajo Social (Nro. 27.072)[16] que nos involucre como colectivo profesional, por lo que creemos necesario incluir y caracterizar las incumbencias profesionales reguladas bajo esta reglamentación específica.

Los/as Licenciados/as en Trabajo Social siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

- Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:
  - Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros.
  - Planes, programas y proyectos sociales.
  - Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental.
  - Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.

[15] Identidad Atribuida: término que emplea Montaño haciendo referencia a los lineamientos y funcionalidades que le otorgó el capitalismo monopólico al Servicio Social, introduciendo la categoría de identidad propia para aludir al protagonismo de los profesionales con capacidad de ruptura respecto a su herencia. (Montaño, 2000)

[16] Ley sancionada el 10 de diciembre de 2014 y promulgada el 16 de diciembre del 2014. Ver ley completa en www.catspba.org.ar (CATSPBA, CATSPBA, 2014)

- Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.
- Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, socio-sanitarios y socioambientales, informes situacionales y/o periciales.
- Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.
- Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.
- Intervención profesional en instancias o programas de mediación.
- Intervención profesional como agentes de salud.
- Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.
- Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.
- Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:
  - La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;
  - La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;
  - La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.

- Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.
- Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

Es pertinente mencionar que la identidad profesional[17] no se puede desligar del compromiso profesional respecto al proyecto ético/político, ya que según la posición que se sostenga respecto a los procesos sociohistórico de la profesión y el marco teórico, determinaran las prácticas o intervenciones profesionales. “Por esta razón es que parece impropio pensar que exista una sola manera de entender y desarrollar la profesión: existen alternativas, que dependerán de la opción del profesional (…) se puede decir que el marco conceptual crea la identidad profesional, su concepción acerca del destinatario de la acción y su vinculación con este, como también las metodologías de trabajo que implementa”. (Papagallo, 2000)

Adherimos a la idea de que “el Trabajo Social en tanto practica social es fruto de los sujetos que lo construyen y vivencian, que acumulan saberes, que sistematizan sus experiencias y que contribuyen a la creación de una cultura profesional históricamente circunscripta (…) A través de la lectura crítica de la realidad y de una metodología sistematizada, debe ayudar a impulsar el proceso trasformador de las estructuras sociales, pronunciándose ante los hechos que lesionen la dignidad humana”. (CATSPBA, 2014)

[17] Identidad profesional: Conjunto de rasgos distintivos que caracterizan a quienes ejercen una profesión determinada. La identidad estructura una imagen social a través de la cual la sociedad mira y reconoce a los profesionales. La identidad como referente de legitimación y deslegitimación. (Garcia Salord, 1995)

2

SEGUNDA PARTE: **MARCO INSTITUCIONAL**

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE GENERAL PUEYRREDON (MGP)

Las políticas de salud en el Partido de General Pueyrredon, que se desprenden de las políticas sociales plasmadas a nivel nacional y provincial, se implementan transversalmente a través de los planes, programas y proyectos que son financiados por el Estado, otorgando presupuestos específicos destinados a sostener las instituciones del ámbito de salud de las provincias y municipios. Al mismo tiempo, son las provincias y municipios, de acuerdo a presupuesto, necesidades, características, etc., las que regulan e implementan sus propios proyectos, orientados según el marco político y contexto institucional en un momento determinado. Queda claro entonces que el diseño y el modo de ejecución de los planes, programas y proyectos reflejan los objetivos y metas al cual el Estado se direcciona, entendiendo que son decisiones eminentemente políticas que tienen como referente las relaciones de poder entre determinados actores, y de éstos con el Estado.

La APS forma parte del sistema nacional de salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad.

De allí que nos parece relevante introducir los lineamientos políticos que dirigen el nivel de Atención Primaria de la Salud de acuerdo al modelo vigente de políticas públicas que rigen en nuestro país. Dichas políticas atraviesan cotidianamente la práctica concreta de los servicios de salud municipal; por lo que es preciso conocer cuál es su estructura, cómo funcionan y se llevan a cabo en la ciudad de Mar del Plata, Municipio de General Pueyrredon (MGP).

Estructura de la Secretaría de Salud en MGP

A continuación, se encuentran dos cuadros que de manera gráfica expresan la organización y estructura de la Secretaría de Salud en el Partido de General Pueyrredon.

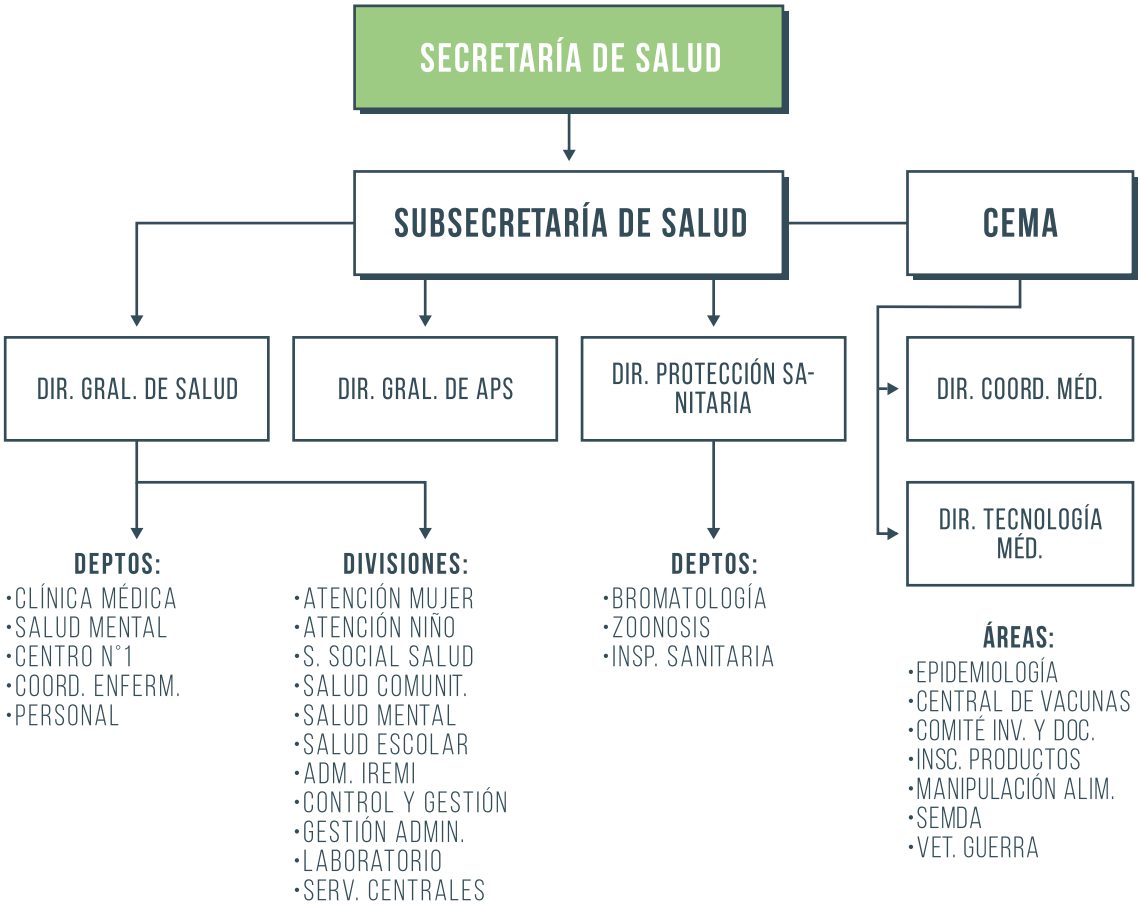

Figura III. Organigrama de la Secretaria de Salud en el partido de General Pueyrredon.

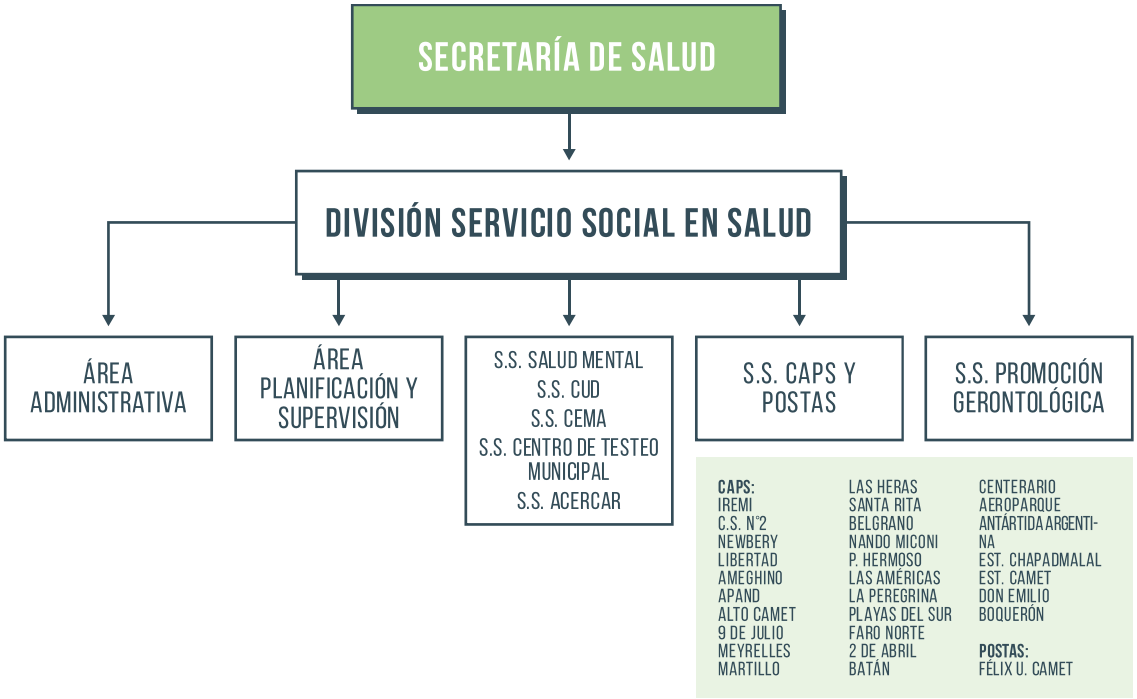

Figura IV. Organigrama del Servicio Social en Salud del partido de General Pueyrredon.

Programas y proyectos

En este punto haremos una caracterización puntual respecto a lo mencionado en capítulo III del apartado anterior, relacionado a los programas y proyectos, sosteniendo que los mismos se construyen con el fin de dar respuestas por parte del Estado a diferentes asuntos relacionados a problemáticas sanitarias.

Al hablar de políticas de salud, precisamente en el marco de los condicionantes del proceso salud-enfermedad-atención, retomamos la definición más amplia del término salud, considerando que la misma tiene en cuenta los aspectos sociales y económicos. De aquí que los pilares que sostienen las prácticas profesionales en APS harán hincapié en la promoción de la salud, impulsando hábitos saludables a través de diferentes proyectos que son implementados en cada CAPS según los Equipos de Salud, las características poblacionales, organizacionales y comunitarias del área programática.

La política de atención de la salud pública ha sido pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades; por ese motivo existen diversos programas dirigidos a grupos de niños, jóvenes, adultos y ancianos.

En este contexto, son los propios actores sociales los encargados de problematizar las necesidades sentidas para dar respuesta a los mismos por medio de la elaboración de diversos proyectos. Por ejemplo: el interés por parte de las familias en la continuidad de las charlas informales llevadas adelante por el equipo de salud materno-infantil previo al control programado para la atención de los niños/as.

Actualmente se implementan en el MGP los siguientes programas dependientes de Nación, Provincia y Municipio:

~ Programa de Desarrollo Infantil: en el año 2005, bajo la Ordenanza 16278, se crea el Programa de Protección de Desarrollo Infantil. En 2009 se diseña un Plan de implementación transversal que integra todas aquellas acciones que favorezcan el desarrollo infantil desde la gestación hasta los 6 años en el MGP.

Armoniza las características y peculiaridades de los modelos de funcionamiento existentes en los CAPS, normatizando las intervenciones del equipo de salud que se vienen realizando en favor de la embarazada y el niño/a. Se utiliza la red de centros ya existentes, creando los espacios con los recursos necesarios en los lugares donde no los haya, fortaleciendo las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

~ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud: compuesto por el Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección Nacional de Epidemiologia, la Dirección Provincial de Epidemiologia, la Zona Sanitaria VIII, a nivel local el Área de Epidemiologia, debe notificar obligatoriamente por Ley los efectores de un grupo de patologías, algunas de ellas notificadas a nivel internacional.

~ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: bajo la ley 25.673 sancionada en el año 2003, dependiente del Ministerio de Salud. Los objetivos de este programa son: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

~ Programa Inmunizaciones: su objetivo es evitar todas las enfermedades inmuno-prevenibles mediante la vacunación.

~ PRODIABA (Programa de Diabetes de la Provincia de Buenos Aires): supervisa que las personas diabéticas estén en control médico, oftalmológico y social. Asigna medicación oral e insulina, tiras reactivas para auto monitoreo y equipos para menores de 20 años. Se rige por la Ley del Diabético.

~ PROEPI (Programa de Epilepsia de la Provincia de Buenos Aires): está dirigido a las personas que padecen esta enfermedad y no tienen cobertura social ni recursos para acceder a los medicamentos. Entrega en forma gratuita dos tipos de medicamentos para controlar esta enfermedad crónica.

~ IRAB (Programa de Prevención de Infecciones Respiratorias Bajas): depende del Ministerio de Salud de la Provincia De Buenos Aires a través de la Región Sanitaria VIII. Está destinado a niños y niñas de 0 a 4 años y evitar complicaciones de las distintas enfermedades respiratorias: bronquiolitis, bronquitis, neumonía, neumonitis y laringitis. Todos los CAPS cuentan con insumos y recurso humano capacitado entre los meses de mayo y agosto.

~ REMEDIAR: es un programa nacional y tiene por finalidad la provisión gratuita de los medicamentos ambulatorios para la población más carenciada.

~ REDIMED: es un programa municipal que tiene por finalidad la provisión de medicación de APS, que no llega por remediar y medicación psiquiátrica.

~ Programa de Tuberculosis: es un programa del Ministerio de Salud de Nación, que tiene a su cargo la programación, gestión y administración de los recursos y las actividades que se disponen para el control de la enfermedad. También se propone y apoya la ejecución de las actividades necesarias para poner a disposición de la población las estrategias seleccionadas.

~ Centro de Testeo: el Centro de Testeo Municipal plantea la necesidad de desarrollar medidas tendientes a la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual – ITS -. La promoción del testeo voluntario gratuito y confidencial, la entrega de profilácticos, y la distribución de folletería con información clara y precisa de las patología conjuntamente con jornadas, talleres y charlas son algunas de las actividades que se llevan a cabo de modo interdisciplinario y conjuntamente con otras organizaciones de la sociedad civil, como Misión Rescate y Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA de la ciudad de Mar del Plata.

~Programa de Prevención Cardiovascular (DBT, tabaquismo, HTA, corredor saludable): la Secretaría de Salud puso en funcionamiento en el 2008 dicho programa que hace foco en los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovascular. El programa tiene tres componentes: tratamiento del tabaquismo, alimentación saludable y actividad física que apuntan al cambio de conductas y hábitos nocivos para la salud de nuestra población y la adopción, afianzamiento y desarrollo progresivo de un modo de vida saludable.

~ Programa Plan Más Vida: consiste en entrega de alimentos básicos para disminuir el riesgo nutricional y prevenir la desnutrición.

~ PROGEMA (Programa Provincial para la detección precoz de enfermedades del tracto genital inferior femenino): se implementa en la secretaría de Salud a través del Programa de Patología Cervical mediante la realización de P.A.P. Parte de los insumos son provistos por la provincia de Buenos Aires.

~ SEMDA (Servicio Municipal de Atención a las Adicciones): consiste en la admisión y tratamiento para la recuperación de la persona drgo-dependiente, charlas informativas sobre este servicio. Se trata de un programa municipal que se encuentra en revisión.

~ Programa Seguridad Alimentaria: (Tarjeta Social, Huertas Familiares –convenio con INTA- y comunitarias, asistencia de víveres sin gluten, entrega de bolsa de alimentos de emergencia, Plan Más Vida). Este depende de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de General Pueyrredon. Este articula e integra los diferentes proyectos y programas vinculados con la política alimentaria del Partido. Brinda asistencia, capacitación socio-alimentaria y promoción de hábitos saludables en las familias y ámbito comunitario. Cuenta con financiamiento del Ministerio de Desarrollo Humano de la provincia de Buenos Aires.

~ Programa Hábitat: depende de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de General Pueyrredon. Está orientado a brindar soluciones de reparación de aquellas viviendas que no cubren las necesidades mínimas de resguardo con la participación activa de las familias, en un intercambio grupal de saberes y capacitación para la autoconstrucción. La cobertura se realiza para la reparación de techo y la consolidación de piso y revoque a grupos familiares en situaciones de extrema precariedad habitacional.

~ Programa Fondo Barrial Solidario: se trata de un programa integrado por la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de General Pueyrredon, CARITAS y el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia, los referentes barriales y las familias interesadas. Es un proyecto social con destino a la mejora de vivienda con un sistema de microcréditos sociales, que se inicia y mantiene en base al compromiso solidario de los participantes y la organización barrial que garantiza el correcto desarrollo del proceso.

~ Programa Acción Social Directa: tiende a contribuir a la mejora de la calidad de vida de las familias bajo línea de pobreza e indigencia, a través de la atención profesional del Servicio Social y la gestión de las prestaciones sociales y recursos de apoyo a la vida cotidiana; como por ejemplo: anteojos, productos de ortopedia, colchones, zapatillas, frazadas, recargas de gas, etc.

~ Programa Acercar: depende de la Secretaría de Salud y promueve acciones comunitarias en red y control ambiental de riesgos, con la intención de construir un puente donde se encuentren las necesidades del conjunto y los recursos públicos existentes.

Algunos de sus objetivos son: estimular el desarrollo de redes comunitarias, potenciar el trabajo multidisciplinario e intersectorial y promover los análisis de las relaciones entre los problemas socio sanitarios con los procesos de Salud

Enfermedad. Desarrolla sus actividades en Escuelas y Jardines Municipales y Provinciales, Asociaciones de Fomento, Plazas, Clubes y espacios públicos.

~ Programa Centros de Desarrollo Infantil (CDI): dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social municipal. Se propone promover y acompañar, mediante estrategias integrales, el desarrollo de capacidades de niños, jóvenes y familias. Trabaja sobre el eje de promoción social, incluyendo la seguridad alimentaria y crianza y desarrollo infantil.

~ Programa Nidos: programa subvencionado por la Delegación de la Comisión Europea en Argentina e implementado por la ONG Ceremap y el Estado Municipal. Se propone implementar programas innovadores y transversales que provean respuestas efectivas a las necesidades y derechos de los y las adolescentes de sectores vulnerables, en riesgo o situación de embarazo y/o maternidad – paternidad a través de la activa participación de las organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos locales.

~ Programa Almacenes Culturales "construyendo el sujeto poético": dependiente de la Secretaría de Cultura municipal. Busca generar espacios para favorecer y acompañar la organización, promoción, comunicación y producción sociocultural junto a chicos, jóvenes y adultos con los derechos humanos básicos vulnerados.

~ Programa Envión: programa del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires, destinado a chicos de 12 a 21 años en situación de vulnerabilidad social y promueve la integración de estos chicos al sistema educativo y enseñarles un oficio además de procurarles un espacio de afecto y contención donde puedan realizar actividades deportivas, recreativas y culturales con la guía de profesionales idóneos.

Es oportuno volver a señalar que las políticas de salud en dicho partido tienen un sistema sanitario público que se encuentra conformado por los tres niveles de atención: primario (APS) conformado por los CAPS, secundario y terciario conformado por:

- CEMA - Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias
- Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. Allende (HIGA)
- Hospital Interzonal Materno Infantil Dr. V. Tetamanti (HIEMI)
- Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS)
- Instituto Nacional de Epidemiología (INE)

De acuerdo a la estructura de estos niveles es que se elaboran e implementan determinados programas y proyectos.

Todos los programas anteriormente mencionados y caracterizados nos permiten conocer más específicamente aquellos que se ejecutan en el Centro de Salud Nro. 2. Los mismos son: Programa Desarrollo Infantil, Programa Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa Inmunizaciones, Programa Diabetes, Programa Epilepsia, Programa de Prevención de Infecciones Respiratorias Bajas, REMEDIAR, REDIMED, Programa Prevención Cardiovascular, Programa Plan Más Vida, Programa Provincial para la detección precoz de enfermedades del tracto genital inferior femenino (PROGEMA), Programa Seguridad Alimentaria y Programa ACERCAR. Estos son los pilares fundamentales que direccionan los objetivos específicos de las acciones concretas en la realización de talleres grupales e intervenciones individuales dentro de la institución.

CAPÍTULO II

CENTRO DE SALUD NRO. 2 “DR. ARTURO OÑATIVIA”

En este capítulo realizaremos una descripción del Centro de Salud Nro. 2, introduciendo precisamente una caracterización que nos permita conocer su estructura dentro de la Secretaría de Salud y su funcionamiento como Centro de Atención Primaria. A su vez, desarrollaremos la participación de los distintos actores involucrados en la institución municipal, haciendo hincapié en los profesionales que desenvuelven sus actividades en el área materno-infantil bajo los lineamientos y recomendaciones del PIDI. Este último instrumento nos permitirá conocer, a través de la observación y análisis, la dinámica y la modalidad de intervención por parte del equipo de salud en la APS.

Caracterización y Funcionamiento de la Institución

Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) forman parte del Primer Nivel de Atención de Salud (APS) dependientes de la Municipalidad de General Pueyrredon, actualmente conformado por 32 Centros de Atención Primaria con Áreas Programáticas[18] establecidas.

Los CAPS están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad para que toda la población pueda contar con uno cercano a su domicilio. Cada centro se encuentra organizado por un equipo compuesto por diferentes profesionales, según demanda poblacional, complejidad y estructura del CAPS. Se trabaja de manera coordinada mediante interconsultas y/o derivaciones entre los diversos centros que no cuentan con la especialidad requerida, incorporándose en el año 2013 el Centro de Especialidades Médico Ambulatorias (CEMA).

En cuanto al Centro de Salud Nro. 2, en su historial se pudo encontrar que su primer antecedente de ubicación geográfica se encuentra en el barrio Puerto, precisamente en la calle Padre Dutto entre 12 de octubre y Magallanes de la ciudad de Mar del Plata. Se instala allí en el año 1915, dando origen y funcionamiento a la sala asistencial del barrio, la cual estaba conformada por un médico, una enfermera y un ayudante de enfermería.

Para el año 1932 se la reconoce como sala de primeros auxilios, extendiéndose hasta febrero de 1982, donde comienza a funcionar como Centro de

[18] Todos los CAPS del MGP operan con un área programática para el acceso a la atención de la salud por parte de las personas; es decir, es un radio de referencia con direcciones y su numeración que delimita las zonas que pertenecen a cada institución.

Salud Nro. 2 Dr. Arturo Oñativia[19], conocido en ese momento como Hospital Vertical, al trasladarse a la Calle Guanahani 4546.

Durante esa época, se instauró como uno de los lugares de mayor reconocimiento y referencia en la ciudad, debido a que ésta institución al colocarse como Centro de Salud poseía una mayor complejidad y contaba con diversos especialistas que era utilizada por gran parte de los habitantes de la zona sur de la ciudad, ya que reunía los siguientes servicios: radiología, laboratorio, vacunas, y principalmente por mantener guardia médica durante las 24 horas. Con el correr del tiempo el Centro Nro. 2 mantuvo dichos servicios y se la reconoce por parte de la población hasta el día de hoy como "la salita Guanahani".

El CAPS Nro. 2 se encuentra ubicado, actualmente, en la calle Guanahani 4546, perteneciente al barrio Villa Lourdes, lugar que se reconoce por el establecimiento de fábricas de procesamiento del pescado, por lo cual se puede afirmar, luego de realizar un reconocimiento territorial, que se encuentra en un espacio donde se presentan varios inconvenientes edilicios. Entre los más destacados, encontramos el rebosamiento de cloacas que, sumado a las calles deterioradas debido al tránsito pesado de camiones, provocan el estancamiento de agua servida generando fuertes olores nauseabundos, insalubre tanto para las personas que viven en el barrio como para las que trabajan y se acercan para la atención de la salud.

En este sentido, hallamos paradójico que una institución de salud se encuentre radicada durante tantos años en un lugar físico con las ya mencionadas características, donde el objetivo primordial es la promoción y prevención de la salud que impacta en la calidad de vida de los ciudadanos. También reconocemos que, al momento de realizar este trabajo escrito, existe un proyecto en marcha de relocalización del Centro de Salud Nro. 2 (hacia la sede del SOIP ubicado en la intersección de las calles 12 de Octubre y José Hernández), debido a las ya mencionadas problemáticas con las que se encuentra la institución, a las que se agregan otras tales como: falta de gas natural que impide principalmente la calefacción

[19] Dr. Arturo Oñativia (1914-1983): junto al Dr. Ramón Carrillo, logró ocupar unos de los roles máximos de la función pública, asumiendo como Ministro de Asistencia Social y Salud Pública, impulsando una revolución sanitaria que fracaso al poco tiempo.
Como sanitarista, su gran preocupación era la prevalencia del cretinismo bocioso, por eso creó el Instituto del Bocio y complementó su tarea de erradicación a través de la promulgación de la ley 17259 de obligatoriedad del uso de la sal enriquecida con yodo como profilaxis de la enfermedad. Impulsó gran cantidad de leyes importantes, de las cuales la de mayor relevancia fue la ley de Medicamento 16.462 y 16.463, que le daba al medicamento un carácter de bien social al servicio de la salud pública y la sociedad. Esta ley promulgada en 1966 reglamentó estricto control técnico de las drogas sujetas a la experimentación humana, además del control del precio según su demanda. La ley iba en contra de sectores muy poderosos de la economía y fue derogada inmediatamente tras la caída del presidente Arturo Illia. (RSALUD, 2014)

en las salas de espera, consultorios y oficinas, desmembramiento de partes del techo, clausura de algunos baños de uso público y del personal que trabaja allí debido a la falla en el funcionamiento de desagües.

Cabe destacar que, como lo indica su origen, el centro de salud se radicó en ese lugar manteniendo características de sala de primeros auxilios, pero con el correr de los años hubo un aumento de la población y se implementaron en la sala diversas especialidades médicas, así como también se sumaron nuevos programas y proyectos. En síntesis, se modificó y amplió el programa de atención primaria y la sala se encontró con una infraestructura débil para la implementación de servicios y usos múltiples.

Esta situación extrema llevó, a partir del 2015, a tener que parar los servicios y muchas actividades debido a estas problemáticas (entre otras) que tomaron estado público en la ciudad y la zona a través de los medios televisivos, radiales y escritos. Dicha identificación de la problemática, que emerge de la realidad, constituye el objeto de transformación actual.

Queda sentado que en las actividades de este Centro deben estar incluidos los aspectos preventivos, promocionales y de asistencia, propios de la APS. En este sentido, la institución asume la responsabilidad de atención a la comunidad, sin obviar que existe una responsabilidad compartida por parte de los gobiernos nacionales, provinciales y municipal a la hora de intervenir/trabajar en las problemáticas concretas.

Por eso, es relevante mencionar la posición significativa del Centro de Salud Nro. 2 en cuanto a estructura física y funcional, en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de APS de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo y la participación de los actores sociales de la comunidad.

De acuerdo al funcionamiento, el acceso a los servicios de salud en el Centro Nro. 2 se realiza a través de una delimitación geográfica, denominada área programática. La misma abarca los barrios comprendidos por las siguientes calles y avenidas: desde la Av. de los Trabajadores hasta Av. Juan B. Justo, continuando por calle Alem, hasta la Av. Juan J. Paso, de ahí a la calle Tucumán, retomando Av. Juan B. Justo hasta calle Dellepiane (solo vereda par) y de ahí hasta la calle Arana y Goiri (vereda impar) avanzando hasta la Av. Tomas Edison (vereda par) llegando a su intersección con la calle Génova (vereda impar) y regresando nuevamente hacia Av. de los Trabajadores.

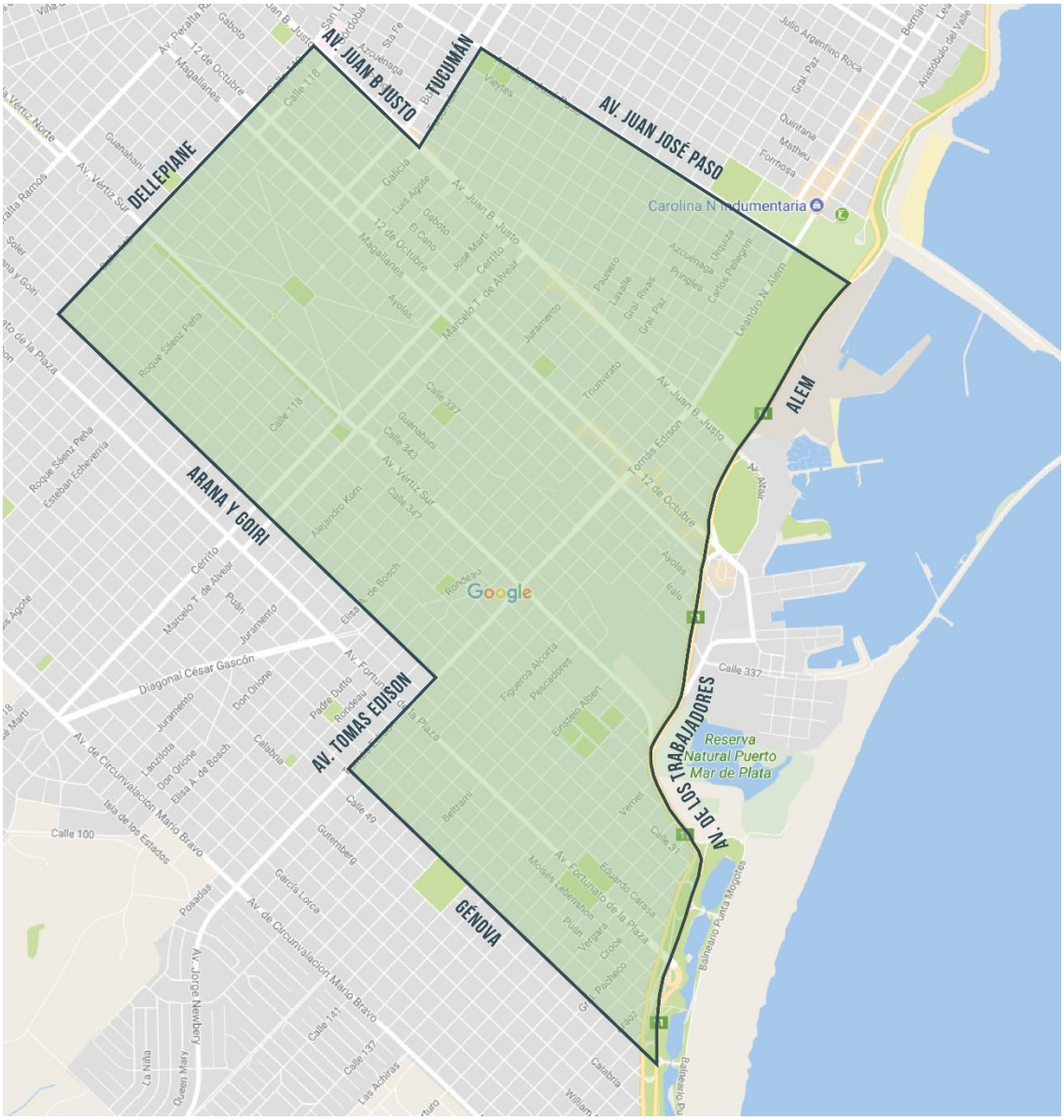

Figura V. Área programática correspondiente al Centro de Salud Nro. 2.

Los barrios comprendidos en dicha área son:

- Puerto
- San Carlos
- El Progreso
- Cerrito y San Salvador
- Villa Lourdes
- Las Avenidas
- Termas Huinco
- Parte de Colinas de Peralta Ramos
- Parte de Punta Mogotes

Entonces, por un lado encontramos que para acceder a los servicios de salud y atención gratuita es necesario pertenecer al área programática exclusiva del CAPS y, por otro lado, que las personas deben acercarse DNI (Documento Nacional de Identidad) para solicitar su turno previamente, de lunes a viernes de 8 a 10 horas.

En relación a la estructura interna, la institución se encuentra dividida en distintos sectores que permiten la utilización estratégica de los espacios, destinados a la atención de la población, el trabajo de administrativos y de los diversos profesionales:

- Sector 1: administración, turnos, guardia, vacunación y sala de espera.
- Sector 2: administración de pediatría, pediatría, ginecología, clínica médica, odontología, traumatología, servicio social, salud mental y sala de espera.
- Sector 3: rayos, laboratorio, farmacia, supervisión servicio social y nutrición.
- Sector 4: salón usos múltiples (SUM), salud mental, clínica médica, terapia ocupacional y fonoaudiología.

El Centro Nro. 2 cuenta con personal de limpieza y mantenimiento, personal administrativo y profesionales en:

Clínica Médica	**Nutricionista**	**Psiquiatría**
Enfermería	**Obstetricia**	**Servicio social**
Farmacia	**Odontología**	**Laboratorio**
Fonoaudiología	**Pediatría**	**Terapia ocupacional solo para niños**
Ginecología	**Psicología**	**Traumatología**

Figura VI. Especialidades del Centro de Salud Nro. 2.

Equipo de Trabajo en el área Materno-Infantil

Desde el siglo XX, las ciencias y disciplinas vinculadas a la salud de la persona y su entorno biopsicosocial han dedicado especial interés a la maternidad e infancia[20], considerándolos como grupos vulnerables por estar expuestos a mayores riesgos, requiriéndose desde el Estado el diseño e implementación de políticas orientadas a la profilaxis y lucha contra las epidemias (viruela, tuberculosis, lepra, paludismo y poliomielitis) para combatir y atacar futuros problemas.

En la actualidad, no solo se pretende evitar la enfermedad y la muerte, sino también satisfacer las necesidades integrales de hombres y mujeres en el proceso de crecimiento, desarrollo y reproducción humana, a partir de la articulación de los servicios de salud orientados a la atención integral de la mujer, el niño y el adolescente en todas las etapas de su ciclo vital, con la activa participación de la familia y la comunidad. Tal es así que, con el correr del tiempo, los programas dirigidos al área materno-infantil han atravesado diferentes transformaciones, teniéndose en cuenta que vivimos en una realidad social compleja y cambiante.

Siguiendo con lo anterior, se precisa que para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad, así como interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad. Para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

Precisamente, el equipo de salud en el área materno-infantil se encuentra preparado y dispuesto para trabajar con el grupo familiar, constituido de diferentes maneras, pero principalmente prestando relevante atención a la mujer embarazada y al niño, teniendo en cuenta la multiplicidad de entornos en los que vive y se desarrolla una persona que demanda la atención de las distintas disciplinas para lograr comprender sus realidades.

[20] "Otra expresión de demandas sociales se canalizaban en la labor parlamentaria del diputado y senador socialista Alfredo L. Palacios, quien desde 1904 propone y logra la aprobación de leyes destinadas a proteger a la madre y al niño (…) el diputado socialista estaba fuertemente convencido de la necesidad de reducir la mortalidad infantil y de mejorar las condiciones de salud de los niños a través de una acción sobre el binomio madre-hijo, por una parte, y de mejorar las condiciones de vida de los sectores sociales pauperizados por otra". (Mercer, 1990)

Por esta razón, la importancia de realizarse un abordaje en forma interdisciplinaria[21], de manera tal que cada especialista aporte sus conocimientos específicos con el fin de lograr una visión integral, permitiendo un enriquecimiento dialéctico entre los profesionales involucrados en un determinado programa. Se crea así un equipo que comparte un mismo objetivo actuando en un espacio y tiempo determinado, en la definición de las situaciones que involucran a la población destinataria. En esta área puntual están comprendidos los niños/as de 0 a 6 años, mujeres gestantes y puérperas.

El primer antecedente de la atención integral del niño en el partido de General Pueyrredon es el Plan de Lactante, que comenzó a implementarse en 1961 en un solo centro de salud basado en el sub-programa de la Provincia de Buenos Aires. En 1969 se extiende a 8 centros. Su propósito era propender al descenso de la morbi-mortalidad infantil en el partido, con el fin de lograr el goce de un estado de completo bienestar físico, mental y social de un niño, mediante las acciones de control de salud y de tratamiento de la patología menor en los centros de salud y derivación de la patología mayor a servicios de más alta complejidad. Se actualiza en el año 2003, extendiendo su cobertura y denominándose Programa de Atención del Niño de 0 a 5 años.

A partir de 2005, la actuación del equipo de salud en el área materno-infantil se delinea en el marco del Programa de Desarrollo Infantil (PDI). Este programa unifica y sistematiza las prácticas y acciones que se vienen desarrollando desde hace varias décadas en los Centros de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredon.

En el Centro de Salud Nro. 2 se conforma desde hace varios años un equipo de salud (propio del área materno-infantil) compuesto por: 3 médicos pediatras, 3 enfermeros, 1 trabajadora social, 1 terapista ocupacional y 2 administrativas de pediatría. Los mismos desenvuelven la mayoría de sus actividades en el sector 2 y en el SUM (ubicado en sector 4) de la institución, este último utilizado en el marco de las charlas[22], de carácter informal, para aquellos familiares que concurren al control de salud programado de acuerdo a las edades de los niños/as.

---

[21] Interdisciplina: "Es la modalidad de trabajo en equipo, que realiza un grupo de profesionales, que perteneciendo a diversas disciplinas se reúnen para obtener un objetivo y resultado comunes pero manteniendo campos científicos con fronteras bien perfiladas y de acuerdo con ellos aportando una cuota de determinación que debe respetarse como regla de interdependencia interdisciplinaria". (Narvaez, 2015)

[22] Charlas informales: las mismas son reconocidas por parte los familiares de los niños/as y los profesionales del lugar como "taller del niño sano". Se trata de una invitación a participar de reuniones donde se transmite diversidad de información respecto al crecimiento y desarrollo de

Es oportuno mencionar que, en los CAPS, el ingreso al PDI (Programa Desarrollo Infantil) puede realizarse en cualquier momento desde el nacimiento del niño/a hasta los 6 años de edad, subrayando que la atención por parte de los equipos de salud se da: por un lado, siguiendo los lineamientos de promoción y prevención a través de los controles de salud programados (Control del Niño Sano de 0 a 6 años), con una frecuencia mensual desde el nacimiento hasta los 6 meses, trimestral desde los 6 a 18 meses, semestral desde los 18 meses y anual a partir de los 2 años hasta los 6 años; y, por el otro, atendiendo a demandas espontáneas en el mismo día debido a una enfermedad.

Las charlas, previo al control de salud, se realizan de lunes a viernes, comenzando a las 8:30 horas aproximadamente, con una duración de entre 30 a 60 minutos como máximo, y son dirigidas por el profesional que allí se encuentre. A su vez, la información que circula es brindada por los distintos profesionales presentes en el SUM, según voluntad y disponibilidad de los mismos en ese momento preciso. Se les otorga la posibilidad a los familiares para que despejen sus dudas en relación al niño/a y su etapa de crecimiento.

De acuerdo a esto último, los ejes temáticos centrales que se abordan varían en relación a los saberes del profesional interviniente, las inquietudes de los familiares y al periodo de desarrollo en el que se encuentre el niño/a.

Los temas abordados son en relación a:

- Lactancia
- Alimentación
- Maternidad y paternidad responsable
- Vacunación
- Conducta y límites
- Prevención de accidentes domésticos
- Descanso y colecho
- Juegos según etapas de desarrollo
- Higiene
- Lenguaje y estimulación
- Derechos del Niño

---

los mismos según grupo etario (días, meses y años). A su vez, es necesario aclarar que utilizamos el término de “charla informal” y no de “taller” porque dichas reuniones no se rigen por los parámetros de un taller en relación a: encuadre, planificación, organización, evaluación. (Farias, 2008)

Luego de finalizado el taller, las familias esperan en la sala para ser llamados y atendidos de manera individual por los profesionales.

El primer control del recién nacido será realizado por el pediatra, quien abrirá una historia clínica (HC) y realizará examen clínico, control de peso, de alimentación y del vínculo materno de manera conjunta con los enfermeros, de acuerdo a los parámetros establecidos para su intervención específica. Los mismos derivan a los pacientes para que sean atendidos por otros profesionales del equipo de salud, cuando ellos consideren necesaria la intervención desde otra disciplina científica.

Posteriormente, desde administración se le otorgará un turno programado para próximo control y los turnos correspondientes para las demás especialidades según etapa de desarrollo del niño/a. Por ejemplo: a los 6 y 18 meses y a los 5 años se le debe asignar un turno programado para terapia ocupacional, donde se evaluará el desarrollo psicomotor, maduración perceptual y cognitiva del niño/a.

En cuanto al Servicio Social, son derivados todos los recién nacidos para que tengan un primer contacto personal con la trabajadora social a través de una entrevista basada en obtener la información necesaria sobre sus condiciones sociales, económicas y dinámica familiar. Otro motivo de derivación serán las situaciones puntuales que subyacen en el entorno familiar, tales como: violencia intrafamiliar, adicciones, padecimiento mental, problema habitacional y de inserción laboral, entre otros.

Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI)

Como mencionamos anteriormente, el programa de Desarrollo Infantil fue creado en el año 2005 (encuadrado en la perspectiva de la OMS), a través de la Ordenanza Nro. 16278. Para la implementación transversal de dicho programa, se diseña en el año 2009/10 un plan que integra todas aquellas acciones que tengan el objetivo de *Promover el crecimiento saludable de todos los niños de 0 a 6 años y de mujeres embarazadas y puérperas del partido de General Pueyrredon.*

El Programa de Desarrollo Infantil articula a nivel municipal los programas dependientes de las Secretarías de Salud, Desarrollo Social y Cultura, con el nivel Provincial (HIEMI e HIGA) y el Nacional con los Programas Remediar, Plan Nacer/Sumar, Salud Sexual y Procreación Responsable, Asignación Universal por Hijo y Embarazada.

Entonces, resaltamos que el Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) promueve la accesibilidad al sistema público de salud a través de considerar a los niños y a las niñas como **sujetos de derecho**. El fin último es, mediante la implementación de acciones, lograr asegurar una atención preconcepcional, gestacional, del parto y puerperio, así como el abordaje del entorno familiar.

Dentro de sus objetivos específicos, el PIDI plantea:

- La articulación de recursos disponibles en los diferentes niveles de atención estatal.
- Mejorar la accesibilidad de las embarazadas y niños/as al CAPS.
- Identificar y asistir de modo interdisciplinario y precoz situaciones de riesgo entre los destinatarios.

A su vez, este instrumento tiene seis *principios orientadores* que guían el Plan:

1. El Plan tendrá al niño como sujeto central de las intervenciones y a su familia, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continúa en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida. Si bien este programa abarcará, en una primera etapa, la población de embarazadas y niños hasta 6 años, es imprescindible que en etapas posteriores se replanteen acciones destinadas a otros grupos etarios (segunda infancia, adolescencia, adultos jóvenes, etc.).

2. Todos los niños tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades. No existe ninguna argumentación técnica ni de cualquier otra índole para interrumpir una intervención en función de factores tan aleatorios como las dificultades económicas familiares, el lugar de residencia o depender de un ámbito de la administración u otro. Aquellos niños que necesitan de la atención tienen el derecho a disponer de los recursos para su tratamiento, evitando que puedan existir diferencias por haber nacido en una comunidad u otra, e incluso dentro de la misma comunidad, en zonas en las que no existen recursos de este tipo. Se trata de garantizar el principio de igualdad de oportunidades de un sector de la población especialmente vulnerable.

3. Las políticas destinadas a acompañar el desarrollo infantil deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y deben ser flexibles a la diversidad de las necesidades de los niños.

4. Las comunidades, a través de la participación activa de sus ciudadanos, conjuntamente con las autoridades e instituciones, deben comprometerse a

favorecerla cohesión social en función de promover y sostener el desarrollo integral de los niños.

5. La Atención Integral del Niño y su familia es entendida como “el conjunto de acciones coordinadas que satisfacen tanto las necesidades esenciales para preservar la vida, como aquellas que guardan relación con el desarrollo y aprendizaje humano”.

6. El abordaje interdisciplinario de la atención del niño y su familia implica compartir información, objetivos y decisiones. (MGP, 2010)

Para el logro de los objetivos y principios orientadores anteriormente descriptos (comunes a las diferentes disciplinas), se propone la ejecución de una práctica profesional en conjunto y desde el apoyo y coordinación de diferentes CAPS y la creación formal y sostenimiento de redes de abordajes interinstitucionales e intersectorial.

A partir de allí, se confeccionó por parte de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredon un manual de procedimiento basado en la experiencia de los equipos de salud, con el propósito de brindar orientaciones y recomendaciones para la atención y seguimiento del desarrollo integral biopsicosocial de los niños/niñas, embarazadas y su entorno familiar, privilegiando estrategias de promoción y prevención de la salud, incorporando técnicas de educación comunitaria, participación y comunicación social en las instituciones de salud.

Este instrumento se basa en un encuadre de equidad y universalidad, motivo que determina la elaboración de un protocolo de las intervenciones de cada uno de los integrantes del equipo de APS, favoreciendo el desempeño en este nivel y permitiendo una adecuada capacidad resolutiva de los problemas de salud, una apropiada referencia y contrareferencia a los restante niveles y generando un ámbito idóneo para la promoción de la salud y la participación comunitaria

Dicho manual pretende delinear la intervención de los profesionales de la salud en su labor individual y grupal, aplicando las metodologías adecuadas para la comunidad según las prioridades del área programática, los recursos existentes y los recursos necesarios.

El Manual de Procedimientos se divide en seis capítulos:

1. Aspectos conceptuales referidos al Desarrollo Integral del Niño.

2. Intervenciones recomendadas para los Equipo de Salud.

3. Oficina de Referencia y Contra referencia del HIEMI.[23]

4. Protocolos de atención por las diferentes especialidades (administrativo, enfermería, médico ginecólogo, obstétricas, médico generalista y/o de familia, pediatra, trabajador social, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía, psicología, nutrición).

5. Aportes desde la articulación con programas cuyo eje y destinatarios resultan compartidos con Plan de Desarrollo Integral del Niño.

6. Algoritmos integrales de abordaje de la población destinataria.

Es oportuno aclarar que tomaremos como pilares para nuestra sistematización los capítulos 2 y 4 del manual, los cuales nos interesan ya que aportan sustento teórico para analizar la experiencia de intervención realizada por el Equipo de Salud en el Centro Atención Primaria Nro. 2 “Dr. Arturo Oñativia” de Mar del Plata, en el periodo de Junio a Diciembre de 2014, en el marco de la implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI).

En este sentido, nos proponemos reflexionar sobre las intervenciones, conocer las limitaciones y fortalezas profesionales, así como también las institucionales que posibilitan o no la implementación de las recomendaciones enunciadas en el PIDI.

[23] En la actualidad, la Oficina de Referencia y Contrareferencia del PDI en el HIEMI, además de cumplir con un rol fundamental en la articulación de madres puérperas y sus recién nacidos con el sistema de atención primaria municipal en lo que a captación temprana y accesibilidad se refieren, es una gran generadora de información que permite evidenciar aspectos optimizables en el proceso de captación atención y seguimiento entre nivel primario y secundario (CAPS y Hospitales).

CAPÍTULO III

TRABAJO SOCIAL EN EL CAPS NRO. 2

En este apartado ampliaremos el trabajo que se realiza desde el Servicio Social a partir del desarrollo de los objetivos y funciones del mismo, en el área materno-infantil, en el marco del PIDI, dentro del CAPS Nro. 2, destacando su posicionamiento y relevancia como actor clave dentro del equipo de salud (conformado por diferentes disciplinas), colaborando como un miembro más del equipo multidisciplinar en la atención, tratamiento e integración a la comunidad.

Los Servicios Sociales insertos en la APS tienen una función y responsabilidad clara, tanto en los programas de promoción y prevención como en las tareas de detección, diagnóstico e intervención en todas las situaciones que requieran la participación del profesional. De aquí que el Trabajo Social como disciplina interviene en el proceso salud-enfermedad-atención desde una mirada integral del niño, la embarazada y su familia. Partiendo del acercamiento con la persona, a través de una entrevista en la que se obtiene información sociofamiliar necesaria para poder elaborar un diagnóstico social y establecer, conjuntamente con el otro, un plan de acción con estrategias acordes a la dinámica familiar, el profesional plantea alternativas posibles en busca de un mayor bienestar y mejoramiento de la calidad de vida del niño/a, la embarazada y su entorno.

Consideramos que desde el Trabajo Social es fundamental recrear continuamente nuevas estrategias, dada la complejidad de las situaciones sociales con las que se trabaja, siendo imprescindible el trabajo en equipo y con la comunidad.

Estas estrategias de intervención en el área materno-infantil estarán orientadas básicamente a:

- Establecer un vínculo relacional sólido entre el profesional y referente familiar, confiable, que permita indagar sobre distintos aspectos de la vida familiar.
- Recuperar con el otro, aspectos relacionados a su historia vital, su cotidianeidad, con la intención de comprender-reflexionar conjuntamente sobre las significaciones que le otorga.
- Activar y potenciar los recursos internos de la propia familia.
- Orientar a la familia sobre los medios legales y sociales existentes, facilitándoles el conocimiento de sus derechos, servicios y prestaciones económicas o de otra índole e informándoles de las condiciones y forma de acceso a ellas.
- Trabajar para el buen uso de los recursos asignados.
- Trabajar la derivación de la familia a otros servicios específicos cuando ésta no pueda resolver por sí misma una problemática concreta.

- Promover la coordinación con profesionales de otros ámbitos e instituciones para poder trabajar conjuntamente estrategias de intervención en casos y situaciones complejas.

En este contexto, el Servicio Social en salud recrea y sustenta sus intervenciones en:

- la promoción y los derechos del niño,
- el respeto por la diversidad
- la implementación de las estrategias de APS: prevención, promoción y participación comunitaria,
- la atención del niño
- y la integración de la pareja, la familia y/o cuidadores en la crianza del niño.

Objetivos

Dentro del CAPS Nro. 2 los objetivos del Servicio Social son:

Objetivo General

Integrar los equipos de salud en el ámbito del Municipio de General Pueyrredon, elaborando y desarrollando los Programas existentes en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Objetivos Específicos

- Participar de las actividades del equipo de salud, aportando conocimientos específicos del quehacer profesional en el campo de lo social.
- Integrar el Equipo Interdisciplinario en forma estable, a fin de abordar la problemática social de la familia.
- Brindar atención profesional a las familias en las que uno o más de sus miembros se encuentren bajo programa en el Centro de Salud.
- Elaborar un diagnóstico social de la familia, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales que inciden en la salud de la misma.
- Aportar la investigación social al resto del equipo interdisciplinario.
- Participar de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de prevención y promoción de la salud, dentro de la interdisciplina de la APS.

- Coordinar los programas y recursos existentes en el Municipio a fin de favorecer el tratamiento social del grupo familiar.

En este sentido, queda plasmado que los objetivos específicos del Trabajo Social, por lo tanto, están insertos en los objetivos generales de la institución de salud de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales, y deben ser alcanzados progresivamente de acuerdo a su complejidad.

Funciones

A continuación, haremos mención de las funciones del Servicio Social:

1. Efectuar la atención individual, familiar y grupal para elaborar un diagnóstico integral, teniendo en cuenta los factores bio-psicosociales que permitan planificar la intervención.

2. Brindar atención profesional a todos los grupos familiares en que uno o más de sus miembros concurran para su atención en forma regular al centro de salud, y no haya otro profesional de referencia.

3. Realizar entrevistas domiciliarias a población destinataria cuando una condición socio-sanitaria así lo requiera.

4. Realizar el abordaje familiar de los casos de riesgo.

5. Realizar las gestiones necesarias para la incorporación de las familias atendidas a los programas de la Secretaría de Calidad de Vida, como estrategia de abordaje profesional de la población y en el marco de su tratamiento social.

6. Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario.

7. Integrar la red de Servicios Sociales de su zona.

8. Participar, a partir de su aporte profesional, en los programas que se lleven a cabo en el centro de Salud, priorizando el Programa Materno Infantil.

9. Realizar la investigación y diagnóstico de todas aquellas situaciones sociales vinculadas con la salud de la población, integrándolas al equipo interdisciplinario.

10. Planificar, ejecutar y evaluar actividades y proyectos de prevención y promoción dentro de la interdisciplina de los equipos de salud intra y extra institucionales.

11. Proponer en la red de Servicios Sociales la realización de proyectos comunitarios, definidos como necesarios para dar respuesta a problemáticas relevantes, en el marco de la especificidad y colaborar en el diseño, ejecución y evaluación con los Servicios Sociales de Gestión Comunitaria.

12. Elaborar la planificación de la tarea, la que será objeto de supervisión técnica específica.

13. Realizar el registro de todas las intervenciones profesionales.

14. Sistematizar la tarea profesional.

15. Elaborar y elevar institucionalmente propuestas que surjan de la evaluación de la tarea sistematizada.

En referencia a lo anterior, se estipula que los servicios sociales estarán integrados por 2 (dos) o más profesionales, según densidad poblacional y características sanitarias de cada área programática. Dependerán de un Jefe profesional de Servicio Social que realizará la supervisión de la tarea profesional y la coordinación con la estructura jerárquica de la Dirección de Atención Primaria.

Puntualmente, el Servicio Social del Centro Nro. 2 está a cargo de la Licenciada Anastasia Bonanno, la cual desarrolla su actividad en una oficina particular ubicada en el sector 2, frente a los consultorios de pediatría. El mismo está abocado al trabajo en el área materno-infantil y la participación en otras actividades como talleres de huerta, para fumadores, diabetes y planificación familiar, los cuales hacen hincapié, principalmente, en la promoción y prevención de la salud.

La oficina de Servicio Social funciona de lunes a viernes de 8 a 15 horas, atendiendo la demanda espontánea de la población en general de lunes a jueves de 8 a 12 horas, incluyendo allí la entrevista a toda mujer embarazada que ingrese al CAPS; dejando los días viernes exclusivos para ingresos y atención de los recién nacidos, mediante una entrevista realizada a la madre, padre o responsable a cargo del niño/a que permite el primer acercamiento, obteniendo información del nacido y la actualización de la dinámica familiar.

Por otra parte, las entrevistas programadas son aquellas que surgen en el contexto del “Control del Niño Sano” por parte del resto de los profesionales que

detectan o visualizan situaciones específicas y consideran que son pertinentes del trabajador social, realizando la correspondiente derivación hacia el servicio social.

Entre todas las intervenciones que realiza el profesional, una de las más destacadas son la entrevista a embarazada y/o adulto responsable del recién nacido las cuales tienen los siguientes parámetros.

Entrevista embarazada (espontánea/programada)

- Datos personales (edad, DNI, fecha de nacimiento, nacionalidad, domicilio, teléfono, nivel de instrucción, ocupación/profesión).
- Composición del grupo familiar y datos de la mismos (si tiene hijos, si está en pareja).
- Información acerca de la vivienda (propia, alquilada, prestada, cedida).
- Número de embarazos y partos.
- Caracterización acerca de la planificación de su embarazo y utilización de métodos anticonceptivos.
- Etapa de gestación, antecedentes de mortalidad neonatal/infantil, patologías previas y actuales, tratamientos.
- Antecedentes de adicciones, hábitos alimentarios, violencia familiar.
- Identificación de temores acerca del embarazo y de la crianza.
- Organización familiar y económica para el momento del parto y post parto.
- Beneficios sociales (planes y programas).

Entrevista a familiar del recién nacido

- Antecedentes de atención durante el embarazo/parto/nacimiento (institución pública/privada, médico de cabecera).
- Datos filiatorios del recién nacido.
- Datos personales del grupo familiar (composición, nivel educativo, profesión).
- Organización laboral, económica e ingresos de los miembros de la familia
- Aspectos habitacionales (acorde al número de integrantes del grupo familiar y disponibilidad de elementos como cuna, moisés, cochecito).
- Pautas alimentarias, de higiene y cuidados.
- Control post parto (ginecología/planificación familiar).
- Antecedentes de enfermedades crónicas, infectocontagiosas, adicciones, entre otras.

- Beneficios sociales: AUH, Plan más Vida, entrega mensual de 2 kg de leche en polvo.
- Asesoramiento acerca del rol de la trabajadora social en el Centro Nro. 2.

3

TERCERA PARTE: **MARCO METODOLÓGICO**

LA SISTEMATIZACIÓN: SU METODOLOGÍA

En el inicio de nuestra inserción institucional, comenzamos a registrar y reflexionar respecto a las prácticas instaladas en el Centro de Salud Nro. 2 "Dr. Arturo Oñativia", siendo la sistematización de experiencia la metodología apropiada para poder alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo. Consideramos entonces que, la sistematización es una metodología que permite realizar una "interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora". (Jara H. , 2001)

La sistematización, siguiendo a Jara[24], favorece conocer, registrar e interpretar la dinámica, abordaje, forma de trabajo, proceso de comunicación, relaciones de poder, etcétera, instalado entre los diferentes profesionales que conforman el Equipo de Salud, así como también los recursos y estrategias metodológicas del Trabajador Social.

Intentaremos en este apartado profundizar sobre los objetivos y lineamientos desarrollados en el Programa Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) e identificar las prácticas de intervención del Equipo de Salud para detectar los nudos críticos que se presentan al momento de implementar el PIDI; y mediante una conclusión, realizar aportes teóricos que posibiliten la optimización del abordaje profesional con niños/as y sus respectivas familias "garantizando el principio de igualdad de oportunidades de un sector de la población especialmente vulnerable" (PIDI, Plan Integral de Desarrollo Infantil: Manual de procedimientos., 2010, pág. 6), resaltando "la Atención Integral del Niño/a y su familia entendida como "el conjunto de acciones coordinadas que satisfacen tanto las necesidades esenciales para preservar la vida, como aquellas que guardan relación con el desarrollo y aprendizaje humano". (PIDI, Plan Integral de Desarrollo Infantil: Manual de procedimientos., 2010, págs. 6-7).

En lo referido a la metodología propiamente, podemos añadir que el procedimiento a desarrollar será de tipo descriptivo, basado en una sistematización de experiencia de campo. La misma está relacionada con el proceso, dinámica y recorrido de la práctica y los saberes que surgen en ella, para reconocer los sentidos que se

[24] Director General del Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, San José, Costa Rica. Coordinador del Programa Latinoamericano de Apoyo a la Sistematización de Experiencias del CEAAL (Consejo de Educación de Adultos de América Latina).

generan desde la visión de los diferentes actores involucrados. Obteniendo así un acercamiento detallado, nos posicionamos desde la Teoría Critica, la cual nos permite una comprensión y análisis profundo de la realidad subjetiva, haciendo énfasis en la noción de sujeto y de realidad subjetiva, por encima de la noción de objeto o de realidad objetiva.

La subjetividad pone en evidencia las creencias, valores y posición adquirida en dicha situación y contexto, comprendiendo el valor que adquiere desde el sujeto, entendiendo que es el sujeto el que construye su propia realidad. O sea, la realidad no es algo que exista allí afuera, sino algo que es producto de la propia creación intelectual del mismo.

Por lo que, entonces, se llevará adelante la búsqueda de información con una actitud dispuesta al aprendizaje y una reflexión crítica; es decir, buscando comprender las distintas situaciones, para analizar de qué manera se ponen en juego los diferentes componentes y factores presentes en la experiencia.

Unidad de análisis

Como punto de partida, consideramos fundamental construir la unidad de análisis para luego establecer las categorías de análisis que nos permitirán conocer los principios orientadores que guían el PIDI e identificar y profundizar las prácticas seleccionadas por el equipo de salud en el área materno-infantil; y, de esta forma, visualizar las limitaciones y fortalezas de las intervenciones profesionales que posibilitan o no la implementación de las recomendaciones enunciadas en el PIDI.

La unidad está conformada por los profesionales que conforman el Equipo de Salud en la atención del niño/a de 0 a 6 años, comprendido en el Plan Integral de Desarrollo Infantil del Centro de Salud Nro. 2 “Dr. Arturo Oñativia” en el periodo de Junio de 2014 hasta Diciembre del mismo año. Conforman el universo de análisis o muestra todos aquellos profesionales que intervienen en la atención, control y cuidados de la salud de los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 6 años de edad cumplidos de acuerdo al “Control del Niño Sano”.

La intervención de los profesionales incluye, por un lado, la modalidad de trabajo grupal basada en charlas informativas dirigidas a las familias y, por el otro, la atención individual del niño/a en consultorios externos con turno programado. De allí que la intervención profesional nos permita identificar las prácticas seleccionadas e

instaladas por el equipo de acuerdo a su organización, teniendo como guía el instrumento confeccionado por la Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredon (PIDI), el cual brinda y facilita a los trabajadores de la salud distintas propuestas y estrategias para la atención, acompañamiento, apoyo en la crianza, seguimiento del desarrollo integral biopsicosocial de los niños/as.

Técnicas

A modo de introducción es preciso, en este punto, señalar que a partir de la información obtenida (desde Junio a Diciembre del año 2014) por medio de la utilización de técnicas cualitativas, como crónicas y entrevistas en profundidad, a los diferentes actores que integran el equipo de salud materno-infantil, realizaremos una descripción de los ejes que nos permitirán arribar a un análisis, teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo.

Para la recolección de la información se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- Observación participante[25]/no participante.
- Crónicas/registros (cuaderno de campo, ficha interna del Servicio Social, informes sociales, actas, historias clínicas).
- Fuentes bibliográficas.
- Entrevistas semi-estructuradas[26] a los integrantes del Equipo de Salud.

A partir de la utilización de las mismas, se logró seleccionar la información recopilada y así, posteriormente, confeccionar una matriz de datos *(ver Anexo II)* que nos permitirá analizar tres ejes principales con sus respectivas dimensiones y categorías:

[25] La Observación Participante: "Consiste en dos actividades principales: observar sistemáticamente y controladamente todo aquello que acontece en torno al investigador, se tome parte o no de las actividades en cualquier grado que sea, y participar, tomando parte en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte de ella". (Guber, 2004)

[26] Entrevistas semi- estructuradas: "Se guían por una lista de puntos de interés que se va explorando en el curso de la entrevista. El entrevistador, en este caso, hace muy pocas preguntas directas y deja hablar al respondente siempre que vaya tocando alguno de los temas señalados en la pauta o guía". (Sabino, 1996)

1. Las prácticas de intervención: se pregunta a cada profesional sobre la intervención grupal, la metodología que se implementa, su función en la charla informativa y los resultados esperados y/o logrados. Por otro lado, en lo que respecta a la intervención individual, se indaga sobre la función que desempeña cada uno y los resultados que esperan desde su rol.

2. Organización del equipo de salud: conocer la visión de cada profesional respecto a la interdisciplina y si considera que conforman un equipo interdisciplinario. Se preguntará sobre los temas que se desarrollan en las charlas informativas: su coordinación, planificación, participantes y la función que cumplen los demás profesionales del equipo de salud.

3. El conocimiento acerca del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI): en este eje se procede averiguar en qué consiste para cada profesional el “Control del Niño Sano” y el programa que lo encuadra.

ANÁLISIS DE DATOS

A partir de la matriz de datos, confeccionada con información obtenida mediante entrevista a los diferentes profesionales y crónicas de las charlas informativas y atención individual, realizaremos a continuación el análisis de dichos datos, lo que nos permitirá en el apartado de conclusiones plasmar nuestras interpretaciones sostenidas desde el marco teórico seleccionado.

Los elementos principales de este análisis son: prácticas de intervención, organización del equipo de salud y conocimiento acerca del PIDI. Los mismos nos guiarán para poder arribar al objetivo plasmado en el presente trabajo: analizar la experiencia de la intervención del equipo de salud en el "Control del Niño Sano" en el marco de la implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI).

Dentro del primer elemento denominado **prácticas de intervención** se encuentra la dimensión *intervención grupal,* de la cual se desagregan tres categorías que son: la *metodología implementada* por los profesionales, la *función* que cumplen dentro de la charla informativa y los *resultados logrados/esperados*.

La metodología implementada para la primera parte del Control del Niño Sano, es la de charla informativa, la cual es denominada como taller del niño sano por parte de los profesionales y participantes que asisten al mismo.

Aquí nos introducimos en la segunda categoría, *función de los profesionales*. Los mismos coinciden en cuanto a su *función,* en el marco de la charla, que la misma es brindar herramientas a las familias, referentes a la promoción de la salud, a lo que la enfermera manifiesta "brindo herramientas referentes al cuidado" y la trabajadora social dice que su función es "brindar información acerca de vínculos entre la familia y el niño/a en la vida cotidiana". Por otro lado, plantean que tienen la función de instruir a la familia de acuerdo al desarrollo en cada etapa del niño/a, para la prevención de enfermedades. La terapista ocupacional indica que hace "énfasis en la prevención referente a las problemáticas de desarrollo psicomotriz del niño/a", y los pediatras dicen que su rol es "instruir a la gente sobre enfermedades prevalentes de cada época del año" y "abordar lo referente a patologías prevalentes y su prevención".

Observamos que en uno de los encuentros una de las pediatras presentes "se acerca a los chicos que están jugando en el piso y les saca las tapitas de gaseosa, remarcando a los padres la importancia de prevenir una asfixia".[27] En otra de las charlas un "pediatra habla de la importancia del porqué el niño/a debe dormir en su cuna, y pregunta ¿alguien más duerme con el bebe? Una madre al instante pregunta

[27] Ver Anexo II: Crónicas. Crónica Nro.4.

¿cómo hay que acostar al bebé? Se deja espacio para que las madres cuenten sus experiencias”[28].

Esta situación concreta permite a una de las profesionales ejemplificar de forma práctica a los padres sobre los riesgos y peligros a los que están expuestos los niños/as en la vida cotidiana de acuerdo a la edad, remarcando la importancia de la supervisión y acompañamiento de un adulto.

Como parte de la promoción de la salud, tomamos como ejemplo la intervención de la terapista ocupacional la cual aporta en la charla reflexiones sobre la familia y su organización[29].

Es importante señalar que, en este ámbito de intercambio grupal, también se presentan tensiones debido a las distintas opiniones y posturas de los profesionales y los padres respecto a temas que involucran en la cotidianeidad la crianza, alimentación, cuidados, educación, valores, etc. Tomamos el siguiente ejemplo para sostener lo dicho anteriormente: “En el momento que se está hablando de la alimentación, una de las madres presentes interpreta de una manera distinta la información que brinda la pediatra y la contradice, por lo que se genera intercambio de opiniones entre la madre y la pediatra, a lo que esta última manifiesta ¡saquémosla de acá por favor!”[30].

Se detecta en las charlas que la función de los profesionales es abordar temáticas referidas a la prevención de enfermedades y accidentes domésticos, entre otras, por lo que es ineludible que ellos hablen de promoción como otro eje fundamental que ayuda a sostener la información brindada.

Por otro lado, en cuanto a la categoría *resultados esperados y logrados*, dentro de las charlas informativas, los profesionales visualizan como resultados logrados la responsabilidad que asumen los padres al realizar los controles de salud y respecto a los cuidados de sus hijos/as, consultando a los profesionales por iniciativa personal y no solo por derivación, a lo que uno de los profesionales entrevistados nos dice “considero que la realidad materno-infantil ha cambiado notablemente en los últimos 10 años, que no hay casos con grados críticos de salud y ya no observo familias con muchos hijos”[31].

También se destaca el reconocimiento de los padres hacia el rol que cumple cada uno de los profesionales que participan en las charlas. “Considero que estar presente en las charlas genera el conocimiento de la profesión a los padres y la

[28] Ver Anexo II: Crónicas. Crónica Nro.5.
[29] Ídem 28.
[30] Ídem 27.
[31] Ver Anexo IV: Guía de preguntas y desgrabación de entrevistas. Entrevista Nro. 6.

accesibilidad", nos manifiesta una de las profesionales, mientras que otra señala que "hay un reconocimiento hacia el profesional, por parte de las familias que reciben la información en las charlas".

Todos los profesionales del equipo coinciden en que otro de los logros alcanzados es la participación de las familias en las charlas, siendo esta modalidad de trabajo de gran importancia para los profesionales y familiares del niño/a. Algunos de ellos expresan: "el logro es la oportunidad que se le da al otro", "considero que la permanencia de esta modalidad es necesaria, ya que da resultados positivos, desde donde se observa la dinámica familiar (trato, interés y escucha)", "pese que hay cuestiones por mejorar considero ha dado resultado esta modalidad de trabajo y hay muchos logros alcanzados".

Respecto a los resultados esperados, el equipo de salud propone seguir construyendo este espacio de encuentro a través de sus aportes y las experiencias de las familias, cuyo fin es que la información generada implique interés y toma de conciencia para alcanzar cambios de hábitos y conductas en el ámbito familiar. Con palabras de los profesionales se puede sintetizar los resultados esperados así: "que las familias puedan escuchar la información y detectar ciertas situaciones de retraso y riesgo en el desarrollo infantil para una intervención precoz", "destaco que antes había mucha ignorancia pero había interés, ahora hay cierta indiferencia de las necesidades del bebé y de las indicaciones del equipo de salud, por lo que se debe trabajar más el interés", "se busca el cambio de conducta y la modificación de ciertos hábitos de los padres respecto a la salud de los niños/as".

Continuando con el mismo eje, pero introduciéndonos en la segunda dimensión, denominada *intervención individual*, vamos a detallar las *funciones* de los profesionales y los *resultados logrados y esperados* a partir de la misma, según lo manifestado por cada uno de ellos en las entrevistas. Es pertinente aclarar que la metodología implementada en este tipo de intervención es la de atención personalizada en consultorio por parte de cada profesional del equipo de salud.

A continuación, detallamos lo expresado por los profesionales respecto a la *función* que cumplen en consultorios y oficinas.

Los administrativos se ocupan de "otorgar turnos para atención y control de los niños/as" y de "recepcionar cuadernos y gestionar las interconsultas".

El rol de la enfermera "consiste en el control antropométrico y vacunación de los niños según edad". Por otro lado, por su especialidad "enseñar de manera teórico/práctica las técnicas de amamantamiento".

La trabajadora social expresa: “brindo asesoramiento y orientación a las familias de acuerdo a sus demandas según las problemáticas socio-económicas que surjan, en el marco de la entrevista” e “informar sobre los recursos disponibles (económicos, institucionales, humanos, etc.)”.

La función de la terapista ocupacional se basa en “medir el desarrollo infantil: motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje, socialización y hábitos”, también en “realizar screening y test de pesquisa”.

Los pediatras manifiestan que su rol consiste en “examinar la parte orgánica del niño y revisar su desarrollo y crecimiento”, también “de acuerdo a la edad del niño/a, dar pautas, directivas y consejos sobre la salud”.

Según la información, obtenida a través de las entrevistas, en lo que respecta a la *función* de los diferentes profesionales podemos concluir en que todas las acciones están orientadas al control de la salud integral que incluye medidas tendientes a la prevención y promoción de la salud, pautado de acuerdo a la edad de los niños/as, lo cual implica un abordaje específico e individual desde cada saber profesional.

Continuando en la misma línea, consideramos necesario introducir información obtenida a partir de las crónicas realizadas, las cuales nos permiten ampliar la perspectiva en cuanto a la dinámica de los pediatras y enfermeros en consultorio.

Dentro de dicha dinámica observamos lo siguiente:

- “Aunque se encuentren otras madres y padres con sus hijos en el mismo espacio, se visualiza que la familia atendida está concentrada en la charla que mantiene con el profesional”.[32]
- “En un momento surgió una conversación respecto a la intervención entre dos pediatras sobre una paciente particular, en la que también participó la enfermera”.[33]
- “Se escuchan preguntas que se le hacen a la madre sobre el grupo familiar, en ocasiones las mismas se realizan en voz alta, acerca de enfermedades, parto, control, animales, etc.”.[34]
- “En este momento se realiza el control de salud correspondiente a los niños/as de 5 años de edad. Se observa a enfermera indicando a los 3 padres presentes sobre la aplicación de vacunas”.[35]

[32] Ver Anexo II: Crónicas. Crónica Nro.1.
[33] Ídem 32.
[34] Ídem 32.
[35] Ver Anexo II: Crónicas. Crónica Nro. 2.

- "Se escuchan llantos en la sala y se visualiza que se comienza atender simultáneamente a varios niños/as, algunos con control programado para ese día y otros por demanda espontánea por enfermedad".[36]
- "Antes de retirarnos del lugar, ingresa para ser atendido un niño con pelo largo y uno de los pediatras manifiesta cierta molestia con su aspecto".[37]
- "Se escucha que golpean una de las 2 puertas del área de atención pediátrica, se atiende a la mujer que pregunta por una vacuna específica, ya que venía del país vecino, Perú. La pediatra le indica que se dirija al consultorio de vacunas. La mujer regresa y vuelve a preguntar por lo mismo, en esta ocasión a la enfermera, por lo que la pediatra que la orientó la primera vez dice: "¿Pero por qué pregunta tanto? ¡Ya le expliqué que vaya a vacunas, no acá! ¡Que se vaya a Perú!".[38]

En cuanto a los *resultados logrados* en el marco de la intervención individual, la mayoría de los profesionales entrevistados nos dice que las familias, especialmente los padres, han incorporado con éxito la realización de los controles de salud correspondientes para cada edad. La enfermera nos expresa que "se logró que las familias incorporen la realización del control de salud a los niños/as reconociendo simultáneamente la importancia de la aplicación de las vacunas correspondientes" así como también que "hay cambios en las pautas de salud y la consulta temprana de patologías".

Por otra parte, los mismos visualizan mayor responsabilidad y cumplimiento en lo que respecta a la atención de sus hijos/as y existe consulta temprana hacia los diferentes profesionales. A esto último hacen referencia la terapista ocupacional y la trabajadora social: "considero como logro que los padres soliciten consultas por iniciativa propia" (TO) y "observo que no hay tantas problemáticas complejas como en otros lugares y que se da mayormente un cumplimiento y responsabilidad de los padres en lo que respecta a la atención de los niños/as" (TS).

En este punto, no queremos dejar pasar por alto la respuesta de una de las administrativas que, desde su lugar y función, percibe un resultado contrario a lo que el resto del equipo nos manifestó. Ella nos plantea que "existe cierta irresponsabilidad por parte de las madres respecto a los controles de salud" y que "con la implementación de la AUH (Asignación Universal por Hijo) hubo aumento de la natalidad".

---

[36] Ídem 35.
[37] Ídem 35.
[38] Ver Anexo II: Crónicas. Crónica Nro. 3.

El equipo de salud espera poder brindar las herramientas necesarias que implican: indicaciones, consejos, interconsultas, medidas precautorias y pautas de salud. Y a través de estas acciones los padres puedan captar la información para aplicarla en la dinámica cotidiana del niño/a y su familia. Expresa la enfermera: "espero que, a través de las herramientas que se les brinda a las familias, puedan mejorar sus condiciones abarcando las diferentes necesidades del niño: fisiológicas y afectivas".

Los pediatras nos dicen: "espero que las familias puedan aprender a tomar las medidas precautorias para evitar la enfermedad del niño/a y/o realizar la consulta precoz" y que "la misión respecto al control integral del niño/a es cambiar conductas, también que se cumplan con las indicaciones (realizar deportes) y las interconsultas señaladas (oftalmología, odontología, nutrición, etc.)".

Las administrativas plantean: "espero que los padres escuchen y tomen conocimiento de la importancia del control de salud de los niños/as por encima de la cumplimentación de requisitos de AUH (Asignación Universal por Hijo)" y por otra parte "se busca informar acerca de las pautas de salud según etapa del crecimiento del niño".

La trabajadora social desde su lugar considera poder "ayudar al otro a buscar resolución de sus propias problemáticas a través de la reflexión conjunta (profesional/paciente) donde la persona sea el promotor de ese cambio que necesita" y la terapista ocupacional "detectar alteraciones, retrasos o trastornos, desvíos de desarrollo en la población sana y atenderlos tempranamente (prevención)".

En síntesis, se puede decir que desde la intervención individual todos los profesionales, abocados al Control del Niño Sano, coinciden en su opinión en cuanto a los resultados esperados. Dichos resultados concuerdan en algunos aspectos con lo expresado por los profesionales anteriormente para la intervención grupal. En otras palabras, lo que anhelan para su intervención individual también lo trasladan para la intervención grupal.

A continuación, describiremos el segundo elemento, denominado **organización del equipo de salud,** en el cual analizaremos siete categorías. Se indagó a los *profesionales;* por un lado, sobre el concepto acerca de la *interdisciplina y* si se consideraban un *equipo interdisciplinario*; por otro lado, se les preguntó lo concerniente a los *temas*, la *coordinación*, *planificación* (reuniones y agenda) y *participantes* en las charlas informales, y sobre la *función de otros profesionales* dentro del Control del Niño Sano.

En relación al concepto de *interdisciplina* cinco de los entrevistados manifiestan cierto conocimiento sobre el mismo y concuerdan en sus respuestas al expresarnos que desde cada incumbencia profesional se contribuye con los conocimientos adquiridos para abordar de forma integral la salud del niño/a y su familia.

La enfermera nos dice que la interdisciplina es: "exponer todos los saberes como una construcción conjunta donde todos ven a un mismo objeto de estudio (paciente) desde su área" en la cual "cada uno desde su lugar da su saber, aporta su saber", manifiesta la trabajadora social. Mientras que la terapista expresa que "la interdisciplina es esto de abordar al chico desde todas las áreas, y la administrativa "es todo, todos trabajando juntos, todos interactuando para beneficio del paciente". A lo que concluye uno de los pediatras diciendo que "la interdisciplina se da cuando todos aportan lo que pueden ver, de un caso, desde su óptica y que tiren las ideas que se les ocurren sin importar que no pertenezca a su campo".

A partir del concepto de interdisciplina, coinciden todos en que ellos conforman un *equipo interdisciplinario* dentro del área materno-infantil. Algunos de los entrevistados amplían sus respuestas y nos expresan su enfoque acerca de los aspectos en los que se debería mejorar como equipo para obtener resultados óptimos, ya sea tanto en la intervención individual como grupal.

La enfermera ve al equipo de salud como interdisciplinario "primero porque hay muchas especialidades trabajando, segundo porque hay respeto más allá que en los distintos saberes a veces surgen diferencias en la visión, pero yo creo que es un equipo donde hay respeto por la visión del otro, donde nos consultamos" (…) "me parece que es un equipo interdisciplinario".

Por otra parte, las administrativas consideran que: "en esta sala sí hay un equipo interdisciplinario" ya que "hay mucha comunicación y siempre tratamos de solucionarles los problemas a los pacientes (…) entonces hay un grupo, entonces todos cumplimos".

El pediatra sostiene que es un equipo interdisciplinario porque "cuando surge algún caso especial que requiere que varios de nosotros tengamos intervención se da la reunión y se trabaja, y se sigue la búsqueda, desde qué líneas ponernos a trabajar para que esa gente logre los resultados".

Por último, la trabajadora social y la terapista ocupacional realizan un aporte sobre el trabajo en equipo expresando que: "los talleres son interdisciplinarios, cada profesión desde su lugar hace el aporte correspondiente (…) pero le falta todavía una vueltita, que pasaría por el tema de las reuniones" y además "algunas cosas que

todavía uno tiene que pulir para que no exista una cuestión vertical". Continuando en esta línea, la pediatra nos expresa que "intenta ser un equipo interdisciplinario".

La segunda categoría que abordaremos será la de *temas*, los cuales son tomados y abordados por los profesionales intervinientes en las charlas informativas previas al control individual de salud.

En esta ocasión, se les pregunta a los profesionales cuáles son los factores que consideran al momento de plantear o no un tema específico en cada charla informativa, la cual dotará de contenido la comunicación y reflexión que se produce en ese espacio de intercambio entre profesionales y las familias del niño/a.

Las administrativas plantean que "hay un buen taller de puericultura, que le dan las pautas de lo que tienen que hacer los padres y los padres pueden participar", y sostienen que "hay una charla de alimentación" y que "los temas surgen según el grupo en el momento".

En lo que refiere al contenido que se desarrollan en las charlas informativas, la enfermera nos dice que "se basa en ejes temáticos de acuerdo a la edad del niño/a: pautas fisiológicas, alimentación, descanso, higiene, estimulación temprana, vínculos, etc.", y agrega que "es como que todos tenemos más o menos en cuenta los temas".

La trabajadora social nos expresa que "los temas están relacionados de acuerdo a las edades (…) Específicamente se bajan cosas inherentes a esa edad cronológica del chico: alimentación, evolución, los cambios, interacción con la familia, responsabilidades". En base a lo anterior, la terapista ocupacional y la pediatra continúan afirmando: "los temas que se hablan en los talleres son en general sobre desarrollo infantil de acuerdo a la edad del chico: lenguaje, alimentación, rutina, juegos, motricidad, vacunas, accidentes, vínculos, interacción. Entonces todos esos temas se toman cada vez todos los días de acuerdo a la edad del chico" (TO) y que "en los talleres se trabaja por grupo etario y hablamos sobre: patologías prevalentes, vacunas correspondientes, etc." (pediatra).

Por último, el pediatra resume la dinámica que tiene la charla diciendo que "los temas que se tratan en cada reunión obviamente están condicionados a la edad de los niños y a lo que va surgiendo, o sea, hay un esquema que lo tenemos mentalmente ya muy aprendido porque esto lleva muchos años, de qué temas o tópicos obligatoriamente no podes eludir en cada reunión de acuerdo a la edad de los chicos" (pediatra).

Podemos afirmar, en base a lo dicho por los profesionales, que los temas planteados en cada reunión son seleccionados en el mismo momento, teniendo precisamente en cuenta la edad de los niños/as que asisten al control de salud

programado, ya que se los convoca por grupo etario. Los profesionales manifiestan tener un esquema mental claro acerca de las temáticas que deben abordar en cada oportunidad de actividad grupal. Se destaca que los ejes temáticos que se desarrollan son diversos e incluyen todo lo referente al crecimiento físico, psíquico y social.

Ahora nos adentramos en la tercera categoría: *coordinación*. Aquí nos parece importante conocer cómo es la organización del equipo y la dinámica de las charlas informativas.

En base a lo anterior nos expresan lo siguiente: "se organizan de manera informal. (…) Los pediatras quieren hacer las charlas, esto no se hace en todas las salas. Ellos siguen con esto porque funciona" (administrativa); "la dinámica cómo va surgiendo, en realidad, es de acuerdo al momento y cómo vaya surgiendo la situación y necesidad de los padres" (enfermera).

Respecto a los profesionales que participan, "al taller va el que tiene mejor disponibilidad de tiempo y de trabajo ese día, no es que hay alguien estipulado exclusivamente para tal día coordinar el taller", manifiesta la pediatra, mientras que la trabajadora social dice que llevan adelante los talleres "más que nada los pediatras y nosotros acompañamos, si bien puede faltar un pediatra y uno lo suplanta; el rol que tiene el pediatra es importante".

La terapista ocupacional asegura que "las charlas no tienen una estructura, en general, yo siempre cedo que empiece hablando el pediatra. Hoy arranqué hablando yo, pero porque todavía no habían llegado los pediatras, pero porque a veces se habla primero de la parte médica".

Para concluir, la pediatra formula: "No es que hay una guía para dar la charla, el mismo paciente cambia, el paciente evoluciona mes a mes y yo tengo que evolucionar con ese paciente, yo tengo que enseñarles a los padres cómo evolucionar con ese paciente, pero no está pautado (…) cada cual tiene su personalidad y su condimento para dar la charla, pero eso es personal de cada médico".

A partir de lo anteriormente expuesto por los entrevistados, todos coinciden en que la coordinación de las charlas informativas no posee una formalidad explícita, ya que los profesionales asisten al mismo por voluntad propia y disponibilidad de tiempo. A su vez, la coordinación y desarrollo de los temas en las charlas están mayormente a cargo los pediatras, pudiendo el resto de los profesionales realizar sus aportes sobre temas específicos. En otras palabras, afirman que, en general, impera una dinámica y coordinación de tipo improvisada.

Continuando con el eje *organización del equipo de salud* comenzamos a analizar la cuarta categoría, que es *planificación*, en la cual indagamos a los

profesionales sobre las reuniones y agenda. Una vez obtenidas las respuestas realizaremos una síntesis sobre lo expuesto.

"No hay planificación escrita, ellos (los médicos) saben a cada edad lo que tienen que decir", nos dice una de las administrativas. Mientras la enfermera sostiene que "por ahí lo que nos falta es escribir lo que vamos haciendo, por ahí no tenemos la cuestión formal de tal día reunión de equipo, pero nosotros nos sentamos mucho a hablar del taller (…) Creo que por ahí es más informal, lo que pasa que hace muchos años lo venimos haciendo y esa estructura de base ya está".

Uno de los pediatras expresa que "no hay una agenda escrita, considero que con la cantidad de tiempo que llevamos haciéndolo uno ya automáticamente se pone el chip que corresponde". Siguiendo con el mismo argumento, la trabajadora social sostiene: "yo no sé si hay algo escrito sobre el taller, creo que debería haber. (…) Nunca pregunté si desde pediatría en algún momento se armó un proyecto en cuanto a todo lo que fue realizar los talleres. (…) no hemos logrado tener ateneos de casos, no hemos logrado sentarnos y hacer intercambios que posibiliten a lo mejor algo más superador porque cada uno lo hace así, como de pasillo".

Con respecto a las reuniones, otra de las administrativas agrega: "son charlas informales, el espacio donde nos reunimos es en la cocinita en la parte de pediatría. (…) siempre hablamos de los pacientes, entonces por ahí no hace falta una reunión porque siempre comemos y hablamos de los pacientes y cómo seguir". La terapista ocupacional manifiesta que "no se dan reuniones formales para armar los talleres, está institucionalizado así; después por casos particulares nos buscamos. (...) Lo que se hace ahora es ir juntando de a pedacitos la información acerca del paciente. (…) Acá está pautado así, espontáneamente".

Desde su posición, la pediatra comenta: "ya sabemos sobre los temas que hay que hablar, la verdad que no hay una agenda. (…) Hay cosas que uno ya lo sabe porque está dentro de lo que es ser pediatra, no hay una agenda. (…) no tiene por qué haber una agenda. (…) lo que nos cuesta es tener el espacio para hablar, el espacio y el momento porque a veces uno termina tan cansado que no quiere hablar más y eso nos haría falta. (…) Todos saben mucho, y yo no puedo hablar de su idoneidad, en absoluto. Pero no tenemos reuniones de equipo, no tenemos historia clínica en común, los saberes se pierden".

Para concluir, en cuanto a la planificación, los entrevistados dan cuenta de la inexistencia de instrumentos escritos que guíen u orienten las diversas prácticas, es decir, las intervenciones del equipo de salud. En lo referente a las reuniones de equipo, todos concuerdan que es de tipo informal, ya que se realizan en espacios y

tiempos casuales, aunque la mayoría recalca la necesidad de contar con un espacio y tiempo pautado, destinado a abordar distintos asuntos que forman parte del trabajo en equipo.

En lo que respecta a la quinta categoría, se habla acerca de los *participantes* que forman parte de las charlas informativas, a lo que la secretaria dice: "en la charla todos participan, hay enfermeros y los pediatras y a veces está Anastasia de Servicio Social. Según los que estén van a la charla"; y la enfermera afirma que "generalmente están en el taller: el pediatra y la enfermera, algunos días cuando está la terapista ocupacional y servicio social". La terapista ocupacional refuerza diciendo: "participa pediatría, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional en el de la mañana por lo menos. Psicología no participa, aunque trabaje en el equipo, y se le derivan un montón de cuestiones".

Por otro lado, la pediatra señala que la participación no está pautada: "es un poco el voluntariado y el tiempo de cada uno", y la trabajadora social sostiene que "los talleres han sido sostenidos siempre por los pediatras, porque a lo mejor ha faltado el terapista, la asistente social, y la enfermera acompaña en algunos momentos sí, en otros no. (…) Si bien el administrativo no participa en el taller indirectamente también participa".

Otra de las secretarias del sector de pediatría agrega que "hay participación de todo el equipo, nosotros con la parte administrativa. (…) Integran el equipo de salud: psicología, terapista ocupacional, nosotros, los pediatras, la enfermera".

El pediatra habla de que "integran los talleres todas las mamás que son citadas ese día de acuerdo a la edad de sus niños, ahora en algunos talleres tenemos la terapista ocupacional (…) En algunos talleres participa la fonoaudióloga, la enfermera está en casi todos, y bueno estamos los médicos y a veces también residentes de pediatría. (…) En algunos casos participan los padres, a veces es una abuela que cuida al chico, puede ser una niñera, no se le niega la entrada a nadie".

Para finalizar este punto podemos sintetizar que, de acuerdo a lo expuesto por los entrevistados, hay participación por parte de todos los profesionales en las charlas informativas. La presencia de los mismos en las charlas va de acuerdo a la disponibilidad de tiempo que tengan los integrantes del equipo, ya que se encuentran en el Centro Nro. 2 pero realizando otras tareas en el mismo momento que se desarrolla la charla. Esta situación se debe al número reducido de profesionales en algunas áreas. Tomando como ejemplo la situación del servicio social, observamos que existe una sola trabajadora social para toda el área materno-infantil, la cual está a cargo de la oficina del servicio social y también debe participar de las distintas

demandas que requiere la institución (atención demanda espontánea, planificación familiar, entre otras).

Es importante destacar que solo uno de los profesionales incluye también como participantes a los familiares y acompañantes de los/as niños/as, y no solo a los integrantes del equipo de salud.

Concluyendo con el segundo elemento, en lo que respecta a esta última categoría los distintos profesionales expresan su conocimiento acerca de la *función de otros profesionales.*

La enfermera expresa que el "**TS** relacionado al funcionamiento familiar y la orientación en lo que hace a los servicios de la comunidad para las familias, también en cuanto a la organización familiar y las relaciones intrafamiliares. Los **administrativos** recepcionan al paciente, son los que dan información de cómo manejarse en el circuito de la institución, se encargan de los turnos, de pasar los turnos. Los **médicos**, ellos hacen toda la parte de examen físico. En cuanto a la **TO** hace más clara la parte del desarrollo, estimulación temprana, dificultades en el desarrollo".

Una de las secretarias de administración dice que la "**TS** tiene muchas funciones: el seguimiento de los pacientes en ausentismo, ver los casos de riesgos, las derivaciones a CPDEN. El **enfermero** les asiste en cuanto a la lactancia a las mamás y las aconseja. Dan las vacunas, hacen los controles de peso, talla y perímetro cefálico, cuando son chicos más grandes hay que tomar la presión arterial para ver si es hipertenso. El **pediatra**, además de la parte médica, hace la función de psicólogo y asistente social. El **terapista** muy importante porque con los juegos se van dando cuenta si va madurando el chico. Y después se lo trasmite al pediatra, es constante el intercambio".

La otra secretaria añade que a través de "la **TS** los pacientes tengan un seguimiento. La **enfermera** enseña a como dar el pecho a las mamás aparte de las vacunas. La **TO**: no tengo mucho conocimiento. El **pediatra** informa a la madre y atiende al paciente, es el que capta".

La trabajadora social sostiene que "el **médico** va hablar todo lo referente a la alimentación, los problemas de salud. La **enfermera** va hacer su aporte desde el hecho de hablar sobre la vacunación, sobre amamantamiento. El **administrativo** se ocupa de abrir la historia clínica, dar los turnos, otorgar la entrega de leche, notificar los turnos asignados. La **terapista** se encarga de observar la parte motora, se ocupa de trabajar con la familia en función de los estímulos".

La terapista ocupacional habla de que “el rol del **trabajador social** es la evaluación e intervención social en el contexto del chico, no solo económico”.

En la misma línea, el pediatra completa diciendo que “la **TS** tiene una visión mucho más amplia y enriquecedora como para hacer señalamiento en pos de la salud del grupo familiar. La función de la **enfermera** es pesar, medir, vacunar a los niños. Los **administrativos** de pediatría organizan los turnos, derivaciones, interconsultas. La **terapista ocupacional** realiza estimulación, observando a los chicos”.

Por último, la pediatra señala que “cada profesional tiene una historia clínica aparte (psicóloga, terapista, trabajadora social) entonces los roles como profesionales son brillantes, pero si no lo aunamos se desvirtúa”.

Podemos analizar que cinco de los integrantes del equipo de salud nos responden respecto a la función de la trabajadora social, el cual se asemeja en cuanto a la definición del rol profesional. El mismo se basa, para ellos, en el funcionamiento, organización, orientación, seguimiento y evaluación de los grupos familiares en su contexto social.

Tres integrantes del equipo nos manifiestan el rol que tienen las administrativas, el cual está basado en recibir a los pacientes y abrirles historia clínica, a la vez que otorgan turnos, notifican sobre los mismos y organizan las derivaciones e interconsultas. También realizan la correspondiente entrega mensual de leche en polvo a quien lleve al niño/a al control de salud.

En relación a la función de los pediatras, cuatro entrevistados contestan que se encargan de captar, informar sobre alimentación y problemas de salud, además de atender mediante la realización de un examen físico. Una de las administrativas expresa que no solo cumplen con el rol que les compete, sino también abarcan lo psicológico y de asistencia social.

Los profesionales (cuatro de ellos) coinciden en que la función de la terapista ocupacional se ocupa de todo lo referente al desarrollo motriz y estimulación temprana, utilizando técnicas de juego para conocer la maduración de los niños/as.

Por su lado, la enfermera asiste y enseña (aconseja) a las madres sobre la lactancia y vacunas, además de pesar y medir a los niños/as en cada control plantean cuatro de los profesionales.

Concluyendo con esta categoría, consideramos que la mayoría de los profesionales contestan acerca de la función de cada uno de los integrantes del equipo de salud materno-infantil de acuerdo a lo que visualizan del otro en sus prácticas diarias. Por un lado, algunos manifiestan no conocer sobre la función específica de

otros profesionales y, por otro, observamos que no se expresa una definición técnica respecto a las incumbencias de las otras profesiones que integran el equipo de salud.

En este momento, nos introducimos en el tercer y último elemento, denominado **Programa Integral de Desarrollo Infantil (PIDI)**, en el cual analizaremos dos categorías. Por un lado, se indagó a los profesionales acerca del *Control del Niño Sano* (ubicada como primera categoría) y por otro, en cuanto al *conocimiento del programa* que encuadra dicho control (segunda categoría).

Para conocer qué representa y cómo se ejecuta el *Control del Niño Sano* por parte de los profesionales, realizamos una pregunta inicial y disparadora en el marco de la entrevista para que cada uno de ellos nos exprese su perspectiva sobre el mismo.

La enfermera expresa que el Control del Niño Sano "consiste en crear condiciones de salud, dar herramientas a la familia para que puedan mejorar sus condiciones de salud, teniendo una mirada amplia precisamente en lo que es el concepto de salud, abarcando las distintas problemáticas en base a las diferentes necesidades del niño y la familia, desde las básicas, fisiológicas hasta las afectivas, la relación, etc.".

Las administrativas plantean que "hay un buen taller de puericultura, que le dan las pautas de lo que tienen que hacer los padres y los padres pueden participar. Para cada edad hay un taller diferente y, bueno, hay participación de todo el equipo", y que "hay una charla de alimentación. El control empieza a las 8 am, hasta los 3 años hay una charla después el control de peso. Sería un conjunto de actividades".

"El Control del Niño Sano es el control que se le hace a los chiquitos. Antes era de 0 a 2 años y después con otros programas que se fueron incorporando se amplió, justamente, los controles hasta los 6 años. Esta sala tiene una particularidad muy, muy importante porque se trabaja con talleres, es una forma de poder llegar a una gran cantidad de población" nos dice la trabajadora social, mientras que la terapista ocupacional sostiene que "el Control del Niño, desde mi formación, mide el desarrollo infantil. El Programa Integral de Desarrollo Infantil pautó para terapia ocupacional hacer *screening* de desarrollo, aplicar test de pesquisa de desarrollo al niño sano".

Por último, uno de los pediatras nos dice que "el Control del Niño Sano se basa en examinar la parte orgánica del niño, revisar cómo está desarrollándose, creciendo, cómo esta orgánicamente, cómo se maneja su mamá en el acompañamiento del crecimiento y el desarrollo, en la alimentación. Que se hagan todas las medidas de prevención de la salud, desde la vacunación hasta una dieta saludable, las formas en

que descansa y se entretiene. Lo más integral posible, viéndolo desde el punto de vista estrictamente médico, desde lo psicológico y lo social del niño y su familia". Y la otra pediatra nos cuenta: "nosotros lo venimos haciendo hace mucho tiempo, yo hace más de 20 años y la gente que estaba antes que yo ya lo había ideado. Es un control pormenorizado que incluye desde la administrativa, la enfermera, la asistente social, la terapista, los pediatras, fonoaudiología y el contacto con psicología".

Interpretamos, de acuerdo a lo que contestaron los profesionales, que para dar cuenta de la perspectiva del denominado *Control del Niño Sano,* se apoyan en una explicación que abarca tanto los "talleres" (en los que se brindan pautas de prevención de salud) como la atención individual por parte de todo el equipo.

Sostenemos, respecto a lo expuesto por los siete profesionales entrevistados, que cada uno de ellos responde desde su perspectiva y su conocimiento acerca del programa, pero observamos que no hay una definición reconocida y unánime que explique claramente qué acciones comprende la implementación del Control del Niño Sano y qué tipos de metodología incluye el mismo.

Continuamos con el mismo eje, pero nos introducimos en la segunda categoría, *conocimiento del programa*. Aquí intentamos saber si los profesionales conocen acerca del programa que encuadra las prácticas de atención de la salud a niños/as, es decir, el Control del Niño Sano.

La enfermera expresa que actualmente sus prácticas se rigen en base al "Programa Materno Infantil" pero plantea "desconozco objetivos y especificaciones".

"El programa más actual es el control Materno Infantil de 0 a 6 años. Y el objetivo es que las mamás vean las pautas de acuerdo a cada edad y que la apliquen, está la parte de vacunas también integrado ahí" nos dice una de las administrativas, mientras la otra responde: "sé que las charlas se hacen en esta sala, y los controles sí se tienen que hacer".

La trabajadora social nos manifiesta que la práctica "se encuadra justamente en el Programa de Desarrollo Infantil. Tiene objetivos que yo ahora no me los acuerdo, pero todo apunta a lo que es la promoción y la prevención de la salud de los chicos hasta los 6 años".

La terapista ocupacional nos brinda más información y detalla claramente que "es el Programa Integral de Desarrollo Infantil que en el año 2010 se puso en juego, aunque es algo que se viene haciendo desde antes. Específicamente para terapia ocupacional el objetivo del PIDI es detectar alteraciones, retrasos o trastornos desvíos de desarrollo en la población sana".

Para finalizar con lo expuesto sobre esta categoría, uno de los pediatras contesta que: “hay un programa que es la atención del niño y el lactante, pero tengo entendido que no está puntualizado y detallado cómo hacerlo en forma estricta. Cada centro de salud y cada grupo de profesionales lo va adaptando a su forma, a su manera. En el programa no hay algo estricto de que hay ciertos pasos a seguir o cumplir en cada control”. La otra pediatra declara: “el niño sano de 0 a 2 años es Plan de Lactante, luego se implementó hasta los 5 años lo que se llamaba PROMIN, creo que fue en 1998, donde se exigió que el control esté sistematizado, la obligatoriedad del control hasta los 5 años; bueno, nosotros lo seguimos haciendo, por más que PROMIN cayó hace muchos años”.

Observamos que cinco de los profesionales entrevistados muestran desconocimiento sobre el programa vigente, que encuadra las prácticas y actividades respecto a la atención del niño/a de 0 a 6 años. Solo dos de las profesionales del equipo puede responder acerca del programa actual (PIDI), siendo una de ellas quien expresa el objetivo del programa para su área específica.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Conclusiones

Queremos subrayar que, en este apartado, todas nuestras interpretaciones surgen a partir de la elaboración de la matriz de datos y el posterior análisis de los mismos. A continuación, realizaremos las conclusiones, con fundamento teórico, de los tres elementos de análisis utilizados para responder a los objetivos que guían nuestra sistematización.

Los principales resultados del análisis de datos a los que hemos llegado son los siguientes:

Prácticas de Intervención

Antes de introducirnos en la conclusión de este elemento, es preciso recordar que el equipo de salud materno-infantil se encuentra integrado por: dos secretarias de administración, dos enfermeros, tres pediatras, una terapista ocupacional y una trabajadora social.

En el marco de la intervención grupal la *metodología* implementada por todo el equipo de salud materno-infantil es la de charlas informales de carácter informativo, denominadas por parte de los profesionales como "taller" [39]. En este punto, consideramos necesario hacer una distinción en cuanto a ambas modalidades, la de charla informativa y taller, ya que las mismas presentan características claramente diferenciadas.

Precisamente, en cuanto a la *función* de los profesionales dentro de las charlas informativas, la misma es brindar herramientas e información a las familias de los niños de 0 a 6 años, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades, accidentes domésticos y problemáticas del desarrollo. Y, por otro lado, apuntando a la promoción de la salud integral, la *función* de los profesionales en el ámbito grupal coincide con la individual, es decir, todas las acciones están orientadas al control de la salud, pero la diferencia radica en que realizan un abordaje específico e individual desde cada incumbencia profesional.

Destacamos que el equipo de salud del Centro Nro. 2, de acuerdo a lo dicho en las entrevistas, cumple con la *función* que el PIDI[40] propone y delinea para cada uno de los profesionales, en las charlas informativas y atención personalizada en consultorio.

---

[39] Ídem 22. Pág. 73.
[40] Ver ampliación en: Protocolos de Atención para las diferentes especialidades. (PIDI, Plan Integral de Desarrollo Infantil: Manual de procedimientos, 2010, pág. 13)

Si bien existen diversas formas de entender a la APS[41] (como una estrategia, como un nivel de atención, como un programa específico), nosotras la consideramos como una estrategia de la salud pública para romper con un modelo de atención exclusivamente médico. De aquí que resaltamos que el Centro Nro. 2 en su actividad diaria cuenta con la implementación de este tipo de estrategia a través de las charlas informativas, que permite la educación para salud[42] desde la participación de todos los actores involucrados.

Como detallamos en la segunda parte del trabajo, el Centro de Salud Nro. 2 se diferencia de otros CAPS por contar con servicios en diversas especialidades médicas, así como también por la implementación de varios programas y proyectos. Esto conlleva una mayor demanda de recursos humanos, involucrando también a la única trabajadora social de la sala, la cual se encuentra a cargo del servicio social. Si bien su función está centrada específicamente en el área materno-infantil (entrevistas a embarazada, entrevistas a familiares por ingresos de recién nacidos, participación de las charlas informativas, informe sociales, relleno de planillas diarias, formularios, entrega tarjeta alimentos, evolución manuscrita en historias clínicas y ficha interna del servicio social, etc.), también debe afrontar las distintas demandas que requiere la institución, tales como: atención demanda espontánea de la población, talleres de huerta, para fumadores, diabetes y planificación familiar, entrevistas domiciliarias, encuentros de red barrial, supervisión de alumnos en sede, jornadas y encuentros municipales sobre diferentes temáticas, entre otras.

Esta multiplicidad de tareas pone en evidencia la dificultad de la profesional para poder participar con continuidad en las charlas informativas en el marco del control de niño sano; esta característica conlleva a preguntarnos cómo puede un solo trabajador social intervenir en todo lo programado para este Centro y cumplir con los principios de la APS. Es oportuno declarar que la estructura existente no da respuesta a las necesidades territoriales.

En cuanto a los *resultados logrados/esperados,* los profesionales desde su discurso no hacen distinción de los mismos en el trabajo grupal e individual, ya que visualizan que las familias de los niños han incorporado con éxito la realización de los controles de salud de forma responsable y esperan que la información transmitida implique mayor interés para que las familias puedan alcanzar cambios de hábitos y conductas en pos de la salud integral del niño/a.

---

[41] Ver ampliación APS en Marco Teórico; Capítulo II. Pág. 27.

[42] "La educación para la salud es una estrategia de la salud pública que utiliza la educación como táctica y herramienta para enseñar a la comunidad a desarrollar y fortalecer una cultura en pro de la vida y la salud". (Carbia, 2015)

En base a todo lo anterior, visualizamos que en las prácticas de intervención existen ciertos obstáculos que se interponen en la implementación de las recomendaciones y orientaciones brindadas en el PIDI. De aquí mencionamos lo siguiente:

Detectamos que uno de los obstáculos sucede al momento de la atención individual, ya que se atienden simultáneamente a varios niños/as mientras otros padres con sus hijos esperan dentro del mismo consultorio a ser atendidos, por lo que no existe un tiempo de intimidad entre el paciente[43] y el profesional que lo está atendiendo. Es por esto que notamos cierta exposición de la intimidad y privacidad del niño/a y su familia, al indagar los profesionales cuestiones de la vida privada ante los demás pacientes que esperan a ser atendidos. Si bien entendemos que la atención de salud del niño/a en este espacio está atravesada por la intervención simultánea de pediatras y enfermeros, nos parece importante la organización del mismo para una adecuada atención. (Por ejemplo: golpear la puerta o avisar antes de entrar a un consultorio, tener una continuidad en la atención de un mismo paciente, hacer preguntas personales en un ámbito privado, etc.).

Es importante señalar que la organización apropiada en cuanto a la atención individual permite un momento más íntimo y personalizado con el niño/a, permitiendo una comunicación recíproca entre las familias y los profesionales, ya que de otra manera las personas pueden encontrarse resistentes a contestar y realizar preguntas, y temerosas de que alguien pueda escuchar sobre su vida, la de su hijo/a y su familia. Es importante recordar siempre que se está trabajando con una población que pertenece a un área programática delimitada y que puede llegar a coincidir que en un mismo momento de atención se encuentren vecinos, compañeros de trabajo, parientes, enemigos, desconocidos, etc.

Por otro lado, detectamos que otro de los obstáculos es la incomodidad que manifiestan algunos profesionales con respecto a estilos de vida del niño/a y de los familiares, su aspecto físico, su ideología y hasta con las políticas sociales que contemplan la inclusión y protección de los derechos de los niños/as. Por ejemplo, “con la AUH hubo aumento de la natalidad”[44], lo cual comprueba claramente cómo se reproducen discursos de clase intencionalmente armados sin fundamento teórico ni estadístico.

---

[43] Este es el término utilizado por el equipo de salud. Nosotras reemplazaremos el término paciente por el de usuario o sujeto social, ya que creemos que desde lo conceptual también se puede, o no, empoderar a las personas en su contexto, es decir, “incluir a cada persona en la categoría de ciudadano sujeto de derecho, sujeto histórico, sujeto constructor de lo colectivo, sujeto de la libertad, sujeto a la dignidad”. (Cesilini, Guerrini, & Novoa, 2007, pág. 107)

[44] Ver Anexo IV: Guía de preguntas y desgrabación de entrevistas. Entrevista Nro.2.

Estas situaciones surgen en presencia de las personas que allí se encuentran, por lo que se evidencia la emisión de juicios de valor por parte de algunos profesionales, de forma verbal, ante otros profesionales y ante las familias del niño/a. Interpretamos que el equipo de salud espera, desde su discurso, que sean las familias las que incorporen los cambios, atribuyendo toda la responsabilidad hacia "afuera", sin hacer una reflexión y revisión de las prácticas de intervención sostenidas diariamente.

Si bien este equipo manifiesta accionar desde una concepción de salud integral, corroboramos que existen rasgos del modelo médico hegemónico[45]en las prácticas profesionales, las cuales se instalan generando relaciones asimétricas entre paciente-profesional y profesional-profesional. Bajo este modelo, también se subordina a otras disciplinas, en nuestro caso el Trabajo Social[46], cuyas prácticas son entendidas de forma subsidiaria o aislada.

Por lo que notamos que el modelo de atención que impera en las prácticas de intervención es el de una transmisión de conocimiento del que "sabe" hacia el que "no sabe", donde además no se contempla el conocimiento popular[47]. Es así como "los especialistas biomédicos[48] en el discurso que dirigen al paciente, a su familia, a sus pares médicos y a la comunidad en general, denostan cualquier otra opción que no se encuadre en su propio marco cosmovisional". (Saizar, 2008). Por lo que, resaltamos, "dentro del área de salud, es indispensable la trasformación de la figura reducida del paciente entendido como padeciente bajo la atención de un médico o del sistema sanitario, a la figura de ciudadano, componente de una categoría de sujetos beneficiados por plenas protecciones legales. (…) es altamente eficiente y

[45] Modelo Medico Hegemónico: "Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado". (Menéndez, 1990)

[46] "Dentro del campo del Trabajo Social, en relación con la salud, y en especial desde la práctica, se reproducen en parte las discusiones actuales acerca de los modelos de intervención en salud. Por un lado, existe una puja entre dos concepciones; una podríamos denominarla sectorial, y la otra integral. La primera plantea su accionar especialmente o específicamente dentro del campo de la salud, es decir, secundariza las problemáticas de tipo social o estructural que conforman, desde nuestro punto de vista, la totalidad de la cuestión sanitaria. La segunda, justamente, plantea lo opuesto, ósea, entiende a la salud como emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas desde lo teórico como en la práctica". (Cesilini, Guerrini, & Novoa, 2007, págs. 72-73)

[47] "La gran valorización del conocimiento popular y de la participación social consecuente a este conocimiento está en la base de la formulación conceptual de la promoción de la salud". (Marchiori Buss, 2006, pág. 20)

[48] "La perspectiva biomédica de la enfermedad y la salud limita la consideración de factores ambientales y sociales más complejos, al ubicar el foco de atención en la consideración de causas y soluciones de índole biológica". (Saizar, 2008, pág. 36)

enriquecedor profundizar en la mirada de los sujetos para poder darle vida al diseño de nuestras estrategias de trabajo". (Cesilini, Guerrini, & Novoa, 2007, pág. 107)

Nos parece importante incluir la propuesta realizada desde la salud colectiva para superar ciertas contradicciones que se presentan cotidianamente en las intervenciones: "Saber lo que se piensa y pensar lo que se hace. (…) El propósito es poder volver a pensar y, en función de ello, desarrollar praxis que en su devenir construyan espacios de libertad, reduzcan desigualdades, desarrollen ciudadanía y construyan nuevas institucionalidades en los territorios". (Spinelli, 2016)

Organización del Equipo de Salud

Para comenzar este elemento podemos decir que, en relación al concepto de *interdisciplina*, varios de los profesionales tienen cierto conocimiento sobre el mismo, y todos ellos manifiestan formar parte de un *equipo interdisciplinario* en el área materno-infantil. Desde nuestra postura y siguiendo a Ferreira[49], coincidimos en que conforman claramente un equipo, debido a que comparten un mismo ámbito y objeto de intervención desde diferentes abordajes, comprometidos con un propósito en común, el cual contempla la salud integral de los niños/as de 0 a 6 años, es decir, el Control del Niño Sano, del cual todos los miembros se consideran responsables.

A partir de lo expresado por los entrevistados y de lo analizado en las crónicas, visualizamos que este equipo es multidisciplinario con rasgos interdisciplinarios; esto último se observa en el momento de las charlas informativas donde intervienen todos los profesionales abordando temas referentes a la promoción y prevención de la salud, así como distintas problemáticas relevantes que atraviesan a la comunidad (violencia familiar, adicciones, maltrato físico y abuso sexual, entre otras).

No concordamos en que sea absolutamente un equipo interdisciplinario debido, entre otros puntos sobresalientes, a que no existe una revisión de los marcos teóricos que permitan generar algún grado de integración por parte de los profesionales involucrados. Afirmamos nuestra postura citando lo siguiente: "La interdisciplinariedad se produce a escala teórico-práctica, cuando hay coordinación y, sobre todo, interacción entre los conocimientos de los representantes de diversas disciplinas en relación con algún fenómeno concreto (técnico, económico, político, etc.)". (Vilar, 1997)

En estos tiempos, existe una inclinación hacia el trabajo interdisciplinario, aunque en la práctica resulte difícil transmitir diversos conocimientos o conformar equipos que superen la multidisciplinariedad (una simple yuxtaposición o suma de

[49] Ver ampliación de concepto en Marco Teórico; Capítulo IV: Equipo de Salud. Pág. 41.

disciplinas). “Consideramos que un equipo de trabajo se construye cotidianamente en un proceso dinámico, conflictivo, y supone cruzamientos, inclusiones, deserciones y aprendizajes. Esta forma de pensar un equipo de salud supone fundamentalmente el compromiso de sus miembros en la práctica cotidiana de intervención en situaciones personales, posibilitando la consulta, la coordinación de esfuerzos y la búsqueda de otros espacios de intervención que pudieran abrir nuevas posibilidades sosteniendo espacios de diálogos donde cada integrante aporte desde una relación horizontal sin perder su singularidad”. (Vecchio, M; Grondona, C; Ismach, S; Madeira, S; Riqué, D., 2012, pág. 144)

Retomando lo referente a los temas planteados en las charlas informativas, podemos señalar que este equipo de salud aborda temáticas de acuerdo a las edades de los niños/as que acuden al control de salud programado. Aquí nos interesa destacar que los temas que se exponen en este espacio concuerdan con los ejes temáticos propuestos y detallados por el PIDI[50].

Continuando con la organización que adopta este equipo, nos interesa en este momento describir lo concerniente a la coordinación, planificación (reuniones y agenda) y participantes involucrados en las charlas informativas. De acuerdo a lo analizado en el apartado anterior, obtuvimos que la coordinación de estas charlas no posee una formalidad explicita, ya que participan en la misma los profesionales de acuerdo a voluntad personal y disponibilidad de tiempo. Frecuentemente, la coordinación, desarrollo y elección de los temas en las charlas están a cargo de los pediatras. En síntesis y según lo expresado por todos los profesionales impera una: “dinámica y coordinación de tipo improvisada”.[51]

Interpretamos que este tipo de coordinación es consecuencia de la falta de planificación, ya que no hay instrumentos escritos elaborados por el equipo para la guía u orientación de sus intervenciones grupales en esta área. No encontramos objetivos fijados o metas propuestas, ni tampoco la realización de evaluaciones a partir de las distintas prácticas. Respecto a la planificación, no se fijan reuniones formales como equipo de salud, es decir que, además de la ausencia de lo escrito, también encontramos que no están planteadas las reuniones de equipo para el armado de una agenda que incluya coordinación, evaluación, ateneos, entre otras cosas. Los profesionales manifiestan que, pese a la inexistencia de la formalidad de una reunión, existe comunicación entre algunos de los profesionales que se buscan cuando se presentan situaciones críticas en niños/as, por lo cual deben intervenir conjuntamente.

[50] Ver Anexo I: PIDI. Ejes Temáticos.
[51] Ver ampliación en: Análisis de datos. Pág. 101.

Por lo que, entendemos, se convocan cuando existe una situación concreta y de carácter urgente.

En este contexto, la mayoría de los profesionales nos expresa, en entrevista, la necesidad de contar con un espacio y tiempo pautado destinado a abordar distintos asuntos que forman parte del trabajo en equipo, pero sostienen que en varias oportunidades han intentado reunirse y dicho encuentro no fue productivo debido a los reiterados desacuerdos y, según lo expresado por uno de los profesionales: "es imposible porque todos gritan y terminan peleando".[52]

Ante lo descripto anteriormente, adherimos a que "los reiterados encasillamientos disciplinarios, incapaz de dialogar con otras disciplinas, constituyen todavía en estos tiempos grandes obstáculos a la progresión de las ciencias-disciplinas". (Vecchio, M; Grondona, C; Ismach, S; Madeira, S; Riqué, D., 2012). Por lo que destacamos que "el trabajo en equipo no borra las fronteras entre las disciplinas, lo que cambia es la relación entre ellas. De este modo, se logran formas 'parejas' de interacción entre los profesionales actuantes. Esto hace posible el desarrollo de una tarea más creativa y eficiente. (…) Al igual que el trabajo en red, no se decreta, se construye. Requiere un cambio en los modelos mentales que permite incluir distintas perspectivas y esencialmente aprender a construir una visión compartida". (Bersten, Marta; Cavilla de Carrara, Pilmayquen, 2013, pág. 39)

Consideramos pertinente agregar las pautas de orientación operativa sostenidas por Wertheimer[53] para integrar un equipo de salud:

- Que cada integrante tenga definido claramente cuál es el rol que cumple y cuáles son sus responsabilidades.
- Cómo quedan integradas al equipo sus funciones profesionales y su participación en la toma de decisiones.
- Conocer las relaciones de jerarquía internas y las externas que regulan institucionalmente al equipo.
- Comprometerse explícitamente con los objetivos de trabajo y los procedimientos que permitan avanzar hacia los mismos.
- Sostener un sentido de pertenencia sin declinar sus capacidades de crítica constructiva. La expresión de desacuerdos, ideas y preguntas no debe suponer algo negativo ni enfrentamientos personales. (Wertheimer, 2015)

[52] Ver Anexo IV: Guía de preguntas y desgrabación de entrevistas. Entrevista Nro.7.
[53] Lic. En Psicología. UBA. Especialista en Psicología Sanitaria.

Concluyendo este elemento, nos parece importante resaltar que "es indispensable para el trabajo interdisciplinario un espacio formal para compartir la información donde se tomen las decisiones y se establezcan los objetivos comunes para la intervención". [54] Consideramos que, para ello, es necesario el esfuerzo mancomunado por parte de los integrantes del equipo de salud, lo que permitirá una mejora en la organización de las prácticas estipuladas, donde se establezcan las prioridades al interior del equipo y, en base a una comunicación recíproca, plantear resoluciones conjuntas a las problemáticas que surgen en cada situación concreta en la atención del niño/a y su familia.

A partir de todo lo expuesto anteriormente, queremos añadir que el trabajo interdisciplinario que realiza el equipo de salud en APS debe superar la visión parcializada de los saberes profesionales en la atención individual, es decir, una intervención que trascienda la mera derivación de los pacientes a otros profesionales y/o instituciones, reforzando los espacios de diálogo e intercambio.

Es en este sentido donde se encuentran las mayores barreras para la implementación eficaz y eficiente de la APS, ya sea de tipo institucional como profesional. Dichas barreras son las que influyen directamente en las prácticas concretas que impiden la adopción de nuevos modelos de trabajo que superen la visión meramente curativa, construidos y sostenidos a lo largo de la historia por la medicina que aún son vigentes en las prácticas profesionales.

PIDI (Programa Integral de Desarrollo Infantil)

Específicamente, en este elemento nos parece necesario aclarar que los profesionales del equipo de salud denominan *Control del Niño Sano* a las intervenciones que realizan, incluyendo la actividad grupal (charla informativa) e individual. Pero no podemos obviar que estas prácticas están encuadradas y son sostenidas por un programa específico: el PIDI, y es en este punto donde nos detendremos con más detalle.

En entrevista, al indagar a los profesionales sobre el programa vigente que encuadra sus intervenciones, los mismos intentan expresarnos de diversas maneras lo que realizan diariamente en los controles de salud de los niños/as. Cada profesional manifiesta que el Control del Niño Sano se apoya en un programa diferente, entre los cuales aclaran: programa materno-infantil, programa de desarrollo infantil, programa atención del niño y el lactante, plan lactante y PROMIN.

[54] Ver ampliación en Anexo I: PIDI. Intervenciones recomendadas para equipo de salud.

A partir de lo expresado por los integrantes del equipo de salud, interpretamos que hay desconocimiento sobre el programa actual que se implementa en el municipio, sus objetivos, recomendaciones y orientaciones para los equipos de salud. Visualizamos durante una de las entrevistas que solo uno de los profesionales contaba con el material impreso, no así el resto. Por lo que no solo observamos el desconocimiento del programa vigente, sino también la falta de contacto directo con el material elaborado y otorgado por parte de la Secretaría de Salud para los equipos de cada CAPS.

En este punto, cabe destacar nuevamente que el PIDI (Programa Integral de Desarrollo Infantil) fue creado en el año 2005, y que para la implementación transversal de dicho programa se diseña en el año 2009/10 un plan que integra todas aquellas acciones que tengan el objetivo de *Promover el crecimiento saludable de todos los niños/as de 0 a 6 años y de mujeres embarazadas y puérperas del partido de General Pueyrredon.* Podemos agregar que dicho plan promueve la accesibilidad al sistema público de salud a través de considerar a los niños y a las niñas como sujetos de derecho, garantizando acciones centradas en el niño, su familia y la comunidad.

En dicho manual de procedimientos se encuentran delineados objetivos y principios orientadores, los cuales pretenden guiar la intervención de los profesionales de la salud en su labor individual y grupal aplicando las metodologías adecuadas para la comunidad según las prioridades del área programática, los recursos existentes y los recursos necesarios.

Por lo tanto, queda claramente expresado en nuestra sistematización que es el PIDI el programa que encuadra las acciones de los profesionales en el área de la salud en la municipalidad de General Pueyrredon, delimitando y expresando en el manual las especificaciones en relación a las intervenciones grupales e individuales. Es cierto que cada equipo de salud le dará su propia impronta al trabajo[55], realizado según la dinámica y cultura institucional con la que se cuente, pero ello no quita que todos los profesionales deban apropiarse de los lineamientos que el PIDI les facilita.

Teniendo el PIDI, como base de este último elemento, concluimos con lo siguiente: que el mismo contempla dos espacios, uno referido al Control del Niño Sano en forma grupal a través de las charlas informativas y otro en lo que respecta a la atención personalizada en consultorio. Notamos aquí que el equipo implementa esta modalidad de trabajo, pero desconociendo que ésta se encuentra claramente detallada en el manual de procedimientos del PIDI, planteándonos algunos de los profesionales que las acciones que realizan en el marco de la charla no están detallas ni

[55] Ver ampliación en: Equipo de Trabajo en el área Materno-Infantil. Pág. 72.

puntualizadas en ningún documento de forma estricta. También pudimos escuchar que los mismos mencionan otros programas que no están vigentes o han sido reformulados con otro nombre, situación que nos llevó a averiguar minuciosamente sobre las políticas públicas de salud infantil.

Cabe destacar que el manual resalta: "este documento, ha de servir para encauzar esfuerzos en pos de la mejora de la atención del desarrollo infantil y de la calidad de vida de quienes más la necesitan". (PIDI, Plan Integral de Desarrollo Infantil: Manual de procedimientos., 2010, pág. 8)

A partir de lo anterior, podemos precisar que no hay una conducción claramente definida que coordine y brinde información específica al equipo de salud materno-infantil sobre los planes y programas vigentes. Por lo que, frente a esta situación, consideramos importante que el coordinador del Centro Nro. 2 debiera facilitarles y transmitir a los profesionales información (por ejemplo, capacitaciones), instrumentos, (por ejemplo, documentos escritos) y recursos disponibles (de tipo materiales, humanos, etc.), provenientes de la Secretaría de Salud del Partido de General Pueyrredon, como es explicitado en el capítulo 2 del PIDI[56].

Creemos que no se puede depositar toda la exigencia en un solo referente sino que se trata también de responsabilidades compartidas que incluye de manera articulada a la Secretaría de Salud, al coordinador del CAPS y a los integrantes del equipo. Consideramos que a nivel municipal se deberían definir y coordinar políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente. Dicha situación, no se puede desvincular de la fragmentación y crisis del sistema de salud[57], producto del neoliberalismo, el cual se proyecta hasta la actualidad hacia todos niveles y su organización.

"Actualmente, existe una nueva forma de pensar y actuar en salud. La medicina individualista y personalizada fue cediendo espacios al trabajo en equipo y a la medicina integrada. El sector salud es considerado un sistema complejo, interrelacionado e influenciado por el medio, con recursos económicos y financieros limitados, a veces enfrentados en luchas por intereses poco éticos, con un alto grado de incertidumbre y con conflictos sectoriales. Un sistema que requiere, para alcanzar

[56] "Se recomienda que el Coordinador del CAPS motorice la implementación del plan, como así también pueda identificarse dentro del equipo a un referente para que articule con el equipo técnico inicial responsable, por sus funciones asignadas, pero si el equipo decide designar otra persona como referente esta deberá trabajar conjuntamente con el coordinador". (PIDI, Plan Integral de Desarrollo Infantil: Manual de procedimientos, 2010, pág. 9)

[57] Ver ampliación en: Marco Teórico; Capítulo I: Sistema de Salud en la República Argentina. Pág. 20.

sus metas y objetivos, políticas claras que tengan a la persona humana como eje del accionar sanitario". (Cesilini, Guerrini, & Novoa, 2007, pág. 44)

En este sentido, se presenta como desafío el poder repensar críticamente[58] el modelo de atención al cual se adhiere y/o implementa, consciente o inconscientemente, según los planes, programas y proyectos en ejecución. Los mismos podrán presentarse, o no, como oportunidades ante el panorama desafiante que convoca a los profesionales para tomar una posición creadora y reconstructiva de sus intervenciones, dentro del espacio institucional "desde donde se pueda gestar un proyecto colectivo, que sacuda la inercia individualista para pensar en un proyecto de más largo alcance". (Colombani, 2015, pág. 348)

Reflexiones finales

Los objetivos en APS marcan claramente la aspiración del trabajo en equipo y su importancia. Podemos decir que es relevante el trabajo en equipo, pero también en equipo *interdisciplinario*, donde no solo interese descartar situaciones de riesgo (como patologías específicas), sino que vaya más allá de la ausencia de enfermedad. Por lo que es de vital importancia que se involucre la mirada y aporte de las distintas disciplinas para visibilizar aquellas cuestiones que requieran cierta sensibilidad y comprensión en el proceso de atención integral de la salud.

Los CAPS reciben múltiples demandas familiares[59], por lo cual se hace necesaria la intervención de profesionales de distintas áreas, ya que una sola disciplina difícilmente pueda dar respuestas integrales a situaciones complejas que se presentan cotidianamente. Es esencial y fundamental en estos tiempos la conformación de equipos de trabajo interdisciplinario, es decir "una modalidad de abordaje integral, por parte de un equipo de profesionales, orientados al mejoramiento

[58] "La actitud crítica no alcanza (querer un mundo diferente no es suficiente para transformarlo), debe ser complementada con la aptitud crítica (cómo pensar), es decir, la capacidad adquirida para examinar reflexivamente los hechos de la realidad para extraer de ellos las conclusiones pertinentes y generar las acciones que correspondan. (…) Y esta es una tarea ineludible de cualquier gobierno que intente mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos". (Testa, En Decidir en Salud:¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué?, 2007, págs. 248-249)

[59] "Si se piensa en la atención primaria como puerta de entrada, es claro que la función que debe cumplirse en ese nivel debe estar a cargo de personal muy bien calificado, para responder adecuadamente a las exigencias de orientación que van a poner a los demandantes en un determinado rumbo dentro del sistema (...) la mala orientación es un costo adicional que grava en forma cuantiosa a todos los servicios de salud". (Testa, Atención ¿primaria o primitiva? de salud, pág. 162)

de la calidad de vida de las personas, las familias y también de los propios profesionales (…) Esta manera de trabajar en equipo permite una mirada amplia para abordar la problemática del paciente/cliente y para proteger al profesional del desgaste que los desafíos cotidianos imponen al realizar nuestra tarea". (Ossani, A; Grassi, V; Recchia, C; Tolosa, M; Calvo, L., pág. 88 y 90). A su vez, consideramos que es también una forma de descomprimir ideologías y discursos representativos de la biomedicina.[60]

Es importante destacar que, a partir de la experiencia en esta área, pudimos visualizar dos importantes cuestiones: por un lado, que el equipo lleva adelante acciones habituales desconociendo totalmente el plan que las contempla (por ejemplo, charlas informales), por lo que pudimos detectar que se trata de una práctica heredada respecto al control del niño/a de 0 a 6 años; y por otro lado, identificamos que hay grandes dificultades para emprender cambios (por ejemplo, reunión, planificación y decisiones que involucren a todos los profesionales, etc.), pero subrayamos que el trabajo que llevan adelante los profesionales del Centro Nro. 2, a nivel grupal e individual, está contemplado en el PIDI.

La planificación y coordinación del equipo juega un lugar fundamental, ya que forma parte de la organización de la que todos los profesionales son responsables. En este punto, observamos que el equipo debiera trabajar para poder lograr los objetivos que se propongan en consonancia a los establecidos por el PIDI, ya que de esta manera se disminuyen los juegos de poder[61] en un mismo espacio y al interior del equipo, facilitando la integración de saberes.

En base a lo anteriormente descripto, sostenemos que es responsabilidad de los equipos de salud poder darse a la tarea de reflexionar y problematizar sus intervenciones en función de generar nuevas estrategias[62] ante las necesidades que se presentan al interior del equipo y que los atraviesa externamente.

Siguiendo a Galende (2004), adherimos a que los cambios más profundos e interesantes comienzan cuando percibimos y construimos desde las diversas disciplinas una forma de abordaje que integre lo bio-psico-social de manera integrada

[60] "La (bio) medicina construye una idea de persona centrada en el eje del cuerpo biológico, construcción que no solo es diferente sino además distante de la experiencia de los individuos en su vida cotidiana". (Saizar, 2008, pág. 36)
[61] Ver ampliación de concepto en Marco Teórico; Capítulo IV: Equipo de Salud. Pág. 41.
[62] "La acción es estrategia. La estrategia permite, a partir de una decisión inicial, imaginar un cierto número de escenarios para la acción, escenarios que podrán ser modificados según las informaciones que nos lleguen en el curso de la acción y según lo elementos aleatorios que sobrevendrán y perturbaran la acción. La estrategia lucha contra el azar y busca a la información". (Morin, 2000)

que trascienda lo meramente teórico y se pueda trasladar al campo concreto de actuación.

Entonces nuestra propuesta hacia el equipo de salud, estaría orientada a que las líneas de acción seleccionadas por el mismo sean profundizadas, analizadas y plasmadas en documentos escritos, los cuales serán un gran aporte para las intervenciones de los profesionales actuales y para aquellos nuevos profesionales y/o residentes que se incorporen a la tarea.

Como futuras profesionales, desde nuestro lugar no ignoramos los tiempos que vivimos, los cuales desembocan en una sociedad cambiante e intolerante, lo que la hace más compleja al momento de abordar situaciones de vida en las que se encuentra inmerso el niño/a, la madre y la familia. En un contexto heterogéneo donde los viejos problemas de salud adquieren nuevas connotaciones, el Trabajo Social en el campo de la salud intenta buscar nuevas perspectivas, formas de mirar y accionar en pos de abordar aquellas situaciones que puedan desembocar en condiciones de riesgo elevado psico-afectivo y social.

También afirmamos que, para que estas condiciones sean dadas, es necesario poner en diálogo las condiciones laborales en las que se desarrollan las intervenciones y programas de APS. Nos parece que estos espacios requieren de un profundo análisis.

"Hay que producir condiciones en que sea posible aprender críticamente… que seamos creadores, instigadores, inquietos, rigurosamente curiosos, humildes y persistentes. La curiosidad, como inquietud indagadora, como búsqueda de esclarecimiento, forma parte integrante del fenómeno de la vida. No habría creatividad sin la curiosidad que nos mueve y nos pone pacientemente impacientes ante el mundo que no hicimos".

Paulo Freire

en *Pedagogía de la autonomía*

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de Salud en la Argentina*. Argentina: Universidad de San Andrés. Recuperado de: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf

Alayon, R. (1980). *Hacia la historia del Trabajo Social en Argentina.* Perú: CELATS.

Ander-Egg, E., y Aguilar Idañez, M. J. (1997). *Cómo elaborar un proyecto: Guía para diseñar proyectos sociales y culturales.* Buenos Aires: LUMEN/HVMANITAS.

Atria, R. (2006). Políticas sociales: concepto y diseño. Un marco de referencia. *INAP. Documento de trabajo Nro. 6*. Chile: INAP, Universidad de Chile.

Barreix, J. B. (2003). *La Reconceptualización Hoy: Trabajo Social como utopía de la esperanza.* Mar del Plata: Departamento de Servicios Gráficos UNMDP.

Bersten, M. y Cabilla de Carrara, P. (2013). El trabajador social en salud mental. En L. Calvo, *Trabajo social familiar: transdisciplina y supervisión.* Buenos Aires: Espacio.

Bourdieu, P. (1988). Espacio Social y Poder Simbólico. En *Revista de Occidente*.

Bustelo, E. S. (1982). *Estado, política social y crisis de legitimidad.* CEPAL.

Calcagno, E. (2011). *El resurgimiento argentino.* Buenos Aires: Universidad Lomas de Zamora.

Carbia, A. M. (2015). Educación para la salud. Promoción y prevención de la salud. En D. J. Collia, *Salud Pública: Desarrollo participativo en los escenarios socioculturales del siglo XXI*. Morón: Nuestro Bien Estar.

CATSPBA. (2014). Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. http://www.catspba.org.ar

Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. En *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales (27a ed.).* Entre Ríos: Margen.

Cesilini, G., Guerrini, M., y Novoa, P. (2007). Los derechos humanos, la cuestión social y la salud estatal. En G. Cesilini, M. Guerrini y P. Novoa, *La nueva pobreza en el ambito hospitalario.* Buenos Aires: Espacio.

Collia, D. J. (2015). Reseña Histórica de la Salud Pública. En D. Collia, *Salud Pública, desarrollo participativo en los escenarios socioculturales del siglo XXI*. Morón: Nuestro Bien Estar.

Colombani, M. C. (2015). Medicina, historia y antropología. Una mirada crítica de la relación. En D. Collia, *Salud pública: desarrollo participativo en los escenarios socioculturales del siglo XXI.* Morón: Nuestro Bien Estar .

Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo. (1992). Río de Janeiro.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1999). Madrid.

Czeresnia, D. (2006). El concepto de Salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia, & C. Machado De Freitas, *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires: Lugar.

Duarte Nunes, E. (2016). La salud colectiva en Brasil: analizando el procesos de institucionalización. *Salud Colectiva, 3*(12). Universidad Nacional de Lanús.

Edmundo, G. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública, 30*(2). Universidad Nacional de Loja.

Farias, A. (2008). El Taller Protagónico. En A. Farias, *Personalidad, entrevista, taller y prevención en el trabajo social: una perspectiva desde el modelo convergente de los recursos humanos*. Mar del Plata: Martin.

Ferreyra, Sonia, E. (2003). La calidad de vida como concepto. Su utilización en el accionar de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud. *Revista cuatrimestral de Servicio Social, Sociedad N°74.* Sao Paulo.

FLACSO. (s.f.) http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf

Galende, E. (2004). Debate Cultural y Subjetividad en Salud. En H. Spinelli, *Salud Colectiva.* Buenos Aires: Lugar.

Garcia Salord, S. (1995). *Especificidad y rol en trabajo social: currículum – saber – formación.* Buenos Aires: HVMANITAS.

George, S. (2006). Cómo la deuda externa y el Consenso de Washington destruyen el desarrollo y crean pobreza. *Coloquio Internacional del Centro Celso Furtado sobre "Pobreza y Desarrollo dentro del Contexto de la Globalización"*. Recuperado de: http://www.quiendebeaquien.org

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social del trabajo de campo.* Buenos Aires: Paidós.

Gutierréz, A. (1995). *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales.* Posadas: Universitaria.

Hintze, S. (2007). *Políticas Sociales Argentinas en el cambio de siglo: conjeturas sobre lo posible.* Buenos Aires: Espacio.

Jara, O. (2001). *Dilemas y desafíos de sistematización de experiencias.* Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Recuperado de: http://www.cepalforja.org/sistematizacion

Jara, O. (2001). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias.* Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Recuperado de: http://www.cepalforja.org/sistematizacion

Jara, O . (2012). Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. *Revista internacional sobre investigación en educación global y para el desarrollo, 1*(1).

Krmpotic, C. (2008). Medicalización de la Vida Cotidiana y Políticas de Salud. En C. Krmpotic, *Cuidados, terapias y creencias en la Atención de la Salud*. Buenos Aires: Espacio.

Loreto, D., Lozano, P. y Meschini, H. L. (2013). *Modelo de desarrollo argentino, políticas sociales y nueva configuración social en el gobierno kirchnerista (2003-2011).* Mar del Plata.

Mallardi, M. W. (2013). Cuestión social y situaciones problemáticas: aportes a los procesos de intervención en Trabajo Social. *Revista Cátedra Paralela, año 2013*(9).

Marchiori Buss, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En D. Czeresnia, & C. Machado De Freitas, *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias* . Buenos Aires: Lugar.

Marro, K. (2005). Hacia la construcción de un Trabajo Social crítico latinoamericano: algunos elementos para su problematización. *Revista Cátedra Paralela, año 2005*(2).

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol.* México: Alianza.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la Salud de los trabajadores. Lanús: Salud Colectiva. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/

Mercer, H. (1990). La atención de la salud infantil: un espacio para el cambio. En E. I. Bustelo, *Mucho, poquito o nada: Crisis y alternativas de política social en los '90*. Buenos Aires: Miño y Ávila.

Meschini, P. (2015). El Modelo de Desarrollo Argentino (MDA): una forma de hacer posible/visible otro modelo de Desarrollo. *Revista Cátedra Paralela, año 2015*(12).

Moniec, S. y González, R. (2012). La actuación profesional del Trabajo Social en un contexto de reconfiguración del mundo del trabajo. *Perspectivas, Revista del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones* (8).

Montaño, C. (2000). *Naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción.* San Pablo: Cortez.

Morin, E. (2000). La complejidad y la acción. En *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: GEDISA.

Municipalidad de General Pueyrredon. (2010). *Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI).* Recuperado de: http://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/desarrollo-infantil

Municipalidad de General Pueyrredon. Secretaría de Salud. (s.f.). *Plan Integral de Desarrollo Infantil: Manual de procedimientos.*

Najmanovich, D. (2013). *Pensar la Subjetividad: complejidad, vínculos y emergencias.* Recuperado de: http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0600_biblioteca/index.php.

Narváez, R. (2015). Equipos de Salud. *8vo Congreso Provincial de APS.* Mar del Plata.

Netto, J. P. (1997). *Capitalismo monopolista y servicio social.* San Pablo: Cortez.

Netto, J. P. (2000) Una mirada crítica del Trabajo Social. Reflexiones en torno a la cuestión social. Ponencia presentada en la conferencia Nuevos escenarios y práctica profesional, 25 de Octubre de 2000, Carrera de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires.

OMS. (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* [online] Recuperado de: http://www.who.int/features/qa/28/es/

Ossani, A., Grassi, V., Recchia, C., Tolosa, M. y Calvo, L. (2013). Trabajo social y transdiciplina: Intervención de un equipo de salud orientado al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y las familias. En L. Calvo, *Trabajo social familiar: transdiciplina y supervision*. Buenos Aires: Espacio.

Papagallo, A. (2000). Trabajo Social e Identidad Profesional. *Primer Congreso de Trabajo Social*. Mar del Plata.

Parra, G. (2001). *Antimodernidad y Trabajo Social: Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino.* Universidad Nacional de Luján. Buenos Aires: Espacio.

Paulo, L. (2011). Construcción subvertida de Políticas Sociales. *Escenarios*.

Posgrado Salud Social y Comunitaria. (2005). *Módulo 1, Salud y Sociedad.* Buenos Aires: Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación.

Posgrado de Salud Social y Comunitaria. (2005). *Módulo 5, Políticas de Salud.* Uenos Aires: Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación.

Posgrado Salud Social y Comunitaria. (2005). *Modulo 8, Trabajo en Equipo en Salud* (Vol. 8). Buenos Aires: Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación.

Rozas Pagaza, M. (1998). *Una perspectiva teorico-metodológica de la intervención en Trabajo Social.* Buenos Aires: Espacio.

RSALUD. (2014). Los pioneros en Atención Primaria. *RSALUD: Una visión sobre la responsabilidad social en salud y medio ambiente.*

Sabino, C. A. (1987). *Cómo hacer una tesis: Guía para la elaboración y redacción de trabajos científicos.* Buenos Aires: HVMANITAS.

Sabino, C. (1996). *El proceso de investigación.* Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.

Saizar, M. M. (2008). Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente. En C. Krmpotic, *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud.* Buenos Aires: Espacio.

Spinelli, H. (2012, 20 de febrero). La salud tiene que ver con montones de cosas que no son los médicos. *Página 12.* Recuperado de: https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-187952-2012-02-20.html

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva 12*(2).

Testa, M. (2007). En Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué?. *Salud Colectiva 2*(2).

Testa, M. (2006). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar.

Torre, J. C. (2002). La democratización del bienestar. En J. C. Torre, *Nueva historia Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.

UNLa. (2007). *Abordaje integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario.* Lanús: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Vecchio, M., Grondona, C., Ismach, S., Madeira, S. y Riqué, D. (2012). La actuación profesional del Trabajo Social en el Servicio Urgencias del Hospital P. Piñeiro. En O. Garmendi, S. De Biasi, L. Castiglia, N. De Vicenzo, M. Mancini, y V. Moreira, *Intervenciones de Trabajo Social en el área de la salud: implicancias y reflexiones.* Buenos Aires: Espacio.

Vilar, S. (1997). *La nueva racionalidad: comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios.* Barcelona: Kairos.

Vilas, C. (2011). *Después del Neoliberalismo: Estado y procesos políticos en América Latina.* Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Wertheimer, C. (2015). Equipo de Salud: un ejercicio de participación. *8vo Congreso Provincial de APS.* Mar del Plata.

Zambrini, E. y Gabrinetti, M. (s.f.). Políticas Sociales en Argentina: de la Sociedad de Beneficiencia a la Asignacion Universal por Hijo. Aportes para el análisis desde una perspectiva histórica. *Ficha de Catedra Politica Social, Facultad de Trabajo Social. UNLP*.

Zimmermann, E. (1994). *Los liberlas reformistas, la cuestión social en Argentina, 1890-1916.* Buenos Aires: Sudamericana.

ANEXOS

Anexo I: Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI)

A continuación, anexamos el PIDI, del cual extrajimos solamente las partes que utilizamos para la confección de la presente sistematización.

Plan Integral de Desarrollo Infantil

Secretaría de Salud
Municipalidad de General Pueyrredon

El presente documento fue confeccionado por la Mesa Técnica del Programa Integral de Desarrollo Infantil, integrada por las áreas de Pediatría, Enfermería, Salud Mental, Salud Comunitaria, Salud de la Mujer, Servicio Social, Plan SUMAR.

¿Cómo se implementa el plan integral de desarrollo infantil?:

El plan integral de desarrollo infantil contempla la articulación, en su implementación transversal, de diferentes actores, desde una visión macro, identificamos:
Ministerio de salud de la nación,
Ministerio de salud pcia,,
Poder ejecutivo local,
Secretaria de salud,
Secretaría de desarrollo social.

Cada uno de estos actores aporta esfuerzos, tareas y funciones que comparten el objetivo de promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0-6 años la protección de la mujer embarazada y su entorno familiar. El motivo de dicha articulación tiene como fin la optimización de los recursos, evitar la superposición de las tareas y aumentar el impacto en la población.
Ejemplos de estas articulaciones resultan:
Desde el ministerio de salud de la nación, con planes como REMEDIAR, Plan Nacer, Plan de salud sexual y procreación responsable, Asignación universal.
Ministerio de salud de la provincia con sus efectores de 2º nivel, hospitales HIEMI, HIGA.
Ejecutivo local, y secretarias del municipio: con plan lactantes, controles de salud de niño, controles de embarazo, etc.
Desde la Secretaría de salud se designa y conforma un equipo técnico interdisciplinario inicial, (formado por las áreas de salud mental, trabajo social, salud comunitaria, gineco-obstetricia, enfermería, pediatría y docencia e investigación) que diseña objetivos específicos, propone practicas de intervención individual y comunitaria, así también propone modelos de evaluación.
Estas propuestas se transmiten a los diferentes equipos de los CAPS. Estas intervenciones, son sustentadas en la evidencia científica, y adaptada según valoración para su implementación, acordadas entre las diferentes divisiones intervinientes y agrupadas en un manual de procedimientos orientador para los equipos de salud. En los CAPS, los equipos interdisciplinarios multiplicadores, adaptaran dichas prácticas según prioridades del área programática, con la elección de metodologías adecuadas para comunidad y en función de recursos existentes y recursos necesarios. Tanto las practicas como los resultados obtenidos deben ser referidos al equipo interdisciplinario inicial. Esto tiene como finalidad monitorear y evaluar focal y globalmente el plan.
El equipo interdisciplinario del CAPS, deberá establecer distintos niveles de vinculación y trabajo conjunto con las organizaciones sociales formales, como CDI, y de la sociedad civil, como comedores, fundación CONIN, etc.; que comparten la misma población destinataria.
La implementación del plan será acompañado por otros actores como HCD, desde comisión de salud, consejo de niñez.
Ver grafico Anexo 1y 2.

¿Qué contiene el manual de procedimientos? Y ¿Para qué un manual de procedimientos?

El manual del Plan integral de Desarrollo Infantil está elaborado en base a la experiencia de los Equipos de Salud de la Atención Primaria de la salud, que se encuentran trabajando en el municipio, y a las recomendaciones que la evidencia científica propone en función de la efectividad de las intervenciones tempranas en el individuo y su entorno. Tiene como finalidad fortalecer el proceso de desarrollo de los niños desde su gestación utilizando como soporte principal la red salud publica del MGP y las redes formales e informales existentes que garanticen acciones coherentes al desarrollo infantil, mediante estrategias centradas en el niño, su familia y la comunidad.
Este instrumento pretende facilitar a los trabajadores de la salud distintas propuestas y estrategias para el acompañamiento y apoyo a la crianza y el desarrollo de los niños; reconociendo las capacidades y valores de sus familias y comunidades, detectando tempranamente los riesgos y problemas de salud que puedan presentar, para ofrecerles así, en forma oportuna, acceso a las intervenciones individuales, grupales y colectivas que requieren.
El manual tiene como propósito brindar a los equipos de salud orientaciones y recomendaciones para la atención y seguimiento del desarrollo integral biopsicosocial de los niños, privilegiando estrategias de promoción y prevención de la salud, incorporando técnicas de educación comunitaria, participación y comunicación social.

¿Qué encontraremos en el manual de procedimientos?

<u>El Manual se divide en</u>
1. Aspectos Conceptuales referidos al Desarrollo Integral del Niño.
2. Intervenciones recomendadas para equipo de salud.
3. Oficina de Referencia y Contra referencia del HIEMI.
4. Protocolos de atención por las diferentes especialidades (administrativo, enfermería, medico ginecólogo, obstétricas, médico generalista y-o de familia, pediatra, trabajador social, Terapia ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía, psicología, nutrición.)
5. Aportes desde la articulación con programas cuyo eje y destinatarios resultan compartidos con Plan de desarrollo integral del Niño.
6. Algoritmos integrales de abordaje de la población destinataria.

1. ASPECTOS CONCEPTUALES REFERIDOS AL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO:

- DESARROLLO INFANTIL:

El Desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía, la comunicación el lenguaje verbal y la interacción social. Esta evolución esta estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética específica de cada persona y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico, a nivel psicoafectivo y social.

- ATENCION TEMPRANA:

Se entiende por Atención Temprana al conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que

presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo interdisciplinario de profesionales.

- PRINCIPIOS ORIENTADORES:

Son seis los principios que guían el PDI:

a) El Plan tendrá al niño como sujeto central de las intervenciones y a su familia, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continua en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida. Si bien este programa abarcará, en una primera etapa, la población de embarazadas y niños hasta 6 años, es imprescindible que en etapas posteriores se replanteen acciones destinadas a otros grupos etarios (segunda infancia, adolescencia, adultos jóvenes, etc.)

b) Todos los niños tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades. No existe ninguna argumentación técnica ni de cualquier otra índole para interrumpir una intervención en función de factores tan aleatorios como, las dificultades económicas familiares, el lugar de residencia o depender de un ámbito de la administración u otro. Aquellos niños que necesitan de la atención tienen el derecho a disponer de los recursos para su tratamiento, evitando que puedan existir diferencias por haber nacido en una comunidad u otra, e incluso dentro de la misma comunidad, en zonas en las que no existen recursos de este tipo.
Se trata de garantizar el principio de igualdad de oportunidades de un sector de la población especialmente vulnerable.

c) Las políticas destinadas a acompañar el desarrollo infantil deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y deben ser flexibles a la diversidad de las necesidades de los niños.

d) Las comunidades, a través de la participación activa de sus ciudadanos, conjuntamente con las autoridades e instituciones, deben comprometerse a favorecer la cohesión social en función de promover y sostener el desarrollo integral de los niños.

e) La *Atención Integral del Niño y su familia es entendida como "el conjunto de acciones coordinadas que satisfacen tanto las necesidades esenciales para preservar la vida, como aquellas que guardan relación con el desarrollo y aprendizaje humano.*"

f) El abordaje interdisciplinario de la atención del niño y su familia implica compartir información, objetivos y decisiones.

- ATENCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

La organización de la atención del Desarrollo Infantil por tanto, debe establecer las normativas encaminadas a:

a) La adopción de medidas de prevención desarrollando estrategias de educación comunitaria, incentivando la participación y comunicación social.

b) La detección precoz de situaciones de riesgo, identificando oportunamente situaciones de déficit en el desarrollo psicomotor, emocional, social y nutricional del niño desde la gestación y su familia.

c) La intervención como proceso tendiente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social del niño y su familia.

La Atención del Desarrollo Infantil no puede ser vista exclusivamente como una vertiente de la rehabilitación, de la intervención psico-social o de la educación sino que debe formar parte de un proceso integral que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños integrados en su entorno. Para lograr este cometido es necesario que desde el sector se ofrezcan niveles satisfactorios de eficiencia y de calidad en la atención. Este es el punto de partida para lograr líneas de actuación que cubran las necesidades en esta materia, de todos los niños del MGP sin exclusión alguna.
El programa debe garantizar el acceso a la atención del niño que presenta alguna deficiencia o que tiene riesgo de padecerla, facilitándole los recursos y los medios necesarios para la interacción niño-familia-sociedad y para el desarrollo de sus capacidades. Los niños con problemas en su desarrollo son sujetos de pleno derecho de nuestra sociedad que deben estar amparados por los principios de la Declaración Universal de los Derechos del Niño. Es necesario que los organismos públicos implicados en garantizar la salud, la protección social y la educación se coordinen para dar una eficaz respuesta institucional a estos derechos, en mayor medida, cuando existen condicionamientos que suponen que éstos se encuentran en una situación de desprotección e inferioridad.
La intervención en la población infantil susceptible de sufrir alguna limitación en su proceso de desarrollo va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades individuales que se derivan de las discapacidades. El logro de las competencias que son propias del proceso evolutivo va a situar a los niños en condiciones favorables para comprender el mundo circundante y para adaptarse al entorno natural y social.
Este documento, ha de servir para encauzar esfuerzos en pos de la mejora de la Atención del Desarrollo Infantil y de la calidad de vida de quienes más la necesitan.

2. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL EQUIPO DE SALUD

La atención del desarrollo infantil debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos siendo preciso el trabajo conjunto de profesionales y trabajadores de salud de las diferentes disciplinas: medicina, trabajo social, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía, psicología, enfermería, administrativo, etc. Es importante que los profesionales puedan atender no solo los aspectos referentes al niño, sino también aquellas otras demandas familiares. Es indispensable para el trabajo interdisciplinario un espacio formal para compartir la información, donde se tomen las decisiones y se establezcan los objetivos comunes para la intervención.
Los integrantes del equipo debieran desarrollar una forma de trabajo participativa, que se exprese en una interacción abierta, positiva y de apoyo a la familia.
La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinaria, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone, y el conocimiento y actuación sobre el entorno social.
Concluida la etapa de recolección de información realizada cada profesional aportara en una reunión de equipo los datos y conclusiones de su evaluación. Se establecerán las necesidades del niño y de la familia y los recursos existentes en la comunidad. Es importante establecer prioridades de actuación, posibles pronósticos a corto, medio y largo plazo.
Cuando el periodo de atención del niño finaliza por su positiva evolución o por razones de edad o competencias, debe derivarse a otro servicio e informar oralmente y por escrito a la familia.

El Plan de Desarrollo Infantil debe garantizar la coherencia y la continuidad de la atención al niño y su familia, más allá de los cambios que puedan producirse en los

equipos para lo cual se hace necesario la coordinación entre profesionales y una adecuada organización administrativa que garantice la accesibilidad al Plan.
Se recomienda para ello que el Coordinador del CAPS motorice la implementación del plan, como así también pueda identificarse dentro del equipo a un referente para que articule con el equipo técnico inicial responsable, por sus funciones asignadas, pero si el equipo decide designar otra persona como referente esta deberá trabajar conjuntamente con el coordinador.

En el documento original se encuentra y detalla aquí el punto 3) OFICINA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MUNICIPAL EN HIEMI y punto 4) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN POR LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES (administrativo, enfermería, medico ginecólogo, obstétricas, médico generalista y-o de familia, pediatra, trabajador social, Terapia ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía, psicología, nutrición.)

DIVISIÓN ATENCIÓN DEL NIÑO

El primer antecedente de la atención integral del niño en el partido de General Pueyrredón es el Plan de Lactante, que comenzó a implementarse en 1961 en un solo centro de salud basado en el sub-programa de la Prov. de Bs. As. En 1969 se extiende a 8 centros, y actualmente funciona en 28 Centros de Atención Primaria de la Salud (en adelante CAPS). Su propósito era “Propender al descenso de la morbi-mortalidad infantil en el partido, con el propósito de lograr el goce de un estado de completo bienestar físico, mental y social de un niño, mediante las acciones de control de salud y de tratamiento de la patología menor en los centros de salud y derivación de la patología mayor a servicios de más alta complejidad”. Fue actualizado y extendió su cobertura en el 2003 cuando paso a denominarse Programa de atención del niño de 0 a 5 años.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS
Control antropométrico: Medición y registro en la historia clínica del peso, talla y perímetro cefálico del lactante que concurre a control de salud. Medición y registro en historia clínica del peso, talla y tensión arterial de niños de 3 a 5 años que concurre a control de salud.

Vacunación: Control y registro en HC de las vacunas aplicadas, aplicación de vacunas que correspondan a la edad según calendario del Programa Nacional de Inmunizaciones.
(Ver Anexo 3)

Control clínico pediátrico: Control del crecimiento utilizando tablas de percentilos recomendadas por la OMS presentes en las HC, examen físico completo, evaluación del desarrollo madurativo de acuerdo a la edad, tratamiento oportuno de patologías si se detectaran, y derivación a otros profesionales si fuera pertinente.

Consejería de la familia: Dialogo con los padres o cuidadores del niño destinado a responder a las inquietudes que estos tengan y a la promoción de prácticas y estilos de vida saludable.

Indicación y suministro de hierro y vitaminas ADC: Indicación oportuna, según norma de vitamino profilaxis y sulfato ferroso a dosis profiláctica y entrega de los mismos durante el tiempo que este indicado.

Taller de acompañamiento en la crianza: Actividad grupal a desarrollarse con los padres o cuidadores del niño que vienen a control de salud y los integrantes del

equipo de salud disponibles en cada CAPS. Se trataran temas como alimentación, pautas madurativas y conductas propias de cada edad, manejo de límites, prevención de accidentes domésticos y todos aquellos que surjan como inquietudes de las familias. Será siempre un espacio de promoción de la salud y estímulo a la consulta oportuna. (Ver Anexo 4)

En el documento original aquí se detalla sobre las acciones a realizar por las diferentes especialidades de acuerdo a la edad del niño/a. Este apartado se denomina CONTROL DEL NIÑO SANO DE 0 A 6 AÑOS.

SERVICIO SOCIAL SALUD

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el contexto social y las condiciones del entorno en la existencia de un déficit en el desarrollo o en el riesgo de que se pueda producir, los servicios sociales en APS tienen una función y una responsabilidad clara tanto en los programas de prevención como en las tareas de detección, diagnostico e intervención en todos aquellos casos que lo requieran.
Es inherente a Los S.S. en Salud intervenir en todos los niveles de atención, especialmente cuando se presentan condiciones de elevado riesgo psico-afectivo y social: madre adolescente, embarazos no buscados, enfermedad mental de los padres, escasos recursos familiares y familias multiproblemáticas, drogodependencia, entre otras situaciones. Se requiere no sólo la intervención de los Trabajadores Sociales sino de un equipo interdisciplinario que trabaje con un mismo objetivo.
El diagnostico en DI debe contemplar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos: medicina, psicología, terapia ocupacional, pedagogía, trabajo social.
Es responsabilidad del equipo de salud realizar el seguimiento del desarrollo del niño acompañando a la familia en este proceso.
El medio familiar constituye sin duda una vía importante de detección, pues en muchas ocasiones son los mismos padres, o personas cercanas al niño, quienes en la interacción diaria con su hija/o en su contexto natural pueden observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños.

Intervención de los Trabajadores Sociales con las familias

La intervención del Trabajador Social en Atención Primaria de la Salud se enmarca dentro de la atención global al niño, la embarazada y su familia, colaborando como un miembro más del equipo multidisciplinar en su atención, tratamiento e integración a la comunidad.
A partir de recoger la información socio – familiar podrá elaborar un diagnostico social y establecer el plan de trabajo y las estrategias necesarias que permitan ayudar a la familia a incorporar elementos de mejora, que posibiliten un mayor bienestar al niño, la embarazada, su familia y su entorno.

Estas estrategias de intervención estarán orientadas básicamente a:

- Establecer un vínculo relacional sólido entre el profesional y referente familiar, confiable que permita indagar sobre distintos aspectos de la vida familiar.
- Recuperar con el otro, aspectos relacionados a su historia vital, su cotidianeidad, con la intención de comprender-reflexionar conjuntamente sobre las significaciones que le otorga.
- Activar y potenciar los recursos internos de la propia familia.
- Orientar a la familia sobre los medios legales y sociales existentes, facilitándoles el conocimiento de sus derechos, servicios y prestaciones económicas o de otra índole e informándoles de las condiciones y forma de acceso a ellas.

- Trabajar para el buen uso de los recursos asignados.
- Trabajar la derivación de la familia a otros servicios específicos cuando esta no pueda resolver por si misma una problemática concreta.
- Promover la coordinación con profesionales de otros ámbitos e instituciones para poder trabajar conjuntamente estrategias de intervención en casos y situaciones complejas.

En el documento original aquí se detalla el punto 5) APORTES DESDE LA ARTICULACION CON PROGRAMAS CUYO EJE Y DESTINATARIOS RESULTAN COMPARTIDOS CON PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO y punto 6) ALGORITMOS INTEGRALES DE ABORDAJE DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA, en el que se encuentra el siguiente anexo utilizado.

Anexo 4
Taller de crianza

Programa de formación a partir del encuentro de un grupo interdisciplinario de profesionales que plantea la necesidad de pensar desde un lugar preventivo la crianza y el trabajo con los niños y sus familias , entendiendo la prevención como la posibilidad de poder ver con anticipación las necesidades y características de los niños actuales.
Esta propuesta brinda herramientas para pensar y reflexionar acerca de la importancia de los primeros años de vida.
Los aportes teóricos- prácticos estarán a cargo de diferentes especialidades (Terapia Ocupacional, Psicopedagogía, Servicio Social, Pediatría) según recurso de cada CAPS, en distintas temáticas y/o metodologías (charlas, juegos, títeres, etc.).

Objetivos:

- Conocer el desarrollo emocional del niño.

- Intervenir de manera preventiva en los vínculos tempranos y detectar precozmente alguna de las posibles patologías que pueden presentarse durante la primera infancia para realizar las acciones pertinentes

- Proporcionar recursos útiles para el trabajo con el niño y sus familias ayudando a establecer vínculos que promuevan un desarrollo integral.

- Incentivar y orientar a los padres a crear hábitos saludables como precursores de “buena salud”.

- Acompañar y asistir a las madres, padres y familias en el camino del crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Ejes temáticos:

- Lactancia
- Fusión emocional y corporal
- Psiquismo infantil
- Vinculo temprano- Apego
- El llanto
- El sueño infantil
- Alimentación
- El juego

- Prevención de accidentes
- Maternidad y paternidad en situaciones especiales
- Pautas de higiene en los niños
- El lenguaje y la comunicación
- Limites
- Vacunación

Lactancia: técnicas para amamantar, beneficios de la lactancia, el amamantamiento en la actualidad, diferentes tipos de leche materna, pautas para un buen amamantamiento, el mensaje afectivo de la lactancia, el vínculo del amamantamiento, proceso de destete y periodo de alimentación complementaria, consejos para una buena lactancia.

Fusión emocional: vinculo madre-hijo

Psiquismo infantil- Vinculo temprano: desarrollo emocional de los niños, destrezas neurosensoriales y motoras, periodo de alerta y reflejos, impacto de la falta de cuidados necesarios en la salud mental de los niños, teoría del apego, patologías del vínculo temprano, duelo de la madre post parto.

Llanto: que dice el llanto del niño, el llanto como expresión, respetar y responder al llanto, llanto como mecanismo de comunicación, la importancia de permitir llorar a un bebe, angustia de los padres frente al llanto.

Sueño infantil: ciclos del sueño en la vida intrauterina y al nacer, trastornos del sueño y sus señales, el niño que duerme de día y está despierto de noche, el habito de dormir, los rituales del sueño, posición segura para dormir, las siestas, actividades facilitadoras del sueño.

Alimentación: transición entre lactancia y alimentación complementaria, conducta alimentaria normal del niño pequeño, adquisición de hábitos saludables, el rol de los padres en la alimentación de los niños, recetas y forma de preparación para una alimentación saludable de acuerdo a las diferentes edades.

Lenguaje y comunicación: desarrollo normal y trastornos

Límites: necesidad de normas y como implementarlas, la formación de la personalidad de un niño, concepto de “libertad”, afecto en la crianza, ejercer una autoridad responsable, los beneficios de la puesta de límites.

Juego: teorías acerca del juego, característica de un juguete para ser seguro, juego como factor indispensable para el desarrollo intelectual, motor y afectivo del niño.

Vacunación: calendario de vacunación obligatorio, beneficios de la vacunación.

Anexo II: Crónicas

A continuación, anexamos las crónicas realizadas a partir de la observación participante. Por un lado, se encuentran las crónicas individuales recogidas en el área de pediatría y por otro, las crónicas grupales en el marco de las charlas informativas desarrolladas en el SUM del Centro Nro. 2.

Atención Individual

CRÓNICA N°1

Fecha: Viernes 31 de Octubre del 2014

Lugar: Área de Pediatría del Centro de Salud Nro. 2

Hora de Inicio: 10:20 hs.

Hora de Finalización: 11:00 hs.

Esta crónica se realiza en base a la observación de la dinámica de trabajo del equipo de salud del área de pediatría con respecto a la atención de niños recién nacidos, ya que está estipulado realizar los ingresos de recién nacidos todos los días viernes.

Participaron durante la observación dos pediatras y un residente, dos enfermeros, un trabajador social, un administrativo acercando las historias clínicas, la cual su presencia es solo por un momento, cuatro madres, dos padres, cuatro niños.

La duración de la observación es de 40 minutos.

En el mismo espacio se encuentran las madres con sus hijos que esperan mientras los pediatras atienden a otros niños/as.

El enfermero/a acompaña en ese momento al pediatra, ya sea observando al niño o mirando la historia clínica. La tarea que realizan a continuación es de pesar y medir a los bebés siendo uno de los dos enfermeros que conforma el equipo especializada en técnicas de amamantamiento, por lo tanto enseña a la madre como hacerlo. El lavado de manos es constante más aun cuando vuelven a atender a otro niño/a.

El pediatra realiza un chequeo físico, da indicaciones a las madres y padres, escribe en el cuaderno personal del niño donde deja asentado el control realizado y próximo turno.

En el espacio de pediatría se encuentra una mesada con pileta y canilla, también se observa un instrumento para medir y balanza, insumos varios, y una colchoneta que se utiliza para desvestir y atender al bebé, la misma función cumplen otras dos camillas que se encuentran en el lugar. En el medio hay un ventilador de techo y dos luces fluorescentes del que se cuelgan dos muñecos de peluche. Dentro del mismo espacio, pero hacia una esquina se ubica la administración pediátrica y dos consultorios cerrados; y un poco más al fondo el espacio de descanso de los profesionales, al que le llaman bunker de pediatría.

Aunque se encuentren otras madres y padres con sus hijos en el mismo espacio, se visualiza que la familia atendida está concentrada en la charla que mantiene con el profesional.

En un momento surgió una conversación respecto a la intervención entre dos pediatras sobre una paciente particular, en la que también participó la enfermera.

Se escuchan preguntas que se le hacen a la madre sobre el grupo familiar, en ocasiones las mismas se realizan en voz alta, acerca de enfermedades, parto, control, animales, etc.

Apreciación personal: con respecto a lo último, considero que se debería tener un espacio adecuado para la atención individual del niño/a, haciendo de ello un momento más íntimo y personalizado, ya que las personas se pueden encontrar resistentes a contestar preguntas y temerosas de que alguien pueda escuchar sobre su vida, la de su hijo/a y la familia.

Recordando siempre que se está trabajando con una población que pertenece a un área programática delimitada y que puede llevar a coincidir que en un mismo momento de atención se encuentren vecinos, compañeros de trabajo, parientes, enemigos, desconocidos, etc.

Tener un espacio donde las personas se sientan cómodas y a través de la buena comunicación facilitará la función del profesional para poder lograr sus objetivos.

Trasladando esto mismo al equipo que aborda el “Control del Niño Sano”, crear un ámbito de trabajo donde puedan compartir, interactuar y evaluar situaciones individuales y abordarlos desde las distintas disciplinas.

CRÓNICA N°2

Fecha: Miércoles 5 de Noviembre del 2014

Lugar: Área de Pediatría del Centro de Salud Nro. 2

Hora de Inicio: 10:00 hs.

Hora de Finalización: 10:40 hs.

Participan en la atención del control del niño sano 2 pediatras, un residente y 2 enfermeros, la terapista ocupacional y la trabajadora social.

En este momento se realiza el control de salud correspondiente a los niños/as de 5 años de edad. Se observa a enfermera indicando a los 3 padres presentes sobre la aplicación de vacunas. Hay un pediatra que se encuentra atendiendo a una niña, en un momento se retira del lugar para traer de su vehículo muestras gratis de medicación para la misma, el padre agradece a la pediatra.

Enfermero sale de uno de los consultorios dentro del área pediátrica para medir a un niño de 5 años, simultáneamente, otro enfermero pesa a una niña ya que el sector se divide en dos partes para la atención de los niños según el sexo, por una cuestión de encontrarse desnudos y verse los genitales.

En un momento el enfermero trae una silla para que una de las pediatras se siente a completar los datos en el cuaderno del paciente, esa silla específica no le agrada por lo que debe el enfermero llevar esa y traer otra.

Se escucha llantos en la sala y se visualiza que se comienza atender simultáneamente a varios niños/as, algunos con control programado para ese día y otros por demanda espontánea por enfermedad.

Se escucha a la enfermera que le dice en tono alto mirando a la pediatra: ¿vos atendés a éste? (estando la familia al lado).

Los profesionales hablan entre ellos realizando comentarios sobre la administrativa (que se deberían poder jubilar a los 50 años) y quejas referidas al municipio.

Detectamos un constante movimiento de diferentes profesionales en el consultorio principal de pediatría, los dos consultorios individuales y la administración; habiendo un acceso libre a todos los espacios.

Ingresa un padre el cual no lleva libreta sanitaria, ni cuaderno pediátrico, ni documentación del niño que requiere atención. Pediatra y enfermera realizan preguntas varias en relación a datos personales (fecha nacimiento, edad, etc.), el padre manifiesta no recordar y haber olvidado la documentación necesaria. Se pregunta sobre la madre del niño que no estaba presente ya que no concurrió. Ahí revela que no es el padre biológico del niño pero que es la persona que lo cuida desde bebé, aclara que es la pareja de la madre del niño.

Visualizamos un momento de tensión y preocupación, por parte de los profesionales, por la situación que se presentaba con el niño. Por otro lado, observamos que el trato del adulto hacia el niño tiene cierta violencia ya que el niño no respondía a las indicaciones y limites que le indicaba el mismo (el niño tocaba los objetos a su alcance, se movía, hablaba, etc.).

Se atiende al niño y luego es derivado inmediatamente al servicio social.

Antes de retirarnos del lugar, ingresa para ser atendido un niño con pelo largo y uno de los pediatras manifiesta cierta molestia con su aspecto.

Apreciación personal: pienso que los profesionales deben realizar comentarios varios de los pacientes que fueron atendidos y sus temas personales en un ámbito donde otros pacientes y familiares no se encuentren presentes.

Detectamos que, a la hora de la atención, no se visualiza un momento de intimidad entre el paciente y el profesional que lo está atendiendo. Si bien entendemos que la atención de salud del niño/a esta atravesada por la intervención del equipo nos parece importante la organización del mismo (golpear la puerta o avisar antes de entrar a un consultorio, tener una continuidad en la atención de un mismo paciente, etc.).

Es muy evidente la incomodidad que manifiestan algunos profesionales con respecto a estilos de vida del niño/a y de los familiares, su aspecto físico y hasta su ideología, esto sucede en presencia de las personas que allí se encuentren.

CRÓNICA N°3

Fecha: Miércoles 12 de Noviembre del 2014

Lugar: Área de Pediatría del Centro de Salud Nro. 2

Hora de Inicio: 09:40hs

Hora de Finalización: 10:30hs

Se realiza en esta oportunidad el control programado para los niños/as de 4 meses. Están presentes 4 pediatras, 2 enfermeros y la terapista ocupacional.

Lo primero que se observa y escucha es un diálogo entre una pediatra y una enfermera:

- P: se acerca al bebé recién vacunado y le dice ¿Qué te hicieron?
- E: ¡No le digas así! Después las madres no vienen. Hay que fomentar la vacuna.
- P: ¡Bueno! Sí, ya sé. Es un decir.

Cada uno continúa con la atención a los bebés con la dinámica frecuente. Se escucha que golpean una de las 2 puertas del área de atención pediátrica, se atiende a la mujer que pregunta por una vacuna específica, ya que venía del país vecino, Perú. La pediatra le indica que se dirija al consultorio de vacunas. La mujer regresa y vuelve a preguntar por lo mismo, en esta ocasión a la enfermera, por lo que la pediatra que la orientó la primera vez dice: "¿Pero porque pregunta tanto? ¡Ya le explique que vaya a vacunas, no acá! ¡Que se vaya a Perú!".

El resto de los profesionales se muestran indiferentes ante esta situación, pero aportan sonrisas y bromas al respecto.

Pasado un momento una de las pediatras se dirige hacia a mí, aclarando sobre la importancia del trabajo en equipo pero al plantear el tema de reuniones sobre casos complejos manifiesta que es imposible porque todos gritan y terminan peleando.

Se observa la higiene constante con alcohol en manos, camillas y objetos cada vez que se atiende a un niño/a.

***

Atención grupal

CRÓNICA N°4

Fecha: Miércoles 3 de Septiembre del 2014

Lugar: SUM del Centro de Salud Nro. 2

Hora de Inicio: 08:55hs

Hora de Finalización: 09:45hs

Se presencia, escucha y observa la charla en la que se encuentran presentes 8 niños/as de 12 meses, 8 madres, 4 padres y un niño.

Se comienza la charla informativa con un solo pediatra, que es quien coordina en esta oportunidad y dos residentes acompañando. La primera parte del taller la pediatra contaba anécdotas referidas a su intervención en guardias.

Se observa en el SUM bancos largos acomodados en forma de círculo.

Algunos padres prestan atención, otros se distraen mirando a sus hijos que están jugando en el piso, donde se encuentra un cajón lleno de juguetes, a la par las madres intervienen en el juego de los niños.

Las miradas y la atención están centradas en los niños.

En un momento se escucha que la pediatra que está coordinando la charla dice ¡no! A uno de los papás presentes, le dice que no pegue en la mano a su hijo.

La pediatra continúa hablando, la temática que aborda es la de accidentes y cuenta una anécdota sobre el traslado de niños en las motos. Paralelamente, se observa que sobre un escritorio se encuentra sentada una pediatra que escucha lo que habla su colega y observa a padres y niños.

Hay 4 cochecitos en el SUM y una mamá que juega con su hijo que está en uno de ellos, pregunta sobre los juegos de arrastre. La pediatra que antes estaba sentada en el escritorio ahora se para y continua ella la charla.

Una mamá cuenta una experiencia sobre lo que hace su hijo con respecto a los cajones de un mueble en la casa.

En un momento de la charla el pediatra pregunta ¿Qué hace el niño cuando tiene berrinches? Una mamá opina y un papá dice que su hija es agresiva. El pediatra dice: “a esta edad no deben hablar de maltrato y agresividad en niños”.

De repente 9:22hs llega una madre con su hijo y otra pediatra, que al oír el tema tratado recomienda que los padres vean una película, también habla de otra que trata sobre límites.

Luego ingresa al SUM una pareja con su hijo.

La pediatra continúa hablando y ahora es acerca de la aprobación que los chicos necesitan de sus padres, se sigue hablando sobre límites, crecimiento, alimentación; este último tema resaltando la importancia de la comida y el compartir con la familia.

Ella pregunta ¿tienen algún momento los padres para compartir alguna comida? Con voz muy baja contestan que sí, otros asienten con la cabeza.

En el momento que se está hablando de la alimentación una de las madres presentes interpreta de una manera distinta la información que brinda la pediatra y la contradice, por lo que se genera cambio de opiniones entre la madre y la pediatra, a lo que esta última manifiesta ¡saquémosla de acá por favor!

La otra pediatra se acerca a los chicos que están jugando en el piso y les saca las tapitas de gaseosa, remarca a los padres la importancia de prevenir una asfixia.

La pediatra retoma la coordinación de la charla preguntando ¿qué más cocinan? Por un instante nadie contesta, luego una mamá cuenta que ella come solo tres verduras pero que a sus hijos les cocina de todo, por otro lado un padre opina de lo rico que es la ensalada.

Se abre el espacio a preguntas y dudas que a los padres les surja. Una madre realiza una y se le indica qué cosas se le debe sacar al niño/a (teta, mamadera, chupete).

Algunos padres miran atentamente a la pediatra que habla, otros miran a sus hijos y también sucede entre padres.

Se da por terminada la charla por que la pediatra que llevaba adelante la charla dice ¡están cansados!

CRÓNICA N°5

Fecha: Viernes 5 de Septiembre del 2014

Lugar: SUM del Centro de Salud Nro. 2

Hora de Inicio: 08:56hs

Hora de Finalización: 09:50hs

En el lugar se encuentran presente la terapista ocupacional, 3 pediatras, 1 residente, 1trabajador social. Participan en este encuentro 5 madres con sus respectivos bebés recién nacidos y 2 familiares acompañantes.

Se visualiza en el espacio del SUM, un círculo reducido conformado por 4 bancos que se encuentran allí para sentarse.

La terapista ocupacional comienza realizando una pregunta: ¿todos nacieron por parto normal o cesárea? A lo que dos madres contestaron que sus hijos nacieron por cesárea.

La pediatra dice ¿alguien quiere preguntar algo?

Por lo que, la TO vuelve a preguntar ¿cómo se sienten? ¿Están cansadas? La profesional espera a que respondan y mira hacia varios lados.

Al mismo tiempo, una de las pediatras mira y escucha atentamente lo que habla otra de las pediatras presente en el mismo espacio.

Se observa que los niños/as están todos durmiendo y las madres miran y escuchan la charla relajadamente. Se puede visualizar también que, en uno de los bancos se encuentran sentados todos los profesionales.

Por un momento se producen risas espontáneas sobre la representación de una situación propia de una madre, acerca de lo que es la crianza, la comida y el descanso.

La tercer y cuarta pregunta de la TO son: ¿van al baño? ¿Tuvieron una diferencia en el tema de cantidad de leche? Una madre comparte su situación personal con respecto a los pechos y la leche.

La pediatra da indicaciones sobre cómo guardar la leche materna: 8 hs a temperatura ambiente, 2 o 3 días en heladera. Se deja en una mamadera 30 milímetros de leche materna para que el cuidador se la dé al bebe.

La TO hace otra pregunta: ¿alguna de ustedes va a trabajar? A lo que una madre contesta que tiene licencia hasta noviembre y que él bebe después queda al cuidado del marido o la mamá. Otra mama, manifiesta que comienza a trabajar dentro de un mes y que él bebe quedaría a cargo de la madre.

La pediatra remarca la importancia de una madre tranquila, y habla acerca de los ideales que no existen.

La pediatra residente acota sobre la cantidad de leche, ya que hay mujeres que tienen mucha cantidad y otras que no. Se continúa hablando, pero sobre la caída del ombligo.

La TO dice a las madres que pueden realizar todo tipo de consulta a cualquier profesional, no necesariamente a un médico. También dice que si bien es un lugar público el espacio es privado con cada profesional y que ellos están para el acompañamiento.

La pediatra avisa que se viene “LA PREGUNTA” y la realiza: ¿Dónde duermen?

El pediatra toma esa pregunta y habla de la importancia del porqué el niño/a debe dormir en su cuna, y pregunta ¿alguien más duerme con él bebe? Una mamá al instante pregunta ¿cómo hay que acostar al bebé? Se deja espacio para que las madres cuenten sus experiencias.

Posteriormente, continúa la charla la TO aportando el tema de organización familiar y rutina. El pediatra acota sobre las indicaciones respecto a los diferentes métodos anticonceptivos.

En ese momento, se suma a la charla una madre con su bebé a las 9.37hs.

El pediatra remarca la importancia de la decisión que tiene la mujer sobre su cuerpo a la hora de tener hijos/as, la TO aporta reflexiones sobre el concepto de familia, conocer al hombre como pareja, si tienes hijos/as o como se conformaba su familia anterior.

La TS les brinda información amplia acerca de los talleres de planificación familiar que se realizan los días miércoles a las 11hs en el SUM de la sala (en el encuentro se realiza una charla y la entrega de métodos anticonceptivos).

Registro de charlas informales (Junio a Septiembre del año 2014)

DÍA	PROFESIONALES	PARTICIPANTES	EDAD
Viernes 13/06/14	TO / 1 pediatra / 2 residentes de pediatría / 1 enfermera / 1 TS / 2 estudiantes de trabajo social	3 madres / 3 bebés	Recién nacidos (niñas de 7, 8 y 9 días)
Lunes 16/06/14	TO / 1 enfermera / 2 pediatras / 2 estudiantes de trabajo social	7 madres / 7 niños-as	15 meses (5 varones y 2 nenas)
Miércoles 18/06/14	2 pediatras / 2 enfermeros / 2 estudiantes de trabajo social	11 madres / 2 padres / 1 hermano y 11 niños	2 años
Miércoles 25/06/14	3 pediatras / 2 residentes de pediatría / 2 estudiantes de trabajo social	15 madres / 2 padres / 2 hermanos y 15 bebés	6 meses
Viernes 27/06/14	TO / 2 pediatras / residente de pediatría / 2 estudiantes de TS	8 madres / 5 padres / 5 hermanos y 8 bebés	Recién nacidos
Miércoles 2/07/14	2 pediatra / 1 residentes de pediatría / 1 enfermera / 2 estudiantes de TS	10 madres / 2 padres y 10 bebés	8 meses
Miércoles 6/08/14	2 pediatras / 1 enfermera / 3 residentes de pediatría / 2 estudiantes TS	10 madres / 2 padres / 1 adolescente / 1 hermana y 10 bebés	18 meses
Lunes 11/08/14	2 pediatras / 1 enfermero / TO / 2 estudiantes de TS	8 madres / 3 hermanos y 8 niños	3 años
Miércoles 13/08/14	2 pediatras / 1 enfermero / 2 estudiantes de TS	Suspensión de la charla	Niños de 3, 4, 5 años
Viernes 22/08/14	2 pediatras / 1 enfermera / 2 estudiantes de TS	7 madres / 3 padres y 3 hermanos y 7 bebés	Recién nacidos
Viernes 29/08/14	1 TO / 1 enfermera / 2 estudiantes de TS	2 madres / 1 padre y 2 bebés	Recién nacidos
Miércoles 3/09/14	2 pediatras / 2 residentes de pediatría / 2 estudiantes de TS	8 madres / 4 padres / 1 hermana y 8 niños/as	12 meses
Viernes 5/09/14	1 TO / 3 pediatras / 1 residente de pediatría / 1 TS / 2 estudiantes de TS	5 madres / 2 familiares acompañantes y bebés	Recién nacidos

Anexo III: Matriz de datos

A continuación, anexamos la matriz de datos confeccionada con información obtenida a partir de la desgrabación de entrevistas realizada a los diferentes profesionales del equipo de salud.

1. PRÁCTICA DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN GRUPAL	**METODOLOGÍA IMPLEMENTADA**	**ENTREVISTADO**	**FUNCIÓN**	**RESULTADOS ESPERADOS/LOGRADOS**
	Charla Informativa	Enfermera	"Brindo herramientas referentes al cuidado del niño/a y pautas generales que incluyen ejes temáticos para cada edad"	"Generar un espacio de participación donde todos podamos seguir construyendo a partir de la experiencia de familias y profesionales" "Visualizo mayor conciencia del valor de realizar el control de salud y una reducción de los accidentes domésticos" "Destaco que antes había mucha ignorancia, pero había interés, ahora hay cierta indiferencia de las necesidades del bebé y de las indicaciones del equipo de salud, por lo que se debe trabajar más el interés". "Pese que hay cuestiones por mejorar considero ha dado resultado esta modalidad de trabajo y hay muchos logros alcanzados".
	Charla Informativa	Trabajadora Social	"Tengo la función educadora y brindar información acerca de vínculos entre la familia y el niño/a en la vida cotidiana". "Abordar los proyectos de vida personales y familiares".	"Procuro la concurrencia y toma de conciencia/ puesta en práctica de la información propuesta en el taller". "Se visualizó pequeños cambios sobre el cuidado y la responsabilidad de tener una familia". "El logro es la oportunidad que se le da al otro".
	Charla Informativa	Terapista Ocupacional	"Hago énfasis en la prevención referente a las problemáticas de desarrollo psicomotriz del niño/a".	"Que las familias puedan escuchar la información y detectar ciertas situaciones de retraso y riesgo en el desarrollo infantil para una intervención precoz".

				“Se logra que los padres, por iniciativa propia consulten y no sólo por derivación de otro profesional”. “Considero que estar presente en las charlas genera el conocimiento de la profesión a los padres y la accesibilidad”.
	Charla Informativa	Pediatra	“Instruir a la gente sobre enfermedades prevalentes de cada época del año para lograr la prevención de las mismas en los niños /as”.	“Considero que la realidad materno-infantil ha cambiado notablemente en los últimos 10 años, que no hay casos con grados críticos de salud y ya no observo familias con muchos hijos”. “Desde mi lugar aseguro que la salud de las familias ha ido mejorando”.
	Charla Informativa	Pediatra	“Abordar lo referente a patologías prevalentes y su prevención de acuerdo a cada grupo etario”. “Enseñar a los padres a evolucionar junto a sus hijos en el crecimiento”.	“Se busca el cambio de conducta y la modificación de ciertos hábitos de los padres respecto a la salud de los niños/as”. “Considero que la permanencia de esta modalidad es necesaria, ya que da resultados positivos, desde donde se observa la dinámica familiar (trato, interés y escucha)”. “Hay un reconocimiento hacia el profesional, por parte de las familias que reciben la información en las charlas”.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL	**LUGAR**	**PROFESIONAL**	**FUNCIÓN**	**RESULTADOS ESPERADOS/ LOGRADOS**
	Administración	Secretaria de Administración de Pediatría.	"Otorgar turnos para atención y control de los niños/as. Solicitar interconsulta a diferentes instituciones de salud".	"Espero que los padres escuchen y tomen conocimiento de la importancia del control de salud de los niños/as por encima de la cumplimentación de requisitos de AUH (Asignación Universal por Hijo)". "Existe cierta irresponsabilidad por parte de las madres respecto a los controles de salud". "Con la implementación de la AUH hubo aumento de la natalidad".
	Administración	Secretaria de Administración de Pediatría.	"Otorgar turnos por enfermedad". "Recepcionar cuadernos y gestionar interconsultas a CEMA".	"Se busca informar acerca de las pautas de salud según cada etapa de crecimiento del niño".
	Consultorio de Pediatría	Enfermera	"Consiste en el control antropométrico y vacunación de los niños según edad". "Enseñar de manera teórico/ practica las técnicas de amamantamiento".	"Espero que a través de las herramientas que se les brinda a las familias puedan mejorar sus condiciones abarcando las diferentes necesidades del niño: fisiológicas y afectivas". "Se logró que las familias incorporen la realización del control de salud a los niños/as reconociendo simultáneamente la importancia de la aplicación de las vacunas correspondientes". "Hay cambios en las pautas de salud y la consulta temprana de patologías".

	Oficina de Servicio Social	Trabajadora Social	“En el marco de una entrevista brindo asesoramiento y orientación a las familias de acuerdo a sus demandas según las problemáticas socio-económicas que surjan”. “Informar sobre los recursos disponibles (económicos, institucionales, humanos, etc.)”.	“Ayudar al otro a buscar resolución de sus propias problemáticas a través de la reflexión conjunta (profesional/paciente) donde la persona sea el promotor de ese cambio que necesita”. “Observo que no hay tantas problemáticas complejas como en otros lugares y que se da mayormente un cumplimiento y responsabilidad de los padres en lo que respecta a la atención de los niños/as”. “El trabajo actual es más relajado que en otra época aunque la demanda es alta para una sola profesional en el Servicio Social”.
	Consultorio	Terapista Ocupacional	“Medir el desarrollo infantil: motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje, socialización y hábitos”. “Realizar screening y test de pesquisa”.	“Detectar alteraciones, retrasos o trastornos, desvíos de desarrollo en la población sana y atenderlos tempranamente (prevención)”. “Considero como logro que los padres soliciten consultas por iniciativa propia”.
	Consultorio	Pediatra	“Examinar la parte orgánica del niño y revisar su desarrollo y crecimiento”. “Asegurar que se tomen todas las medidas de prevención integral de la salud”.	“Espero que las familias puedan aprender a tomar las medidas precautorias para evitar la enfermedad del niño/a y/o realizar la consulta precoz”.
	Consultorio	Pediatra	“De acuerdo a la edad del niño/a, dar pautas, directivas y consejos sobre la salud”.	“La misión respecto al control integral del niño/a es cambiar conductas, también que se cumplan con las indicaciones (realizar deportes) y las interconsultas señaladas (Oftalmología, odontología, nutrición, etc.)”.

2. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

PROFE-SIONAL	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	TEMAS	COORDINA-CIÓN	PLANIFICACIÓN (Reuniones y Agenda)	PARTICIPANTES	FUNCIÓN DE OTROS PROFESIONALES
Enfermera	Plantea que la interdisciplina es: “exponer todos los saberes como una construcción conjunta donde todos ven a un mismo objeto de estudio (paciente) desde su área”. “A mí me parece es importante como equipo trabajar en la interdisciplina donde todos desde nuestras miradas hacemos un saber común y todos aportamos para ese tratamiento integral del niño y la familia”. Este equipo es interdisciplinario “primero porque hay muchas especialidades trabajando, segundo porque hay respeto más allá que en los distintos saberes a veces surgen diferencias en la visión pero yo creo que es un equipo donde hay respeto por la visión del otro, donde nos consultamos, donde está esta cuestión, donde vemos y por ahí lo que no ve uno el otro lo observa y lo expresa y se escucha y se revee, o	“Se basa en ejes temáticos de acuerdo a la edad del niño/a: pautas fisiológicas, alimentación, descanso, higiene, estimulación temprana, vínculos, etc.” “Es como que todos tenemos más o menos en cuenta los temas”.	“La dinámica como va surgiendo, en realidad, es de acuerdo al momento y como vaya surgiendo la situación y necesidad de los padres”.	“Por ahí lo que nos falta es escribir lo que vamos haciendo, por ahí no tenemos la cuestión formal de tal día reunión de equipo, pero nosotros nos sentamos mucho a hablar del taller.” “Creo que por ahí es más informal, lo que pasa que hace muchos años lo venimos haciendo y esa estructura de base ya está.”	“Generalmente están en el taller: el pediatra y la enfermera, algunos días cuando esta la terapista ocupacional y servicio social.”	**TS**: relacionado al funcionamiento familiar y la orientación en lo que hace a los servicios de la comunidad para las familias, también en cuanto a la organización familiar y las relaciones intrafamiliares. Los **administrativos** recepcionan al paciente, son los que dan información de cómo manejarse en el circuito de la institución, se encargan de los turnos, de pasar los turnos. Los **médicos**, ellos hacen toda la parte de examen físico. En cuanto a la **terapista** ocupacional hace más clara la parte del desarrollo, estimulación temprana, dificultades en el desarrollo.

	sea, y en general con todas las cosas que uno siempre tiene para corregir y mejorar me parece que es un equipo interdisciplinario”.					
Secretaria de Administración	Un equipo interdisciplinario “es todo, todos trabajando juntos, todos interactuando para beneficio del paciente. En esta sala sí hay un equipo interdisciplinario”.	“Hay un buen taller de puericultura, que le dan las pautas de lo que tienen que hacer los padres y los padres pueden participar”.	“Para cada edad hay un taller diferente, la enfermera que hace la parte de enfermería, y los médicos con la parte médica y los padres que expresan sus inquietudes”.	“No hay planificación escrita, ellos (los médicos) saben a cada edad lo que tienen que decir”.	“Bueno hay participación de todo el equipo. Nosotros con la parte administrativa, y hacemos lo que podemos con el ausentismo y todo eso o cuando vemos cosas raras, por ejemplo: que la madre no entiende ciertas cosas, le avisamos a servicio social”. “Integran el equipo de salud: psicología, terapista ocupacional, nosotros, los pediatras, la enfermera”.	**“TS** tiene muchas funciones: el seguimiento de los pacientes en ausentismo, ver los casos de riesgos, las derivaciones a CPDEN. El **enfermero** les asiste en cuanto a la lactancia a las mamás y las aconseja. Dan las vacunas, hacen los controles de peso, talla y perímetro cefálico, cuando son chicos más grandes hay que tomar la presión arterial para ver si es hipertenso. El **pediatra** además de la parte médica, hace la función de psicólogo y asistente social. El **terapista** muy importante porque con los juegos se van dando cuenta si va madurando el chico. Y después se lo trasmite al pediatra, es constante el intercambio”.
Secretaria de Administración	Es un equipo interdisciplinario porque “hay mucha comunicación y siempre tratamos de solucionarle los problemas a los pacientes desde	“Hay una charla de alimentación” (…) “Los temas surgen según el grupo en el momento”.	“Se organizan de manera informal. Todos los días hay meses diferentes. Es	“Son charlas informales, el espacio donde nos reunimos es en la cocinita en la parte de pediatría” “Siempre hablamos de	“En la charla todos participan, hay enfermeros y los pediatras y a veces esta Anastasia de Servicio Social.	“La **TS:** que los pacientes tengan un seguimiento. La **enfermera** enseña a como dar el pecho a las mamás aparte de las vacunas.

	administración dando los turnos antes, el pediatra siempre se hace un lugar para atender a ese paciente, está siempre la psicóloga, la terapista nos deja los turnos para que ya el paciente se vaya con los turnos de ella y con servicio social para que haya un seguimiento. Entonces hay un grupo, entonces todos cumplimos”.		así la organización los citamos según la edad del niño”. (…) “Los pediatras quieren hacer las charlas, esto no se hace en todas las salas. Ellos siguen con esto porque funciona”.	los pacientes, entonces por ahí no hace falta una reunión porque siempre comemos y hablamos de los pacientes y como seguir”.	Según los que estén van a la charla”.	La **TO**: no tengo mucho conocimiento El **Pediatra** informa a la madre y atiende al paciente, es el que capta”.
Trabajador a Social	“A mí me gusto el hecho de trabajar en salud por las diferentes profesiones que formaban parte en los talleres y cada uno desde su lugar da su saber, aporta su saber. Este equipo es interdisciplinario desde la función que trabajamos en el taller interdisciplinariamente pero le falta todavía una vueltita, que pasaría por el tema de las reuniones” (…) “Los talleres son interdisciplinarios, cada profesión desde su lugar hace el aporte correspondiente”	“Los temas están relacionados de acuerdo a las edades. (…) Específicamente se bajan cosas inherentes a esa edad cronológica del chico: alimentación, evolución, los cambios, interacción con la familia, responsabilidades”.	Hay un taller en el que “se les sugieren pautas de crianza como para poder lograr una mejor eficacia en lo que sería la crianza de ese chico” Llevan adelante los talleres “más que nada los pediatras y nosotros acompañamos, si bien puede faltar un	En relación a la metodología “yo no sé si hay algo escrito sobre el taller, creo que debería haber. Nunca pregunté si desde pediatría en algún momento se armó un proyecto en cuanto a todo lo que fue realizar los talleres”. Respecto a las reuniones de equipo “no hemos logrado tener ateneos de casos, no hemos logrado sentarnos y hacer intercambios que posibiliten a lo	“Los talleres han sido sostenidos siempre por los pediatras, porque a lo mejor ha faltado el terapista, la asistente social, y la enfermera acompaña en algunos momentos sí, en otros no”(…) “Si bien el administrativo no participa en el taller indirectamente también participa”.	“El **médico** va hablar todo lo referente a la alimentación, los problemas de salud. La **enfermera** va hacer su aporte desde el hecho de hablar sobre la vacunación, sobre amamantamiento. El **administrativo** se ocupa de abrir la historia clínica, dar los turnos, otorgar la entrega de leche, notificar los turnos asignados. La **terapista** se encarga de observar la parte motora, se ocupa de trabajar con la familia en función de los estímulos”.

			pediatra y uno lo suplanta; el rol que tiene el pediatra es importante”.	mejor algo más superador porque cada uno lo hace así como de pasillo”.		
Terapista Ocupacional	“La interdisciplina es esto de abordar al chico desde todas las áreas y estamos en continua comunicación”. Es un equipo interdisciplinario “salvando algunas cosas que todavía uno tiene que pulir para que no exista esta cuestión vertical, que no se da en todos lados porque tiene mucho que ver con las personas no con las profesiones. Te podes encontrar con gente que trabajen realmente interdisciplinariamente como podes encontrar esta cuestión vertical de modelo medico en algún profesional o psicológico a veces, depende quien sea”.	“Los temas que se hablan en los talleres son en general sobre desarrollo infantil de acuerdo a la edad del chico: lenguaje, alimentación, rutina, juegos, motricidad, vacunas, accidentes, vínculos, interacción. Entonces todos esos temas se toman cada vez todos los días de acuerdo a la edad del chico”.	“Las charlas no tienen una estructura, en general, yo siempre cedo que empiece hablando el pediatra hoy arranque hablando yo pero porque todavía no habían llegado los pediatras pero porque a veces se habla primero de la parte medica” (…)	“No se dan reuniones formales para armar los talleres, esta institucionalizado así; después por casos particulares nos buscamos” (...) “Lo que se hace ahora es ir juntando de a pedacitos la información acerca del paciente”. No existe una agenda para los talleres “acá está pautado así, espontáneamente”.	“Participa pediatría, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional en el de la mañana por lo menos. Psicología no participa aunque trabaje en el equipo y se le derivan un montón de cuestiones”.	“El rol del **trabajador social** es la evaluación e intervención social en el contexto del chico, no solo económico”.
Pediatra	La interdisciplina “es fundamental y de muchísima importancia se da cuando todos aportan lo que pueden ver, de un caso, desde su óptica y que tiren las ideas que se les ocurren sin importar que no pertenezca a su campo”.	“Los temas que se tratan en cada reunión obviamente esta condicionados a la edad de los niños y a lo que va surgiendo, o sea, hay un	“Al taller va el que tienen mejor disponibilidad de tiempo y de trabajo ese día, no es que hay alguien estipulado	“No hay una agenda escrita, considero que con la cantidad de tiempo que llevamos haciéndolo uno ya automáticamente se pone el chip que corresponde”.	“Integran los talleres todas las mamás que son citadas ese día de acuerdo a la edad de sus niños, ahora en algunos talleres tenemos la terapista	“La **TS** tiene una visión mucho más amplia y enriquecedora como para hacer señalamiento en pos de la salud del grupo familiar. La función de la **enfermera**: es pesar, medir, vacunar a los niños. Los **administrativos** de

	Es un equipo interdisciplinario porque “cuando surge algún caso especial que requiere que varios de nosotros tengamos intervención se da la reunión y se trabaja, y se sigue la búsqueda, desde qué líneas ponernos a trabajar para que esa gente logre los resultados. No siempre las decisiones son fáciles de lograr, pero se llega a un buen camino, a un consenso”.	esquema que lo tenemos mentalmente ya muy aprendido porque esto lleva muchos años, de que temas o tópicos obligatoriamente no podes eludir en cada reunión de acuerdo a la edad de los chicos”.	exclusivamente para tal día coordinar el taller” (…) “Dentro del taller cada uno habla de temas muy específicos, quizás la gente de servicio social habla más de los temas que le competen al servicio social. La enfermera se dedica más a poner énfasis en vacunas y lactancia materna ya que tenemos una enfermera que maneja muy, muy bien ese tema y después la parte de prevención de enfermedades participamos los médicos, en el tema del desarrollo es		ocupacional” (…) “en algunos talleres participa la fonoaudióloga, la enfermera está en casi todos, y bueno estamos los médicos y a veces también residentes de pediatría” (…) “En algunos casos participan los padres, a veces es una abuela que cuida al chico, puede ser una niñera, no se le niega la entrada a nadie”.	pediatría organizan los turnos, derivaciones, interconsultas. La **terapista ocupacional** realiza estimulación, observando a los chicos”.

			más de la terapista ocupacional”.			
Pediatra	“Te digo hay gente que trabaja muy bien, gente idónea, con muchísima voluntad, eso es oro en polvo” (…) “Intenta ser un equipo interdisciplinario”.	“En los talleres se trabaja por grupo etario y hablamos sobre: patologías prevalentes, vacunas correspondientes, etc.”	“No es que hay una guía para dar la charla, el mismo paciente cambia, el paciente evoluciona mes a mes y yo tengo que evolucionar con ese paciente, yo tengo que enseñarles a los padres como evolucionar con ese paciente pero no está pautado”. “Cada cual tiene su personalidad y su condimento para dar la charla pero eso es personal de cada médico”.	“Ya sabemos sobre los temas que hay que hablar, la verdad que no hay una agenda” (…) “Hay cosas que uno ya lo sabe porque está dentro de lo que es ser pediatra, no hay una agenda” (…) “No tiene por qué haber una agenda”. “Lo que nos cuesta es tener el espacio para hablar, el espacio y el momento porque a veces uno termina tan cansado que no quiere hablar más y eso nos haría falta” (…) “Todos saben mucho, y yo no puedo hablar de su idoneidad, en absoluto. Pero no tenemos reuniones de equipo, no tenemos H.C en común, los saberes se pierden”.	La participación no está pautada “es un poco el voluntariado y el tiempo de cada uno”.	“Cada profesional tiene una historia clínica aparte (psicóloga, terapista, trabajadora social). Entonces los roles como profesionales son brillantes pero sino lo aunamos se desvirtúa”.

3. PIDI (PROGRAMA INTEGRAL DE DESARROLLO INFANTIL)

PROFESIONAL	CONTROL DEL NIÑO SANO	CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA
Enfermera	"Consiste en crear condiciones de salud, dar herramientas a la familia para que puedan mejorar sus condiciones de salud, teniendo una mirada amplia precisamente en lo que es el concepto de salud, abarcando las distintas problemáticas en base a las diferentes necesidades del niño y la familia, desde las básicas, fisiológicas hasta las afectivas, la relación, etc."	"Programa Materno Infantil, desconozco objetivos y especificaciones."
Secretaria de Administración	"Hay un buen taller de puericultura, que le dan las pautas de lo que tienen que hacer los padres y los padres pueden participar. Para cada edad hay un taller diferente y bueno hay participación de todo el equipo."	"El programa más actual es el Control Materno Infantil de 0 a 6 años. Y el objetivo es que las mamás vean las pautas de acuerdo a cada edad y que la apliquen, está la parte de vacunas también integrado ahí."
Secretaria de Administración	"Sí, hay una charla de alimentación. El control empieza a las 8 am, hasta los 3 años hay una charla después el control de peso. Sería un conjunto de actividades."	"Sé que las charlas se hacen en esta sala, y los controles sí se tienen que hacer. No conozco el programa."
Trabajador Social	"El Control del Niño Sano es el control que se le hace a los chiquitos. Antes era de 0 a 2 años y después con otros programas que se fueron incorporando se amplió, justamente, los controles hasta los 6 años. Esta sala tiene una particularidad muy, muy importante porque se trabaja con talleres, es una forma de poder llegar a una gran cantidad de población."	"Se encuadra justamente en el Programa de Desarrollo Infantil. Tiene objetivos que yo ahora no me los acuerdo, pero todo apunta a lo que es la promoción y la prevención de la salud de los chicos hasta los 6 años".
Terapista Ocupacional	"El Control del Niño desde mi formación mide el desarrollo infantil. El Programa integral de desarrollo infantil pauto para terapia ocupacional hacer *screening* de desarrollo, aplicar test de pesquisa de desarrollo al niño sano."	"Es el Programa Integral de Desarrollo Infantil que en el año 2010 se puso en juego. Aunque es algo que se viene haciendo desde antes. Específicamente para terapia ocupacional el objetivo del PIDI es detectar alteraciones, retrasos o trastornos desvíos de desarrollo en la población sana."
Pediatra	"El control del niño sano se basa en examinar la parte orgánica del niño, revisar cómo está desarrollándose, creciendo, como esta orgánicamente, como se maneja su mamá en el acompañamiento del crecimiento y el desarrollo, en la alimentación. Que se hagan todas las medidas de prevención de la salud, desde la vacunación hasta una dieta saludable, las	"Hay un programa que es la atención del niño y el lactante, pero tengo entendido que no está puntualizado y detallado como hacerlo en forma estricta. Cada centro de salud y cada grupo de profesionales lo va adaptando a su forma, a su manera. En el programa no hay algo estricto de que hay ciertos

	formas en que descansa, se entretiene. Lo más integral posible viéndolo desde el punto de vista estrictamente médico, desde lo psicológico y lo social del niño y su familia.”	pasos a seguir o cumplir en cada control.”
Pediatra	“Nosotros lo venimos haciendo hace mucho tiempo, yo hace más de 20 años y la gente que estaba antes que yo ya lo había ideado. Es un control pormenorizado que incluye desde la administrativa, la enfermera, la asistente social, la terapista, los pediatras, fonoaudiología y el contacto con psicología.”	“El niño sano de 0 a 2 años es Plan de Lactante, luego se implementó hasta los 5 años lo que se llamaba PROMIN, creo que fue en 1998, donde se exigió que el control este sistematizado la obligatoriedad del control hasta los 5 años, bueno nosotros lo seguimos haciendo, por más que PROMIN cayó hace muchos años”.

Anexo IV: Guía de preguntas y desgrabación de entrevistas

A continuación, anexamos las preguntas que guían las entrevistas de tipo semi-estructuradas, las cuales fueron realizadas de forma individual a 7 (siete) profesionales que integran el equipo de salud materno/ infantil.

Preguntas de entrevista semi-estructurada a los distintos profesionales integrantes del Equipo de Salud en APS.

1. ¿Cómo se implementa el PIDI? ¿Desde qué año?

Rta.: Frente al desconocimiento del PIDI, plantear que es el manual de procedimiento que regula las actividades de promoción y prevención en la atención del niño.
Si refiere tema relacionado al control del niño sano, preguntar:

2. ¿Qué es para usted el Control del Niño Sano? ¿Qué significa?
3. ¿Por qué surge armar/ realizar este tipo de intervención?
4. ¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
5. ¿Cómo surgen los talleres? ¿Qué piensa sobre los mismos? ¿Considera que son de utilidad? Si/ No, Por qué.
6. ¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?
7. ¿Qué es la interdisciplina?
8. ¿Cómo surge la conformación de este equipo? ¿Desde qué año es parte del mismo? ¿Cómo se organizan? ¿Trabajan con cronograma?
9. ¿Cuál es su función dentro del equipo de salud? ¿Cuál es la función de los distintos profesionales dentro del Equipo?

Pediatra /Enfermero / Trabajadora Social / Terapista Ocupacional/ Administrativos

……..

Desgrabación de entrevistas

ENTREVISTA N°1

Nombre: María Cecilia (enfermera)
Fecha: Noviembre 2015
Hora: 11 a 11:40 am

¿Desde qué año estas integrando esta sala? ¿y cuál es tu rol?
Desde el año 96. Soy enfermera.

1. ¿Qué es para vos y en qué se basa el Control del Niño Sano?
Consiste en crear condiciones de salud, dar herramientas a la familia para que puedan mejorar sus condiciones de salud, teniendo una mirada amplia precisamente en lo que es el concepto de salud, abarcando las distintas problemáticas en base a las diferentes necesidades del niño y la familia, desde las básicas, fisiológicas hasta las afectivas, la relación, etc.

2. Las actividades que ustedes realizan en el marco del control del niño sano ¿están encuadradas en algún programa específico?
Si, en el programa materno infantil.

3. ¿Tenés conocimiento de ese programa, sabés si tiene objetivos, si tiene especificaciones si hay en el escrito una modalidad de trabajo que se deberían abordar como equipo, o hay algo de eso que sepas o quieras mencionar?
No.

4. ¿Cómo surgen los talleres? ¿Qué piensa sobre los mismos? ¿Considera que son de utilidad? Si/ No, Por qué.
Desde que año, en realidad yo muy bien no me acuerdo porque fue hace muchos años, surgió como la necesidad. Cuando yo ingrese en el servicio de pediatría no teníamos los talleres habitualmente y dada la falta de conocimiento de los padres se empezó a ver la posibilidad de hacer talleres de promoción y prevención en la salud, lo que si se hacía es citarlo por edades para que los padres puedan tener conocimiento de las características comunes del crecimiento y desarrollo de los chicos en distintas etapas, así que ya con eso son muchos años que está incorporado el taller junto con los turnos parte del control físico, antropometría y vacunas dentro del servicio.

¿Entonces vos me decís que cuando vos ingresaste no estaban los talleres en ese momento?

Los talleres no cuando yo ingrese en el ´96, pero no recuerdo bien cuando nosotros lo incorporamos como modalidad de trabajo. Hubo un cambio importante en esa época cuando ingresamos, por ahí la gente venían a algunos controles y otros no, generalmente a los controles cuando había vacunas, había mucho ausentismo, por eso también se empezó a trabajar para darle una modalidad. Y bueno ahora hasta los 5 años la gente tiene cómo incorporado traerlos al control que en ese momento no, ya al control de los 2 años prácticamente no venían chicos.

Los objetivos que están planteados para el taller ¿vos los conocés o no hay objetivos?
En realidad, la idea es darles herramientas a los padres para acompañar el crecimiento y desarrollo de los chicos por eso se citan por edad, por eso se dan pautas generales de las características de los chicos, siempre hay ejes temáticos que hacen a esa etapa. Se van cambiando las pautas de acuerdo a la edad que tienen, pero las pautas son: las fisiológicas, alimentación, descanso, higiene, la parte de estimulación temprana, la parte de vínculos; esos serían los ejes temáticos de los distintos talleres que se adaptan de acuerdo a la edad, por eso se los citan por edad.

¿Quién determina esos ejes? ¿Son planteados anteriormente, lo consensuan en conjunto?
En realidad, es como que está establecido hace muchos años, son ejes básicos en el crecimiento del desarrollo del chico, pero también teniendo en cuenta esos ejes va surgiendo de acuerdo a cada grupo también la forma de plantearlo. Por ahí no todos los grupos son iguales hay grupos más reactivos, más participativos, hay algunos que cuando empiezas a tratar de abordarlos están como dados y otros temas no, entonces teniendo esos ejes como bases se van modificando según el grupo que tengas ese día.

5. ¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
En realidad, la organización se basa en esos ejes mencionados anteriormente y todos tenemos esas bases para el tratamiento en el taller, pero la dinámica como va surgiendo, en realidad, es de acuerdo al momento y como vaya surgiendo la situación y necesidad de los padres.
Generalmente están en el taller: el pediatra y la enfermera algunos días cuando esta la terapista ocupacional y servicio social
Una vez dado los ejes cada uno desde su lugar da aportes. Primero cada uno desde su rol y segundo también desde lo que está haciendo más falta, por ahí es más importante en un determinado tema en un grupo como la mirada del terapista o del enfermero, eso va surgiendo en el momento de acuerdo a la necesidad y aparte más o menos se trata de hacer un trabajo integrado entre todos. Por ejemplo: vos decís esto y yo digo esto, va surgiendo de apoyo una cosa así más fluida.
El taller está estructurado de acuerdo a las edades que tenés, todos los días vos tenés diferentes chicos citados de manera grupal, todos los de 1 mes, todos los de 2 meses, entonces lo que está estructurado es de acuerdo a las características y las necesidades de los chicos de esa edad en lo que vas a enfocar en el taller, la estructura seria esa la edad que tenes programada en los controles.

¿Hay alguien que propone los temas? ¿Surge de algún profesional?
Esos temas están como estructurados ya desde la dinámica de trabajo, abarcando esos ejes. Ponele nos ha pasado: el tema de accidentes que se habla mucho, si vos cuando atendes notas algo que hace falta hacer más hincapié esos lo vas viendo y lo vas como replanteando.
Por ahí lo que nos falta es escribir lo que vamos haciendo, por ahí no tenemos la cuestión formal de tal día reunión de equipo, pero nosotros nos sentamos mucho a hablar del taller: ¿Qué estamos viendo? ¿Qué respuestas estamos teniendo? ¿Qué problemas van surgiendo? A todo eso cotidianamente nos juntamos, lo vamos charlando, es una cuestión bastante dinámica como se va haciendo a pesar de que hay una estructura en cuanto a los ejes que se tocan, pero no es tan rígido, tan formal.

En relación a los talleres ¿vos creés que responde a una metodología planificada? ¿Hay una planificación de los talleres o es más de tipo informal?
Creo que por ahí es más informal, lo que pasa que hace muchos años lo venimos haciendo y esa estructura de base ya está. Entonces por ahí, es como que todos tenemos en cuenta más o menos los temas, después es cómo surge la respuesta que dan los padres, es el alcance que tiene. A veces lo enfocan de una manera y sobre la marcha tenes que cambiar, o adultos con

los que te da para seguir trabajando y la gente tiene inquietud, te pregunta y participa, y a veces tenes que estar tratando de que participen de que pregunten de despertarles el interés. Entonces es un taller bastante fluido no es una cosa tan esquemática.

6. ¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?

El hecho de la participación es generar un espacio para todos, donde todos podamos seguir construyendo. Nos parecía que en los talleres como que también se orientalice y cada uno aporta su saber, muchas veces uno se basa en un taller en la experiencia de una mamá para solucionar el problema de otra. Buscando sacar la idea de que el equipo de salud habla desde un lugar del saber y los otros que aprendan, sino como una construcción más de todos, esa es un poco la idea del taller. Y aparte también al ser muchos chicos, primero se busca brindar a los padres un marco de saber sobre temas que a ellos les preocupa mucho. El hecho de que son chicos todos de la misma edad permite charlar y saber que a los otros le está pasando lo mismo. Entonces será diferenciar un problema o si esto será propio de la edad y a todos nos pasa lo mismo. Después también el hecho que al haber muchos chicos citados a nosotros nos favorece porque ciertas pautas generales, aunque en algunos casos se retome el tema y se profundice en consultorio, sirven de base que todos saben y permite un manejo de la información general. Sino a veces cuando tenés 18 chicos citados en consultorio quizás al último, se te escapa decirle cosas importantes de tanto repetir a cada uno lo mismo. Entonces de esta manera, con el taller, cierta información general está en las manos de todos.

En relación a los resultados, por ahí uno siempre ve que está faltando y le parece como que fue poco todo eso. Yo que lo veo en la profesión de tantos años, creo que ha aportado mucho, primero como que hay más conciencia del valor de venir al control, de los cuidados de salud, también la cantidad de chicos que se atienden y también situaciones que antes veíamos que ahora no se dan tanto: los accidentes, quemaduras, las caídas, etc. Antes veíamos mucho más. Sí, creo que ha dado resultados esta modalidad de trabajo, por más que siempre queda por mejorar, por más que surgen situaciones nuevas, la situación de la familia y la situación social ha cambiado bastante de cuando empezamos.

También siempre es como replantearse, nosotros nos replanteamos nuevas formas de intervención porque también los problemas que hoy tenemos son diferentes a los que atendíamos antes. Hay muchas situaciones sociales que derivan en problemas de salud que por ahí antes tenías más lo físico y que ahora hay otras cuestiones de salud mental, cuestiones vinculares. Entonces como que también mucho va cambiando, antes había mucha ignorancia pero había mucho interés, ahora hay que trabajar más el interés, uno nota más como una cierta indiferencia ante las necesidades del bebé o ante lo que el equipo de salud les puede brindar. Antes había una conexión más, como que los padres te tomaban como referentes que en este momento, que eso es una de las cosas que como equipo nos estamos replanteando. Tal vez haya que buscar otra manera de abordar las nuevas problemáticas que tienen las familias.

¿Hay alguna situación concreta que vos puedas visualizar de esto que veníamos hablando de los resultados que se espera del taller?

Si, cambios en las pautas de salud, cambios a nivel de algunas patologías de las que se trabajan en los talleres, que se previenen, que se hace la consulta más temprana, el tema de los accidentes, que han mermado mucho desde cuando empezamos con esta modalidad. Se hizo mucho hincapié en el tema de las vacunas, hay más conciencia en el cotidiano, te queda el impacto del día.

Si vos lo analizas en el tiempo y en el conjunto hay más logros de lo que por ahí uno escucha, pero en realidad, si uno lo mira en el tiempo se han hecho logros.

7. Respecto al equipo de salud ¿realizan reuniones con los profesionales que integran el taller para evaluar los resultados o para otro tipo de situaciones?

Es un equipo que está trabajando hace muchos años con sus pros y sus contras, pero yo pienso que la evaluación surge constantemente, somos de reunirnos, de ver y de preguntarnos. Por ahí, por momentos, se hace más difícil. Hay mucho desgaste y eso a veces también complica para poder ver más objetivamente las cosas, pero siempre se está replanteando y nos juntamos pero no es que a tal hora hay reunión, pero vos terminas la tarea y bueno decís: “hoy nos tenemos que fijar y hablar porque con la cuestión del taller…”. Te empezás a plantear que otras formas.

No hay generalmente una reunión formal de equipo pero la evaluación es constante y somos de juntarnos.

Generalmente nos juntamos en uno de los consultorios cocina de todo un poco de pediatría y a veces acá con las chicas de servicio social. En sí, a pesar de todas sus falencias se trabaja

mucho en equipo, cada uno desde su saber tenemos nuestras buenas discusiones, pero en realidad, en relación a otros lados que he observado se trabaja mucho en equipo.

¿Cuál sería tu aporte para complementarse como equipo, cuales son las fortalezas y cuales los obstáculos?
La fortaleza es que yo veo muy positivo a este equipo es que realmente hay mucho interés en la salud general del niño no es una tarea más, hay un compromiso con la tarea. Por ahí hay distintas visiones, por ahí este agotamiento que son muchas cosas que influyen en como uno atiende, desde lo edilicio, la falta de recursos humanos. Por ahí, a nivel general la falta de talleres o espacios de análisis y de evaluación de los equipos, pero a mí me parece que lo que más nos surge en este momento es la necesidad de armarnos diferentes ante estas nuevas problemáticas, ahora vamos a tener una reunión con la gente de psicología así podemos empezar a ver determinados temas o si podemos hacer talleres aparte sobre determinados temas.

8. ¿Qué es para vos la interdisciplina?
Para mí es exponer todos los saberes, es como la construcción conjunta. La interdisciplina por ahí todos vemos un objeto de estudio, todos trabajamos con ese mismo paciente pero por ahí cada uno desde su área. A mí me parece que, es importante como equipo trabajar en la interdisciplina donde todos desde nuestras miradas hacemos un saber común y todos aportamos para ese tratamiento integral del niño y la familia. Una de las cosas que han ido surgiendo que también son cosas que nos tenemos que replantear es el tema de la seguridad que en este momento estamos con situaciones con medidas, reclamando por situaciones del lugar, estamos sin gas, la estructura edilicia. Por ahí es como un *impasse* en esto que ya está planteado, pero nos tenemos que replantear el tema de poder trabajar bien con la familia.
Una cosa que surgió a raíz de la falta de seguridad es que al control ingrese solo un familiar del niño y una de las cosas que yo planteo es que en algún momento hay que reveerlo porque uno trabaja con la familia y no poder tenerlo en ciertas situaciones donde no hay acuerdos familiares o donde los padres no se involucran tanto, donde el padre esta , el padre se queda afuera entra la madre sola, ahí hay sobre todo una situación de seguridad, ya que nos han hurtado cosas en el momento de estar atendiendo y si se tomó esta decisión yo pienso que tiene que ser transitoria y sentarnos y reveer como podemos hacer para trabajar realmente con la familia.

¿Vos crees que este equipo es Interdisciplinario?
Si, primero porque hay muchas especialidades trabajando, segundo porque hay respeto más allá que en los distintos saberes a veces surgen diferencias en la visión pero yo creo que es un equipo donde hay respeto por la visión del otro, donde nos consultamos, donde está esta cuestión, donde vemos y por ahí lo que no ve uno el otro lo observa y lo expresa y se escucha y se revee, ósea, y en general con todas las cosas que uno siempre tiene para corregir y mejorar me parece que es un equipo interdisciplinario.

¿Precisamente cuál es tu función en los talleres?
Bueno nosotros vemos todo lo que hace al objetivo de enfermería referente al cuidado, así que en los talleres está orientado a eso, los cuidados de lo cotidiano, de dar herramientas. El tema es el mismo, por ahí la forma práctica de hacer determinados cuidados, una cosa que generalmente la abarca más enfermería es el tema de vacunas: la importancia de la vacuna, cuando vacunar, el trasmitirle que le apliquen las vacunas a los chicos, los cuidados post vacunación.
Nosotros lo que hace a cuidados con respecto a la enfermedad y a la salud , en realidad todo lo que hace al cuidado cotidiano del niño enfermería lo abarca.

9. ¿Nos podés hablar brevemente sobre la función del Trabajador Social? ¿Y la función de los pediatras, terapista ocupacional y administrativos?
Yo creo que tiene que ver primero en el funcionamiento familiar y la orientación en lo que hace a los servicios de la comunidad para las familias, también en cuanto a la organización familiar y las relaciones intrafamiliares.
Los administrativos (es re importante lo que ellos hacen) recepcionan al paciente, son los que dan información de cómo manejarse en el circuito de la institución, se encargan de los turnos, de pasar los turnos, ósea que la parte administrativa es re importante para poder manejarse dentro del trabajo.
Desde el médico, ellos hacen toda la parte de examen físico. Yo creo que en un punto medio que como algunas visiones se entremezclan de los distintos roles.

En cuanto a la terapista ocupacional hace más clara la parte del desarrollo, estimulación temprana, dificultades en el desarrollo.

¿Querés aportar o decirnos algo más?
En relación al tema por ahí ver la evaluación de ustedes que lo ven de afuera. (risas)
Ver ustedes como lo ven, que tienen por ahí estructuras nuevas, mentalidades nuevas, visiones más jóvenes. Ver cómo ustedes han visto el trabajo, si condice lo que uno plantea con lo que ustedes ven. Y bueno como el aporte de ustedes para seguir construyendo.

***

ENTREVISTA N°2

Nombre: María Tuliano (administrativa)
Fecha: Noviembre 2015
Hora: 9 a 9:25am

1. ¿Cuál es su función dentro del equipo de salud?
Soy secretaria de pediatría, y la función que tenemos son muchas: recepcionamos a la gente, damos los turnos de los niños enfermos, registramos en la computadora, damos los turnos a los niños del control, que son turnos programados de 0 a 5 años, tenemos un libro en el que se programa todo el año. Ahora se implementó un sistema nuevo de 6 años para arriba lo da el teléfono 147. También entregamos la leche, recepcionamos interconsultas, las pedimos vía internet al CEMA, y las interconsultas del hospital por fax nos fijamos en el sistema cuando salen llamamos al paciente por teléfono para que lo vengan a buscar y cuando no vienen los pacientes, tanto los del control como los de interconsulta, lo pasamos a la historia clínica y si son chicos chiquitos los pasamos a servicio social, dejamos asentado el ausentismo.
2. ¿Desde qué año es parte de este equipo?
Yo tengo 29 años de municipal y hace 22 años que estoy acá. Al principio estuve en educación, estuve en HIREMI y después pasé acá. 6 años estuve en educación y después pasé a salud, estuve en laboratorio, rayos, recepción de los pacientes adultos.

3. ¿Qué es para usted el Control del Niño Sano? ¿Qué significa?
Hay un buen taller de puericultura, que le dan las pautas de lo que tienen que hacer los padres y los padres pueden participar. Para cada edad hay un taller diferente y bueno hay participación de todo el equipo. Nosotros con la parte administrativa, y hacemos lo que podemos con el ausentismo y todo eso o cuando vemos cosas raras, por ejemplo: que la madre no entiende ciertas cosas, le avisamos a servicio social.
Después esta la puericultura, antes teníamos una todos los días ahora tenemos 2 veces por semana, la enfermera que hace la parte de enfermería, y los médicos con la parte médica y los padres que expresan sus inquietudes.
Después a la tarde se están haciendo el control de 3 a 5 años y participa fonoaudiología, psicología, la terapista y el médico.

4. ¿Tenés conocimiento sobre el Programa que encuadra el Control del Niño Sano?
Pasaron diferentes programas: el PROMIN, el Programa Materno Infantil de 0 a 6 años. A los 6 ya se atienden con el médico por patología o el control, pero de forma individual. El programa más actual es el Control Materno Infantil de 0 a 6 años. Y el objetivo es que las mamás vean las pautas de acuerdo a cada edad y que la apliquen. Esta la parte de vacunas también integrado ahí, cuando es un bebe de 2, 4, 6, 18 meses se los vacuna acá.

5. ¿Cómo surgen los talleres? ¿Qué piensa sobre los mismos? ¿Considera que son de utilidad? Si/ No, Por qué.
Hace más de 20 años que se realizan los talleres, y tuvo buenos resultados hasta que vino la cuestión de las libretas que se desbandó un poco, aparte el control de natalidad también estaba bien, bien encuadrado, pero con el asunto de las libretas que implementó el gobierno empezaron a nacer más chicos. Ahora estamos notando nosotros que hay una cierta desidia de parte de las madres, como que no se preocupan tanto, tenemos que andar encima ¿viste? No sé qué pasó, antes eran más responsables.
Los talleres surgen desde la división atención del niño, venían papeles impresos con las prácticas de estimulación y los datos del control que dicen las vitaminas que tienen que tomar, la leche. Es algo que está establecido y que no en todas las salas se continuó haciendo, acá se siguió sosteniendo en el tiempo.

Ahora estamos con un sistema llamado sigma que esta todo informatizado así que las historias nuevas ya no son más en papel, y hay buena conexión porque por ejemplo tenemos que pedir un turno para el CEMA y lo pasamos por ahí y hay una parte que ponemos el número de documento y ponemos búsqueda avanzada y aparecen todos los turnos que nosotros brindamos pero lo tenemos que agendar antes los turnos del control. Por ejemplo hoy hay chicos de 18 meses y agendo ya para 24 meses. Y a los que no vienen le ponemos ausentismo y si son chiquitos los pasamos a servicio social para ver que paso.

6. ¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
Se van turnando, el tema lo desarrollan en el momento, pero empieza la enfermera pero bueno se van turnando. No hay planificación escrita, ellos (los médicos) saben a cada edad lo que tienen que decir.

¿Participaste alguna vez?
Solo escuche, nada más. Sería interesante, tengo ganas de participar especialmente porque están fallando algunas cositas. No nos dan los cambios de dirección, números de teléfono, no vienen a retirar las órdenes de interconsultas y son cosas importantes y turnos que se pierden.

7. ¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?
Esperamos que lo que los pacientes escuchan lo apliquen. En este momento vemos que va para atrás, no son todos los que escuchan y ponen en práctica. Creo que les interesa más que le firmen una libreta, vienen para que les firmen la libreta, eso es lo que te dicen. Entonces nosotros decimos vienen a control, la libreta es un adicional. Pero lo importante es el control, en un momento la libreta no va a estar más y tienen que seguir con los controles.

8. ¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación) ¿Tienen reuniones?
No, en este momento no. Se reúnen más lo de la tarde, con los chicos de 3 a 5 años, como están trabajando todos juntos, pero igualmente cuando captan algún problema de psicología enseguida se conectan, cuando hay un problema social esta Anastasia, también a veces con la fono enseguida lo derivan.
Hay comunicación cuando notan algo raro por ejemplo con la terapista ocupacional enseguida derivan al paciente. Ellos nos dejan algunos turnos para dar, bueno el medico es el que decide ¿no?

9. ¿Quienes integran para vos el equipo de salud?
Psicología, terapista ocupacional, nosotros, los pediatras, la enfermera que es muy importante porque da las pautas de lactancia materna y cuando tienen problemas le da atención personalizada, le explica como da de mamar y bueno la fonoaudióloga cuando son chicos más grandes.

10. ¿Qué es para vos un equipo interdisciplinario?
Es todo, todo trabajando juntos, todos interactúan para beneficio del paciente. En esta sala si hay un equipo interdisciplinario.

11. ¿Cuál es la función del Trabajador Social?
Y tiene muchas funciones. El seguimiento de los pacientes en ausentismo, ver los casos de riesgos, las derivaciones a CPDEN que se está viendo mucho todo eso. Más problemas sociales que otra cosa.
Me gustaría que hubiera más trabajadoras sociales, porque Anastasia no puede con todo. Porque no solamente tiene la función de los lactantes sino tiene las huertas, los problemas de las personas más grandes que vienen a preguntar por un par de lentes, audífonos y otras cosas; o que tienen problemas con la vivienda. Todo eso tiene que solucionar y está sola, necesitaríamos más. Es muy bueno el trabajo que hace ella y es riesgoso también porque en este momento está muy violenta la gente. Con nosotros también ya que nos amenazan, nos golpearon el vidrio, tuvimos que incorporar la policía, han amenazado a los médicos también, están fatales la gente, se drogan, mucho se nota, hay violencia familiar. Esta mala la situación, exigen mucho, yo creo que es porque se le ha dado demasiado también, todo se la da al paciente: la leche, los medicamentos, todo. Están más cómodos ahora, es como que te exigen todo. Y cuando mi hijo era chico ni leche me daban, los remedios se lo compraban fiado a veces cuando no tenía dinero, es egoísta la gente ese es el problema, como se le da, dan todo por sentado ¿viste? Demasiada comodidad.

12. ¿Rol del Pediatra /Enfermero / Terapista Ocupacional?
El enfermero les asiste en cuanto a la lactancia a las mamás y las aconseja, cuando necesitan algo con respecto a enfermería. Dan las vacunas, hacen los controles de peso, talla y perímetro cefálico, cuando son chicos más grandes hay que tomar la presión arterial para ver si es hipertenso, creo que es mucho el rol del enfermero. Conversa mucho con las mamás.
El pediatra, además de la parte médica, hace la función de psicólogo y asistente social.
El terapista muy importante porque con los juegos se van dando cuenta si va madurando el chico. Y después se lo trasmite al pediatra, es constante el intercambio.

13. ¿Querés agregar algo más?
Quería decirles, que tenemos la incorporación de guardia pediátrica de lunes a viernes de 8 a 14hs y a la noche hay día por medio guardia pediátrica, y sábado y domingos hay un tipo de guardia de 9 a 16hs para consultas.
Faltaría, en esta sala, que tuviéramos remedios, jeringas, leche, vacunas ya que hay faltantes a veces desde la provincia a veces la municipalidad, yo creo que deberían gastar menos en campaña política e implementar más en salud, menos salas nuevas y el edificio arreglarlo que lo tenemos bastante destruido, eso hace años que estamos reclamando y estamos concientizando a la población. Ahora el reclamo es vía sindicato porque la sala hace mucho tiempo que se está viniendo abajo, no se le hace un buen mantenimiento, se han hecho arreglos, pero como parches y el Sr. Intendente (Pulti) hizo todas las nuevas, pero no arreglo las que estaban, yo creo que antes de abrir una casa nueva hay que acomodar la casa que tenemos que es muy importante porque tiene un radio muy importante.

***

ENTREVISTA N°3

Nombre: Romina Pirosi (administrativa)
Fecha: Noviembre 2015
Hora: 10.20 a 10.40 am

Tengo 26 años y hace 3 años que trabajo acá, soy administrativa de pediatría.

1. ¿Qué es para usted el Control del Niño Sano? ¿Qué significa?
Sí, hay una charla de alimentación. El control empieza a las 8 am, hasta los 3 años hay una charla después el control de peso, le pegamos en el cuadernito las pautas, tratamos de ponerles dibujos a los papeles para que las mamás lean, resaltamos lo más importante. Sería un conjunto de actividades.

2. ¿El Control está enmarcado en algún programa específico?
Sé que las charlas se hacen en esta sala, y los controles sí se tienen que hacer. No conozco el programa.

3. ¿Cómo surgen los talleres? ¿Qué piensa sobre los mismos? ¿Considera que son de utilidad? Si/ No, Por qué.
Desconozco. Cuando ingreso los talleres ya estaban. Los pediatras quieren hacer las charlas, esto no se hace en todas las salas. Ellos siguen con esto porque funciona.

4. ¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
Es informal, hay muchas preguntas que los papás hacen en las reuniones y funcionan, son muy lindas las charlas.

¿Participaste alguna vez?
Sí, tengo un nene de 5 años así que voy cada vez que tiene control. Es muy completa, es muy interesante, hay cosas que no sabía y las explican muy bien. Voy como mamá.
Los talleres se organizan por día, le damos un mes. Por ejemplo: hoy es control de 18 meses, va la vacuna entonces se le explica en la charla sobre las vacunas. Todos los días hay meses diferentes. Es así la organización los citamos según la edad del niño y se van con la fecha para próximo control y tratamos que vengan. Con servicio social trabajamos porque ponemos en un cuadernito los ausentes, así que Anastasia va hasta la casa o le da el próximo control. Siempre hay un seguimiento de los pacientes.

En la charla todos participan, hay enfermeros y los pediatras y a veces esta Anastasia, Servicio Social. Según los que estén van a la charla. Los temas surgen según el grupo en el momento.

5. ¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?
Si, informar. Cuando entran ya las mamás saben porque estuvieron en la charla y saben cómo es la alimentación y todo. Por ejemplo: los chicos vienen a vacunarse porque en la charla se explica que es importante la vacunación. Entonces por más que no vengan a los controles se vacunan, no todos, pero funciona la charla.
Ahora se va un pediatra así que los controles de 3, 4 y 5 tenemos que hacer una charla mañana a ver que hacemos. No queremos que se pierda la charla, estamos hablando para que manden a alguien o implementarlos a estos controles a la mañana también. Hoy a las 13hs tienen la charla.

6. ¿Realizan reuniones los profesionales? ¿Trabajan con cronograma?
Antes las hacíamos más seguido, ahora no. Pero pasado mañana ya nos vamos a reunir para ver este tema de los controles de 3, 4 y 5 años que no sabemos qué hacer. Igual siempre hablamos de los pacientes, entonces por ahí no hace falta una reunión porque siempre comemos y hablamos de los pacientes y como seguir y cuantos turnos hay mañana, siempre hablamos. Por ejemplo, hay compañeras que no les gusta mucho ir con los pediatras, se quedan en el consultorio ahí en la administración. Pero uno que esta con los pediatras sí hay comunicación. Son charlas informales, pero hablamos con la terapista sobre los pacientes de riesgo para citarlos antes. Entonces uno se informa también ahí. El espacio donde nos reunimos es en la cocinita en la parte de pediatría, cuando uno come. Es que sabemos las mamás que necesitan atención y les damos los controles antes.

7. ¿Crees que este equipo es un equipo interdisciplinario?
Sí. Hay mucha comunicación y siempre tratamos de solucionarle los problemas a los pacientes desde administración dando los turnos antes, el pediatra siempre se hace un lugar para atender a ese paciente, está siempre la psicóloga, la terapista nos deja los turnos para que ya el paciente se vaya con los turnos de ella y con servicio social para que haya un seguimiento. Entonces hay un grupo entonces todos cumplimos.

8. ¿Cuál es tu función dentro del equipo?
Bueno dar los turnos de enfermedad, recibir los cuadernitos de control, pegarles las pautas de alimentación que uno trata que la mamá lea, pedir los turnos al CEMA, interconsultas, recibirlos y llamar a los pacientes, a la tía, a la abuela, a todo el mundo para que se lleve el turno sino informamos a servicio social que no nos podemos comunicar con el paciente y Anastasia le lleva la orden; eso.

9. ¿Cuál es la función del Trabajador Social?
Es fundamental. Mas en pediatría para que los pacientes tengan un seguimiento. En los talleres también, porque informa, es fundamental.

10. ¿Rol del Pediatra /Enfermero / Terapista Ocupacional?
Y la enferma enseña a como dar el pecho a las mamás aparte de las vacunas, entonces da la explicación esa que es básica.
La terapista esta en los talleres, yo mucho no tengo relación, pero está en los talleres, y se los pacientes que están en seguimiento de ella para yo darles los turnos antes. No tengo mucho de conocimiento.
El pediatra informa, a la madre y atender al paciente. No solo atiende al paciente sino al grupo familiar así que él deriva a TO o a la asistente. El pediatra es el que capta.

***

ENTREVISTA N°4

Nombre: Anastasia Bonanno (TS)
Fecha: Noviembre 2015
Hora: 9:50 a 10.40am

1. ¿Qué es para usted el Control del Niño Sano? ¿Qué significa?
Esta sala tiene una particularidad muy, muy importante porque se trabaja de una forma, que a lo mejor, no es la misma que hay en otros lugares. Desde que yo llegue a la sala existían ya lo

talleres, es una forma de poder llegar a una gran cantidad de población. El chico desde que nace hasta una cierta edad necesita tener controles si o si como para poder ver como es la evolución de su salud.
Bueno precisamente el Control del Niño Sano es el control que se le hace a los chiquitos. Antes era de 0 a 2 años y después con otros programas que se fueron incorporando se amplió, justamente, los controles hasta los 6 años. Periódicamente hasta los 6 meses tienen los controles, después se van espaciando, el próximo control se hace a los 9 meses, al año, 15, 18 meses y después de los 2 años es anual.

2. ¿El Control está enmarcado en algún programa específico?
Esta justamente en el Programa de Desarrollo Infantil que contempla lo que sería justamente esto que te estaba diciendo.
Tiene objetivos que yo ahora no me los acuerdo, pero todo apunta a lo que es la promoción y la prevención de la salud de los chicos hasta los 6 años. Después están los objetivos específicos que se van cumplimentando y que responden a ese objetivo general.
Hay una serie de actividades y tareas que uno hace en función de cumplir con el objetivo general.
Respecto al PIDI (Programa Integral de Desarrollo Infantil) en este momento, te soy honesta, no lo tengo tan en claro. Tengo en conocimiento que existe una pequeña síntesis de ese programa en el portafolio. El portafolio es una documentación interna del Servicio Social, que hemos realizado con alumnos de la universidad y colegas.

3. ¿Cómo surgen los talleres? ¿Qué piensa sobre los mismos? ¿Considera que son de utilidad? Si/ No, Por qué.
Yo sé que hace muchísimos años los talleres se vienen haciendo. Cuando yo comencé en el año ’99 ya estaban implementados. Y es un paso muy importante que se hace con esos talleres, ojalá que se existiese la posibilidad de que todos los profesionales lo hicieran en otros lugares. Por momentos en el trabajo de todos los días, no es tan fácil sostener estos talleres. En mi caso, yo estoy sola a cargo de un servicio y a veces no puedo estar en los talleres por el hecho de que vienen y golpean la puerta y tengo que atender la demanda de las personas. Por lo que sería conveniente, que un colega, todos los días este rotando en esos talleres y no solamente en esos sino también en todos los otros que se realizan dentro de lo que es el Centro de Salud (huertas, dejar de fumas, diabetes, planificación familiar), los cuales apuntan a lograr que la gente tome conciencia y pueda aplicar la información que se difunden a través de los talleres.
Hay una serie de cosas que se van haciendo para poder cumplimentar esos controles. Acá en la sala entran en lo que sería el Plan de Lactantes con su primer mes de control, la administrativa tiene la función de abrir la historia clínica. Hay una serie de actividades administrativas que ellas cumplimentan y acá vienen y llegan lo que es la sala citados un día y lo primero que hacen es ir a un taller. Un taller donde se les sugieren pautas de crianza como para poder lograr una mejor eficacia en lo que sería la crianza de ese chico. Yo considero que si los padres tuviesen un poco la mente más abierta, participarían en todo lo que son los talleres, porque es una forma de ir guiándolos en todo lo que tiene que ser la crianza de sus hijos en lo que son: los limites, en educación del chico en general, en prestar atención a los signos de alarma que son muy importantes y que a lo mejor no todo se puede decir en un control de salud que se hace en un consultorio en 15 minutos pero acá aprovechamos un taller que tiene 45 minutos como mínimo como para ampliar, es un ida y vuelta porque el médico o el equipo interdisciplinario que participa en esos talleres va sugiriendo cosas y los papás también hacen la devolución de esas cosas y participan con sus experiencias y nos retroalimentamos todos.

4. ¿Desde qué año es parte del equipo de salud? ¿Cómo surge la conformación de este equipo? ¿Cómo se organizan? ¿Trabajan con cronograma?
Te hago una pequeña síntesis: yo trabajaba en comunidad una vez hice un paso por salud por una circunstancia “X” mientras estaba en comunidad y me fascinó el trabajo interdisciplinario que se hacía en lo que era salud. y pude ver que había muchas cosas que me estaban gustando y que podía proyectarme en el espacio de salud, entonces cuando se hizo una redefinición de los servicios sociales en el año ’98, yo pedí el cambio a salud y en mayo del ’99 vengo designada a este Centro de Salud, y a partir de ahí hasta la fecha estoy acá.

5. ¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
Yo creo que el caballito de batalla de estos talleres son más que nada los pediatras y nosotros acompañamos, si bien puede faltar un pediatra y uno lo suplanta; el rol que tiene el pediatra es

importante, todos somos indispensables dentro de un taller, cada uno va haciendo su aporte desde su profesión. Pero estos talleres han sido sostenidos siempre por los pediatras, porque a lo mejor ha faltado el terapista, la asistente social, la enfermera acompañada en algunos momentos sí, en otros no. Pero la presencia del pediatra es muy importante dentro de estos talleres, aunque te digo un taller puede funcionar sin el pediatra que justo en ese momento se encuentre ocupado y pueda comenzar la charla otro profesional y después se acopla el pediatra.
Hay otra cuestión más, y es que hay muchísima gente que espera los talleres, así como hay otros que por ahí no le dan mucha importancia. Creo q no alcanzan a dimensionar lo importante que es este taller, acá se hace mucho hincapié en la importancia que tiene la lactancia en la vida del chico. No solamente es el alimento, sino el vínculo que se establece entre madre/ hijo, lo cual es muy determinante para el futuro del chico.

¿Quiénes integran los talleres? ¿Función de los participantes?
Si bien el administrativo no participa en el taller indirectamente también participa. Pero estos talleres son interdisciplinarios, deberíamos estar todos, todos los días. Cada profesión desde su lugar hacer el aporte correspondiente.
Tenés talleres donde hay papás que participan más q otros, que por ahí están más condicionados a callarse porque quieren, porque el espacio se abre para todo el mundo y para hacer las preguntas habidas y por haber. Yo creo que justamente ahí se crece, cuando uno tiene dudas y puede preguntar y el otro le está respondiendo.
Los temas están relacionados de acuerdo a las edades. Vos tenes todos los días un taller con edades diferentes entonces de acuerdo a la edad que corresponde a ese día es lo que se habla. Por ahí puede dispararse en una conversación interna alguna otra cuestión que sale pero específicamente se bajan cosas inherentes a esa edad cronológica del chico: alimentación, evolución, los cambios, interacción con la familia, responsabilidades. Todo eso se ve reflejado dentro del taller.

¿El taller responde a una metodología planificada?
Sabes que yo no sé si hay algo escrito sobre el taller, creo que debería haber. Dentro de lo que es Servicio Social tenemos un proyecto de lo que nosotros consideramos que tenemos que hacer en el taller del Control del Niño Sano. Nunca pregunte si desde pediatría en algún momento se armó un proyecto en cuanto a todo lo que fue realizar los talleres o si nació, porque hubo un grupo de gente que considero importante pero no habló o no lo plasmó, eso realmente lo desconozco. Si te puedo hablar de que Servicio Social tiene el proyecto interno con los objetivos propuestos para los talleres en general (huertas, diabetes, control del niño sano).

6. ¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?
Los talleres se dan para que la gente realmente pueda asistir y tomar conciencia de las cosas que se le dicen y ponerlas en práctica. De esta forma tener menos riesgos en las criaturas. Por ejemplo: una de las cuestiones que yo observo acá es que no hay tantas problemáticas complejas como hay en otros lugares. ¿Por qué? Porque esto hace que la familia tome conciencia de todo lo que se habla dentro del taller y eso le juega a favor porque no están corriendo de un lado para otro, sino que saben en qué momento tener que traerlo al médico aparte de esos controles pautados.
Los padres generalmente cumplen, son muy pocos los papás que incumplen lo que corresponde a la responsabilidad que tienen como padres en lo que es la atención de los chicos. Hay pequeños cambios, los adultos toman conciencia de la responsabilidad que le compete hace de que las consultas sean propicias en el momento adecuado no hacen consultas por cualquier cosa, la crianza del chico se facilita mucho más. Los resultados los visualizas en esos pequeños cambios que ellos hacen, el hecho de escuchar en el taller de que hay que cuidarse, y que hay que tener por ejemplo un método anticonceptivo para poder a futuro planificar la familia que se quiere o no, y puedo tener o no porque vino al azar. Eso es importantísimo. El hecho de que el chico este vacunado, controlado, de que la familia tome las riendas de lo que es la salud del grupo familiar.
Creo que en los talleres lo que se logra es que el otro pueda pensar, el otro pueda reflexionar.

¿Existen reuniones de equipo para evaluar los resultados que visualizan?
Sí, pero se hace muy de pasillo, lamentablemente no hemos logrado dentro de lo que es el equipo (y se trabaja muy bien, yo destaco el hecho del Centro de Salud Nro.2 como se trabaja en talleres y esto posibilita tener una mirada diferente de lo que es la salud) pero no hemos logrado tener ateneos de casos, no hemos logrado sentarnos y hacer intercambios que

posibiliten a lo mejor algo más superador porque cada uno lo hace así, como de pasillo. Yo voy charlo un poquitito, doy mi punto de vista, etc. Creo que nos falta ese encuentro donde uno pueda tener un horario disponible una vez a la semana o cada 15 días, o una vez al mes una reunión donde se pueda poner todo sobre la mesa y ver qué cosas son positivas y que otras cosas tengo que modificar. Es lamentable que esto no lo podamos hacer, pero aun así a pesar de todas nuestras diferencias, a pesar de estos desencuentros que tenemos, este Centro de Salud creo que lleva la punta en todo lo que es este tipo de trabajo de talleres. La gente elige este centro por todas estas cuestiones, por ejemplo: la gente se resiste al traspaso a otra sala cuando realizan cambios de domicilio.

7. ¿Qué es la interdisciplina? ¿Este equipo es interdisciplinario?

Yo te vuelvo a repetir algo que te dije al principio que a mí me gusto el hecho de trabajar en salud por las diferentes profesiones que formaban parte en los talleres y cada uno desde su lugar da su saber, aporta su saber. Para mí todo el trabajo debería ser interdisciplinario, porque yo necesito del médico, el médico necesita de mí, yo necesito de la psicóloga, de la terapista ocupacional, de la enfermera, de la administrativa y todos trabajamos en conjunto para el logro de un fin en común.

El trabajo interdisciplinario es muy eficaz, pero necesitamos por ahí esto de reunirnos, poder establecer una organización en todo lo que es el trabajo porque todo tocamos de pasillo. Este equipo es interdisciplinario desde la función que trabajamos en el taller interdisciplinariamente, pero le falta todavía una vueltita, que pasaría por el tema de las reuniones. En un momento hacíamos como ateneos, no creo que podamos estar continuamente todos presentes porque nuestros horarios son diferentes porque, por ejemplo: la terapista viene dos veces por semana. Debería haber un equipo interdisciplinario que trabaje toda la semana entonces vos teniendo todos los profesionales durante toda la semana dentro del centro de salud podes acordar un día de encuentro como para poder trabajar en función de los casos, en función de los proyectos, en función de cosas que se propongas y podría ser más productivo. Pero lamentablemente no se puede hacer porque cada uno tiene sus tiempos.

8. ¿Cuál es tu función dentro del equipo de salud?

La función que tiene Servicio Social justamente es el hecho de realizar el aporte desde lo que es nuestra profesión, brindar información, la función educadora, asesora, orientadora, y dentro de los talleres esto se da igual que se da también dentro de lo que es una entrevista. Es diversa la función del trabajador social dentro de lo que es el taller.

Nosotros desde lo que son los vínculos, desde lo que es justamente la educación y lo que es esta mirada del trabajador social que no es solamente informar a la gente que tiene tal o cual recurso sino de hacerle ver que se puede proyectar hacia otras cuestiones muy importantes que forman parte de la vida de la persona, como por ejemplo: los proyectos de vida que quiera tener a futuro.

¿Cuál es la función de los distintos profesionales dentro del Equipo?

Pediatra /Enfermero / Trabajadora Social / Terapista Ocupacional/ Administrativos

Yo te vuelvo a reiterar que todo gira en función de lo que cada profesión puede aportar a ese taller. El médico va hablar todo lo referente a la alimentación, los problemas de salud.

La enfermera va hacer su aporte desde el hecho de hablar sobre la vacunación, sobre amamantamiento.

El administrativo tiene el rol de dar los turnos, otorgar la entrega de leche, notificar telefónicamente los turnos asignados.

La terapista se encarga de observar la parte motora, se ocupa de trabajar con la familia en función de los estímulos que el niño necesita para poder desarrollarse neurológicamente. No solo la parte física, sino la parte interna: lo intelectual, lo emocional que confluyen para que ese chico pueda interactuar. Hay chicos que si no tienen estimulación ella lo trabaja dentro de su consultorio, en función de hacer jugar a la madre con su hijo, hacer ver que es lo que el chico necesita para desarrollarse intelectual y emocionalmente.

¿Algo para aportar?

Por momentos se me mezclaban las ideas cuando me iban haciendo las preguntas, quería decirles demasiadas cosas juntas a la misma vez.

Por otro lado, aclarar que me gusta mi profesión y lo que hago. Ahora el trabajo que estoy atravesando actualmente es más relajado de lo que tenía en otros momentos, aunque a veces es mucha la demanda para una sola persona en el servicio social.

En otras épocas el trabajo con otras compañeras ha sido demasiado gravoso, porque eran épocas muy difíciles. Si recordamos desde el ’99, hemos llegado a tener colas de 30/ 40 personas que tenías que atender en el día. Eso ha cambiado muchísimo.
No estudie para hacer asistencialismo, eso lo tengo muy claro, estudie para ayudar al otro a buscar una resolución a sus problemas, pero donde justamente sea la persona el promotor de ese cambio que necesita. Yo no le soluciono la vida al otro, si puedo a lo mejor con una reflexión en conjunto abrirle un poco la cabeza para que pueda darse cuenta que ese problema que tiene por delante no es tan grande, si tiene posibilidades de poder sortearlos.

***

ENTREVISTA N°5

Nombre: Marcela (TO)
Fecha: Noviembre 2015
Hora: 9:50 a 10.40am

1. ¿Qué es para vos el Control del Niño Sano? ¿en qué consiste?
Yo te lo voy a explicar desde la terapia ocupacional. El Control del Niño desde mi formación mide el desarrollo infantil. De hecho yo ingreso en la municipalidad dentro del Programa Integral de Desarrollo Infantil, entonces lo que tengo que observar es esto, además, de uno observa, el desarrollo incluye todo, ¿no? No lo que el chico solo hace: motor, lenguaje, motricidad fina, motricidad gruesa, socialización sino también los hábitos, las rutinas y la situación familiar también la observamos en cuanto a detectar situaciones de riesgo social o de accidente, pero para trabajar con todos los otros miembros del equipo. Y por otro lado porque, todo repercute en el desarrollo.
El Programa integral de desarrollo infantil pauto para terapia ocupacional (que yo entre en 2010, más o menos en esa época se puso en juego el programa, es algo que igual se viene haciendo antes) hacer screening de desarrollo, aplicar test de pesquisa de desarrollo al niño sano. Acá en el Centro Nro.2 todavía no lo hacemos así formalmente yo estoy acá hace unos meses, allá en el Barrio Martillo sí porque ahí en 5 años que estoy pudimos organizar más el tema del screening. Que quiere decir que, a todos los chicos de 9 meses, 2 años y originalmente se planteaba también los de 5 años y le teníamos que hacer un test de screening o test de pesquisa a toda la población.
Yo acá recibo todos los chicos que derivan los pediatras que ven alguna cuestión de retraso del desarrollo en alguna faceta o que por ahí es una cuestión de riesgo en el desarrollo. Porque hay que diferenciar retraso (si está muy desfasado) de riesgo (cuando está muy sobreprotegido o familia hipo estimuladora) o en algunos casos hay signos neurológicos. Pero el programa lo que dice es que toda la población va tener una evaluación a los 9 meses y otra a los 2 años. El de los 5 años lo fuimos descartando porque la verdad que ya era demasiado y, por otro lado, el de los 5 nos quedamos tranquilos porque ya va al jardín, entonces si no anda bien ya el jardín lo manda. El que hace el screening en un punto es el jardín. En realidad, el programa solo te lo estoy diciendo desde terapia ocupacional, porque por ejemplo fono tiene otra edad de corte.

2. ¿Cuál sería el objetivo?
El objetivo es detectar alteraciones, retrasos o trastornos desvíos de desarrollo en la población sana. Y también atenderlos tempranamente porque no vamos a esperar que los deriven del jardín o del primer grado cuando ya no leen. Se detecta tempranamente y atienden tempranamente. Pero también todo lo que es el trabajo de prevención, las charlas que se dan junto con pediatría, enfermería y trabajo social para prevenir, también es una forma de intervenir tempranamente para modificar estas cosas a tiempo que tienen que ver sobre el desarrollo infantil.

3. ¿Cómo surgen los talleres? ¿Qué piensa sobre los mismos? ¿Considera que son de utilidad? Si/ No, Por qué.
No, no. Yo municipalmente soy nueva y la verdad ingreso al Martillo y acá y ya las charlas se vienen dando hace más de 25/ 30 años y calculo que me quedo corta. Yo me sume a los talleres, pero a veces no coincido, yo acá vengo miércoles y jueves entonces en la charla participo esos días. Si es cierto que cada profesión tiene una mirada diferente sobre el mismo aspecto, entonces, no es que un profesional, si no están los demás, puede dar la charla por todos porque cada uno de nosotros, independientemente de lo que digamos, tenemos una mirada distinta. Por ejemplo: estamos con la pediatra hablando de lo mismo, pero yo estoy pensando otra cosa y mirando otra cosa; y bueno pasa con todas las profesiones.

4. ¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
Los temas que se hablan en los talleres son en general sobre desarrollo infantil de acuerdo a la edad del chico: lenguaje, alimentación, rutina, juegos, motricidad, vacunas, accidentes, vínculos, interacción. Entonces todos esos temas se toman cada vez todos los días de acuerdo a la edad del chico.
Las charlas no tienen una estructura, en general, yo siempre cedo que empiece hablando el pediatra hoy arranque hablando yo pero porque todavía no habían llegado los pediatras pero porque a veces se habla primero de la parte médica. Eso la parte de alimentación la da generalmente el pediatra, la parte de vacunas la da la enfermera, la parte de accidentes entre enfermería y pediatría, y yo hablo más del desarrollo y de lo vincular, la interacción social, la motricidad, del lenguaje, pero todos hablamos sobre eso. Por ejemplo: yo por ahí estoy hablando, y como no es algo estructurado y armado, realmente, hasta a veces nos soplamos entre nosotros porque te estás olvidando algo y otro te dice no por ejemplo con respecto a tal cosa y ahí vos decís "ah ya me estaba olvidando" y seguís hablando.
Participa pediatría, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional en el de la mañana por lo menos. Psicología no participa, aunque trabaje en el equipo y se le derivan un montón de cuestiones.

¿Hay una agenda de temas a desarrollar en el taller? ¿Responde a metodología planificada?
No, no. Es así, por ejemplo: hoy son los 10 meses, 8 meses entonces uno ya tiene en la cabeza cuales son las pautas a esa edad, sabes que todo lo que vas hablar está relacionado a la edad. Por ejemplo: hoy 8 meses se habla de la angustia del octavo mes, por decirte. Sabes que a los 6 meses es obligatorio hablar de la primera alimentación, la primera papilla. Entonces hay cosas que tenes claro de acuerdo a la edad, pero hay veces que también es de acuerdo a lo que los padres traen porque por ahí estas en la charla de los 5 meses y un padre pregunta por el andador (que no tendríamos que ni nombrarlo, además de que no lo queremos) no tendría que surgir ni como una pregunta. Y bueno por ahí terminamos hablando del desarrollo motor del año en una charla de 5 meses, pero porque los padres lo trajeron. Otro tema recurrente es la violencia, que en realidad se trata de no hablar de la violencia sino del buen trato. Hoy salió el tema de violencia, pero lo que uno siempre trata de hablar de generar el buen trato hacia el chico, de ser empático con el chico, del chico con otros chicos.

5. ¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?
Sí. Yo creo que depende de las características particulares de cada padre. Hay padres que están atentos todo el tiempo, te miran, preguntan, y tienen muy buena respuestas. Que generalmente son los que tienen los chicos mejor, porque a veces te escucha el menos lo necesita, el que está totalmente de acuerdo con vos y vos lo ves que el chico anda bárbaro. Y por ahí, el que te tiene que escuchar está hablando con el de al lado, no te mira o mira al piso, o se siente muy aludido en todo lo que están diciendo porque sabe que es todo lo que no está haciendo entonces ese no te quiere hacer ni contacto visual, porque la verdad que notas eso. ¿Viste?
Hay días que no estoy presente en el taller, pero los padres muchas veces me dicen que los pediatras hacen mención de temas de mi incumbencia. Me pasó también que terminas de dar la charla y te buscan (además de conocerte la cara y se familiarizan con vos) te hacen alguna pregunta. Me paso en algunos casos de captar hermanitos, ósea, yo termino de dar la charla y la madre me dice: "yo tengo uno de 9 años que es muy torpe, se choca las cosas, tienen fea letra y alguna vez me nombraron la terapia ocupacional y te escuchaba". Y quizás si no me hubiera visto en la charla no me viene a golpear la puerta del consultorio. Me ha pasado con varios así, después de la charla captar o al chiquito o al hermanito sin que lo mande pediatría, sino por iniciativa personal. A veces las familias de los chicos ya han sido derivadas, pero no llegan por toda esta fantasía de "a que me están mandando, que me van hacer"; y cuando te ven y escuchan en el taller que uno es más accesible bueno ahí se te acercan.

6. ¿Cómo surge la conformación de este equipo? ¿Desde qué año es parte del mismo? ¿Cómo se organizan? ¿Trabajan con cronograma?
Respecto a los talleres no, acá por lo menos, está pautado así, espontáneamente. Sí, muchas veces charlamos como fue el taller del día, pero no. Viste que por ahí terminamos y nos juntamos y hablamos de tal cosa. Por ejemplo: paso un día que yo en el taller nombro la mamadera, y después cuando venimos con los pediatras que estamos ahí en pediatría sin padres ni chicos, me dice la pediatra no nombres la mamadera, digamos ahí nos ponemos de acuerdo ¿la nombramos o no? Yo soy de la idea que hay que nombrarla porque está, que no la

nombremos no quiere decir que no este. Pero ahí también están las subjetividades y personalidades y las posturas de cada uno. Si bien hay una línea, también está la experiencia de cada uno y también la posición que adopta uno con respecto a un montón de cosas, de hecho, hay muchos pediatras que duermen con sus propios hijos en la cama y después se va a decir a la charla de que los chicos deben dormir solos. Digo pediatras, pero puede ser cualquier otro profesional.
A lo que voy que a veces en eso uno se tiene que poner de acuerdo, y a veces no te pones de acuerdo, sino que cada uno da su punto de vista. No al punto de confrontar con el otro sino hasta se puede llegar a cambiar el punto de vista porque el otro te lo explica. Hay que tener la capacidad de aprender del otro profesional, colega. En estas cosas del desarrollo si bien hay cosas que están muy delineadas también están las cuestiones, no es matemática no es una ciencia exacta, no es el antibiótico cada 8 horas.

7. ¿Este es un equipo interdisciplinario?
Si, salvando algunas cosas que todavía uno tiene que pulir para que no exista esta cuestión vertical, que no se da en todos lados porque tiene mucho que ver con las personas no con las profesiones. Te podes encontrar con gente que trabajen realmente interdisciplinariamente como podes encontrar esta cuestión vertical de modelo medico en algún profesional ó psicológico a veces, depende quien sea.
En la interdisciplina es esto de abordar al chico desde todas las áreas y estamos en continua comunicación. No se dan reuniones formales para armar los talleres, esta institucionalizado así; después por casos particulares nos buscamos. Yo, suponte, hago las admisiones con fonoaudiología y psicología y también ahí hablamos o vas a buscar a Anastasia (Trabajo Social) o pediatría y nos reunimos y hablamos. Es este paciente me preocupa, voy y lo hablamos, lo que no tenemos es pautado un día.
En la sala del Barrio el Martillo, nos pasa lo mismo. Trabajamos mucho en interdisciplina, pero allá si hay establecida una reunión de área semanal y una reunión de red mensual con las diferentes instituciones del área programática.
Yo acá no lo he visto así pautado, pero sí es fundamental. Yo considero que tiene que ser hora y media, dos horas por lo menos donde todos nos juntemos y ver que vamos hacer y definir cuestiones de los pacientes entre todos. Porque lo que se hace ahora es ir juntando de a pedacitos la información acerca del paciente debido a que es difícil combinar en horarios de trabajo, se termina hablando del paciente entre todos, pero por parte, puede funcionar como ruido o distorsión en la comunicación; es mejor hablarlo todos juntos en una sola reunión.

8. ¿Cuál es la función del Trabajador Social?
Para mi es fundamental, porque esto que yo les digo de cada mirada ¿no? De cada mirada tener la mirada social, más con todas las situaciones de violencia y de riesgo.
Uno desde otra profesión también termina mirando cuestiones propias de la trabajadora social: le agarró del brazo y lo sacudió, el aspecto de la ropa; todos miramos todo.
Yo por ejemplo participo en una junta de discapacidad donde está la trabajadora social, el médico y alguien de salud mental. La misma discapacidad no es lo mismo de acuerdo a la edad, la situación social, etc. Nos pasó con un chico donde por la normativa no certifica con discapacidad, pero este chico se crió en el campo, haciendo trabajo de campo, sin estudios y con 20 años; la misma patología en un chico con otra condición social, con otros estudios, no le damos el certificado. ¿Dónde surge la discusión? Por lo médico no certificaba, por la salud mental tampoco. ¿Ahí donde peso? Pesó el informe social.
En el desarrollo con los chicos pasa lo mismo. ¿Por qué un chico no se desarrolla? Por ahí tiene mucho peso, muchísimo, y en algunos casos total: lo social. Para eso importante la visita al domicilio, la entrevista social porque por ahí al chico se le termina dando ritalina, o sea, se lo termina medicando al chico sin mirar el contexto, y ese contexto lo que le está determinando. ¿Cómo va prestar atención en la escuela un chico si está siendo abusado en la casa?
Creo que si en el ámbito del trabajo privado no se trabaja con un trabajador social también me parece una aberración, porque no es solo la cuestión de pobreza. El trabajo social se tendría que dar aun en las situaciones donde la situación económica no sea tan desfavorable. Aunque lo desfavorable obviamente le suma.
El rol del trabajador social es la evaluación e intervención social en el contexto del chico, no solo económico. Me parece fundamental el hecho de ir a la casa, porque la casa es una realidad totalmente diferente que lo que la madre puede venir a manifestarte acá.

***

ENTREVISTA N°6

Nombre: Daniel (Pediatra)
Fecha: 25/11/2015
Hora: 9:50 a 10.40am

1. ¿Qué es para usted el Control del Niño Sano?
El control del niño sano se basa en examinar la parte orgánica del niño, revisar cómo está desarrollándose, creciendo, como esta orgánicamente, como se maneja su mamá en el acompañamiento del crecimiento y el desarrollo, en la alimentación. Que se hagan todas las medidas de prevención de la salud, desde la vacunación hasta una dieta saludable, las formas en que descansa, se entretiene. Lo más integral posible viéndolo desde el punto de vista estrictamente médico, desde lo psicológico y lo social del niño y su familia.

2. ¿Conoce el Programa que integra y encuadra el Control del Niño Sano?
Hay un programa que es la atención del niño y el lactante, pero tengo entendido que no está puntualizado y detallado como hacerlo en forma estricta. Cada centro de salud y cada grupo de profesionales lo va adaptando a su forma, a su manera.

¿Tiene objetivos el programa mencionado?
Desde ya, todo eso sí está, pero es muy amplio. Tal es así que nosotros aquí hacemos un taller de puericultura, una reunión con las madres todos los días y en muchos lugares no se hace o se hace quizá dos veces por semana.
¿El programa especifica una modalidad de trabajo?
No. En el programa no hay algo estricto de que hay ciertos pasos a seguir o cumplir en cada control.
Yo he estado en diferentes centros de salud (desde que estoy en la municipalidad que ya llevo muchos años) y en algunos se trabaja paciente por paciente, sin hacer reuniones, en otros se hacen reuniones en ciertas fechas, en ciertas etapas del chico, se hace quizás una reunión cuando el chico ingresa al plan de recién nacido, al tercer mes, sexto mes, al año, o sea, eligen ciertos momentos. Y hay también ciertos profesionales que no le gustan hacer las reuniones, no lo hacen.

3. ¿Cómo surgen los talleres? ¿Qué piensa sobre los mismos? ¿Considera que son de utilidad? Si/ No, Por qué.
No sé exactamente el año, porque yo personalmente soy muy despistado para recordar. Pero considero que soy uno de los iniciadores de este tipo de modalidad que fue en el centro de salud del Martillo en el año 1990, más o menos empezamos hacerlo más sistemático.

¿A que le llama sistemático?
A esto de hacer las reuniones con cada grupo, y después algunos otros centros de salud tomaron esta modalidad. En realidad, no sé si lo realizaban anteriormente porque tampoco en aquella época teníamos reuniones sistematizadas de pediatría como para poder intercambiar ideas o modalidades de trabajo, eso fue muy posterior.

4. ¿Las charlas están enmarcadas en un Programa o se plantea por parte del municipio?
Es iniciativa propia, justo había coincidido, en ese momento, que desde educación provincial habían enviado un grupo de estimulación temprana entonces se empezaron a gestar ideas que pusieron la cimiente para este tipo de trabajo. Estoy recordando ahora que, en aquella época teníamos una por una cuestión personal relación con gente que estudiaba en la Malarrou, gente de artes visuales que participó con nosotros y fue muy nutritivo, en cuestiones artísticas haciendo participar a los chicos y a las madres en como confeccionar carteles en prevención de salud y hubo mucha participación con muy buena repercusión y la gente lo disfrutaba.

5. ¿Hay objetivos para los talleres y como se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
Objetivos a alcanzar establecidos por escrito si los hay, lo ignoro. O sea, es una meta que se propone cada equipo, que no está estipulado por escrito. En algún momento nosotros presentamos en el Congreso Nacional de Pediatría (año 2003) esta modalidad de trabajo se hizo hace varios años y tuvo muy buena repercusión.
En cuanto a la organización: al taller va el que tienen mejor disponibilidad de tiempo y de trabajo ese día, no es que hay alguien estipulado exclusivamente para tal día coordinar el taller. Los temas que se tratan en cada reunión obviamente esta condicionados a la edad de los niños

y a lo que va surgiendo, o sea, hay un esquema que lo tenemos mentalmente ya muy aprendido porque esto lleva muchos años, de que temas o tópicos obligatoriamente no podes eludir en cada reunión de acuerdo a la edad de los chicos pero también con un poquito de improvisación de acuerdo a la participación de las mamás, de las intervenciones que haya, lo que vaya surgiendo.
No hay una agenda escrita, considero que con la cantidad de tiempo que llevamos haciéndolo uno ya automáticamente se pone el chip que corresponde. Considero que si hubiera algo escrito sería muy útil para guía de equipos que no lo están haciendo de forma rutinaria, podría ser un aporte. Siempre hay que tener la apertura para aprender cosas nuevas o implementar nuevas técnicas. Desde ya, sería necesario para normatizar lo que consideramos que es muy buena técnica de abordaje y de trabajo que da resultados evidentes y positivos, realmente buenos. Mucho tiene que ver con la predisposición, actitud y aptitud que tengan las personas que estén participando.

¿Sería importante entonces una planificación?
Desde ya que sí, pero reitero el paso limitante es hasta la personalidad de la persona que está coordinando el grupo. Porque hay gente que tiene tanto o hasta más años que nosotros, pero no aceptan esta modalidad de trabajo o se sienten incómodos o hacen talleres muy aburridos, quizás están diciendo cosas muy importantes pero la gente no le presta atención, es muy parecido a lo que es la docencia. Hay gente que tiene realmente buena onda con la docencia y otros que ponen un gran esfuerzo, pero no tienen una recepción adecuada digamos.
Integran los talleres todas las mamás que son citadas ese día de acuerdo a la edad de sus niños, ahora en algunos talleres (miércoles y jueves) tenemos la terapista ocupacional que participa también ya que no tenemos como anteriormente una terapista ocupacional todos los días, ya que se jubiló la que teníamos y hay que esperar a que nombren alguna. En algunos talleres participa la fonoaudióloga, la enfermera está en casi todos, y bueno estamos los médicos y a veces también residentes de pediatría que están haciendo sus pasantías por aquí. En algunos casos participan los padres, a veces es una abuela que cuida al chico, puede ser una niñera, no se le niega la entrada a nadie.

6. ¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?
No se ha hecho un estudio de cómo se ha ido progresando, cosa que no sería muy fácil ni fiel porque también los grupos van cambiando: la gente se muda, cambia de lugar, etc. Desde mi óptica estoy seguro y en la práctica es así, de que ha ido mejorando. Yo ya no veo esas familias tan numerosas como se veía en otro momento, antes era muy común recibir por día dos o tres familias con 6, 7, 8 hijos, hoy ya no. Mi suposición es que el promedio debe andar en 3/ 4 hijos. Ha cambiado notablemente la realidad materno-infantil en los últimos 10 años, considero que no hay casos con grados críticos de salud.

7. **¿Cuál es su función dentro del equipo de salud? ¿Cuál es la función de los distintos profesionales dentro del Equipo? Pediatra /Enfermero / Trabajadora Social / Terapista Ocupacional/ Administrativos**
Mi función como médico estrictamente en el taller es más que nada instruir a la gente de las enfermedades prevalentes en cada época del año y de acuerdo a la edad de los niños para que puedan aprender a tomar medidas precautorias para evitar la enfermedad o consultar lo más precozmente posible. Controlamos el estado de salud del chico, haciendo señalamientos sobre: alimentación, prevención de accidentes, prevención de enfermedades según época del año.
El trabajador social tiene una función muy, muy importante. Por un lado, yo creo que le resulta más sencillo a las mamás comunicarse e intimar con la asistente social que con el médico, todavía creo que mucha de la población se siente como distante del médico y la asistente social permite en su ámbito una relación más íntima y con menos obstrucciones que con las que puede sentirse en un consultorio con el médico. Y la asistente social en muchos casos conoce las viviendas, los grupos familiares, los vínculos entorno al chico por lo que tiene una visión mucho más amplia y enriquecedora como para hacer señalamiento en pos de la salud de ese grupo familiar.
La función de la enfermera: es pesar, medir, vacunar a los niños. Nuestra enfermera en particular es muy eficiente en trabajar en lo que hace a lactancia materna.
Los administrativos de pediatría organizan los turnos, derivaciones, interconsultas y no más que eso.
La terapista ocupacional participa en dos de los talleres haciendo estimulación, observando a los chicos y tiene ciertos horarios para atender a los niños que requieren su atención en relación al desarrollo.

Dentro del taller cada uno habla de temas muy específicos, quizás la gente de servicio social habla más de los temas que le competen al servicio social. La enfermera se dedica más a poner énfasis en vacunas y lactancia materna ya que tenemos una enfermera que maneja muy, muy bien ese tema y después la parte de prevención de enfermedades participamos los médicos, en el tema del desarrollo es más de la terapista ocupacional. Yo considero que ningún tema es prohibido para nadie, no es que el médico no puede hablar de un tema o la enfermera, o la asistente social o la terapista tenga temas prohibidos, no. Es más, yo creo que, con tanto tiempo que llevamos en esto cualquiera puede estar solo manejando toda la reunión, cualquiera de nosotros.

8. ¿Este es un equipo interdisciplinario?
Considero que es fundamental y de muchísima importancia, de que en la interdisciplina todos aporten lo que pueden ver de un caso desde su óptica y que tiren las ideas que se les ocurran sin importar que no pudiera pertenecer a su campo. Yo creo que si hay respeto y buena voluntad, y el objetivo es lograr la recuperación de una salud perdida nadie debe callarse la idea que se le puede ocurrir, más allá de que después se lleve a cabo o no. Puede que el grupo decida que la idea de cualquiera de ellos es mejor que otra o se descarte alguna postura, creo que hay que trabajar de forma interdisciplinaria con respeto, escuchándonos todos y evaluando cual sería la mejor metodología a llevar.
Cuando surge algún caso especial que requiere que varios de nosotros tengamos intervención se da la reunión y se trabaja, y se sigue la búsqueda, desde qué líneas ponernos a trabajar para que esa gente logre los resultados. No siempre las decisiones son fáciles de lograr, pero se llega a un buen camino, a un consenso.

***

ENTREVISTA N°7

Nombre: Sara Liébana (Pediatra)
Fecha: 30/12/2016
Hora: 9:10 a 09.45am

10.¿Qué es para usted el Control del Niño Sano? ¿Qué significa?
Fundamental, creo que Mar del Plata en eso lleva la bandera, por lo menos dentro de la provincia, no sé muy bien dentro del país, pero me animaría a decirlo porque en todos los congresos que he estado de Medicina de Pediatría Social se viene hablando en este último tiempo, pero nosotros lo venimos haciendo hace mucho tiempo, yo hace más de 20 años y la gente que estaba antes que yo ya lo había ideado. El Plan de Lactante en Mar del Plata tiene 40 años, es un Plan que si bien a veces se desmembra porque justamente falta alguien en el equipo por “X” motivo se lleva a cabo muy bien. Es un control pormenorizado que incluye desde la administrativa, la enfermera, la asistente social, la terapista (que ahora no tenemos), los pediatras, fonoaudiología y el contacto con psicología.
Imagínense para esa mamá que a veces tiene un problema de vínculo, económico, un problema de violencia, esta todo el equipo. Si a veces el medico suena como inalcanzable hay un montón de personas que están junto a esa mamá que la pueden ir guiando y acompañando. Yo no podría trabajar de otra manera, honestamente, no podría trabajar sino fuera así en equipo.

11.¿Cómo se organizan? (técnicas, agenda, coordinación, propuestas y participación)
El niño sano de 0 a 2 años es Plan de Lactante, luego se implementó hasta los 5 años lo que se llamaba PROMIN, creo que fue en 1998. Donde se exigió que el control este sistematizado, la obligatoriedad del control hasta los 5 años, bueno nosotros lo seguimos haciendo, por más que PROMIN cayó hace muchos años. Y nuestra idea es seguir porque el chico en edad escolar es el que queda un poco más olvidado, ahora con el tema de la Asignación (AUH) al menos tenemos la posibilidad de tener un control por año, pero honestamente, el 90% (no voy a decir todos) no cumple con las indicaciones que les damos y al año siguiente estamos con lo mismo, no fue a oftalmología, no fue a odontología, no fue a nutrición, no hace deporte. Lamentablemente muchos padres lo toman como un trámite, nosotros no lo queremos tomar así, pero cuesta mucho porque es un tema de educación. Cosa que en el control del niño sano ya se arranca así: pasa por ventanilla de administración donde se le asigna un turno, luego pasa por servicio social (ya que son muchas formas de abordar a esa familia), luego la enfermera que tiene un contacto mucho más personal, luego pasa al pediatra que de acuerdo a cada edad va ir dando pautas, directivas, consejos, conducta anticipatoria.

En los talleres se trabaja por grupo etario y hablamos sobre: patologías prevalentes, vacunas correspondientes, etc.
Ya sabemos sobre los temas que hay que hablar, la verdad que no hay una agenda. Nosotros sabemos a los 4 meses que tengo que esperar del chico, como se alimenta, complemento de hierro, pedir placa de cadera, etc. Hay cosas que uno ya lo sabe porque está dentro de lo que es ser pediatra, no hay una agenda, yo sé que a los 4 meses tengo que hacer esto, esto, y esto.
No tiene por qué haber una agenda, si cada cual tiene su personalidad y su condimento para dar la charla, pero eso es personal de cada médico. Si se deben respetar estas pautas que yo te digo, la consulta de recién nacido tenemos un tema, 4 meses otros temas, 18 meses otros. Pero ¿Por qué? no es que hay una guía para dar la charla, el mismo paciente cambia, el paciente evoluciona mes a mes y yo tengo que evolucionar con ese paciente, yo tengo que enseñarles a los padres como evolucionar con ese paciente, pero no está pautado.

¿En cuánto a la participación de los profesionales en los talleres está pautado?
No, no está pautado, no. A veces es un poco un voluntariado. Yo te hablo propiamente del Centro 2, hay muchos lugares donde no se hacen las charlas. Te vuelvo a decir es un poco el voluntariado y el tiempo de cada uno.

12.¿Qué resultados buscan a partir del mismo? ¿Qué resultados encuentran?
Mucho es cambiar conducta, que ya para nosotros con que uno cambie uno se siente muy feliz. Y la otra gran satisfacción es con la implementación del SAMO que permite que personas (desconozco que porcentaje) con obra social elija y se atienda en las salas públicas.
Los cambios siempre que se den, aunque sea en uno, para nosotros es misión cumplida. Si se da, sino sería una frustración, entre lo poco que uno gana, la situación del lugar de trabajo, sino tenés el cambio yo creo que uno masoquista no es.
Por ejemplo: en cuanto a la lactancia materna, de la cual nosotros somos grandes defensores, tenemos una mujer que trabaja 14 horas en una fábrica de pescado no hay lactancia materna que valga; y si tengo una mujer que no quiere amamantar hay que abrir la cabeza y entender que hay otra persona que piensa distinto, cosa que a los médicos nos cuesta más, todo el resto del equipo es mucho más permeable. Nosotros por suerte ya hace unos años hemos aprendido que no tenemos la razón en todo y hemos empezado a abrir la cabeza y a tratar a esa persona de acompañarla.
En algún momento se siente mucha satisfacción de trabajar acá y se ven los resultados: el “gracias” de las personas, el “qué suerte que me lo dijo”, “¿no me va retar?” no, no retamos a nadie porque no podemos ni con nuestros hijos, pero ya sabe que hay cosas que no, pero las personas van a intentar modificarlo, ya eso es importante. Por ejemplo respecto a: lactancia, colecho, solicitud de consultas con psicología (que antes era un tabú), requerimiento de métodos anticonceptivos, etc.
Si la población se abre como se ha abierto y nosotros nos abrimos, son dos los que nos tenemos que abrir, porque no es solamente la gente ni solamente el equipo. Hay que tratar de lograr esa llegada y que encastre, cuando encastra es maravilloso. Sino insisto: ¿Quién va querer venir?

13.¿Conocés el Programa actual que incluye el Control del Niño y los talleres?
No, no lo sé. Eso lo hace cada Centro a su manera por lo que yo conozco. Nosotros tratamos de permanecer con ese sistema porque nos da resultados, aparte tenés una visión general: ves el trato con los chicos (que es distinto del consultorio), como se manejan los padres, quien escucha y quién no. Es una semiología rápida, es la primera observación de 20 chicos con sus familias.

14.¿Qué es la interdisciplina? ¿Considerás a este equipo como interdisciplinario?
Si, intenta. Te digo hay gente que trabaja muy bien, gente idónea, con muchísima voluntad, eso es oro en polvo. Lo que nos cuesta es tener el espacio para hablar, el espacio y el momento porque a veces uno termina tan cansado que no quiere hablar más y eso nos haría falta. Lo que haría falta es tener un espacio, no el común de la cocina, para tener reuniones: por ejemplo, donde todos digamos los martes se corta la atención y hay reunión de equipo; y eso no lo tenemos, en muchos años que llevamos nosotros no lo logramos hacer.

¿Cuáles serían los obstáculos?
A veces que hay mucho trabajo, no siempre. Yo creo que a veces es un tema que nos cuesta admitir que si bien todos vamos para el mismo lado tenemos diferentes puntos de vista, es mi humilde opinión. Por más que nos llevemos bien y todo, a la hora de plantear un tema, las

diferencias hacen que no se concluya. Hay diferentes puntos de vista, lo que para nosotros es algo vital para otras personas no lo es entonces ahí viene el choque. Estamos hablando de casos puntuales, de casos graves lo demás fluye.
Yo creo que nos falta son reuniones de equipo, bajar cada uno de nosotros y querer escuchar al otro en la reunión porque en el resto sí, va, parece que va. Pero a mí me parece que a la hora de sentarnos cara a cara, frente a un problema terminamos discutiendo porque hay diferentes puntos de vista. Porque el punto de vista del médico es muy diferente al punto de vista del asistente social, y es así, es muy diferente al punto de vista del psicólogo. Y si seguimos con los egos no va andar, tenemos que todos tratar de escucharnos y ahí es donde fallamos, nadie dice que la causa está perdida pero ahí es donde fallamos. Y lo digo haciendo una crítica mía culpa, creo que ahí fallamos.

15.¿Cuál es su función dentro del equipo de salud? ¿Cuál es la función de los distintos profesionales dentro del Equipo? Pediatra /Enfermero / Trabajadora Social / Terapista Ocupacional/ Administrativos

Yo creo que tendríamos que tener una historia clínica única, que no la tenemos todavía. Hay un tema de informática que, por ejemplo, servicio social no tiene porque yo hace 2 años que no tengo una historia del servicio social si no es que Anastasia me cuenta alguna cosa importante, cuando ve un montón de chicos obviamente que se la va pasar, ahí perdemos el nexo con la información.
Cada profesional tiene una historia clínica aparte (psicóloga, terapista, trabajadora social). Entonces los roles como profesionales son brillantes, pero sino lo aunamos se desvirtúa. Hoy todo el mundo tiene título universitario, todos saben mucho, y yo no puedo hablar de su idoneidad, en absoluto. Pero no tenemos reuniones de equipo, no tenemos H.C en común, los saberes se pierden.
Por otro lado, seguimos teniendo una sola asistente social para todo esto y no lo entienden y no tenemos terapista y no lo entienden. Cuando el 90% de la patología es problema social y trastorno del desarrollo, lo vengo diciendo hace años. Cuando veo una neumonía digo ¡qué suerte! Es algo mío, pero no entienden.
¿Quiénes no entienden? Las autoridades, cuánto hace que estamos hablando de que hay una sola asistente social para todo, para TODO. Encima no le dan la posibilidad de que tenga informática ¿Cómo me entero?
Bueno eso ya extralimita la voluntad del equipo, extralimita todo. Entonces estamos con lo interno: la falta del espacio, tiempo, voluntad, el ego, etc.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA · FACULTAD DE CS. DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL

TESIS DE **LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**