

2016

El impacto de la condicionalidad en salud de la asignación universal por hijo, en Barrio Belgrano-Miramar

Antón, Daniela Soledad

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/73>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

**EL IMPACTO DE LA
CONDICIONALIDAD EN SALUD
DE LA ASIGNACION UNIVERSAL
POR HIJO, EN BARRIO
BELGRANO- MIRAMAR**

POR: ANTÓN, DANIELA SOLEDAD

Tesis presentada al Departamento de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, para optar al grado académico de Licenciado en Servicio Social.

Director de Tesis: Licenciado Arroyo Cristian
Co – Directora de Tesis: Medica González Viviana

Octubre de 2016
Mar del Plata, Argentina

Agradecimientos:

Este trabajo va dirigido con profundo agradecimiento a los docentes de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que acompañaron mi formación académica.

A los trabajadores sociales que he conocido y que fueron ejemplo para respetar, creer, defender y apasionarme por la profesión.

También quiero expresar mi gratitud a las instituciones que me abrieron las puertas para emprender un trabajo cercano con la comunidad y fueron las que motivaron esta investigación: Caps Belgrano, Secretaria de Desarrollo Humano, Dirección de Niñez y Adolescencia, de la Municipalidad de General Alvarado.

Y finalmente dedicar y agradecer a mi familia, por la motivación, acompañamiento a lo largo de la carrera.

CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	4
CAPITULO I	
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	7
Justificación.....	8
CAPITULO II	
Antecedentes.....	10
Marco Conceptual.....	11
Surgimiento y contextualización de la Asignación Universal por Hijo	11
Caracterización de la Asignación Universal por Hijo.....	14
Consideraciones en torno al concepto de salud.....	24
Atención Primaria de Salud.	26
Determinantes del proceso salud- enfermedad.....	30
Familia y salud.....	32
Políticas de salud del periodo relacionadas con la AUH.....	35
CAPITULO III	
Metodología.....	38
CAPITULO IV	
Análisis e interpretación de resultados.....	46
Barrio Belgrano, ubicación y descripción.....	46
Atención Primaria de Salud en el Barrio.....	50
Estadísticas de vacunación y consultas médicas, resultados y análisis.....	53
Entrevistas a los Agentes de Salud del Caps Belgrano y a las familias titulares del programa.....	61
Resultados y análisis de las encuestas a titulares del programa.....	94
CAPITULO V	
Conclusiones.....	107

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca conocer el impacto de la condicionalidad en salud de la Asignación Universal por Hijo, en el Barrio Belgrano de la Ciudad de Miramar, desde su implementación, en el año 2009, hasta el año 2014. Es del tipo exploratoria y utiliza metodología tanto cualitativa como cuantitativa. Asimismo, pretende brindar información a los actores del Barrio (agentes de salud y familias) respecto al impacto de la política pública en el aspecto sanitario, para el desarrollo de propuestas y acciones que logren operar con eficacia para que se cumpla la finalidad de la política a nivel local. En cuanto al saber específico del trabajo social, comprender la significación de la política social y dar respuesta a posibles preguntas que pueden surgir en la actividad cotidiana del profesional de trabajo social.

La presentación del trabajo se divide en cinco capítulos: Capítulo I, plantea el problema de investigación, objetivos y justificación del trabajo; Capítulo II, incluye los antecedentes y el marco conceptual; Capítulo III, expone la metodología; Capítulo IV, presenta la interpretación y análisis de resultados; y el Capítulo V, descubre las conclusiones del trabajo.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (en lo sucesivo denominada AUH), es considerada una de las políticas públicas más importante de los últimos años en Argentina. La misma fue creada por el Poder Ejecutivo, mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1602 (DNU N°1602), el 29 de Octubre de 2009; se la ubica dentro de la órbita de los programas de transferencia condicionada de ingresos, como parte del sistema de asignaciones familiares, por ende, regulada por la legislación vigente y abriendo una nueva etapa en el sistema de protección social, representado el avance de los Derechos Sociales de la población del territorio, principalmente de los niños, niñas y adolescentes.

El presente estudio explora las modificaciones que conlleva este programa, en las familias titulares que residen en el Barrio Belgrano de la Ciudad de Miramar, Partido de General Alvarado, particularmente las correspondidas con la condicionalidad en salud. Se parte de que:

La estructura básica común de los programas de transferencias condicionadas consiste en la entrega de recursos monetarios y no monetarios a familias en situación de pobreza o pobreza extrema que tienen uno o más hijos menores de edad, con la condición de que

estas cumplan con ciertas conductas asociadas al mejoramiento de sus capacidades humanas. (Cecchini 2001:13)

En el caso de la AUH se requiere el cumplimiento anual de dos tipos de condicionalidades, una del tipo educativo y otra sanitaria, esta última implica completar el calendario de vacunación obligatorio y los controles médicos, en correlación a la edad de los niños. Dichas condicionalidades son identificadas a través de la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación, que posee cada titular.

En la ciudad de Miramar, Partido de General Alvarado, Provincia de Buenos Aires, para efectuar la condicionalidad de salud, las familias concurren a los diferentes Centros de Atención Primaria de Salud (existiendo cinco en toda la ciudad) y/o al Hospital Municipal, dependiendo de su lugar de residencia y el área de influencia de los Centros de Atención. Particularmente en el Barrio Belgrano se ubica uno de los Centros mencionados y desde la implementación de la AUH, se sabe que las demandas a los profesionales para controles médicos y otras prestaciones, se han acrecentado, tal situación es expresada por los agentes de salud y registrada a través de observaciones.

Por lo expuesto surgen como interrogantes: ¿Qué implicancias trajo la condicionalidad en salud de este programa en el Barrio Belgrano?, ¿Qué posibilidades tienen las familias de cumplir con esta condicionalidad? ¿Cómo significan esta cuestión las familias? ¿Y los agentes de salud? ¿Se dió un aumento en las prestaciones de salud en el rango etario que incluye el programa? ¿La política social cumple su objetivo en el aspecto sanitario?

De allí el interés de desarrollar una investigación sobre el impacto de la condicionalidad en salud de la AUH en las familias del Barrio Belgrano de la ciudad de Miramar, desde su implementación hasta el año 2014. Y asimismo, aportar conocimiento sobre la temática ya que son inexistentes los trabajos, investigaciones, encuestas o estadísticas sobre esta cuestión en el Partido.

En concordancia con lo expuesto, el problema de investigación que se concibe es el siguiente:

¿Qué impacto tuvo la condicionalidad en salud de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en las familias del Barrio Belgrano de la Ciudad de Miramar?

OBJETIVOS

El Objetivo General que pretende alcanzar la investigación es el siguiente:

- *Conocer el impacto de la condicionalidad en salud de la Asignación Universal por Hijo, a partir de su implementación hasta el año 2014, en las familias del Barrio Belgrano de la ciudad de Miramar.*

Para llegar al antes mencionado se postulan los siguientes Objetivos

Específicos:

- *Indagar la percepción de las familias respecto a la Asignación Universal por Hijo (específicamente sobre las condicionalidad de salud).*
- *Analizar los datos de vacunación y controles médicos de los niños del barrio.*

- *Indagar la posibilidad y la capacidad de logro de las condicionales por parte de las familias.*
- *Conocer la percepción de los agentes de salud con respecto a la Asignación Universal por Hijo.*
- *Identificar y caracterizar a las familias titulares de la Asignación Universal por Hijo.*
- *Conocer la relación familias- institución de salud.*

JUSTIFICACIÓN

Al ser inexistentes a nivel local, datos o aproximaciones sobre las incidencias o implicancias de una política tan importante como es la AUH, surge la necesidad, desde la perspectiva del trabajo social, de indagar las cuestiones que trajo aparejadas en los habitantes del Barrio Belgrano de la Ciudad de Miramar, específicamente en la situación de salud.

La importancia de abordar esta temática radica en el análisis de una política pública que vino a reforzar los Derechos Sociales, pues amplía la protección social en la población que por décadas fue relegada al asistencialismo y a los programas focalizados. El hecho de que el trabajo social -como profesión que se ocupa de reforzar los derechos de la población a través del trabajo cotidiano y de estudiar de forma crítica el desarrollo de las políticas sociales y accionar para que cumplan su objetivo- tenga la posibilidad de conocer de manera cercana la realidad de las personas, lo asienta en una posición privilegiada en este tipo de estudios. Por eso, la meta última de la presente

investigación es poner a disposición de la población y de las instituciones correspondientes los resultados obtenidos para que se puedan alcanzar los objetivos de la política en pos de la mejora de la calidad de vida de las personas. Así como también ser motivadora del abordaje de la misma temática en otros espacios locales y de la resolución de los inconvenientes o falencias que impidan alcanzar el propósito de la misma.

En cuanto a lo reflexión teórica se intenta generar conocimiento a partir de la práctica, para superarla y volver a intervenir en la realidad con mayor comprensión acerca de los procesos que la influyen.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

Al momento de efectuar la revisión bibliográfica la mayor cantidad de trabajos hallados giran en torno a la incidencia de la AUH en la pobreza e indigencia, las modificaciones legales en el régimen de Asignaciones Familiares y la comparación con programas similares en Latinoamérica; mientras que la relación del programa con aspectos como la salud, la educación, derechos sociales, etc., son más reducidos.

A nivel local, los informes y trabajos son escasos, encontrándose algunos trabajos exploratorios realizados por la Universidad Nacional de Mar del Plata; muy por el contrario, en la ciudad de Miramar no existen documentos que estudien esta política pública, ni datos sistematizados.

La lectura y análisis de los escritos permitieron un acercamiento a múltiples implicancias que trajo aparejado el programa, aunque se considera que faltan aspectos por abordar y muchos por profundizar, ya que representa un nuevo paradigma en la política social.

MARCO CONCEPTUAL

Las teorías, enfoques y conceptos que guían el trabajo fueron seleccionados pensando en dar respuesta al problema y obtener una visión completa del sistema teórico y del conocimiento científico que se tiene acerca del tema.

En un primer momento se aborda el contexto en el que surge el programa bajo análisis y las características del mismo en relación con las políticas públicas de la época, posteriormente se desarrolla el concepto de salud junto con el paradigma de la complejidad, para luego hacer referencia al concepto de Atención Primaria de Salud y sus implicancias, de igual manera se reseña la propuesta de los “determinantes del proceso salud- enfermedad”, para finalizar se plantea la relación familia y salud y se mencionan las políticas de salud del periodo que fortalecen el desarrollo de la AUH.

SURGIMIENTO Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO

El periodo neoliberalista (1976- 2001) en Argentina dejó un escenario caracterizado por el desempleo, la pobreza, indigencia y precarización laboral:

Durante los años 2001-02 Argentina vivió el empeoramiento dramático de todos los indicadores sociales. El desempleo alcanzó su récord histórico (18,3% en octubre de 2001 y 21,5% en mayo de 2002), y se incrementaron notablemente los niveles de pobreza e indigencia. Al momento de asumir Néstor Kirchner en mayo de 2003 la pobreza

abarcaba al 54% y la indigencia al 27,7% de las personas. (Alonso 2011:2)

A partir de 2003 las políticas públicas se centran en el empleo formal, pues se lo postula como principal instrumento de inclusión social y el articulador del conjunto total de políticas.

La estrategia de colocar al empleo como centro articulador de las políticas sociales se constituyó inicialmente en el principal mecanismo dirigido a intervenir en la cuestión social, y si bien no se descuidaría el sostenimiento de los programas de transferencia de ingreso ya no se continuaría con la expansión de su cobertura. El énfasis en el trabajo –en lugar del ingreso- como categoría central para asegurar la protección social radicaría en la premisa de que no hay trayectoria que genere más empoderamiento para salir de la vulnerabilidad social que la implicada en la incorporación al mercado de trabajo formal: se accede a la cobertura de la seguridad social, a la posibilidad de tener representación sindical y, por ende, a la negociación colectiva de las condiciones salariales y laborales. A su vez, todo ello reduce drásticamente la necesidad de las personas de recurrir a redes clientelares, con lo cual el proceso habilita un círculo virtuoso de fortalecimiento de la ciudadanía democrática. (Alonso 2011:3)

Esto demuestra que el Estado emprendió un rol activo en la economía al tiempo que recuperó las capacidades pérdidas y disminuidas durante la década de los '90, principalmente en el área de salud, educación y protección social, en cuanto a esto último:

Donde habría de observarse la mayor desviación que la gestión kirchnerista de las políticas sociales definiría respecto del principio contributivo –típico del seguro social, y extremado en clave de aseguramiento individual con las reformas neoliberales- estaría dada por el notable salto que se produciría en la cobertura de jubilaciones y pensiones (“Plan de inclusión previsional”); así como, ya durante la gestión de Cristina Fernández, por la universalización de las asignaciones familiares (Asignación Universal por Hijo). (Alonso 2011:6)

Aun así, la implementación de una política como la AUH fue necesaria pues, a pesar de que el Nuevo Modelo de Estado promovió como política social el

restablecimiento del empleo como principal integrador social (empleo formal y recuperación salarial), no todas las personas lograron insertarse en el mercado laboral de manera formal, por tal no obtuvieron mejoras en sus condiciones laborales, quedando por fuera de la legislación laboral y sin la protección de la seguridad social. Por consiguiente, con un enfoque de derechos y con el objetivo de ampliar la protección social hacia la infancia, superar las políticas sociales focalizadas que se habían implementando en las dos décadas anteriores, se crea mediante el Decreto 1602/09, la Asignación Universal por Hijo, el 29 de Octubre de 2009.

Con la ampliación de la Protección Social no se desplaza el lugar del empleo formal como principal integrador social, bien lo indica el Decreto 1602/09,

El trabajo decente sigue siendo el elemento cohesionante de la familia y de la sociedad, que permite el desarrollo de la persona. Que la mejor política social de promoción y articulación del tejido social es el trabajo que, sumado a la educación, la salud, la modernización o creación de infraestructura, servicios básicos y viviendas, permitirá mejorar las condiciones de vida y avanzar sobre el núcleo más duro de la pobreza, consolidando progresivamente un desarrollo humano integral, sostenible e incluyente.

CARACTERIZACIÓN DE LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO

La AUH es una prestación monetaria no contributiva mensual, destinada a niños, niñas y adolescentes argentinos menores de 18 años, residentes en el país o argentinos naturalizados o con residencia legal mínima de tres años, que no perciban ninguna otra asignación familiar y pertenezcan a hogares cuyos padres se encuentren desocupados, sean monotributistas sociales, se desempeñen en la economía informal o como servicio doméstico percibiendo ingresos no superiores al salario mínimo vital y móvil¹. Se otorga hasta un máximo de cinco asignaciones y en caso de que se trate de un hijo con discapacidad no existe límite de edad para percibirla. Esta asignación posee titularidad femenina, es decir que se paga a la madre de los niños, exceptuando las situaciones en las que los estos se encuentren a cargo de otro familiar o adulto. Para junio de 2014 el monto es \$644; según datos del sitio web oficial de ANSES, el programa empezó a funcionar con una cifra inicial de \$180, en septiembre de 2010 pasó a \$ 220 (22% de aumento); un año después, a \$ 270 (22,7%); en 2012, a \$ 340 (26%); en junio de 2013, a \$ 460 (35%). Estos aumentos quedan sujetos a disposiciones del poder ejecutivo.²

Mensualmente las familias cobran el 80% del total, recibiendo el 20% pendiente cuando se acredita anualmente las condicionalidades requeridas,

¹ Esta categorización de la población destinataria de la política corresponde al año 2014.

² En el año 2015 se aprueba la Ley 27160 de Movilidad de Asignaciones Familiares, que establece el ajuste semestral de los montos de las asignaciones familiares.

de no ser así también se da la baja del programa. Las condicionalidades³ son de dos tipo: educativa y sanitaria; la primera consiste en la asistencia de los niños en edad obligatoria de escolarización a instituciones educativas formales y la segunda el cumplimiento del calendario de vacunación y de los controles médicos acordes a la edad del niño. Estas condicionalidades son asentadas en la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación proporcionada por ANSES.

Por otra parte, la incompatibilidad es uno de los rasgos sobresalientes del programa, como expone Alonso (2011:19):

La percepción de la AUH es incompatible con la de cualquier otro plan social, los que tenderán a ser absorbidos y sustituidos por aquélla. Esto último permitirá una mejora de la gestión de la política social, pues se producirá la consolidación de varios programas de transferencia de ingresos, lo que propenderá a superar los habituales problemas de superposición y descoordinación.

En cuanto a su administración, se encuentra bajo el cargo de ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social) y se financia a través de dos fuentes de recursos: los ingresos del sistema de seguridad social provenientes de aportes, contribuciones e impuestos; y los rendimientos anuales generados por el Fondo de Garantía de Sustentabilidad, cuyo objetivo es mantener el valor de los excedentes del sistema jubilatorio.

³ Estos nuevos mecanismos de protección social no contributivos, en varios casos implican el cumplimiento de requisitos de salud y educación de los niños beneficiarios, incorporando de esta manera una perspectiva de mediano y largo plazo, que rompa el circuito intergeneracional de la pobreza, al tiempo que garantice la satisfacción de las necesidades básicas y el acceso a los derechos de la ciudadanía (Novacovsky 2010).

Haciendo referencia a la cobertura, en Diciembre de 2014, según datos de ANSES, 3.573.598 de niños perciben la Asignación Universal por Hijo, de ese total, 1.331.845⁴ viven en la provincia de Buenos Aires, representando el 35% de Asignaciones otorgadas del país. En relación a la cantidad de titularidades en la ciudad de Miramar, no se tienen datos exactos, la Jefa de la Oficina de ANSES de la Ciudad, Sra. Alejandra Carli, durante entrevista, refiere que aproximadamente 2.000 niños se encuentran cubiertos por el programa.

La AUH no fue concebida como un programa especial que focaliza en familias en situación de pobreza, sino como parte de la seguridad social. Vale decir que el sistema de seguridad social se universalizo en lo que respecta a asignaciones familiares pues dejo de ser exclusivo para los sectores insertos en la economía formal a la vez que genero Derechos en la población antes excluida de estos. Con este enfoque de política, las familias son titulares de un Derecho y no beneficiarias de una política asistencial y focalizada. Se trata de una política guiada en la igualdad, universalidad e inclusión, con impacto en la niñez.

La consecuencia directa más relevante de la creación de la AUH fue la ampliación de la cobertura a niños y niñas por el sistema de Asignaciones Familiares, el cual pasó en términos aproximados de cubrir al 42% de los niños, niñas y adolescentes al 82% de los mismos. (Pautassi 2013:13)

Teniendo en cuenta la orientación y aplicación del programa, se destaca a continuación algunos rasgos que se consideran fundamentales para la

⁴ Anses en Números. Asignaciones Universales por Provincia. Recuperado el 20 de febrero de 2015, desde: <http://www.transparencia.anses.gob.ar/anses-numeros/asignaciones-universales>

compresión del mismo, principalmente en relación a las políticas sociales que comienzan a efectuarse a partir del año 2003 hasta la fecha de realización de este estudio.

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO COMO ASIGNACIÓN FAMILIAR

Las Asignaciones Familiares son parte del sistema de seguridad social y están reguladas por la Ley 24.714, estas fueron pensadas en un comienzo como un complemento económico a los ingresos de los trabajadores del sistema formal para afrontar las cargas de familia, en palabras de Rofman (2011:11), “Las asignaciones son un complemento al ingreso laboral, tendiente a mejorar el ingreso per cápita en los hogares con familias amplias.”

Desde su creación hasta el año 2009, las Asignaciones Familiares por hijo dejaban de lado a los niños cuyos padres se desarrollaban en el mercado informal, pudiendo acceder tan solo a los beneficios de los programas o planes de asistencia focalizada. La situación cambia con el implemento del Decreto 1602/09, que expande la cobertura de las Asignaciones Familiares con la creación de la AUH, es así que el sistema de Asignación Familiares queda conformado de la siguiente manera: la Asignación Universal por Hijo, caracterizada dentro del tipo no contributiva, las Asignaciones Familiares

Contributivas y el crédito fiscal que reciben los trabajadores de más altos ingresos que están comprendidos bajo el impuesto a las ganancias.

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO Y EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL:

En Betranou (2010: 45) encontramos una aproximación conceptual respecto al sistema de protección social, el que concibe que:

La Protección Social aspira a que los sistemas sociales brinden cobertura efectiva al conjunto de la población, pero atendiendo en particular a la situación de la población vulnerable y excluida, con el fin de prevenir pérdidas en el bienestar y la disminución de la cohesión social, y atenuando el riesgo de caída en la pobreza, independientemente del tipo de inserción laboral de los trabajadores.

En Argentina el sistema de protección social comenzó a ampliarse a partir de 1945 con el reconocimiento de los Derechos Sociales, la universalización de la educación, de la salud, el acceso a la vivienda y demás derechos reconocidos a los grupos sociales antes relegados. Con la entrada del neoliberalismo el sistema de protección social se retrajo, quedando disponible los servicios públicos para los grupos que no podían acceder a ellos de manera privada. A partir de la gobernación de Néstor Kirchner en 2003, este sistema vuelve a tomar importancia y a visualizarse su ampliación a través de nuevas políticas de acceso universal.

La AUH como política incorporada al Sistema de Protección Social, viene a democratizar el acceso de un derecho que anteriormente solo era accesible de manera contributiva, esto provoca que se llegue a un Piso de Protección

Social con el objetivo de garantizar un mínimo de bienestar en base a los derechos ciudadanos, principalmente en los niños.

Asimismo, se relaciona la AUH directamente con otros componentes de la Protección Social, como es el sistema educativo y el sistema de salud. Esta relación se establece por las condicionalidades que el acceso al programa requiere bajo el objetivo de la inclusión y el desarrollo humano de la población.

El sistema de Protección Social debe pensarse en base de los Derechos Sociales, por tal, todos los servicios, programas y transferencias que se ubiquen bajo esta orbita corresponden al total de la población y buscan el bienestar e inclusión social.

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO Y LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIA CONDICIONADA DE INGRESOS:

Además de ampliar los derechos sociales y la protección social, la AUH se ubica dentro de los Programas de Transferencia Condicionada de Ingresos (PTCI), pues para su obtención y mantenimiento las familias deben llevar acabo compromisos sanitarios y educativos.

Los PTCI surgen en América Latina en la década de los ´90 y se caracterizan por otorgar dinero en efectivo a las familias en situación de pobreza a cambio de que se cumplan determinados compromisos, en la

generalidad de ejemplos de este tipo de programas Novacovsky (2011:19)

explica que:

En los diferentes países han adoptado fórmulas variadas, pero con los objetivos comunes de establecer mecanismos de redistribución de ingresos para los hogares pobres, la reducción de la pobreza y la interrupción de los mecanismos de su reproducción, la inclusión y sostenimiento de niños y jóvenes en el sistema educativo, la mejora en la nutrición, el aumento de los controles de salud, la disminución del trabajo infantil, el empoderamiento de las mujeres y la creación de redes de protección social en tiempos de crisis.

Se observa que la mayoría de los Programas de Transferencia de Ingresos de América Latina se encuentran dirigidos familias con niños y adolescentes y requieren compromisos orientados a las esferas de salud y educación, con tales compromisos se pretende la acumulación de capital humano para la superación intergeneracional de la pobreza y el cambio de pautas culturales.

La educación y la salud son dos áreas que se vieron fuertemente afectadas por las políticas neoliberales de los noventa. Los niños, niñas y adolescentes se incorporaron masivamente entre los grupos excluidos de dichos servicios básicos, sufriendo situaciones de discriminación, privación y pobreza. Por eso, los objetivos de la mayoría de los Programas de Transferencia Condicionada se focalizaron en las transferencias monetarias hacia familias con hijos menores de edad y condicionaron las mismas con el fin de reconstruir el vínculo familiar y el ejercicio de condiciones sociales básicas: educación y salud pública.” (ANSES 2012: 13-14)

La AUH como Programa de Transferencia Condicionada se distingue por su amplia cobertura y acceso, además de superar la fragmentación antes existente entre los diversos programas de este tipo, persiguiendo como objetivo que los niños acumulen capital humano en áreas como la educativa y sanitaria, las que permiten que se efectivicen derechos además de asegurar un desarrollo integral.

ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO Y LA LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

La protección de la infancia a través del reconocimiento de los derechos y la promoción del Estado como garante de estos, tiene vigencia a partir de la implementación de la Ley 26.061, del año 2006. Hasta ese momento, en Argentina regía la Ley de Patronato⁵, por lo que la política social orientada a la “infancia pobre” estaba bajo la órbita judicial, por tal los jueces de menores, se regían de igual manera hacia los niños que “cometían delitos” como hacia los niños que formaban parte de familias con menores recursos. Esta Ley “criminalizaba” la pobreza, es decir se judicializaba a las familias que no podían satisfacer las necesidades de los niños y los castigaba determinando sobre ellos medidas de protección. Esta era una visión objetivizada de los niños y sus familias pues “eran objetos sobre los cuales se decidía y determinaban acciones”, cumpliendo el Estado el rol de tutor y protector. En la concepción de esta Ley las infancias estaban diferenciadas según su clase social de origen,

Existían dos universos de infancia, donde se diferenciaba a los chicos pobres que estaban sujetos a la justicia de menores del resto de los niños que participaba de una justicia común, la justicia de familia, y se beneficiaba de las políticas sociales que en general tenían que ver con sus padres trabajadores. Podemos decir que no hubo por parte

⁵ Ley de Patronato 10.903 de 1919: Se caracterizó porque las decisiones en materia de infancia dependieran principalmente de los jueces, lo que suponía elevados grados de discrecionalidad y un enfoque no basado en la universalidad y los derechos de los niños, sino más bien en la compasión y la represión, utilizando como parámetro las condiciones morales y materiales de la vida privada de los niños. Entre las decisiones más frecuentes se encontraban la separación de los vínculos familiares y la internación.

de la sociedad una conciencia, una acción, de que esta diferenciación generaba una desigualdad en términos de derechos y de ciudadanía. (Musa 2011:12)

Con la aplicación de la nueva legislación se instaura un nuevo paradigma de niñez, basado en dos pilares fundamentales: el principio del interés superior del niño y la concepción de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho. En el presente, los niños gozan de protección especial y de todos los derechos que su condición de niño requiere, con el fin de garantizar su desarrollo integral.

La nueva Ley está profundamente vinculada con la AUH, pues no solo promueve explícitamente el derecho a la seguridad social, sino también el derecho a la educación y la salud de las niñas, niños y adolescentes. En relación a la Seguridad Social, el Artículo 26 de la Ley establece que las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a estar cubiertos por este sistema: “Los Organismos del Estado deberán establecer políticas y programas de inclusión para las niñas, niños y adolescentes, que consideren los recursos y la situación de los mismos y de las personas que sean responsables de su mantenimiento.” La AUH, viene a cubrir este Derecho pues se crea con el objetivo de amparar bajo el régimen de asignaciones familiares a las niñas, niños y adolescentes que no se encontraban cubiertos por los mecanismos de la seguridad social y de igual forma fomenta los Derechos a la Educación y Salud mediante las condicionalidades que establece.

Respecto al Derecho a la Educación, con este programa se efectiviza el Derecho expresado en el Artículo 15 el cual dispone que,

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación pública y gratuita, atendiendo a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, respetando su identidad cultural y lengua de origen, su libertad de creación y el desarrollo máximo de sus competencias individuales; fortaleciendo los valores de solidaridad, respeto por los derechos humanos, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente.

Con la AUH miles de niños y adolescentes, que habían desertado del sistema educativo o nunca habían ingresado, se insertan en el ámbito educativo formal a la vez que se refuerza el mantenimiento de los que se encontraban en riesgo de deserción por pertenecer a los sectores de mayor vulneración social. Se concluye que esta política pública refuerza la inclusión educativa en el país. Según el Boletín Cuatrimestral del año 2013 de la Asignación Universal por Hijo, publicado por ANSES, las implicancias fueron las siguientes:

La principal incidencia de la Asignación Universal por Hijo en el área educativa es la fuerte retención de la matrícula y la asistencia escolar, así como la contención de los niños, niñas y adolescentes dentro de las escuelas en el transcurso del ciclo lectivo. Asimismo, para muchas familias la Asignación Universal por Hijo representa un cambio significativo en cuanto a las posibilidades de acceso a determinados bienes del ámbito escolar.

Siguiendo la Ley, el Artículo 14 se refiere al Derecho a la Salud y dispone lo consecuente:

Que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud

Con la AUH se promueve la conclusión de este derecho a partir de la condicionalidad sanitaria que consta del cumplimiento del calendario de vacunación y controles médicos periódicos. Asegurando de esta manera el acceso a servicios básicos de salud y la concreción de acciones preventivas y de promoción de salud durante la etapa de crecimiento de los niños y adolescentes.

CONSIDERACIONES EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud y paradigmas existentes son amplios y divergentes, y así lo fueron a lo largo del tiempo. La salud, la enfermedad, lo saludable, lo no saludable, etc. depende de cada sociedad, de los momentos históricos, las costumbres y hábitos que se desarrollan en los territorios. Teóricamente se puede decir que la Salud es una Construcción Social, como diría Emile Durkheim “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”.

Es por tal una construcción social determinada por múltiples factores externos (sociales, culturales, económicos, políticos), biológicos y además factores personales como los son las concepciones, sentimientos y experiencias individuales. Así pues, al estudiar comunidades o poblaciones

particulares, se debe valorar estas dimensiones, con el objetivo de obtener un análisis apreciable de los hechos.

No obstante, los hechos sociales se conceptualizan y explican para comprender y entender las múltiples realidades, la definición de Salud propuesta por la OMS, en la actualidad es entendida como la más importante e influyente a nivel mundial y la que establece los parámetros para las políticas sanitarias de los Estados y los organismos internacionales; esta pronuncia: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A pesar de haber sido propuesta hace más de sesenta años mantiene su vigencia; es una definición que supera el enfoque asistencialista sanitario para considerar a la salud “como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí”. (Alcatara Moreno 2008: 96)

Este enfoque proviene del paradigma denominado de la complejidad, en la explicación de Alcatara Moreno (2008: 102), se entiende que la salud no puede ser entendida desde otro aspecto que no sea este, pues:

Es un objeto de conocimiento que ha perdido la susceptibilidad de ser explicado eficientemente desde una perspectiva disciplinaria reduccionista y fragmentada, motivado a su multidimensionalidad. Un área de estudio de este tipo va mucho más allá del enfoque positivista, planteando un quehacer interdisciplinario, esto es, un paradigma “basado tanto en la elaboración de un marco conceptual común que permita la articulación de ciencias disímiles como en el desarrollo de una práctica convergente.

Se agrega además que la salud no es algo dado o un estado determinado, sino es un proceso de continuo cambio con influencia de múltiples determinantes,

Ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante. Estas condiciones son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud. (Alcatara Moreno 2008:103)

Relacionado a este paradigma y en congruencia con este, se mencionan a continuación conceptos que se consideran relevantes para el proceso de la investigación.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

En la zona geográfica donde se efectúa la investigación, las familias formalizan las condicionalidades sanitarias solicitadas por la AUH en los centros de atención primaria de salud municipales (CAPS), los que forman parte de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Por ello se aborda la definición de APS, sus características y acciones más relevantes, considerando su valioso aporte en el acceso al Derecho a la Salud de la población y a la política pública bajo estudio.

La APS surge en 1978 en la Conferencia de Alma-Ata como:

Asistencia 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 coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

En resumen la estrategia de APS contiene los principios de:

- Accesibilidad de la población a la atención de la salud.
- Cobertura universal en función de las necesidades de salud de la población.
- Organización y participación de la comunidad.
- Acción intersectorial.
- Desarrollo de tecnologías apropiadas.

La APS por su accesibilidad y proximidad permite el contacto directo con la población y es la puerta de entrada al sistema de salud. Está fuertemente influenciada por el contexto en el que se despliega, por los sistemas de desarrollo social y económico, además de estar abierta y con necesidad de participación de todos los actores sociales, para reconocer y actuar sobre las problemáticas más significativas que afectan el proceso de salud-enfermedad.

La APS se caracteriza por la integralidad que aporta a la visión del hombre, al reconocerlo en su complejidad y no solo en su aspecto biológico, sano o

enfermo “abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisociables de los procesos de salud-enfermedad” (Zurro 2011:4). También se la reconoce por la integralidad porque no solo se orienta al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también se dirige a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y análisis del entorno; “realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces”. (Zurro 2011:4)

LOS CENTROS DE SALUD EN APS:

Las actividades de APS se desarrollan desde los centros de salud, espacios primordiales donde nacen las acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de las comunidades. Están conformados por el equipo de salud, que junto a la comunidad, elaboran y despliegan estrategias para favorecer el equilibrio del proceso salud- enfermedad de la población.

El equipo de salud, definido a partir de objetivos y metodologías de trabajo comunes de sus componentes y contando con su participación y responsabilización conjunta en la génesis y la evaluación de los resultados obtenidos, es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. (Zurro 2011:5)

Está compuesto por profesionales de diversas especialidades, lo que permite abordar la realidad de manera compleja a través del trabajo interdisciplinario, así como otros agentes no profesionales que colaboran y apoyan la acción. Asimismo, la composición de los equipos es acorde a las necesidades de la zona en la que despliega la estrategia de APS.

En cuanto a la accesibilidad, esta radica en la posibilidad de demandar atención profesional de manera espontánea o por derivación, garantizando que esta sea de calidad y comprometida con las problemáticas que se plantean, brindando los elementos para poder abordarla.

ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA:

Recapitulando, en APS es primordial el conocimiento de las múltiples características de la comunidad y las familias que las componen, para llegar de manera estratégica a la mejora de la calidad de vida.

La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. (Zurro 2011:9)

La asistencia individual debe estar pensada e integrada con un enfoque familiar y comunitario, para que sea efectiva, involucrando y comprometiendo no solo a la persona sino a la redes vinculares más próximas y a las instituciones oportunas.

APS Y PROMOCION DE LA SALUD

La Promoción de la salud es una tarea que ocupa un lugar preponderante dentro de la estrategia de APS, pues busca la mejora de la calidad de vida de la comunidad mediante la recuperación y mantenimiento de la salud individual y comunitaria, en base al fortalecimiento de las relaciones de salud y las condiciones de vida. Para ello despliega acciones sustentadas en la información, educación, desarrollo y organización comunitaria. En cuanto a los principios generales que guían la Promoción de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud expresa lo siguiente:

Implica trabajar con la gente, no sobre la gente, empieza y acaba en la comunidad local, está encaminada hacia las causas de la salud, valora tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente y subraya las dimensiones positivas de la salud y afecta a todos los sectores de la sociedad.

DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD

Como es sustancial abordar el concepto de APS, también lo es abordar el concepto de determinantes del proceso salud- enfermedad, pues el análisis de la situación sanitaria de una comunidad, familia o individuo debe llevarse a cabo desde varios aspectos (paradigma de la complejidad), no solo desde lo biológico.

Lalonde, exponente de esta teoría, estudia el campo de la salud a través de distintos componentes que afectan el proceso salud- enfermedad de las poblaciones: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención en salud. Los mencionados son plausibles de modificación por lo que su análisis es fundamental para la elaboración de políticas públicas y la labor cotidiana en salud.

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud. (Avila- Agüero. 2009:71)

El factor denominado biología humana, hace referencia al hecho orgánico general y las diversas situaciones biológicas que pueden afectar la salud de las personas.

Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, entre otros, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. (Organización Panamericana de la Salud, 1996)

El medio ambiente es un factor externo al hombre pero que influye de manera directa en su salud, incluye desde el aire que se respira hasta el estado de conservación y estructura de las viviendas.

Por otro lado, el estilo de vida incluye las decisiones diarias que toman las personas sobre las acciones y actividades que desarrolla en lo cotidiano y que influyen en su calidad de vida.

En cuanto a la organización, se engloba a los servicios sanitarios existentes, la calidad de atención, acceso, en todos los niveles, en resumen es el sistema de salud en su generalidad.

Estos determinantes afectaran a las personas y comunidades de modos variados, dependiendo de las zonas geográficas, los estilos de vida, el nivel económico, cultural y educacional, las políticas públicas existentes o inexistentes, y todo aquel factor que puede influir en la salud y dar aparición a enfermedades y por ende la disminución de una buena calidad de vida.

FAMILIA Y SALUD

Los grupos sociales, y en especial la familia, poseen concepciones e ideas en torno al proceso salud- enfermedad que son producto de la construcción temporal y sobre las cuales se apoyan las acciones que tienden al cuidado y mantenimiento de la salud. Es así que las acciones, actitudes y creencias que despliegan las personas entorno a los cuidados, promoción y recuperación de la salud, es la familia la que actúa como el principal formador,

Gran parte de las conductas que las personas aprenden en relación con la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud se originan y/o mantienen en el contexto de las relaciones familiares. En el medio familiar, la identificación de problemas de salud da lugar a una respuesta que busca alguna forma de solución.” (Ministerio de Salud: 2011)

Estas acciones son producto de las tradiciones, valores, costumbres y pensamientos internalizados en el grupo social de pertenencia, no son estáticos, sino que sufren influencias y cambios a lo largo del tiempo por la interacción con otras personas, la incorporación de nuevos conocimientos y diferentes experiencias que transforman las concepciones. “En este contexto destaca asimismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en que tienen lugar.”(Ministerio de Salud. 2011: 36)

La función que desempeña la familia en cuestiones de salud y enfermedad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud estipulando que:

La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.

De igual modo, la educación que reciben los miembros de las familias es un factor importante en el cuidado y mantenimiento de la salud; en los sectores más pobres los niveles educativos alcanzados son mínimos lo que refuerza el ciclo de la pobreza y los mantiene en situaciones de vulnerabilidad. En el

Informe denominado “Situación de Salud en Argentina 2003”, elaborado por Ministerio de Salud de la Nación y la OPS, se indica que

El mayor nivel educativo contribuye a mejorar la atención y cuidado de la salud de la familia, tiende a evitar la maternidad y paternidad adolescentes, y también se encuentra asociado a mayores intervalos en el nacimiento de los hijos. [...] En el campo de la atención de la salud, uno de los aspectos en que el menor nivel educativo tiene mayor relevancia es en de los comportamientos preventivos de la población.

Igualmente, la población que sufre más enfermedades y dificultades, producto de las inequidades, es la población pobre, pues no accede a los recursos, servicios e información para hacer frente a los obstáculos que deben vivir.

Esto lleva a plantear políticas de salud que apoyen a las familias, tanto en la prevención de enfermedades como en la promoción de la salud, y que sean participativas en consideración de las diferentes estructuras familiares, las diversas necesidades y problemáticas, además de que estas políticas sean acompañadas por otras que refuercen al grupo en lo educacional, laboral, alimentario y acceso a servicios básicos.

En este sentido se valora el objetivo que persigue la AUH, en mejorar directamente la calidad de vida de las familias y especialmente la salud y educación de los niños, para reforzar el capital humano de sus miembros.

POLITICAS DE SALUD DEL PERIODO RELACIONADAS CON LA AUH

No se pudo realizar un abordaje como el propuesto teniendo ausente las políticas de salud⁶ de la época, las que contribuyen junto a la AUH, al ejercicio del derecho a la salud, la inclusión social y la mejora de la calidad de vida de la población en general.

La incorporación de nuevas acciones en materia de salud comienza a desarrollarse a partir del año 2003, con el fin de revertir la situación sanitaria de los argentinos, la que se encontraba agobiada por la crisis sucedida y los altos niveles de exclusión y vulnerabilidad social.⁷

Como primera estrategia se implementa el Plan Federal de Salud (2004-2007):

Fue una reforma progresiva y sustentable, cuyo fin fue establecer un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como la respuesta sanitaria más contundente para garantizar el acceso universal, la distribución equitativa de recursos, la calidad de la atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.” (Ministerio de Salud, 2012:307)

Por ende, se reconoce la importancia y aporte de la estrategia de APS en el territorio nacional, para acercar la salud a la población.

⁶ Una política de salud implica la definición de salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. definir políticas de salud es decir que rol desempeña el Estado en salud.

⁷ En el marco de la Ley nacional N° 25561 de Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario de diciembre de 2001 que declara la emergencia en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria a nivel nacional, se establece la Emergencia Sanitaria Nacional, mediante el Decreto nacional N° 486 en marzo de 2002, cuyo objetivo fundamental era garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

Ligado al el Plan Federal, también se desenvuelve la política nacional de medicamentos que comprende la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico (Ley N° 25649) ⁸ y el Programa Remediar, garantizando el acceso a medicamentos y la promoción de su uso racional. La primera medida contribuyó a reducir significativamente los precios de los fármacos, al mismo tiempo que

La creación de Remediar –el mayor programa de provisión gratuita de medicamentos del mundo–, no sólo garantizó a los ciudadanos en situación de pobreza o sin cobertura de obra social el acceso gratuito a fármacos de calidad, sino que también incentivó la demanda de consultas a la red asistencial del primer nivel de atención.” (Ministerio de Salud, 2012:309)

El programa reforzó el primer nivel de atención respecto al acceso a medicamentos para el tratamiento de las principales consultas, además de reorientar la demanda hacia este nivel.

Otro programa relevante es el denominado “Médicos Comunitarios” (2004), al igual que los aludidos, pone énfasis en el la estrategia de Atención Primaria de Salud ya que capacita profesionales para que desplieguen acciones de prevención y promoción de salud con la participación de la comunidad, en los niveles de atención primaria.

⁸ La Ley N° 25649 establece que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración. Asimismo, el profesional farmacéutico deberá informar al público sobre todas las marcas comerciales que contengan el mismo principio activo, con la misma cantidad de unidades, forma farmacéutica y concentración, y los distintos precios de cada uno de esos productos. De este modo, el consumidor puede elegir la marca y precio del medicamento recetado por el médico. En ningún momento autoriza la sustitución de la droga prescrita por el profesional médico u odontólogo

Otras dos políticas que se relacionan estrechamente con la Asignación Universal por Hijo son el Plan Nacer y la ampliación del calendario de vacunación. El primero comienza a efectuarse en el año 2005 con el objetivo de mejorar la situación de salud materno- infantil, por medio de la mayor accesibilidad a los servicios de salud de mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años. En el año 2012 el plan se amplía con el Programa Sumar, incorporando como beneficiarios a los niños y adolescentes hasta los 19 años y a las mujeres hasta los 64 años. “El programa es un seguro sanitario público para la población materno- infantil, y un modelo de financiamiento basado en resultados, que prioriza la estrategia de la APS, la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios por parte de la población.” (Ministerio de Salud, 2012: 315)

En el periodo bajo análisis, el calendario obligatorio de vacunación cuenta con dieciséis vacunas con el fin de garantizar la protección sanitaria a toda la población, siendo unos de los calendarios más completos de la región.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estilo de investigación despliega aspectos metodológicos del tipo cualitativo y cuantitativo. No hay limitación en cuanto a la elección de un único método porque se considera que ambos aportan elementos relevantes y valiosos para conocer mejor la realidad a investigar, es así que se lleva a cabo una integración de métodos, como enuncia Hernández Sampieri (2006:4): “ambos enfoques, utilizados en conjunto, enriquecen la investigación. No se excluyen ni se sustituyen.”

La metodología cuantitativa se caracteriza por ser estructurada en su desarrollo, es decir, seguir paso por paso una serie de secuencias que le permitan establecer de forma exacta patrones de comportamiento en una población, gracias a la medición numérica y el uso de la estadística. Mientras que la metodología cualitativa es del tipo flexible, los momentos del proceso de investigación se retroalimentan e influyen mutuamente, persiguiendo la interpretación y la reconstrucción de la realidad, tal cual como la vivencian los sujetos. Es así que, en este trabajo se refleja el primer método en el análisis de datos estadísticos y resultados de encuestas y el método

cualitativo en las entrevistas y en las encuestas realizadas, complementándose ambos métodos para dar respuesta al problema que origina el estudio.

Hernández Sampieri (2016:16) sugiere una posición de complementariedad entre ambos enfoques:

Cada uno sirve a una función específica para conocer un fenómeno, y para conducirnos a la solución de los diversos problemas y cuestionamientos. El investigador debe ser metodológicamente plural y guiarse por el contexto, la situación, los recursos de que dispone, sus objetivos y el problema de estudio.

En cuanto al tipo de investigación, es un trabajo exploratorio, esto se fundamenta en la inexistencia en la Ciudad de Miramar de trabajos, investigaciones o reflexiones sobre la AUH y muchos menos sobre el problema planteado. Si bien a nivel nacional y provincial existe bibliografía sobre la temática, esta no es aplicable totalmente al contexto en el cual se desarrolla el presente estudio, ya que posee particularidades y características únicas.

Citando a Hernández Sampieri(2006:100) :

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio.

Los estudios exploratorios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información acerca de la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa referente un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables.

Como se lee en páginas anteriores, el problema que dirige el estudio alude al impacto que la Asignación Universal por Hijo produjo en las familias del Barrio Belgrano; el término impacto se refiere a los efectos que la intervención planteada tiene sobre la comunidad en general, en este caso sería los cambios que la condicionalidad en salud de la Asignación Universal por Hijo produce en las familias del Barrio Belgrano de Miramar. Asimismo

Los resultados finales (impacto) son resultados a nivel de propósito o fin del programa. Implican un mejoramiento significativo y, en algunos casos, perdurable o sustentable en el tiempo, en alguna de las condiciones o características de la población objetivo y que se plantearon como esenciales en la definición del problema que le dio origen al programa. Un resultado final suele expresarse como un beneficio a mediano y largo plazo obtenido por la población atendida. En el caso en que la intervención del programa es una categoría de inversión en capital (físico, humano o social), su beneficio no debería desaparecer, al menos en el corto o mediano plazo, si se deja de ejecutar o participar en el programa. (Guzmán 2004:4)

Se establece como Unidad de Análisis a las familias que reciben la AUH en el Barrio Belgrano. Se reconoce a la familia como la unidad de reproducción física, social y cultural de los individuos pertenecientes a una determinada sociedad y en la que se estructuran los siguientes aspectos:

- La reproducción generacional (procreación, cuidado y socialización de los niños) y la reproducción cotidiana (ciclo diario de producción y consumo de bienes o servicios para la subsistencia de sus miembros).
- Una unidad de residencia en la cual se toman decisiones adaptativas de la vida cotidiana, según los condicionamientos propios del nivel

socio-económico de pertenencia y los recursos disponibles en la comunidad.⁹

La muestra elaborada es no probabilística y cuenta con un total de 10 familias entrevistadas entre los meses de abril y junio de 2015; y 30 familias encuestadas, en el mismo periodo de tiempo, todas pertenecientes al Barrio Belgrano y titulares del programa.

Se utiliza el estilo “bola de nieve”, que se basa en la idea de red social y consiste en ampliar progresivamente los sujetos del campo partiendo de los contactos facilitados por otros sujetos, a la vez que se busca buenos informantes, dispuestos a hablar ampliamente, compartir su opinión y experiencias respecto al problema de investigación. Esto se lleva a cabo hasta la saturación de datos, momento en el que no se obtiene nueva información y comienza a ser redundante.

Respecto a las variables se tuvieron en cuenta las siguientes: la condicionalidad de salud de la Asignación Universal por Hijo y las prácticas de salud de las familias.

Desde esta investigación, se entiende por Condicionalidad de Salud de la Asignación Universal por Hijo, los compromisos sanitarios requeridos por el programa para mantener la titularidad y que tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de los niños, mediante la acumulación de capital humano en el aspecto sanitario.

⁹ Elaboración surgida a través de la bibliografía :Arriagada, I. (2007). Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Santiago de Chile: CEPAL.

En cuanto a las prácticas de salud, se toma el concepto “prácticas” desde la teoría sociológica de Pierre Bourdieu, quien las define como “esquemas prácticos de percepción, apreciación y evaluación, a partir de los cuales se generarán las “elecciones” de los agentes sociales. Por tal, prácticas de salud son esas elecciones que las familias desarrollan en el campo de salud. Pero estas prácticas no se determinan únicamente por la posición de los sujetos en el presente, sino también por internalización de las estructuras sociales (habitus).

Producto de la historia, el habitus produce prácticas conformes a los esquemas engendrados por la historia; asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, tienden, de forma más segura que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia en el tiempo. (Bourdieu, 1980: 91).

En cuanto a la elección de las técnicas de recogida de datos, se ha optado por el uso combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas: encuestas, entrevistas y análisis de documentos (registros de vacunación, controles médicos, informes, etc.) Distinguiendo entre fuentes de información primarias y secundarias, dentro del primer tipo se incluyen: agentes sanitarios del CAPS Belgrano, familias que son titulares del programa y agentes de la dependencia ANSES Miramar, registros de vacunación y registros de controles médicos. En cuanto a las fuentes de información secundarias se toman estadísticas, censos e informes, aportados por organismos públicos.

Durante los meses de abril y junio de 2015 se entrevistaron a diez familias, titulares de la Asignación Universal residentes en el Barrio Belgrano y a seis agentes de salud que desempeñan tareas en el Centro de Atención Primaria de la zona; con el fin de conocer sus opiniones, pensamientos, experiencias y sensaciones respecto al tema de investigación.

En cuanto a los agentes de salud, se pensó relevante tomar este contacto y desarrollar esta herramienta ya que ellos pueden visualizar de una manera más cercana los cambios, permanencias y dificultades presentes en el proceso salud- enfermedad de las familias del Barrio, vinculadas con la ejecución del programa. Precisamente los entrevistados fueron: administrativa, enfermera, médico generalista, médica pediatra, maestra estimuladora y trabajadora social.

En el caso de las familias se pretende tener la palabra de los destinatarios de la Asignación Universal, recuperando sus experiencias, prácticas, costumbres y pensamientos sobre el proceso salud- enfermedad, para conocer el impacto en la salud que trajo el programa.

El tipo de entrevista desarrollada en ambos casos, es la semi- estructurada, las que “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados.” (Hernández Sampieri, 2006:597)

En base al objetivo de la investigación y las variables propuestas, en las entrevistas se trabajó con las siguientes dimensiones:

- A- Conocimiento de la condicionalidad de salud de la AUH.
- B- Acciones para el cumplimiento de la condicionalidad de salud de la AUH.
- C- Representación de la condicionalidad de salud.
- D- Acciones y comportamientos para el cuidado de la salud previos a la AUH.
- E- Acciones y comportamientos para el cuidado de la salud a partir de la implementación de la AUH.
- F- Concepciones, pensamientos y conocimientos de las familias respecto al proceso salud- enfermedad.

Para la aplicación de la herramienta de recogida de información, se tomó una muestra no probabilística de cuarenta mujeres residentes del Barrio Belgrano, titulares de la Asignación Universal por Hijo; realizándose en el mismo periodo de tiempo las entrevistas a familias y agentes de salud.

Se optó por esta herramienta puesto que se considera que deja alcanzar aspectos subjetivos de los encuestados, tanto del pasado como del presente, la comparación de respuestas y generalización de la información obtenida.

En cuanto al cuestionario, fue diseñado con preguntas abiertas, ya que es un tema que se está explorando y las dimensiones investigadas no son conocidas, además de estar formulado con términos coloquiales, a fin de que sea entendido y no causara confusiones en los encuestados.

Las respuestas se asociaron teniendo en cuenta su similitud y los conceptos que ellas incluían, con el objetivo de lograr inferencias en concordancia con las diferentes dimensiones abordadas.

Los datos cuantitativos provienen de documentos facilitados por el Centro de Salud Primaria Belgrano y el Departamento de Sistema Integral de Información Local- Estadística del Hospital Municipal Marino Cassano: estadísticas de atenciones pediátricas (niños de 0 a 18 años), del año 2009 al año 2014 y planillas de vacunación de niños y adultos en el mismo periodo de tiempo, ambos correspondientes a servicios brindados por el CAPS de referencia.

El objetivo de alcanzar estos recursos es el examen de la cobertura de servicios sanitarios asociados a las condicionalidades de salud de la Asignación Universal y las variaciones y/o permanencias en las cantidades de personas atendidas.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

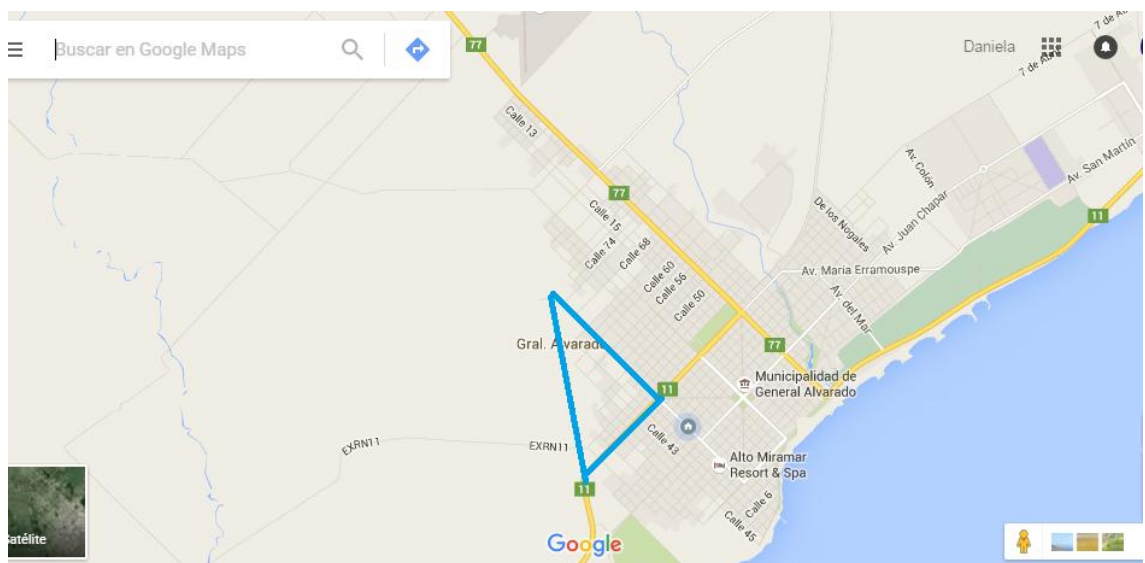
BARRIO BELGRANO, UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

La Ciudad de Miramar, cabecera del Partido de General Alvarado, está situada al sudeste de la Provincia de Buenos Aires, a 450 Km. de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires y 50 Km de la Ciudad de Mar del Plata, se divide en veinte barrios: Aeroparque, Las Flores, El Paraíso, Los Pinos, 25 de Mayo, La Palma, San Martín, Belgrano, Oeste, La Baliza, Centro, Los Patricios, Las Lomas, ParqueMar, ParqueMar Residencial, Parque Bristol, Arenas de Oro, Copacabana y Villa Golf. Según datos del censo del año 2010, tiene una población 29.433 personas, con una densidad de 23,6 hab/km². Estadísticamente, el 25,2% de la población tienen entre 0 y 14 años, el 62,1% tienen entre 15 años y 64 años y el 12,7% tienen más de 65 años.¹⁰

La zona geográfica en la que se realiza el trabajo, denominada Barrio Belgrano, se asienta en la periferia de la localidad, delimitado por la Avenida 40 hasta calle 70 y de Avenida 37 a calle 59 y comprende 96 manzanas. No

¹⁰ Datos estimados en base a las cifras referidas por el Censo del año 2010.

se tienen datos exactos sobre la población total que habita, estimándose un número aproximado de 3000 personas (valor obtenido por datos del censo por la densidad de población sobre km²). Cuenta con instituciones, que articulan de forma constante para el impulso de tareas y resolución de problemáticas en pos de mejorar de la calidad de vida de la población, estas son: Escuela Secundaria N°5, Escuela Primaria N°11, Jardín de Infantes N°907, Centro de Atención Primaria de Salud, Sociedad de Fomento Barrio Belgrano, Iglesia Evangélica y Asociación Tradicionalista Gauchos del Sur y Sede de escuela para adultos CENS N° 401.



LIMITES DEL BARRIO BELGRANO

FIGURA 4- 1

La infraestructura básica que se haya es agua potable, luz eléctrica y recolección de residuos y luminaria pública. La red de agua alcanza al 70% de las viviendas, la red de energía eléctrica el 100%, y la recolección de residuos cubre el 100% del territorio, careciendo en su totalidad de servicios

de cloacas, gas natural y asfalto.¹¹ No existe servicio de transporte público de pasajeros, trasladándose los vecinos en bicicleta, a pie, motocicleta, autos y/o remisses. El barrio no posee espacios públicos verdes o plazas, por lo que los niños suelen jugar en la calle o se conducen a plazas o parques del centro de la ciudad. Asimismo no existen clubes o espacios privados que brinden actividades recreativas o educativas para niños o adultos utilizando la Dirección Municipal de Deportes y Cultura, desde el mes de mayo a noviembre, el espacio de la sociedad de fomento para actividades de educación no formal para niños y de educación física para adultos.

En cuanto, a la situación habitacional, gran parte de las viviendas que se ubican sobre las avenidas son chalets en buen estado de conservación y mantenimiento, mientras que los inmuebles que se hayan en el interior del barrio, en muchos casos, presentan déficit habitacional estructural por construcción precaria, mal estado de conservación y mantenimiento, sumado a situaciones de hacinamiento por habitación. Se constata la existencia de ranchos y casillas de madera, chapa y material de descarte, construidas por los propios moradores, las que carecen de instalaciones sanitarias y servicios básicos. La tenencia de la tierra en muchos casos es irregular, pues la existencia de numerosos lotes fiscales ha generado la ocupación y construcción de viviendas familiares. Otra característica de la zona, es la presencia de tierras bajas, que son inundables en épocas de muchas lluvias, lo que ocasiona múltiples problemáticas habitacionales y sanitarias.

¹¹ Los datos presentados fueron aportados por la Dirección de Obras Públicas de la Municipalidad de General Alvarado.

Asimismo, abundan los terrenos baldíos, descampados y montes, existiendo grupos de manzanas vacíos y descuidados.

En relación al aspecto económico- laboral, no hay desarrollo de actividades económicas ya que no existen comercios, servicios, ni producción agrícola ni industrial, por lo que para emplearse o para el consumo de bienes y servicios, los residentes del barrio se desplazan hacia otras zonas de la ciudad y en ciertas ocasiones también se dirigen ciudades cercanas (Mar del Plata u Otamendi). Principalmente, las actividades laborales en las que se insertan los vecinos se encuadran en el sector informal de la economía, lo que se denomina “changas”, los hombres como albañiles, ayudantes y oficiales, parqueros, electricistas, etc., las mujeres como empleadas domésticas, niñeras o cuidadoras de adultos mayores. Unos pocos se insertan en el sector formal, principalmente como empleados municipales o empleados de comercio. Otros recursos económicos con los que cuentan las familias provienen de pensiones no contributivas por discapacidad y AUH. Asimismo, algunas familias recurren a instituciones de asistencia (caritas, promotoras comunitarias) para la obtención de diversos recursos materiales, así como también a instituciones Estatales. Esta situación se revierte durante la temporada estival, cuando la oferta de empleo en blanco aumenta, producto de la actividad turística de la ciudad, lo que ocasiona que las personas realicen trabajos mejor remunerados y en condiciones regulares.

La conformación de las familias es heterogénea, hay familias nucleares biparentales, monoparentales, extensas y ampliadas. En los casos en que no existe un núcleo familiar biparental la jefatura familiar es femenina. Se da de manera frecuente que en un mismo hogar exista más de una familia, concretamente cohabitan familias de origen y las nuevas familias constituidas por los hijos con su descendencia y pareja conviviente (cuando existe), estos arreglos surgen por el difícil acceso a una vivienda independiente, producto de la inexistencia de recursos económicos para destinar a un alquiler, la ausencia de políticas habitacionales y el difícil acceso a la compra de tierras o viviendas.

Por lo común, el nivel de instrucción alcanzado por los miembros adultos es el primario completo, mientras que los jóvenes y adolescentes cursan estudios primarios y secundarios tanto en las escuelas del barrio como en otras de la ciudad.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL BARRIO BELGRANO

El sistema de salud público de la ciudad de Miramar está integrado por el Hospital Municipal Marino Cassano y seis Centros de Atención Primaria de Salud: CAPS Oeste, CAPS Parquemar, CAPS Bristol, CAPS Belgrano, CAPS Las Flores y CAPS Aeroparque.

El CAPS Belgrano, se ubica en la calle 43 esquina 50, en el corazón del barrio, lindante a la sociedad de fomento. Fue creado en el año 2003 en terrenos donados por la sociedad de fomento y construido por los propios vecinos. En el año 2012 se amplió con fondos obtenidos del Programa Nacer y en la actualidad cuenta con tres consultorios, vacunatorio y enfermería; brindando los servicios de pediatría dos veces por semana; clínica médica diariamente, con tres profesionales, dedicándose exclusivamente uno de ellos a la atención de ginecología y de adolescentes; atención temprana del desarrollo infantil cinco veces por semana, dependiente de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia; psicología de adultos y niños una vez por semana; psicología especializada en adicciones una vez por semana; enfermería y personal administrativo diariamente, además de brindar espacio para el desarrollo de actividades del Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos del niño y Servicio Social de la Secretaría de Desarrollo Humano. El horario de atención es de lunes a sábados de 8hs a 16hs, funcionando la mayoría de los servicios durante horario matutino.

Suscribe a la estrategia de APS por lo que mantiene los objetivos que esta persigue, se constituye dentro del primer nivel asistencial del sistema público de salud de la ciudad y es la puerta de entrada habitual para la atención sanitaria de la población del barrio, a excepción de los servicios de urgencia que son proporcionados por el Hospital Municipal. La accesibilidad al CAPS

es aceptable pues se encuentra en el centro del barrio, con una franja de atención de 8 horas diarias (excepto días domingos).

En cuanto a la integralidad de atención, ofrece múltiples servicios, de forma directa o mediante coordinación y/o derivación con otros recursos y niveles (otros CAPS, Hospital Municipal, Hospitales Interzonales, etc.), los que dan respuesta a las necesidades de la población. A la vez que se procura realizar un abordaje integral de los problemas, con la propósito de pensar y emprender el trabajo con la persona, las familias y la comunidad, desde sus diversas dimensiones. En el CAPS se formalizan programas del Ministerio de Salud de la Nación como REMEDIAR, SUMAR, Sanidad Escolar (Prosane), Salud Sexual y Procreación Responsable, sumado a diferentes acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Como se describió anteriormente, el equipo básico de atención primaria está constituido por profesionales de la medicina, pediatría, enfermería y personal auxiliar administrativo, incorporando en el mismo espacio físico a docentes estimuladores, profesionales de psicología, servicio social del área de acción social y equipo de protección de los derechos del niño y adolescencia, para llevar a cabo un trabajo interdisciplinario para resolución de problemas que llegan al centro y la consecución de actividades cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población.

El abordaje de atención familiar es incipiente, pretendiéndose su aplicación no solo a ciertos casos y/o problemas concretos, sino a toda la población que concurre al centro de salud. Por otro lado, el enfoque comunitario trata

de reforzarse con la acción de los integrantes del Programa Médicos Comunitarios, aunque su labor queda limitada a la atención de pacientes en consultorio, por la excesiva demanda de consultas y escasa cantidad de recursos humanos, por lo tanto se puede decir que el enfoque de promoción de la salud y comunitario es aun débil.

La continuidad de la atención y la utilización de los servicios del CAPS, se representa en la relación entre la población y la institución a lo largo del tiempo, ante cualquier tipo de problemas de salud o incluso la ausencia de estos.

ESTADÍSTICAS DE VACUNACIÓN Y CONSULTAS MÉDICAS, RESULTADOS Y ANÁLISIS.

En este apartado se analizarán los datos cuantitativos referentes a consultas médicas en menores de hasta 18 años e inmunizaciones en niños y adultos, entre los años 2009 y 2014, en el Centro de Atención Primaria de Salud del Barrio Belgrano. Con el objetivo de examinar la cobertura de estas atenciones y servicios a partir de la implementación de la AUH, pues son las condicionalidades requeridas por el programa bajo estudio.

La fuente de información secundaria referente a los registros de vacunación, no se encontraba sistematizada por lo que se completó a fin de analizar los resultados y alcanzar los objetivos de la investigación; se obtuvo a través del

Centro de Salud del Barrio Belgrano, accediendo a los registros de vacunación del periodo 2009- 2014.

Los datos correspondientes a las consultas médicas en menores de 18 años, del mismo periodo, fueron aportados por el Departamento del Sistema Integral de Información Local- Estadística Hospital Municipal Marino Cassano.

DATOS DE VACUNACION

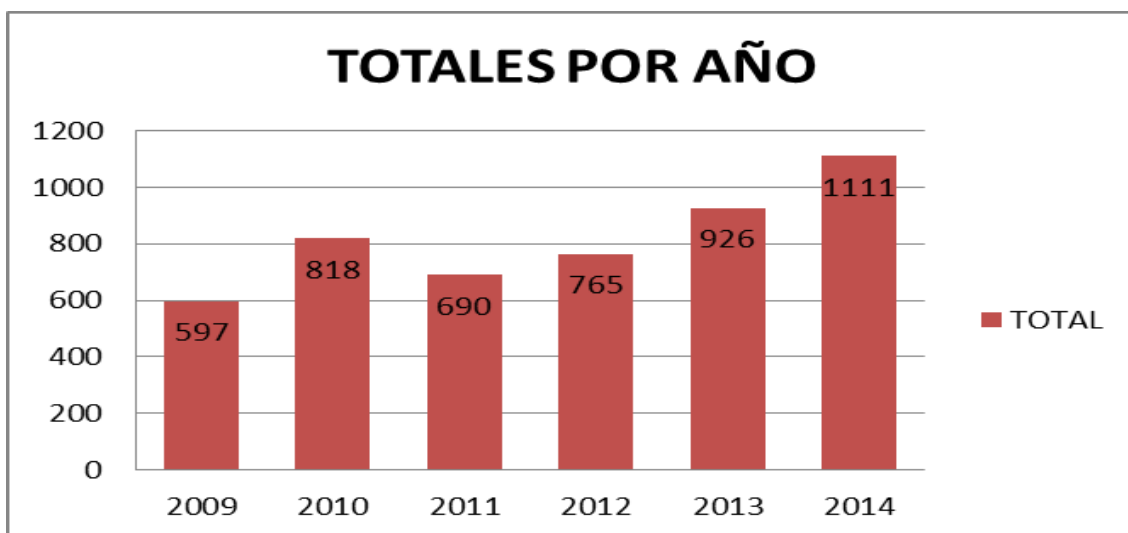
Los primeros datos fueron analizados teniendo en cuenta la cantidad de inmunizaciones según la edad de las personas (respetando la establecida en el calendario nacional de vacunación) en el periodo de tiempo seleccionado, confeccionándose la presente tabla:

**CAPS BELGRANO
INMUNIZACIONES AÑO 2009 A 2014
SEGÚN EDAD**

AÑO	VACUNAS										TOTAL
	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES	6 AÑOS	11 AÑOS	16 AÑOS	ADULTOS	EMBARAZADAS	
2009	72	66	134	71	72	98	22	29	20	13	597
2010	90	86	106	81	133	133	94	54	23	18	818
2011	57	46	62	101	100	130	114	15	45	20	690
2012	87	82	87	106	131	80	111	18	39	24	765
2013	150	132	82	107	96	180	107	6	31	35	926
2014	153	162	114	140	78	170	132	21	111	30	1111
TOTAL	609	574	585	606	610	791	580	143	269	140	4907

TABLA IV- 1

Como se grafica a continuación, el año 2014 fue el que tuvo más personas vacunadas, por el contrario, el año 2009 tiene la menor tasa de vacunación del periodo. Por tal, se puede decir que hubo un incremento desde el año 2009 al año 2014 en el número de inmunizaciones, a excepción del año 2011 donde se evidencia una caída, aunque no decreció a los niveles del año 2009.



TOTALES ANUALES DE VACUNACION (2009- 2014)

FIGURA 4-2

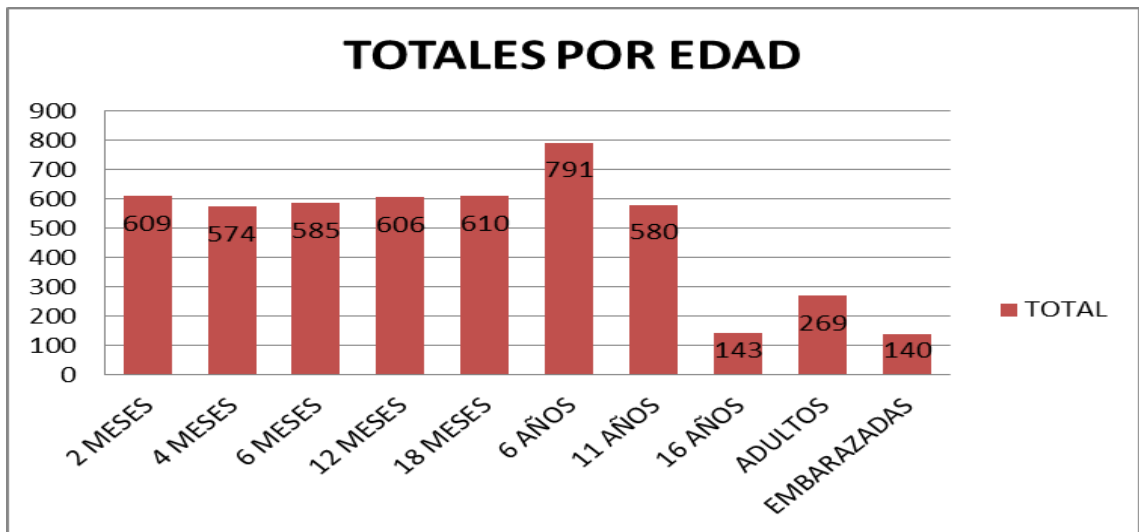
Presumiblemente este acrecentamiento está vinculado a la ampliación del calendario de vacunación con la inclusión de las siguientes vacunas: triple bacteriana acelular para menores de 1 año (año 2009), VPH para niñas de 11 años (2011), neumococo para menores de 1 año (2011) y tos convulsa en embarazadas a partir de la semana 20 de gestación (2012).

Así como también, el crecimiento se asocia a la implementación de la AUH y la condicionalidad que dispone el cumplimiento del calendario y/o la regularización en los niños que no tienen las vacunas según las indicaciones comprendidas.

Tomando como base el total obtenido en el año 2009 con 597 inmunizaciones y comparando los datos en porcentajes, obtuvieron los siguientes resultados:

- año 2010 crecimiento en un 37% respecto del año 2009.
- año 2011 crecimiento en un 16% respecto del año 2009.
- año 2012 crecimiento en un 28% respecto del año 2009.
- año 2013 crecimiento en un 55% respecto del año 2009.
- año 2014 crecimiento en un 86% respecto del año 2009.

Abordando los totales de personas inmunizadas según la edad, desde el año 2009 al año 2014, se advierte que los jóvenes de 16 años y las embarazadas fueron los grupos que concurrieron en menor cantidad para aplicarse las vacunas que indica el calendario de vacunación. En oposición, los niños de 6 años fue el grupo que acudió en mayor número.



TOTALES DE VACUNACION SEGÚN EDAD (2009-2014)
FIGURA 4-3

En relación con el programa bajo análisis, se detecta que los jóvenes de 16 años son los que en menor número concurren al CAPS para ser inmunizados y se podría decir que también son los que en menor número consuman el requerimiento del cumplimiento del esquema de vacunación.

En las vacunas que comienzan en el segundo mes de vida y se continúan hasta los 18 meses se observa que existe una continuidad o cumplimiento sostenido, infiriéndose que las familias incorporaron el hábito de vacunar a los niños.

Por último, que los niños de 6 años sean los que concurren en mayor cantidad para recibir las vacunas que les corresponden, se puede asociar no solo con el cumplimiento de la condicionalidad de salud de la AUH sino también con la demanda de las instituciones educativas de presentar la

libreta de vacunación completa al momento de inscribir al niño en el nivel primario.

DATOS DE ATENCIONES MEDICAS PEDIATRICAS

Al igual que los datos referentes a las inmunizaciones, los procedentes de las consultas médicas pediátricas se abordarán teniendo en cuenta los totales por año y por edad, los mismos se contienen en la siguiente tabla.

**CAPS BELGRANO
CONSULTAS MÉDICAS EN MENORES DE 18 AÑOS
AÑOS 2009 A 2014**

AÑO	EDAD					TOTAL
	<1AÑO	1 A 4	5 A 9	10 A 14	15 A 18	
2009	289	286	146	39	1	761
2010	319	313	197	168	4	1001
2011	251	339	204	111	6	911
2012	293	289	268	188	7	1045
2013	372	411	283	223	10	1299
2014	367	350	213	162	4	1096
TOTAL	1891	1988	1311	891	32	6113

TABLA IV- 2

El año 2013 tuvo la mayor cantidad de controles de salud, inversamente el año con menos consultas fue el 2009. Coincidentemente con la implementación del programa AUH, a partir de 2009 los totales anuales se acrecentaron, tal como se ve en el siguiente gráfico:



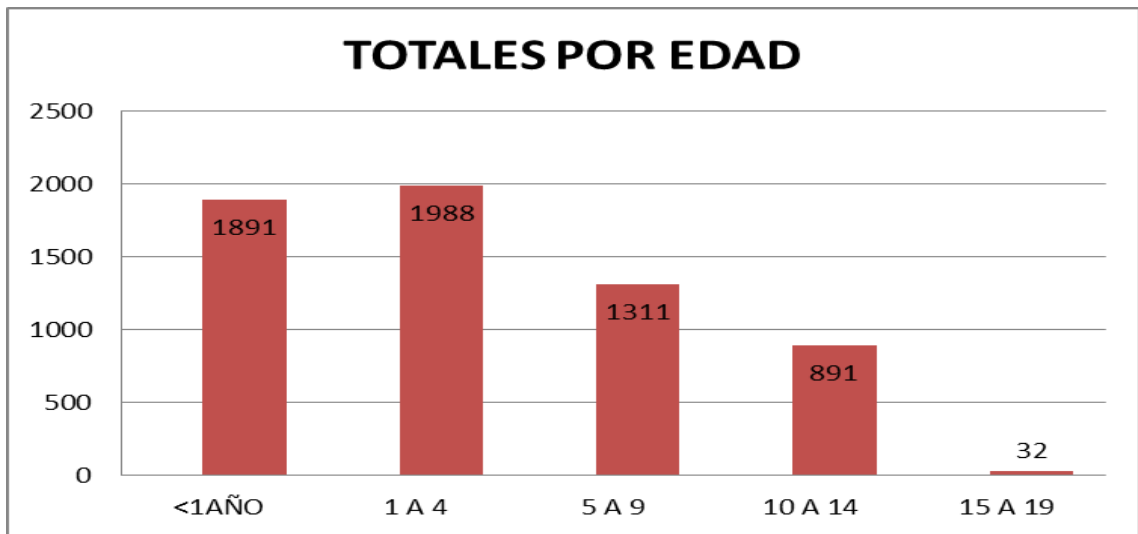
TOTALES ANUALES DE CONSULTAS MEDICAS PEDIATRICAS (2009- 2014)

FIGURA 4-4

Teniendo como base el año 2009 con un total de 761 atenciones, las demandas crecieron en porcentaje de la siguiente manera:

- Año 2010 crecimiento en un 31% respecto del año 2009
- Año 2011 crecimiento en un 18% respecto del año 2009
- Año 2012 crecimiento en un 37% respecto del año 2009
- Año 2013 crecimiento en un 71% respecto del año 2009
- Año 2014 crecimiento en un 44% respecto del año 2009

Los jóvenes de entre 15 años y 19 años son los que menos concurrencias presentan en el lapso de tiempo analizado, muy por el contrario los niños de entre 1 año y 4 años son los que concurrieron en mayor cantidad.



TOTALES DE CONSULTAS MEDICAS PEDIATRICAS SEGÚN EDAD (2009-2014)

FIGURA 4-5

Del total de 6113 atenciones, en los 6 años analizados, se obtuvieron los siguientes porcentajes según la edad de los consultantes:

- El 32% tiene entre 1 año y 4 años.
- El 31 % es menor de 1 año
- El 21% tiene entre 5 años y 9 años
- El 15% tiene entre 10 años y 14 años
- El 1% tiene entre 15 años y 18 años.

A partir de la franja etaria que va de los 10 años hasta los 18 años, el número de controles médicos comienza a decaer.

ENTREVISTAS A LOS AGENTES DE SALUD DEL CAPS BELGRANO Y A LAS FAMILIAS TITULARES DEL PROGRAMA

ENTREVISTAS A LOS AGENTES DEL CAPS

Para el análisis de las entrevistas a los agentes de salud se utilizaron las siguientes dimensiones:

- Cumplimiento de las condicionalidades de salud de la AUH.
- Percepción de las representaciones que poseen las familias acerca de las condicionalidades de salud de la AUH.
- Acciones y comportamientos para el cuidado de la salud, previos a la AUH.
- Acciones y comportamientos para el cuidado de la salud a partir de la implementación de la AUH.
- Concepciones, pensamientos y conocimientos de las familias respecto al proceso salud- enfermedad.

También se debe nombrar que al momento de llevar a cabo el análisis surgió la dimensión “determinantes de salud”, que no se había estimado al momento de plantear la acción. Se cree relevante en el sentido que influye el proceso de salud-enfermedad de las familias y da indicios de incidencias del programa sobre este proceso.

CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONALIDADES DE SALUD

Se pretende conocer la opinión de los agentes sobre la realización de las condicionalidades por parte de las familias, desde su experiencia como profesionales a los que les llega la demanda de certificación de la misma.

Los entrevistados aseveran que las familias efectúan los compromisos sanitarios solicitados para obtener la AUH:

“En el barrio se cumple con el requisito de salud, de una forma u otra, la mamá o la familia viene a realizar los controles a los chiquitos o a los adolescentes, están más pendientes del tema de las vacunas, controles o el tema del colegio, que tengan la escolaridad.”

(Enfermera)

“La formalidad de venir por el control y completar el calendario de vacunación, por el hecho de que se lo requieren para conservar la Asignación, se realiza en todas las familias que tienen la ayuda.”

(Médico generalista)

“Las familias tienen presente que tienen que cumplir con las condiciones de salud y educación para que los niños perciban la asignación. Entre marzo y abril es cuando más se ve que vienen por el control para la asignación, específicamente.”

(Trabajadora social)

“En general las familias cumplen con lo solicitado por ANSES. Desde que existe la asignación se generó un gran cambio en la asistencia de salud.”

(Médica pediatra)

Las condicionalidades generaron modificaciones en la salud de los niños: aumento y regularización de los controles sanitarios y del calendario de vacunación; instrumentos que propician la prevención de enfermedades en esta población. Aunque surge que la condicionalidad es cumplida como una obligación y/o control del sistema.

“...esto obliga a que todos los chicos sean controlados, por eso los traen y se ve en el número de niños que atendemos.”

(Médica Pediatra)

“Con la Asignación, ahora están más controlados los chiquitos y los padres saben que si no los traen al control y tienen las vacunas según el calendario no firmamos las libretas. A los que antes no traían ahora los traen, hay más chiquitos atendidos y vacunados.”

(Enfermera)

“Gracias a la Asignación tienen los controles y las vacunas también y van al colegio, eso se nota mucho acá, que vienen más”

(Administrativa)

“Pienso que hay un avance en los controles y las vacunas, hay más concurrencia de chicos en el CAPS”

(Médico Generalista)

“Los requisitos de salud y educación, fortalecieron en muchos casos la salud y educación de los niños, y en otros hogares, en lo que es salud particularmente, que se realice un control de salud después de muchos años. La situación sanitaria de muchos niños antes era casi de abandono, creo que con la Asignación se está revirtiendo”

(Trabajadora social)

Conciben que para las familias el compromiso sanitario queda reducido a la firma de la libreta, mientras que las acciones de prevención de enfermedades (controles médicos y vacunas) presentan un lugar menos importante.

“...en muchos casos quieren la firma nada más.”

(Médico generalista)

“Cuando vienen como que no toman en cuenta de que vienen a hacerle un control a los hijos sino que vienen a firmar la planilla para presentarla en ANSES, no para decir vengo a hacerle un control a mi hijo que tiene que tener el control anual y porque después tengo que presentar esta planilla.”

(Enfermera)

“Hay más demandas de lo que es controles, de controles sanos y vacunas, porque están dependiendo de la planilla.”

(Administrativa)

“Hay que interiorizar en las familias o mejor dicho disociar, la importancia de los controles médicos de la asignación, o sea que se incorpore que es un derecho del niño y una obligación de los adultos brindar una buena salud y atención, amén del programa; porque es la visión que muchas familias tienen”

(Trabajadora social)

Los entrevistados refieren que en algunas circunstancias las familias solicitan la constatación del compromiso de salud de manera compulsiva

*“Sucede que algunos padres te presionan a que le firmes la libreta, independientemente de que los controlen o no a los chicos. Hay como todo, hay gente que es educada y viene bien, hay gente que se preocupa y hay otra que viene con una actitud de “firmame la libreta”.
(Médico Generalista)*

*“A veces tienen que presentar en tal fecha los papeles y ahí se acordaron del control y te vienen a apurar a veces con el turno o con la firma.”
(Administrativa)*

*“Yo veo papás que le reclaman a las chicas que le firmen las planillas y son papás que no cumplen con la salud de los nenes.”
(Maestra Estimuladora)*

*“El tema de la libreta y de la firma es un tema, algunas mamás te dicen firmame la libreta que la tengo que llevar mañana y después saco el turno para el pediatra porque si no me la dan de baja, o te piden la firma y hace más de un año que no tienen controles, y eso no lo puedo hacer, pero se ponen insistentes y exigentes.”
(Enfermera)*

PERCEPCIÓN DE LAS REPRESENTACIÓN QUE POSEEN LAS FAMILIAS ACERCA DE LAS CONDICIONALIDADES DE SALUD DE LA AU.

La apreciación que realizan los agentes de salud sobre el modo en que las familias se manifiestan acerca de condicionalidades de salud, es importante porque permite dar cuenta de las posibles acciones que las familias desarrollaran para cumplimentarlas y la forma en que lo harán.

Los entrevistados expresan, que las familias verbalmente manifiestan adhesión y contento por la existencia de las condicionalidades, sin embargo observan que las toman como un vehículo para la mantención del programa y no como un beneficio para la salud.

“...están de acuerdo porque es para el bien de sus hijos, pero piensan más en poder cobrar la Asignación.”

(Administrativa)

“Me parece que las familias ven bien que les pidan las vacunas y los controles, porque es un cuidado que se hace a los chicos, pero también veo que dicen eso y hacen lo contrario porque después no los traen o los traen apurados para la libreta.”

(Enfermera)

“En general se manifiestan en contento con la implementación de estos requisitos aunque también se ve que les cuesta incorporar el cumplimiento de fechas para los controles, los estudios y las vacunas y se evidencia cuando te vienen dos días antes de la presentación de las planillas.”

(Médico generalista)

En algunos casos observan que el cumplimiento de la condicionalidad genera molestias y es significado como un trámite a cumplir.

“Le dan primero prioridad a la planilla y molestos en algunos casos porque tienen que hacer un control. En esa parte veo que muchas mamás no toman eso... como que no ven que es algo bueno para el nene, para traerlo al control, lo tengo que vacunar... algunos lo hacen como molestos, como un trámite.”

(Enfermera)

“Hay veces que vienen a último momento por el control porque le sacan la asignación, pero es algo que les corresponde a ellos. Vienen a último momento apurados porque no le hacen los controles. Y te dicen que tienen fecha para presentar los papeles y si no lo entregan le sacan la plata, entonces vienen apurados por el control.”

(Administrativa)

“En algunas circunstancias o mejor dicho con algunas familias llegas a pensar que vienen a cumplir... digamos como un trámite.”

(Médica pediatra)

“El discurso que se escucha es “vengo a que me firmen la libreta”, entonces las chicas le explica a la mamá o el papá lo que significa “firmar la libreta”; vi papás que entienden y entonces piden los turnos y otros que se van enojados”

(Maestra Estimuladora)

“Creo que el control médico queda como reducido a un punto más que tienen en una planilla que hay que completar... como te había dicho es un trabajo que tenemos que hacer, tenemos que trabajar que las familias tomen los controles médicos y las vacunas como herramientas para el cuidado de la salud, es difícil pero hay que hacerlo. Venimos de décadas de un sistema de salud desolado y hay que remontar la educación en salud.”

(Trabajadora social)

ACCIONES Y COMPORTAMIENTOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD PREVIOS A LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO

Retomar o re- ver las acciones y comportamientos para el cuidado de la salud previamente a la instalación de la AUH, busca comparar y analizar las modificaciones y/o permanencias que se mantienen en este aspecto luego de la aparición de la AUH.

En el tiempo anterior a la Asignación aluden que los niños mayores a los 2 años, en su mayoría, no realizaban controles médicos periódicos, exceptuándose los casos en que concurrían para obtener constancias de buena salud para instituciones, realizar deportes o cuando presentaban una enfermedad. De manera contraria, explican que en los menores de 2 años no hay variaciones en cuanto a la concurrencia.

“Los chicos más grandes no se controlaban en general, salvo cuando a veces solicitaban los certificados en la escuela. Algunas familias venían porque siempre controlaban a los chicos una vez al año, pero la mayoría no. Y salvo que pidieran algún certificado en la escuela, no concurrían a la sala.”

“Los adolescentes no concurrían y los padres ahora los obligan, a través de esto...”

(Médica Pediatra)

“...antiguamente después que se hacía el ingreso escolar, después de los seis no se los controlaba.”

(Médico Generalista)

“Los chicos que vienen ahora a hacerse los controles, capaz que tenían 12 años y no se hacían ningún control y ahora vienen gracias a la asignación.”

(Administrativa)

“...porque la parte del lactante, si bien es la etapa más riesgosa de la vida la del lactante recién nacido, la de los 2 primeros años de vida, eso estaba relativamente cubierto, previo a la asignación. Lo que no estaba cubierto es lo de los chicos grandes y de los adolescentes, que ahí si se notó un cambio.”

(Médica Pediatra)

“Los adolescentes de 14 para arriba no venían, capaz que venían por alguna enfermedad, los chicos menores de 6 años venían bastante al día, igual aumento la demanda mucho, en los adolescentes no aumento tanto, vienen pero menos.”
(Enfermera)

Respecto a las inmunizaciones, su cumplimiento estaba relacionado a la demanda de las instituciones educativas o al momento de renovar el DNI a la edad de 8 años.

“...con el tema de que para el ingreso escolar hay que tener la vacunación al día, eso siempre estuvo, hasta los 6 años siempre hubo un muy buen esquema de cobertura de vacunación.”
(Médico Generalista)

“En las libretas de los chicos más grandes se veía que las últimas vacunas o los controles eran a los 6 años, cuando se las pedían en la escuela o también cuando hacían los documentos, después estaba todo en blanco.”
(Enfermera)

“Con el calendario de vacunación y que estuviera completo siempre hubo un seguimiento podría decirse más... fijo, por parte de la escuela, no tanto con los controles periódicos, pero sí con las vacunas.”
(Médica pediatra)

ACCIONES Y COMPORTAMIENTOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD POSTERIORES A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AU.

Son las acciones y comportamientos que las familias o las personas desarrollan para mantener el equilibrio del proceso de salud- enfermedad y que son observados por los agentes de salud, principalmente desde la implementación de la AUH.

Los entrevistados aluden que a partir de la implementación de las condicionalidades, se regularizó la asistencia a los controles médicos y el cumplimiento del calendario de vacunación de los niños. Asimismo, observan que las familias tienen incorporado más profundamente la

vacunación como medio preventivo en comparación con los controles médicos periódicos.

“...por ahí con el tema de la cobertura de inmunización, que antes solo se pedía en la escuela, ahora como tienen que tener la vacuna al día, se aumentó el esquema de vacunación por lo menos están más controlados.”

(Médico Generalista)

“En el control anual se revisan las vacunas y si falta alguna en ese momento se avisa a la enfermera y se hace la aplicación. Se completa el esquema o se inicia, y ese nene se va con las vacunas al día.”

(Médica pediatra)

“está más instalado cumplir el esquema de vacunación que el control. Yo creo que en los últimos 5 años existe una conciencia con respecto a vacunación.”

(Médico Generalista)

“...se modificó el tema de que los traen al control, antes pasaba cierta edad y no los traían.”

(Médico Generalista)

“Las mamás están más pendientes por los controles y las vacunas de los chicos.”

(Enfermera)

“Ahora los papás traen a los niños al chequeo como le indica el médico y siguen el cuadro de vacunación, antes era más difícil que tengan el cumplimiento, el cambio en ese aspecto se nota.”

(Maestra estimuladora)

“Antes de la Asignación veías nenes que no tenían un control ni una vacuna al día, estaban re desfasados en todo, pero ahora ves que los traen, que vienen a sacar el turno, traen la libreta para las vacunas. Creo que con la asignación se pusieron al día.”

(Administrativa)

Estiman que la concurrencia de los niños al centro de salud aumento a partir de los 2 y 3 años de edad, pues la asistencia de niños menores de 2 años siempre fue constante. Asimismo, el acrecentamiento de la asistencia de los adolescentes es un hecho concreto a partir del inicio de la política.

“...de los 2 años en adelante ahí si se nota una diferencia en la concurrencia.”

“...sirvió más para eso, para que asistieran los chicos de la primera infancia. Porque la parte del lactante, si bien es la etapa más riesgosa de la vida la del lactante recién nacido, la de los 2 primeros años de vida, eso estaba relativamente cubierto,

previo a la asignación. Lo que no estaba cubierto es lo de los chicos grandes y de los adolescentes, que ahí si se notó un cambio.”

(Médica pediatra)

“Yo te diría que creció de los 3 años en adelante, porque de 0 a 3 años, hay en la mayoría, hay una mayor participación y control en el sistema de salud por una cuestión de que es una etapa de vulnerabilidad.”

“Hoy esto ha llevado que por lo menos por la firma de la libreta vengan una vez al año, traigan al grandulón de 12 años y te permite tener el control en el pico de crecimiento puberal, cosa que antes no pasaba.”

(Médico Generalista)

“Las mamás que tenían bebés menores de 1 año, siempre tenían continuidad para venir a los controles, venían todos los meses, con turno programado, eran de cumplir. Ya después de 1 año en adelante, como que un sector seguía cumpliendo, otro no, con lo que son los controles y las vacunas.”

(Enfermera)

Expresan que con la política se reforzó la detección y prevención de enfermedades en los niños.

“Cuando hay asistencia se puede detectar por ejemplo sobrepeso, alteraciones de columna... antes de que sean problemas más importante. La prevención de enfermedades por inmunización también es un elemento importante. Es un programa que está orientado a la prevención y se previene realmente”

(Médica Pediatra)

“En un chico que tenes controlado te sirve para actuar en edad donde aparecen situaciones o problemas ortopédicos, las obesidades, los problemas de alimentación. Más en los adolescentes que son el grupo más difícil de traer al control.”

(Médico generalista)

“Con las vacunas y los controles se previenen muchas enfermedades, con la asignación se puede prevenir más porque una vez al año por lo menos se lo ve al nene y tiene asegurado sus vacunas.”

(Enfermera)

“La importancia de que los niños lleguen al centro de salud es fundamental... el niño y su familia; porque se está cuidando su desarrollo y brindando a sus mayores herramientas para que puedan cuidar y mantener su salud, principalmente prevenir enfermedades que en muchos casos son graves.

Que existan políticas que promuevan la salud de los niños, significa que se piensa en su futuro y en adultos sanos y con una buena calidad de vida”

(Trabajadora Social)

En cuanto a los adultos, no refieren acciones o comportamientos distintos en el cuidado de su propia salud, agregan que los controles de salud son

ocasionales, asistiendo normalmente cuando presentan alguna enfermedad, están bajo tratamiento, le es necesario adquirir un certificado o constancia de buena salud, en casos de carnet de conducir, ingreso a empleos, clubes o actividades deportivas.

“El que viene con el chiquito, lo trae a él y después no viene para su control, como adultos. En algunos casos sí, pero es muy relativo. Vienen más por seguimiento, ya vienen medicados, con una patología de base. Pero para lo que es control sano no.”
(Enfermera)

“Vienen mucho por el tema de un certificado de buena salud o carnet de conducir, pero no para hacerse un control, el motivo de la consulta no es ese.”
(Enfermera)

“...vienen si les piden certificados de buena salud por ejemplo del consejo escolar, o por algún certificado para natación o los chicos que hacen futbol; sino no son de venir.”
(Administrativa)

“El cuidado que tienen con los nenes en lo que es salud en los adultos no lo veo, cuando estás trabajando con las mamás ves cómo están los nenes con su salud y cuando preguntas por la salud de ellas te cuentan que por ahí el último control que se hicieron fue cuando nació el bebé, que capaz que ya tiene 2 años.”
(Maestra Estimuladora)

“Los controles médicos en los adultos con el objetivo de prevención de enfermedades, es ocasional porque se acercan cuando ya tienen síntomas, con las mujeres es más accesible promover la asistencia por medio de los controles ginecológicos, pero en los hombres se dificulta”
(Trabajadora social)

Se advierte además diferencias entre la concurrencia de hombres y mujeres. En la mayoría de los casos, los pacientes son mujeres, siendo la demanda por parte de los hombres reducida, lo que lleva a que accedan a la consulta cuando existe una enfermedad.

“Los padres siguen como fue siempre. La mujer fue el emergente en salud de la familia, el hombre no viene, no consulta porque es la fuerza de trabajo, por miedo de que tenga que parar de trabajar, de dejar de generar dinero, no viene a la consulta.”
(Médico (Generalista))

“Los hombres que vienen es porque ya tienen alguna patología, después un hombre que venga a hacerse un control sano es muy raro. Vienen por alguna molestia

que tenga en ese momento, pero después no consultan para hacerse un chequeo anual o algo de eso.”
(Enfermera)

“Acá en atención temprana trabajamos más con las mamás, los papás casi no vienen, y como es acá es en todo lo que tiene que ver con la salud y la escuela. Vos venís una mañana acá y para la pediatra esta la mamá con el bebé, capaz que algún papá acompaña pero son pocos y con el médico lo mismo, la mayoría que veo en la sala de espera son mujeres, hombres pocos.”
(Maestra estimuladora)

“Los hombres no son de venir mucho a la sala, las mujeres si, vienen a lo que es control, pero más a lo que es ginecología y por las pastillas anticonceptivas. En las mujeres hay más conciencia, el varón como que mucho no se cuida en lo que es la salud.”
(Administrativa)

El hecho de que las familias asistan a las consultas médicas pediátricas, permite la detección de factores de riesgo y/o patologías en los adultos y la posterior derivación y tratamiento médico.

“Cuando uno tiene más contacto con el adulto ves problemáticas que surgen en la charla por el chico y se deriva al clínico. Al concurrir ya se por el niño tienen más posibilidades de ser derivado y de poder consultar los padres que tienen tos, bajo peso, sobrepeso, que refieren dolores crónicos.”
(Médica Pediatra)

“Con las mamás se habla de los controles médicos, sobre todo las más jovencitas y que los bebíto son muy chiquititos, que sigan los controles del ginecólogo, por prevención porque lo que más plantean es la prevención de embarazos. También en el último tiempo hubo muchos casos de violencia, que es un problema de salud también, que son casos donde es importante que haya un tratamiento psicológico, y se hace el asesoramiento.”
(Maestra estimuladora)

“Si se los deriva, van hacen la interconsulta y después vuelven con el médico si es necesario. Un alto porcentaje cumplen, se hacen las derivaciones y después vuelven.”
(Enfermera)

“En la consulta del chico haces un sondeo de la salud familiar, donde aparecen indicios de factores de riesgo sugerís la consulta para el adulto.”
(Médico Generalista)”

PERCEPCIÓN DE LAS CONCEPCIONES, PENSAMIENTOS Y
CONOCIMIENTOS DE LAS FAMILIAS RESPECTO AL PROCESO SALUD-
ENFERMEDAD.

Las aproximaciones desde los agentes de salud acerca de cómo las familias piensan, creen, ven y conocen acerca del cuidado de la salud, aporta al comprensión de las prácticas de salud familiares en el barrio y el impacto del programa sobre estas.

Primeramente, expresan que las concepciones en cuanto a la importancia de realizar controles periódicos e inmunizar a los niños para mantener un estado saludable y prevenir enfermedades se encuentra incorporada en los padres con niños menores a 2 años. Esto cambia cuando los niños crecen, pues el desconocimiento de la existencia de patologías o alteraciones que pueden afectar el desarrollo, lleva a que las consultas y controles disminuyan.

“Los chiquitos que atendemos en estimulación, todos se atienden en la sala, te diría que el 90% tiene su control al día y su libreta de vacunas, los papás en ese sentido son responsables con la salud de los bebés y de los nenes. Vienen a sacarle los turnos cuando le dice la pediatra y las vacunas lo mismo, a los nenes se los ve sanos y los cuidan, es algo importante la salud de sus hijos”
(Maestra estimuladora)

“En los bebés ya está incorporado que es importante vacunarlos, es importante pesarlos, ver cómo crece pero en el chico pasado los 2 años, en la etapa de jardín o de primaria, no. Es más, cuando uno le dice lo tenías que controlar todos los años después del cumpleaños para ver cómo crecen, dicen a mira no se me había ocurrido que podían tener problemas.”
(Médica Pediatra)

“Los más chiquitos vienen al día, son cumplidores, los más grandes ya vienen con vacunas atrasadas... algunos no cumplen. Los adolescentes por ejemplo, mayores de 11 años, como que no tienen incorporada la vacuna de los 11, algunas familias, como que esa pasa.”
(Enfermera)

Asimismo, pese a la información y explicación sobre la importancia de realizar consultas periódicas, observan que el interés que los lleva a realizar el control pediátrico es la constatación de la condicionalidad del programa.

“...de hecho algunos lo incorporan, pero hay una gran mayoría que viene una vez al año a firmar la libreta y así se presentan a pedir el turno, no piden para un control...”

(Médica Pediatra)

“No es que haya habido una conciencia, un aumento de conciencia en el deseo de controlar la salud. Esta más controlado pero no por una cuestión de conciencia de salud, sino de una conciencia económica.”

(Médico Generalista)

“Si vienen por el control sano una vez al año y listo, es más para cobrar la plata que para otra cosa, para mí es así. Capaz que cobran la plata y vez a los chicos y no están en buenas condiciones tampoco, no están bien cuidados.”

(Administrativa)

En cuanto a la posibilidad de revertir esto, consideran importante, la educación para la salud con los adultos, a través de técnicas participativas donde los involucren como actores principales.

“El tema educativo en este ámbito en el adulto es complicado, para que realmente se interpretara el sentido y demás habría que ponerse a conversar, lo opinión de cada uno, como cada uno lo ve, las posibilidades que te da, es otro tipo de educación, no es que te sentas en un aula y das una charla al respecto para que se incorpore.”

(Médica Pediatra)

“...por ahí falta un trabajo más comunitario o educación.”

(Médico Generalista)

“Para que haya una buena salud hay que concientizar a los papás, como digo papás, también mamás, abuelas, la importancia de salud. La salud, la educación y el trabajo son los tres pilares básicos.”

(Maestra estimuladora)

DETERMINANTES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO

Esta dimensión no se había considerado en el origen del análisis pero surgió durante el desarrollo advirtiendo la relevancia y recurrencia en las entrevistas. Los determinantes abordados son estilo de vida, ambientales, sociales y servicios de salud.

Durante las entrevistas surge que el trabajo de prevención se dificulta por la falta de servicios básicos, específicamente agua y cloacas en el barrio, los que inciden en la aparición de enfermedades. Así como también malas condiciones habitacionales de manera general.

“Por ahí se insiste que trabajamos sobre inmunización o trabajamos sobre esto... y por ahí no tienen el tratamiento de las excretas, algunas casas no tienen ni agua potable ni cloaca. No se trabaja por ejemplo en mejorar las condiciones del barrio y tenes episodios de gastroenteritis porque las napas de las cloacas contaminaron las napas del agua y están tomando agua contaminada por ejemplo.”
(Médico Generalista)

“...veo que no tienen baño, muchos bombean, sacan agua de bomba, además el calentar agua con garrafa para higienizarse no es fácil, al margen del costo, tener un espacio, la falta de servicios, no hay cloacas, todo eso afecta a la salud de la población.”
(Médica Pediatra)

“Los nenes en invierno sufren mucho los problemas respiratorios, porque los ambientes en donde viven no son muy óptimos, son casas con mucha humedad o casillas, también está el problema del humo de las estufa que les afecta en lo respiratorio. Las condiciones de las viviendas no favorecen, se hace una recomendación de que no haya humo en los ambientes pero tienen hogar, entonces no se puede. O de que le pongan una alfombra para que juegue en el piso y el piso es de cemento o de tierra.”
(Maestra estimuladora)

Otra problemática visibilizada es la falta de hábitos de salud, como por ejemplo actividad física y alimentación saludable, influenciada en ocasiones por los ingresos económicos mínimos con los que cuentan los hogares y/o por la educación en salud.

“En general deportes no son muchos los chicos que practican. En la alimentación hay hábitos de poca incorporación de verduras, comidas con más harinas, que influyen varias cosas, una el hecho del uso de la garrafa que no permite el costo, cuando uno propone hacer tal comidas al horno por ejemplo, teniendo una garrafa no es lo mismo el costo el encendido del horno que hacer unas milanesas fritas. Muchas cosas tienen que ver con eso, es difícil incorporar cuando te plantean que no cuentan con los recursos.”

(Médica Pediatra)

“Lo que veo en lo que es adultos es que vienen al control, se llevan la medicación. Pero por ejemplo hacer una dieta si es hipertenso, hiposódica o de bajas calorías, si tiene colesterol, eso no, como que esa parte no se modifica.”

(Enfermera)

“Las charlas de alimentación que se hacían era porque no había buena alimentación, lo de salud dental en el jardín también, porque era un problema que nos trajo el jardín... son problemas que hay y para eso eran las charlas. Muchos problemas que son de educación o sea que falta eso de educación.”

(Administrativa)

Los profesionales formulan que la incorporación de hábitos saludables es más dificultosa en los sectores más vulnerables.

“Por ahí han tomado hábitos como el lavado de manos, pero después no, no se ve, después también hay que ver la clase social. La clase social que son más bajas no han modificado nada en lo que es la salud, hábitos y eso”

(Enfermera)

“La posibilidad de trabajar ciertas cosas está determinada por las condiciones económicas y del hábitad, la falta de recursos, la falta de educación. Es complejo trabajar la incorporación de hábitos cuando no existen recursos básicos en las familias.”

(Médica Pediatra)

“Hay familias que les cuesta seguir una rutina, horarios, un orden, una recomendación, porque son papás que crecieron en familias con muchas necesidades porque sus papás no tuvieron trabajo, donde no había una rutina de ir a trabajar, de levantarse temprano, muchos tuvieron que dejar la escuela y todo eso influye en la educación y en la salud. Hay muchas cosas para que entiendan, que uno lo hace no para decirles como tienen que vivir, pero si no te lo dicen no lo sabes.”

(Maestra estimuladora)

“Vos ves gente que está bien, ves el cuidado de la persona o que están bien alimentados. Por ahí hay caso que no, que son casos especiales. O madres muy chicas con varios hijos y, que ves que no están bien económicamente o en su hogar. Y ves que les falta, que les falta un montón de cosas, tanto en la plata como en el aprender. La educación. Al ser padres chicos, a veces cuesta y al no tener un respaldo es como que... hay que repetir más las cosas o estar atrás de ellos, con los turnos, la medicación, las vacunas, con muchas cosas...”
” (Administrativa)

En cambio, en las familias del barrio hallan factores protectores o promotores de la salud, que colaboran en el equilibrio del proceso de salud-enfermedad. Como por ejemplo: familias contenedoras, sentido de pertenencia al barrio, acceso al centro de salud, instituciones educativas y organizaciones de la sociedad civil, así como también hábitos de higiene y cuidado del medio, a pesar de la falta de servicios básicos esenciales.

“Es un barrio donde hay un buen nivel de educación, la mayoría de la gente trabaja, en negro pero trabaja, son familias tradicionales, me refiero a su conformación, es un factor que facilita a la hora de trabajar. Hay algunos casos puntuales donde tenemos situaciones... pero siempre hay un desvío estándar... pero no son barrios, como se da en otros lugares acá en Miramar, no tenes marginalidad, este es un barrio tranquilo, de familias, los chicos pueden jugar en la calle y los ves, es lindo circular por el barrio y ver que los chicos están jugando en las calles, en otros barrios no lo ves.”
(Médico Generalista)

“Hay un cuidado del habitat, uno ve casas muy humildes y que tienen un orden, una limpieza, que le dan una blanqueada con la pintura que tengan. Como que en eso, son costumbres distintas, que benefician la higiene y benefician la salud”
(Médica Pediatra)

Yo me he encontrado con muchas realidades que no era antes tan frecuente ver en otros ámbitos de trabajo de educación, como especial, veo mucho acompañamiento de las familias, de las abuelas, de las tías, amigas, más en las mamás jovencitas. Son familias presentes en la crianza de los nenes.
(Maestra estimuladora)

Este es un barrio chico pero tiene todo, tiene su centro de salud, tiene los tres niveles básicos de educación, hay iglesias, organizaciones de la sociedad civil... hay sentido de pertenencia, hay familias que viven acá hace más de 20 años, viven los abuelos, los padres y los nietos. Cuando hay pertenencia hay respeto hacia el lugar donde vivís, hay compromiso, hay cuidado. La participación a veces cuesta pero cuando es para el bien común esa resistencia se vence enseñada.

(Trabajadora social)

Por otra parte, y siguiendo con los determinantes sociales, aprecian que con la asignación las familias pudieron acceder a bienes que mejoran calidad de vida, esencialmente bienes relacionados a necesidades, como por ejemplo la vestimenta y alimentación, como así también el acceso a servicios de salud que son de difícil acceso en el sector público. Otro aspecto que mencionan los entrevistados es la obtención de servicios como actividades recreativas, culturales y educativas, sobre todo en familias con necesidades básicas cubiertas.

“Si bien el tema de la asignación mejora el ingreso económico pero me da más la sensación que va dirigido a vestimenta porque en eso si se ha notado un cambio, de mejor presencia digamos, las zapatillas de los chicos, los pantalones, los buzos, tienen otro acceso que está mejor. Otros con ese aporte pueden pagar para hacer deporte, pileta y algunos que lo utilizan para que vaya a inglés o guitarra. Pero todo depende del medio, obviamente si pueden, cuando es una clase más media, que tienen ya un ingreso, cubierto lo básico, utilizan eso para mejorar las condiciones que no lo podrían hacer como esto, mandar al chico a inglés o llevarlo a hacer un deporte, aprovechan el recurso para ese tipo de cosas, indudablemente mejora la calidad de vida.”

(Médica Pediatra)

“Las familias más pobres orientan la asignación a la cobertura de necesidades básicas, principalmente alimento y vestido.”

(Médico Generalista)

“...algunas familias con ese dinero recurren al dentista, a fonoaudiología”

(Enfermera)

“Algunos ves que no usan la plata en los nenes, se la gastan en otras cosas, pero ahora ves a los nenes con ropa nueva, o zapatillas, mas abrigados. También con las cosas de la escuela, para eso sirvió la asignación.”

(Administrativa)

“Si bien no es un gran monto, es un ingreso fijo que tienen los hogares, hay estudios al respecto, y yo lo veo en esta realidad, que dicen que ese dinero en una gran proporción está dirigido a la compra de alimentos. Alimentos que en otros momentos se consumían menos como los lácteos o carnes o verduras, ahora las familias consumen más, por el simple hecho de que los pueden comprar.”
(Trabajadora social)

Por último, sobre el determinante concerniente a los servicios de salud, los entrevistados creen importante la presencia de un CAPS en el barrio, pues brinda a la población los servicios de salud básicos, como se plantea en los principios de APS

“El hecho de tener una sala en el barrio y de sentir pertenencia con su sala, con la sociedad de fomento y que tengan disponibilidad a dos cuadras de su casa a un centro de salud que responde a las necesidades y a las demandas en muy importante; es más debe ser uno de los centros de salud que más responde a la demanda de otros barrios de la zona.”
(Médico Generalista)

“Acá viene gente de otros barrios a atenderse y la mayoría de las familias de Belgrano se atienden acá y también muchos de los que tienen obra social y pueden ir a una clínica también vienen. Yo creo que es porque se los atiende bien, a veces cuesta el tema de conseguir los turno, pero los médicos y lo básico que es pediatría y médico clínico hay.”
(Administrativa)

“A pesar de ser una ciudad chica, hay bastantes centros de salud, este particularmente alcanza a cubrir la demanda de la población del barrio y además es accesible por la ubicación que tiene. Es importante para la salud del barrio tener un centro de salud a unas pocas cuadras de las casas de los vecinos.”
(Médica pediatra)

Respecto a los servicios ofrecidos por el CAPS, dicen que la demanda superó la capacidad de atención, en el primer momento de la implementación de la política, no obstante se fue revirtiendo paulatinamente. Asimismo, el servicio de pediatría siempre mantuvo una elevada demanda, incluso previamente a la implementación de la Asignación y sus condicionalidades.

“Quedamos atrás, hubo mucha demanda rechazada al principio, pero con el tiempo se logró controlar, al principio sí, no se daba abasto.”
(Médico Generalista)

“Siempre fue un servicio demandado. Ahora aumenta la exigencia porque tienen plazos acotados para presentar. Pero en general siempre tuvimos los turnos cubiertos y los seguimos teniendo desde que empezamos.”

(Médica Pediatra)

“Lo que es pediatría no da abasto y el clínico también porque hace controles de niño sano también, aumentaron mucho los turnos que te piden. Julián que es el médico generalista atiende a los chicos de 10 para arriba. Pediatría atiende hasta los 2 años y Fabiana la otra generalista atiende de 2 a 9, si no hacemos así no se puede.”

(Administrativa)

“En pediatría pude que se les dificulte la atención porque no tenemos una pediatra que este todos los días o que tenga un amplio horario, viene dos veces por semana, tiene un límite de horario y de turnos. Hay mucha demanda en lo que es pediatría para la atención que por ahí no llega a cumplir acá el recurso humano que está en la sala.”

(Enfermera)

Los profesionales comunican que el trabajo está limitado a la atención médica en consultorio, planteando que es necesario recuperar el trabajo de campo y actividades que abarquen al proceso de salud- enfermedad no solo desde lo biológico (visitas a domicilio, talleres, charlas, trabajo interinstitucional, planificación de proyectos), por lo que en la actualidad trabajan la prevención de enfermedades y promoción de hábitos de salud en el ámbito de la consulta.

“Yo no estoy haciendo terreno, pero uno trata de interactuar como comunicador independientemente de que consulten por otro problema de salud tratar de hacer un escrinin por ejemplo del tema del consumo de drogas, del alcoholismo en los jóvenes, de la planificación familiar en los jóvenes, el embarazo adolescente y aprovechar la oportunidad, vienen a consultar por una faringitis o vienen por el control para la libreta, y aprovechas interrogas, mechas, das consejos.”

(Médico Generalista)

“Yo creo que habría que trabajar más con las escuelas, es otro lado donde podemos captar a la población.”

(Médico Generalista)

“El trabajo en taller no se puede porque no dan los tiempos o atendemos a los niños o hacemos... de hecho yo siempre me voy fuera de horario, estoy más tiempo del que tengo estipulado y nada más que para la atención y si bien en la atención se incluye la educación, la detección de problemas de escolaridad, de relaciones

familiares, pero no es lo mismo que tirar un tema e ir planteado en grupo haciendo un taller. No porque no sea importante el taller, a lo mejor tiene más efecto pero tenes que ver la patología, no se te puede escapar un chico que tiene bajo peso, que este anémico.”

(Médica Pediatra)

“Antes trabajaban más los médicos comunitarios, iban a las escuelas o en la sociedad de fomento hacían charlas, iban a los domicilios, pero hace algún tiempo que no están trabajando. Hicieron charlas de alimentación, de higiene, de violencia, con los nenes de higiene dental”

(Administrativa)

“La promoción de salud y prevención se hace a medida que va llegando la consulta, cada médico habla con el paciente o también acá en enfermería.”

(Enfermera)

“Aunque en este CAPS no cumplo el rol de trabajador social de salud, sino del área de desarrollo social, me planteo acciones de prevención y promoción de salud, siempre trabajando de manera articulada con los profesionales de salud. Aunque es un trabajo muy puntual y mínimo el que puedo hacer por el tema del tiempo, desde el servicio social se organizaron campañas de alimentación saludable, prevención de accidentes domésticos, higiene y manipulación alimentaria... este año posiblemente se trabaje desde el servicio social con la temática de planificación familiar con parejas jóvenes.”

(Trabajadora social)

Esta problemática surge, principalmente por la falta de recursos humanos en salud. Agregando además que determinadas especialidades, como por ejemplo ginecología, que es la más demandada, son inexistentes en el centro de salud, debiendo derivar a otros centros de salud o al hospital, impidiendo el trabajo y seguimiento de las pacientes.

“Hay demandas en las consultas para pap, o planificación familiar, lo que pasa es que no hay un médico como para abastecer la demanda de mujeres, entonces se trata de sacar turno en el hospital, pero ahí se pierde esa mujer, no se sabe si fue a ese turno, si se hizo el pap, si está tomando algún método anticonceptivo, algunas vuelven con las recetas para seguir retirando acá y otras no.”

(Enfermera)

“En recursos materiales medianamente está cubierto pero en recursos humanos... yo soy la única pediatra que está en todas las salas de Miramar, en las salas después hay generalistas.”

(Médica Pediatra)

“Las familias se acercan pero lo que yo veo de salud es que está muy desprovisto ahora, falta de pediatras, médicos, o los médicos mismos están desbordados. Por lo

que cuentan hace unos años atrás, era otro el trabajo, había más trabajo de campo, iban a las casas”

(Maestra estimuladora)

“Este es un centro de salud que tiene una gran demanda, pero hay pocos profesionales, por ejemplo planificación familiar es algo que hay trabajar mucho y no hay ginecólogo, psicología infantil también es muy demandado y para conseguir un turno es casi imposible, con psicología de adultos pasa lo mismo. Pero no es un problema exclusivo de acá, sino en todo el municipio pasa lo mismo. Lo que preocupa por sobre todas las cosas es el servicio de salud mental, está totalmente descuidado... bueno servicio social de salud no existe, yo soy de otra institución y tengo intervenir en los casos más urgentes de salud porque si no quedan a la deriva...”

(Trabajadora social)

ENTREVISTAS A FAMILIAS TITULARES DEL PROGRAMA

El análisis de las entrevistas llevadas a cabo a las familias que poseen AUH en el barrio Belgrano de la ciudad de Miramar, se realizó con las siguientes dimensiones:

- Conocimiento de las condicionalidades de la AU.
- Cumplimiento de las condicionalidades de salud.
- Representación que poseen las familias acerca de las condicionalidades de salud.
- Acciones y comportamientos para el cuidado de la salud previos a la AU.
- Acciones y comportamientos para el cuidado de la salud a partir de la implementación de la AU.
- Concepciones, pensamientos y conocimientos de las familias respecto al proceso salud- enfermedad.

CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONALIDADES DEL PROGRAMA

La información que las familias titulares poseen respecto a las condicionalidades del programa se asocia a la posibilidad de desarrollarlas y de permanecer en él. Los entrevistados refieren conocer las condicionalidades a realizar para mantenerse bajo el programa.

“Los que requisitos que hay que tener preguntámelos que me los sé todos. Son presentarte en Anses con la escolaridad y los controles de cada hijo que tiene la asignación”

“La asignación es un plan que te pide varias cosas, que no trabajes en blanco, que tus hijos vayan a la escuela, al médico y que presentes los documentos y que lo cobre la mamá.”

“Cuando recién salió, no sabía todos los puntos que había que tener, pero después van pasando en la tele o me fui al ANSES y ahí me dijeron tales cosas tenes que tener. Y ahora eso ya lo manejo, cuando mi marido trabajo en verano me la sacaron pero como ya sabía lo que tenía que hacer me fui y me di el alta de nuevo. Igual que con las planillas, después que de marzo las presento, me firman en la sala y la directora para lo acumulado.”

“Lo principal que tenes que cumplir para tener la Asignación es los nenes con la libreta sanitaria completa y que vayan a la escuela. Si una vez al año no sacas el turno en ANSES y llevas los papeles se te da de baja.”

Ante la presencia de dudas acerca de las condicionalidades las evacuan en el centro de salud o en la oficina de ANSES, por lo que se da cuenta de que existe acompañamiento y asesoramiento desde las instituciones.

“Siempre me informo en ANSES, voy y pregunto qué es lo que tengo que llevar o si no entiendo algo.”

“Si es por un tema de la libreta... de salud, trato de preguntar en la salita, que voy con la libreta o con el cuaderno y las chicas me dicen.”

“A veces si no entiendo algo de la asignación primero voy a la salita y las veo a las chicas y ellas si saben me van indicando o me averiguan y sino saco los turnos en ANSES.”

“Casi todo lo manejo con ANSES, o con la asistente social, en verano me la sacaron porque el papá de la nena más grande trabajó en blanco, entonces me mando a un lugar para que no le paguen a él y figure yo.”

“Mira justo me paso que estaban con lo nuevo del complemento de apoyo escolar y viste que te piden algunos papeles y no sabía si tenía que llevar de nuevo las libretas, que me firman de nuevo en la escuela y llevarlo de nuevo a la médica y tuve que ir a ANSES y te digo la verdad que me atendieron espectacular.”

“Yo hace un año que tengo las asignaciones porque antes mi marido trabajaba y tenía el salario, la que me asesoró mucho fue la asistente social de acá.”

Específicamente sobre la condicionalidad de salud, se advierte que conocen los requerimientos para la certificación de la misma.

“Para lo que es la parte de salud tenes que ir a lo público ya sea las salitas o ya sea el hospital, si los llevas a privado, no sirve para el control.”

“En marzo cuando empiezan las clases ya pido la planilla y la traigo a la sala, como ellos tienen los controles y las vacunas, con el cuaderno y se fijan en la compu y la enfermera o la doctora me la firma.”

“A mí me explicaron cuando la tramité que para tenerla todos los años el gobierno me exigía que los nenes tengan su control pediátrico y las vacunas, por lo menos una vez por año.”

“Yo me manejo con la sala, cuando veo que es el mes de entregar la libreta, le digo a Alicia que tengo que firmar, me ve en el cuaderno... tenes los controles bien de los chicos, si... a ver la libreta de vacunas, bien también... eso principal de salud para la asignación, porque no van a la escuela todavía.”

“En abril se me cumple el año para presentar, así que en febrero ya me los llevo a los chicos para el control, aunque ya los haya llevado durante el año, los vuelvo a llevar. Me firman la libreta y la llevo a ANSES. Así me manejo yo con lo que es de salud. Y lo escolar es más fácil porque te lo hacen más rápido.”

CUMPLIMIENTO DE LA CONDICIONALIDAD DE SALUD

Las acciones que realizan las familias para efectivizar el compromiso en salud podrían demostrar la adhesión a la condicionalidad y la existencia de cambios y/o permanencias en la salud familiar desde la implementación del programa.

La totalidad de entrevistados dicen cumplir la condicionalidad de salud en el CAPS del barrio, convirtiéndose la AUH en un vehículo para acerca a las familias al centro de salud y para reforzar el vínculo con las que concurrían previamente.

“Yo llevo a mis nenes a la salita Belgrano para hacer lo de la asignación.”

“Para la pediatra y que firmen la libreta vamos a la sala del Belgrano y solamente ellos tienen dentista y oculista particular.”

“Los llevo a los nenes a la sala Belgrano, la sala del barrio, para los controles, las vacunas, para todo, siempre vamos a esa sala. Ahora cuando me den la planilla ya la llevo y como tienen los controles Alicia me la firma.”

“Por el barrio a mí me corresponde el CAPS, cuando vivía en el centro tenía que ir al consultorio del hospital, pero hace 2 años que al pediatra me derivaron a la sala. Lo que es pediatra, vacunas y psicólogo lo tenemos en la sala.”

“Si o si vamos al CAPS, para la pediatra, para el psicólogo, para estimulación, para esto de la asignación, porque en las otras salas no te atienden, porque está dividido por barrios, y en el hospital te atiende el ginecólogo, el cirujano y los médicos que acá no hay. Además en la sala ya está la carpeta de toda la familia...”

Para acceder al programa algunos mencionan que debieron normalizar la asistencia a los controles de salud y el calendario de vacunas, mientras que otros dicen que esto no fue necesario pues los niños concurrían periódicamente a los centros de salud.

“Estábamos al día con las vacunas y los chequeos, presentamos la libreta sanitaria y estaba todo bien, no tuvimos ningún problema para pedir la asignación.”

“El más grande por ejemplo, le faltaban vacunas, creo que la de los 11, y bueno eso se lo tuve que poner al día, porque cuando me miraron la libreta no la tenía, y los controles venía por ejemplo cuando tenía fiebre.”

“Ellos tenían todo, no fue nada nuevo para ellos, entonces en la sala no tuvieron problema de firmarme todo.”

“Te digo la verdad, las vacunas las tenían más o menos y los controles también.”

“Ahora tengo una asignación, porque M... ya tiene 20, me quedo la de K... nada más. M... la cobre un tiempo porque no le gustaba venir al médico y entonces me la sacaron. Pero de K... tenía todo completo, cuando me la dieron tenía 5 años.”

“Veníamos bien con los controles porque hacían natación, y que estés bien de salud y el certificado del médico, te lo piden todos los años para el carnet, y por eso te digo que los controles no le faltaban, hasta al cardiólogo los llevaba y los llevo. Venir para ir a la pileta o para la asignación, no cambio en nada o sea que una vez al año siempre.”

En relación al acceso a los servicios del centro de salud, se descubre la existencia de dificultades al momento de solicitar turnos para las consultas médicas principalmente.

“Acá te digo sinceramente nunca hay turnos, te vas temprano y capaz que hay dos o tres turnos, la última vez fui a las 8 tenía 2 personas adelante mío y había dos turnos solamente y me quede sin turno, o voy hoy te dan para dentro de un mes.”

“He tenido problemas con los turnos, porque alguna vez que lo tuve que cambiar me lo cambiaron para un mes después porque la pediatra tenía todo lleno, también tengo que estar atenta porque tal día dan los turnos para todo el mes y si te olvidas no tenes turno.”

“El tema de los turnos es difícil, pero vos venís y hablas con las chicas y te dicen a tal hora veni porque hay mucha gente y yo entonces estoy antes .Yo siempre pregunto cuántos turnos dan, si te dicen que hay 10 venite temprano porque hay gente desde las 7 yo me vengo más temprano.”

“Generalmente el sistema acá no está organizado como para tener una atención rápida, en el hospital más que nada pasa que el doctor tiene que empezar a atender a las 8 y empieza a las 10, vas y no hay turnos, o si te vas a las 6 de la mañana para turnos de acá a 2 meses.”

“Se complica tener un turno con los pediatras, primero no hay pediatras y si hay están sobrepasados y ni un turno conseguís. Tienes que ir un mes antes a la sala para el turno.”

“Depende el médico que quieras conseguís o no conseguís turnos, mi hijo que ya es adolescente viene con el doctor y hay turnos casi todos los días, con la pediatra ya cambia la cosa, lo veo con mis nietos porque la pediatra viene dos veces a la semana y es muy poco para todos los nenes que hay.”

REPRESENTACIONES ACERCA DE LAS CONDICIONALIDADES DE SALUD

La interpretación que construyen los titulares sobre las condicionalidades permite saber cómo actuaran respecto a ellas, es decir el sentido que le asignaran y por ende las acciones que desplegaran para cumplirlas.

Las familias entrevistadas tienen una concepción positiva de los compromisos de salud establecidos, primeramente porque fomentan el cuidado hacia los niños y en segundo lugar porque permite el acceso al sistema de salud de aquellos niños que no asistían previamente al surgimiento de la AUH.

“Me parece bien que te pidan que los traigas al pediatra y que sigas las vacunas.”

“Esta bueno, o sea, más para los nenes que no han tenido controles ni nada. Pero para las mamás que no lo hacían esta bueno para los nenes, para cuidarlos a ellos.”

“Para mi es algo que para los chicos es bueno.”

“Para mi está bien, porque los nenes pueden tener mejor su salud y es un control que esta para ellos y para los padres. Te sirve para eso, para que lo lleves al nene al control y tenga la vacuna, porque antes eso no pasaba, no había tanto control, sino lo llevabas mas no pasaba nada. Ahora si no tienen todo al día no te firman y te sacan la asignación. En mi caso siempre trate de hacer las cosas de los nenes bien, pero hay gente que no, que no tenía nada de los nenes y bueno en eso mejora.”

“Estoy a favor de que pidan la libreta y el certificado de la escuela, a mí no me molesta porque cumplo con lo básico para que mis hijos estén bien, además me parece bien que haya más vacunas y más controles.”

ACCIONES Y COMPORTAMIENTOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD PREVIOS A LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO

Las acciones y comportamientos para el cuidado de la salud que existían con anterioridad a la ejecución del programa dejan ver la manera en que este produjo o no produjo cambios, haciendo una comparación entre las acciones pasadas y presentes.

Los entrevistados manifiestan que asistían periódicamente a los centros de salud para controles pediátricos de sus hijos, de la misma manera ocurría con el cumplimiento del calendario de vacunación.

“Nosotros igual siempre antes de tener la asignación, siempre tuvimos un control, todos los meses desde que nacieron, vacunas, peso, todo al pie de la letra. Y bueno las vacunas lo mismo, todo completo.”

“Esto que te piden ahora, bueno, eso yo lo hacía desde antes. Ellos ya tenían el control, las vacunas igual, las tenían todas. El control lo tenían siempre.”

“A los chicos los llevaba siempre con la pediatra, respetaba si los tenía que llevar todos los meses o cada seis meses y las vacunaciones igual, porque también respetaba las edades.”

“Cuando eran más chicos también los traía una vez al año y ahora también. Igual antes era distinto porque te atendían más rápido, ahora tenes que venir para el turno del mes.”

“...si vos a tus hijos los tenes como corresponde no solo con las vacuas, con todo en general, el control y la educación también, no te cambia la asignación, a mis hijos por lo menos no, porque su salud para mi es importante y siempre cuide sus vacunas y sus controles y eso lo mantengo.”

Se desprende que el centro de salud no concentraba la asistencia de las familias del barrio, pues el Hospital Municipal centralizaba la demanda.

“Anteriormente íbamos al hospital, después nos dijeron que nos tocaba la sala y tuvimos que cambiarnos.”

“Nosotros, los de la familia, íbamos al Marino Cassano, cuando al barrio trajeron más médicos porque la agrandaron empezamos a venir a la sala.”

“A los nenes siempre los lleve con la pediatra González, desde que son bebés que los llevo a la sala y las urgencias al hospital.”

“Yo cuando era más chica ya iba a la salita y ahora vamos con los nenes, viste para los controles, las vacunas.”

“La salita antes no era así, había un consultorio nada mas con un médico, ahora nada que ver, por eso antes no veníamos porque ni había lugar, nos cambiamos acá cuando agrandaron y pusieron más doctores.”

ACCIONES Y COMPORTAMIENTOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD POSTERIORES A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AU.

Las referencias que los entrevistados dan acerca de las diversas prácticas que efectúan en la actualidad para mantener la salud familiar permiten compararlas con las pasadas y concluir el impacto que pudo tener la política en cuestión en esta área.

El calendario de vacunación y los controles pediátricos se llevan a cabo de acuerdo a los tiempos estipulados por los profesionales y la edad de los niños. Las familias recurren a los agentes a fin de encontrar asesoramiento o indicaciones para llevar estas acciones de manera conveniente. Esto vislumbra que el personal del CAPS es un referente de la salud familiar, lo que propicia el acercamiento a la institución para la prevención de enfermedades principalmente.

“Yo los controles se los hago en el tiempo que me diga la pediatra, ahora que tiene 8 años se lo hago una vez al año, cuando era más chico era cada seis meses. Y las vacunas las tiene todas, según el calendario. Si suma alguna en el calendario, siempre le vengo a preguntar a Alicia y ella me dice.

A medida que vamos te dicen de acá a 6 meses le toca el control, después al año, eso es según la edad y como este el nene, y así lo hacemos.”

“Le hago el control según la edad de los nenes, o como me diga la pediatra. Al más grande lo llevo 1 vez al año y a los 2 más chicos los llevo cada 6 meses. Y las vacunas igual cuando les tocan según la edad los llevo o le pregunto a Alicia cuando le toca o si hay alguna vacuna nueva.”

“El enano tiene todas las vacunas, le falta la de los seis, pero siempre pregunto. Y después los controles siempre saco aunque sea dos veces al año cuando lo veo que digo bueno ya le toca. Entonces voy lo llevo al médico y le digo cuando le toca y me dice venite el año que viene.”

“Con la pediatra veníamos una vez al año antes del cumpleaños, pero ahora cumple 11 y ya lo atiende el otro médico. No sé cómo será, si también es una vez al año o cambia, eso es depende lo que le diga el médico.”

Asimismo surge que para las especialidades médicas las familias concurren al sector privado de salud u Hospitales, complementando el control médico pediátrico y siendo indicio del compromiso de los adultos con el cuidado de la salud de los niños.

“Ellos tienen dentista y oculista particular. Eso ya es a parte porque yo antes tenía obra social y es por la confianza que le tienen por ejemplo al dentista, ellos ya lo conocen de chiquitos y yo si los llevo a otro lado no quieren.”

“A la nena la doctora me la mando al nutricionista porque tiene un poco de sobrepeso, y a los tres los tengo que llevar también al dentista, porque tienen caries. Que tengo que ir al hospital a sacar los turnos porque no tengo obra social pero son buenos porque son los mismos que atienden en el CIM.”

“Él se atiende con un neumonólogo en Mar del Plata, es una consulta que pago particular, antes del invierno lo llevo porque tiene problemas respiratorios, eso no se lo hago en público porque no hay.”

“A veces te derivan a que te lo vea otro médico, como el cardiólogo y yo prefiero llevármelo a Mar del Plata, veo como es la cosa y consigo los turnos allá.”

En cuanto a la salud de los adultos se advierte que es la mujer la que asiste al centro de salud con mayor frecuencia, en comparación con los hombres. Es en el sexo femenino esta “establecido” la relevancia de concurrir al control ginecológico e inversamente el hombre acude cuando ya existe una enfermedad, en la mayoría de los casos.

“Nosotros no nos hacemos controles, tendríamos que hacernos. Un chequeo me tendría que hacer. Mi señora desde que tuvo los nenes no se hizo más controles, hace más de 3 años.”

“Yo me hago el control con la médica clínica y lo que es el pap y todo eso también.”

“De lo mío voy para que me vea la médica por el pap y el control de ginecología, voy cuando ya se me vence el plazo de la pastilla y ahí voy a que me controlen y me renueven la receta

Y mi marido no va, va directo al hospital cuando ya está enfermo, no se cuida tanto como nosotros, pero los hombres son así, van cuando ya están enfermos o les pasa algo. Él es así.”

“Yo me hago control cada un año acá en la salita también. Pero mi marido hace rato que no va.”

Este hecho esta en conexión con la feminización del cuidado de los niños y por ende de la salud familiar, siendo la madre u otra mujer la que concurre al centro de salud con los niños y la que participa primariamente en el equilibrio del proceso salud- enfermedad.

“La que los lleva a la sala, al control, saca los turnos, va a ANSES, al colegio, soy yo. Yo soy de ir a hablar al colegio por ejemplo que te piden reuniones, los sellos, las firmas y todo eso. Voy yo, siempre yo.”

“Al médico los llevo yo a los nenes y a la escuela también, porque mi marido como trabaja no puede, además que no sabe de esas cosas, por eso prefiero ocuparme yo, además de que él no tiene tiempo. Todos los trámites de todo, de los nenes, de la casa, de todo los hago yo.”

“Mi pareja como no es el papá, si bien me ayuda a mí con el tema de la crianza, son cosas que él no tiene nada que ver. La que lo tiene que llevar y estar pendiente de su salud, de su educación, de todo soy yo.”

“Cuando vamos a Mar del Plata al materno por alguna urgencia vamos con mi marido o a hacer algún estudio, también los llevamos los dos. Pero las cosas de todos los días, de llevarlos a la escuela o venir a estimulación, con las vacunas y todo eso, me arreglo sola.”

En asociación a la política bajo análisis, los entrevistados no reconocen cambios en su propia salud familiar, aunque si las visualizan en otras familias. Expresan que las acciones de prevención de enfermedades, y establecidas como condicionalidades, no son nuevas en sus familias pues ya se desarrollaban con anterioridad a la implementación de la asignación.

“Para mí no cambio nada porque siempre lo hice, hay gente como te conté el caso de mi vieja que nunca jamás llevaba a los chicos al médico y ahora sí., Pero para mis hijos no modifico nada, para otra gente si porque si quieren cobrar la plata tienen que preocuparse por los hijos, tener el control de salud y llevarlos al colegio también.”

“Con la asignación no veo que me haya variado mucho porque ya te digo, control de dentista, pediatra todo eso lo venía haciendo antes de todo. No es que yo los llevo al médico porque tengo la asignación, sino que ya los llevaba antes, es una rutina de siempre.”

“En muchas familias veo que le dan más bolilla a los controles de salud y a las vacunas, como le tocan el bolsillo lo tienen que hacer. Igual por más que tengan los controles de salud no los cuidan. Hay mucha gente que no tomo conciencia de que muchas enfermedades son desencadenantes de otras.”

“Cambio mucho en las personas, porque ahí recién llevan a los chicos para poder cobrar, porque si no es una cosa que no los llevas y no cobras, porque es así. Yo lo veo así. Hay muchas, hay otras que no. Yo conozco chicas que siempre los han llevado como yo.”

“Los nenes tienen la asignación desde que nacieron, así que es algo que tienen las 2 cosas, no tuve que regularizar nada porque siempre los tuve con todo con corresponde.”

Aunque no los visualizan como cambios que influyen en su salud (pero desde el conocimiento científico son considerados determinantes de la salud) mencionan diferentes novedades que introdujo la asignación universal en la salud familiar: el acceso a bienes alimenticios y vestimenta para los niños.

“Ayuda a tener algo extra que lo uso más que nada en comida en poder ir al supermercado y comprar algunas cosas que puedo guardar. También sirve para comprarles algunas cosas a los nenes más que nada ropa, zapatillas, que es caro y con eso se puede usar para esas cositas de los nenes. Los míos no van a la escuela pero veo que también las mamás lo usan para cosas de la escuela.”

“Después por otro lado opino que está bien, yo en mi caso, la asignación, la utilizo para el nene si le falta algún libro para la escuela, una campera, algo de ropa, zapatillas, en algo esencial. Y si eso ponele en un mes no lo necesita yo a esa plata la utilizo en comida para lo que es leche, galletitas, cereales. Vos pensa que todos los días no puede estar comiendo arroz, fideos, guiso. Yo le compro los danoninos y después le compro fruta.”

“El tema de la alimentación me modificó, más que nada para el nene, que tenga su plato de comida, su leche, sus galletitas, con eso refuerzo yo. Después lo de la vestimenta lo voy complementado. Si hago hincapié en que no le falte ningún remedio, sino los puedo conseguir en la salita los tengo que comprar. Pero básicamente en la alimentación.”

“Con esa plata yo voy, por ahí necesitan zapatillas, voy y le compro zapatillas, necesitan buzos para la escuela, lo que sea relacionado a ellos voy y se lo compro, esa plata la uso solo para ellos. Eso es lo que pienso yo, no sé, lo que es la asignación es para ellos, no es para mí.”

“No te digo que no compro comida, porque compro, porque ellos también tienen que comer, por ahí le dan ganas de comer algo voy y con eso se lo compró. Por ahí voy compro el pack que viene de 4 yogurt y ya tienen. No te digo que es mucho pero bueno. Antes era más complicado comías o te vestías. Esto te ayuda mucho, es algo fijo, sabes que contas con eso.”

Las familias exponen que la frecuencia con la que concurren al centro de salud en la actualidad es igual que en el pasado, previa ejecución de la AUH.

“Antes de tener la asignación veníamos igual que ahora.”

“Antes ibas más o menos igual creo, yo era menor así que me llevaba mi mamá con el médico, para la revisión y para el tema de las pastillas también. Pero más o menos creo que era igual, ahora un poco más seguido porque tengo los nenes y

siempre algo les pasa, que una alergia, que están resfriados, o comieron algo que les hizo mal.”

“No es que porque tengo la asignación voy con los nenes a la sala o al médico más seguido, siempre fui cuando tenía que ir, las vacunas si porque agregaron bastantes. Pero por el médico todo como siempre, ni más ni menos.”

CONCEPCIONES, PENSAMIENTOS Y CONOCIMIENTOS DE LAS FAMILIAS RESPECTO AL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD.

El mantenimiento de la salud familiar se funda en las construcciones y representaciones cognitivas que los individuos poseen y sobre las que se asientan las practicas que llevan a cabo para mantenerla.

Se considera la asistencia al control médico y vacunación, como importantes medios preventivos de enfermedades.

“Con los controles, las vacunas yo soy muy exagerada por ahí , me dice mi mamá, porque ellos se sienten un poquito mal y ya los llevo, por ahí tienen un poquito de tos y los llevo, tienen un poquito de fiebre y los llevo, o me duele acá. Pero llevarlos al médico, a los controles y que tengan sus vacunas es para que tengan su salud mejor, para que no se enfermen.”

“Los controles y las vacunas se los hago religiosamente porque son cosas que tienen que ver con su salud, para que estén bien.”

“Para no enfermarte, tenes que saber que hay que vacunar a los chicos y los grandes también, que hay algo que se llama control que tenes que hacer, eso es para cuidar la salud, para no decir que después te enfermas. Es algo que en mi casa es muy importante.”

“Hay enfermedades que son muy embromadas y que te podes morir y que poniéndote una vacuna lo prevenís, como la de la hepatitis. Como mamá soy muy consciente de eso y me cuido yo y cuido a mis hijos. Igual que el control del pap, es lo mismo, o el control de los nenes con la pediatra.”

Las familias identifican determinantes externos que influyen en el proceso salud- enfermedad, en base a esto orientan acciones para preservar su

salud, el más mencionado es la higiene personal y del ambiente, además de una alimentación variada.

“En mi casa me preocupo de que este todo limpio, el baño limpio, afuera limpio sin basura, los perros afuera, porque si no tenes gérmenes, sino limpias te trae enfermedades, tenes que pasar lavandina, lavar bien la ropa, los platos, primero es la limpieza para preservar la salud.”

“La comida y la alimentación son importantes, me fijo en lo que comemos, de hacer cosas distintas, si comimos polenta hoy mañana hago otra cosa, algo como una sopa o un puchero, eso me voy fijando. A veces no se puede porque a fin de mes haces lo que tenes en la casa, pero si hay voy mezclando para comer variado y tener más vitaminas y nutrientes.”

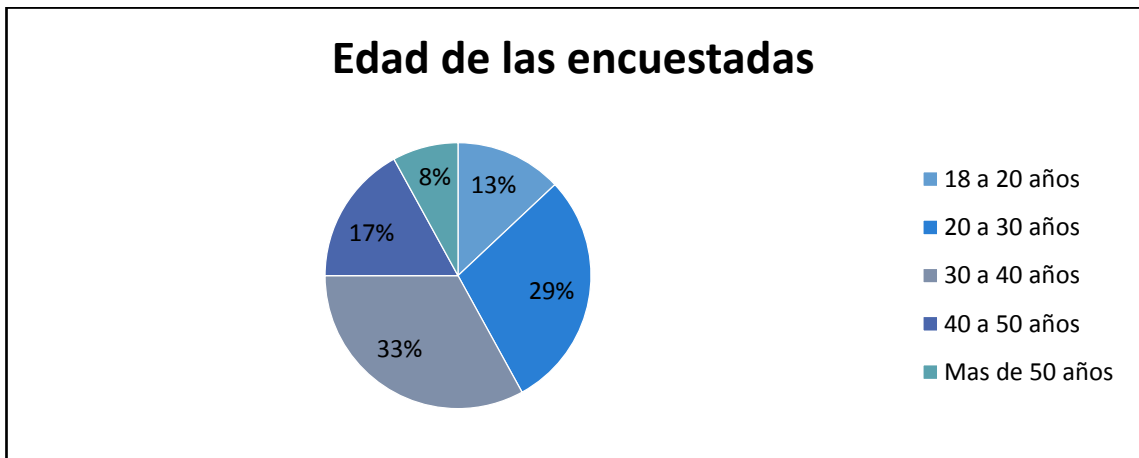
“La higiene es lo principal, vos podes ser pobre, podes tener o no tener, pero agua y jabón lo tenes que utilizar, que es lo fundamental. A mi hijo le enseñó siempre lávate las manos, no toques cosas sucias, porque no sabes que te podes contagiar.”

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS A TITULARES DEL PROGRAMA

Por lo que refiere a las encuestas realizadas, se presentan los resultados obtenidos y su respectivo análisis.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS Y COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS FAMILIARES

Todas las personas encuestas resultaron ser mujeres, de un total de 40, las edades de las mismas son las siguientes:



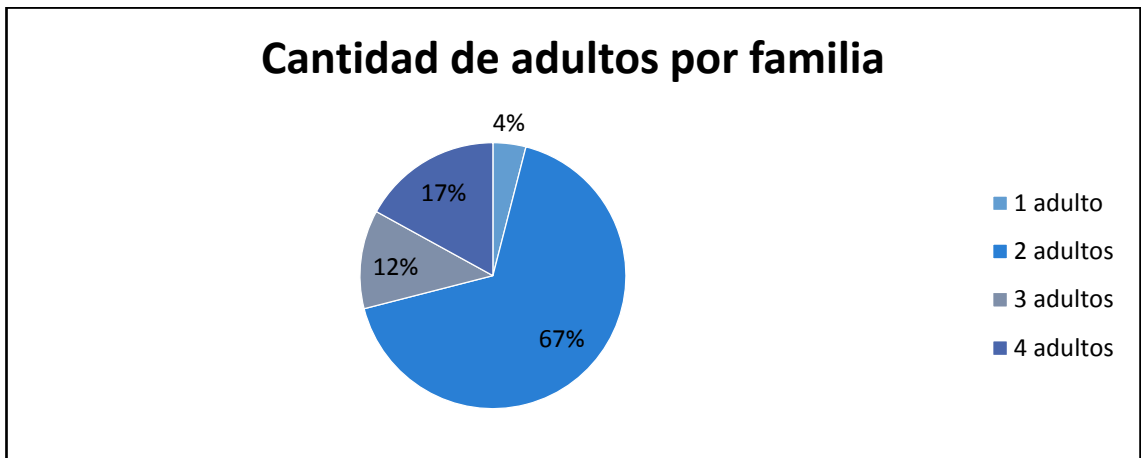
PORCENTAJES SEGÚN EDAD DE LAS ENCUESTADAS

FIGURA 4-6

- El 33% está comprendida en la franja etaria de entre 30 años y 40 años.
- El 29% está comprendida en la franja etaria de entre 20 años y 30 años.
- El 17% está comprendida en la franja etaria de entre 40 años y 50 años.
- El 13% está comprendida en la franja etaria de entre 18 años y 20 años.
- El 8% tiene una edad igual o mayor a 50 años.

Se desprende que la mayor cantidad de encuestadas tienen entre 30 años y 40 años, es decir son madres de edad media adulta, mientras que la menor cantidad son madres jóvenes, con edades entre 18 años y 20 años.

Con respecto a la cantidad y edades de los grupos se obtuvieron los datos que a continuación se detallan:

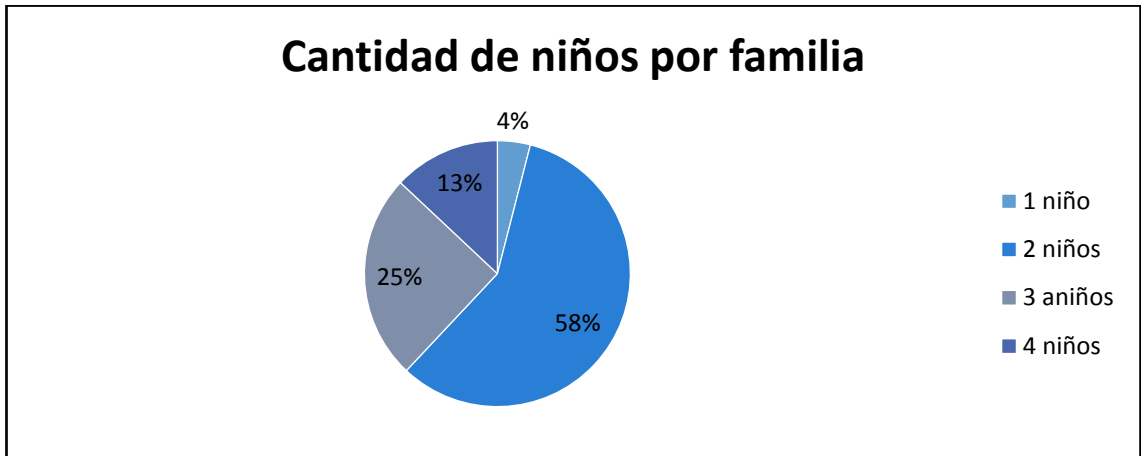


PORCENTAJES SEGÚN CANTIDAD DE ADULTOS EN LA FAMILIA
FIGURA 4-7

- El 67% de las familias está conformada por 2 adultos.
- El 17% de las familias está conformada por 4 adultos.
- El 12% está conformada por 3 adultos.
- El 4% está conformada por 1 único adulto.

Por ende, se halla que los grupos familiares típicos son los compuestos por dos adultos y los menos usuales los que poseen un único adulto responsable, existiendo además familias en las que conviven más de dos adultos.

Acerca del número de niños que componen los grupos familiares encuestados se obtuvo lo siguiente:



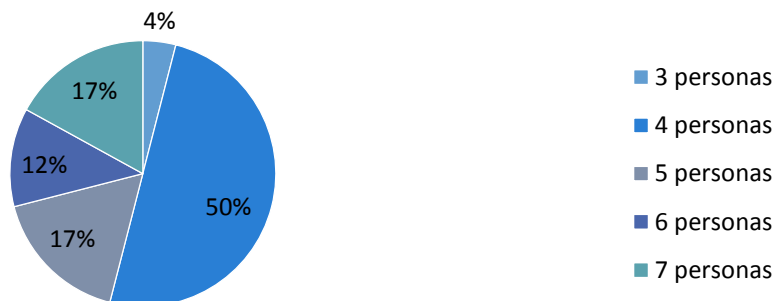
PORCENTAJES SEGÚN CANTIDAD DE NIÑOS EN LA FAMILIA
FIGURA 4-8

- El 58% de las familias tiene 2 niños.
- El 25% de las familias tiene 3 niños.
- El 13% de las familias tiene 4 niños.
- El 4% de las familias tiene 1 niño.

De los datos se deriva que las familias con dos niños a cargo son las más frecuentes, siendo también significativo el porcentaje de familias con tres niños a cargo, por el contrario las que tienen un solo niño a cargo son las menos numerosas.

Por último, se ve la cantidad total de personas que constituyen las familias:

Cantidad de integrantes por familia



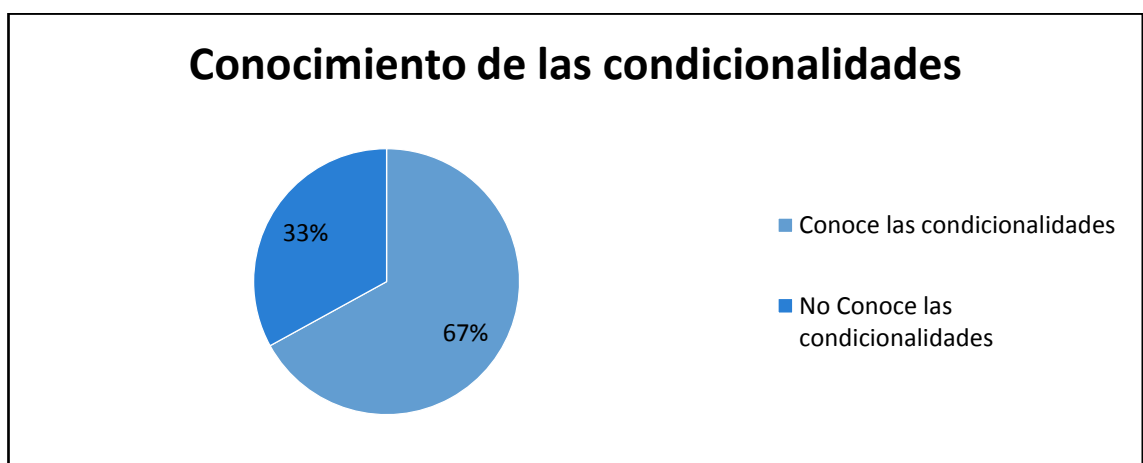
PORCENTAJES SEGÚN NUMERO DE PERSONAS CONFORMANTES DEL GRUPO FAMILIAR
FIGURA 4-9

- El 50% de las familias está constituida por 4 personas.
- El 17% de las familias está constituida por 5 personas.
- Otro 17% de familias está constituida por 7 personas.
- Un 12% de las familias está constituida por 6 personas.
- El 4% de las familias está constituida por 3 personas.

Los grupos familiares encuestados son heterogéneos en cuanto a su constitución en número de adultos y niños, en su mayoría están compuestos por 4 personas, con 2 niños a cargo y 2 adultos responsables. Por el contrario, son menos frecuentes las familias con 1 niño a cargo y con 1 adulto responsable. Por tal el programa cubre a diversos grupos familiares, dejando de lado la focalización en cuanto al número de niños o adultos presentes en los hogares, rigiendo por el contrario el principio de universalidad.

CONOCIMIENTO Y OPINIÓN SOBRE LAS CONDICIONALIDADES DE SALUD

La encuesta aplicada aborda el conocimiento de las familias acerca de las condicionalidades requeridas para acceder al programa, el 67% de las mujeres dijo conocer las condicionalidades que deben cumplir, mientras el 33% expreso no conocerlas.



PORCENTAJES RESPECTO AL CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONALIDADES DE LA AUH

FIGURA 4-10

De igual modo se indagó la opinión acerca de las condicionalidades de salud, el 54% refiere que habilitan mayor bienestar en la salud de los niños, con frases como **“los niños pueden recibir atención médica”, “los nenes pueden tener su control y vacunas”, “mejora la salud de los chicos”**. El 26% de las encuestas ven a las condicionalidades como una forma de control, teniendo respuestas como **“sirven para controlar que cumplas”, “sirve para tener un control de que los chicos van a la escuela y al médico.”** El 20% no contestó la pregunta.

Opinion acerca de la Condicionalidad de salud



PORCENTAJES SEGÚN LA OPINION DE LA CONDICIONALIDAD DE SALUD

FIGURA 4-11

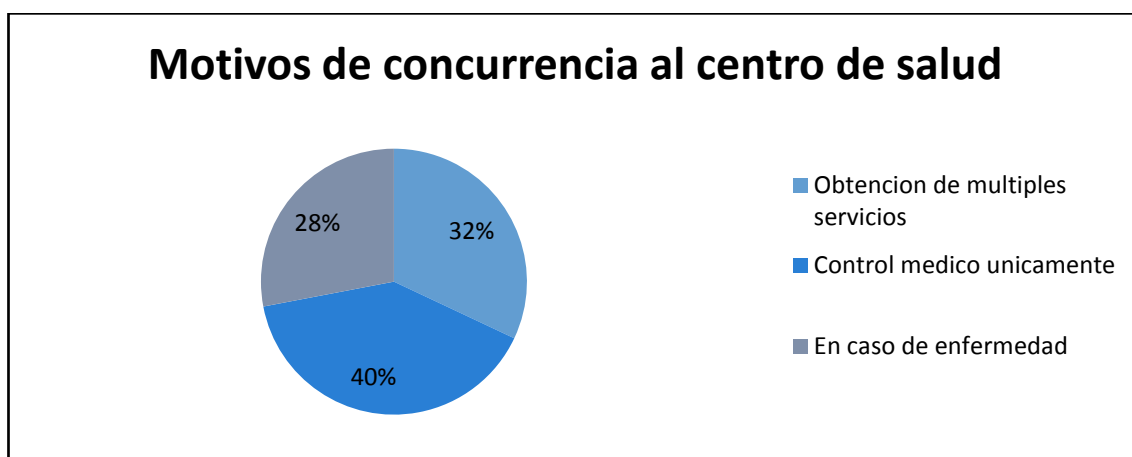
Aquí se infiere que las titulares encuestadas en un gran porcentaje (67%) dice conocer las condicionalidades solicitadas para obtener y mantener el programa en el que sus hijos se encuentran inscriptos y en el que ellas son titulares, este conocimiento les permite poseer una opinión sobre la existencia de condicionalidades. Pero otra importante cantidad de mujeres desconoce los compromisos que le son requeridos y esto mismo se relaciona con la dificultad de expresar el significado o importancia personal de la condicionalidad en salud.

Las encuestadas perciben que las condicionalidades mejoran la calidad de vida de sus hijos, sin embargo también las piensan como una forma de “control” en relación a la exigencia o compromiso que implican.

MOTIVOS POR LOS QUE LAS FAMILIAS CONCURREN AL CENTRO DE SALUD

Se indagó a las encuestadas, la concurrencia a los centros de atención primaria de salud y los motivos por lo que lo hacen; todas las encuestadas refieren que sus familiares concurren a los CAPS en diversas circunstancias, mencionando las siguientes:

- El 32% *asiste para obtener servicios varios*, como son vacunación, enfermería, estimulación temprana, obtención de medicamentos, controles de salud y psicología.
- El 40% *concurren exclusivamente para obtener control médico*.
- El 28% *concorre únicamente en caso de enfermedad*.



PORCENTAJES SEGÚN EL MOTIVO DE CONCURRENCIA AL CENTRO DE SALUD

FIGURA 4-12

La obtención del control médico es la principal causa que lleva a las familias a concurrir al Centro de Salud, siendo este servicio importante tanto para la prevención de enfermedades como para la asistencia en caso de

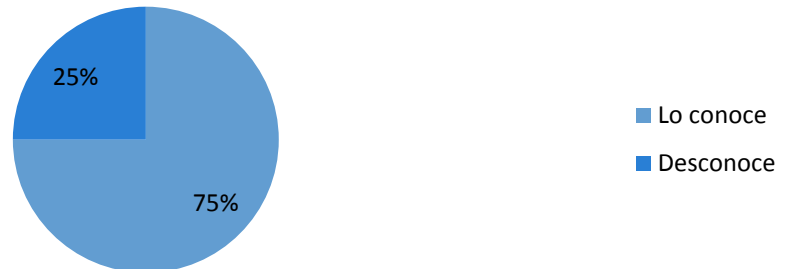
enfermedad. Aunque para cumplir la finalidad de prevención, la atención debe ser integral, incorporando la mirada y acción de otras disciplinas y profesionales que integran el equipo de salud, reflejándose en las encuestas que solo un tercio de las familias acceden a los diferentes servicios que ofrece el centro de salud. Por otra parte, la expresión que indica que la concurrencia al centro de salud se da solo en casos de enfermedad, permite inferir que el trabajo de promoción y prevención aun es débil y por tal las familias aún no han incorporado la importancia y acciones que hacen a estos aspectos.

CALENDARIO DE VACUNACIÓN Y CONTROLES MÉDICOS PEDIÁTRICOS

El calendario de vacunación y los exámenes, son elementos que permiten la prevención de enfermedades y particularmente en los niños aquellas que pueden afectar su desarrollo. Por tal es substancial que las familias comprendan e internalicen la importancia de realizarlos, a fin de mantener el bienestar integral.

Ante la pregunta *¿conoces el calendario de vacunación?* El 75% de las mujeres respondió conocer el esquema de vacunación y el 25% restante dijo desconocerlo.

Conocimiento del calendario de vacunacion

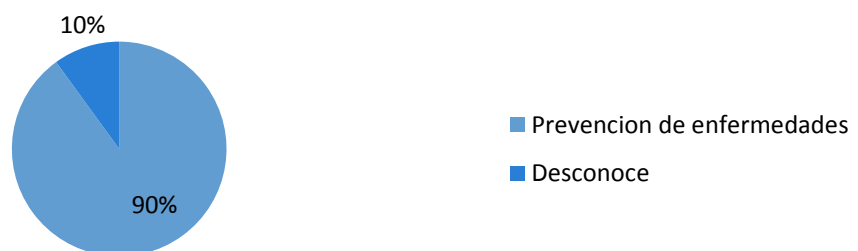


PORCENTAJES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION

FIGURA 4-13

De igual forma, se les pregunto si conocían el objetivo del calendario de vacunación, el 90% dice que el calendario *busca prevenir enfermedades* y el 10% *desconoce* el objetivo del esquema.

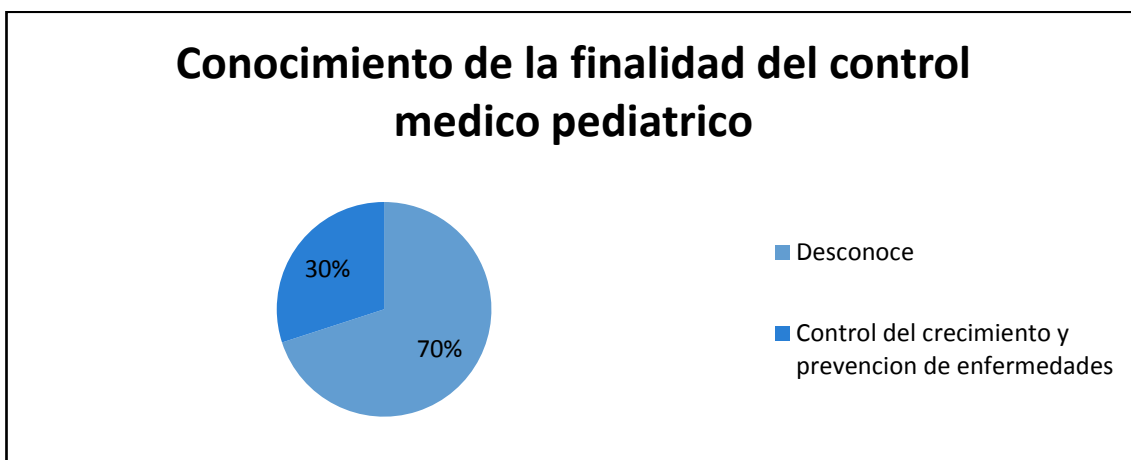
Conocimiento del objetivo del calendario de vacunacion



PORCENTAJES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL OBJETIVO DEL CALENDARIO DE VACUNACION

FIGURA 4-14

De igual manera, se abordó el conocimiento del objetivo de los controles médicos pediátricos, obteniendo los siguientes resultados: el 70% *desconoce el objetivo* de los controles pediátricos, mientras que el 30% responde que los controles pediátricos sirven para *controlar el crecimiento de los niños y prevenir enfermedades*.



PORCENTAJE SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL OBJETIVO DEL CONTROL MEDICO PEDIATRICO

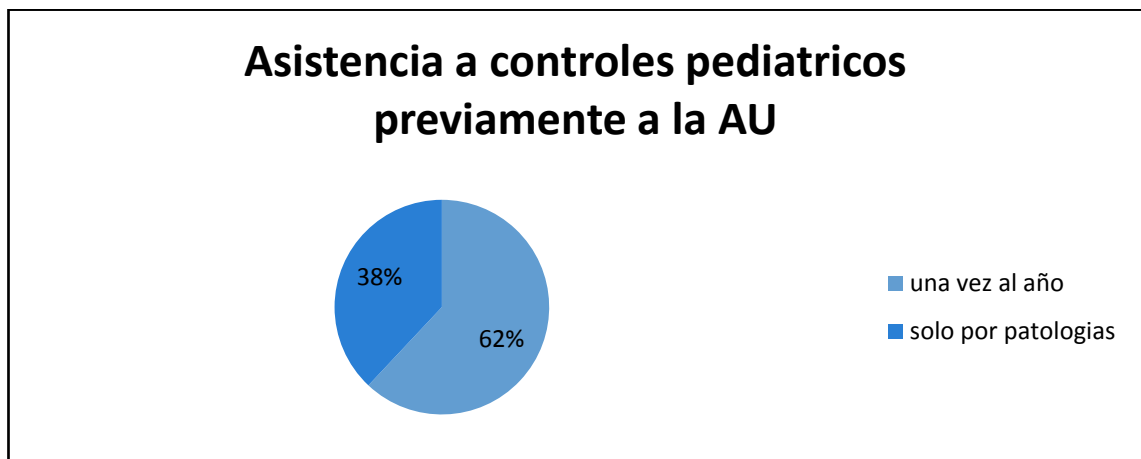
FIGURA 4- 15

Existe una clara diferencia entre el conocimiento del calendario de vacunación y sus objetivos, y el conocimiento de la finalidad de los controles médicos pediátricos. Las familias tienen internalizado, de una manera más profunda, la vacunación como forma de prevención de enfermedades, y no tanto el control médico pediátrico como acción importante para la prevención.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS Y ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS PEDIÁTRICOS PREVIAMENTE A LA AUH

Al plantear este aspecto, se pretende conocer la forma en que los niños accedían a estos servicios, principalmente en los centros atención primaria de salud, con anterioridad a la ejecución del programa bajo análisis.

Las entrevistadas respondieron en un 62% que los niños concurrían al control médico pediátrico *una o más veces al año* y el 38% expuso que los niños demandaban el servicio únicamente *cuando existía una enfermedad*.

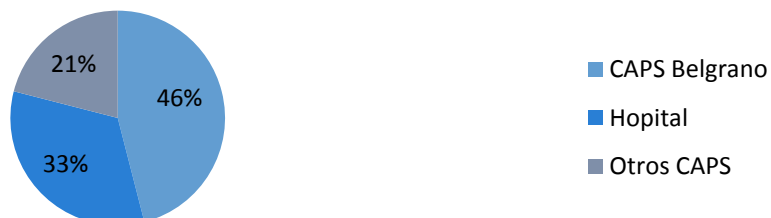


PORCENTAJES SEGÚN EL MOTIVO DE ASISTENCIA A CONTROLES MEDICOS PEDIÁTRICOS FIGURA 4-16

Acerca del cumplimiento del calendario de vacunación se obtuvo una respuesta única: el esquema se cumplía *según lo pautado en el mismo*, es decir respetando las edades y/o momentos establecidos.

Igualmente, se preguntó sobre el centro de salud al que acudían para adquirir estas prestaciones, declarando el 46% que recurría al *centro de atención primaria de salud del Barrio (Barrio Belgrano)*, el 33% que acudía al *hospital municipal* y el 21% que asistía a *centros de atención primaria de salud de otros barrios*.

Centros de salud acudidos previamente a la AU



PORCENTAJES SEGÚN EL CENTRO DE SALUD CONCURRIDO PREVIO A LA AUH

FIGURA 4-17

Previamente a la ejecución de la Asignación Universal por Hijo se detecta que las familias realizaban los exámenes médicos a los niños mínimamente una vez al año o en caso de enfermedad. Por otra parte, el calendario de vacunación era respetado según las pautas que indica el Ministerio de Salud (edad de los niños o periodos de tiempo determinados). Se evidencia la realización de acciones que tienden a la prevención de enfermedades y las que después fueron consideradas como condicionalidades del programa.

El centro de atención primaria de salud del barrio era la institución de salud más concurrida por la población de la zona para obtener los servicios mencionados, aunque también las familias se dirigían al hospital y centros de salud de otros barrios.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

La Asignación Universal por Hijo para la protección social, suscitó en la población bajo análisis una serie de cambios positivos en su salud, no solo en los niños que son los titulares, sino también en los miembros adultos de su familia. Aunque también se observan dificultades que impiden que el objetivo sanitario se logre plenamente.

Esta política fue parte de un conjunto de políticas públicas que apuntaron a la mejora de la calidad de vida de la población, por lo tanto no se la piensa como la única promotora de los cambios que se analizan, sabiendo además que la finalidad de fortalecer los derechos sociales, la protección social, los derechos de los/las niños/niñas y adolescentes, la APS, entre otros, motivaron cambios en múltiples aspectos de la vida de las personas que son visibles en la cotidianidad. Es por esto que desde el trabajo social se entiende que emprender un análisis sistematizado de la política pública y de un programa particular, aporta una visión amplia y reflexiva del alcance de las políticas en la vida diaria de las personas.

A continuación se desarrollarán las conclusiones alcanzadas, teniendo en cuenta que se trata de un estudio exploratorio, quedando por tal muchas cuestiones abiertas y con necesidad de abordar en futuros estudios.

El análisis cuantitativo de los datos llevo concluir que desde el año 2009, fecha de inicio de la AUH, las familias ampliaron las demandas hacia los servicios del Centro de Atención Primaria de Salud del Barrio Belgrano, esto se visualiza en la cantidad de niños, adultos y embarazadas, atendidos durante el período bajo análisis. Los datos cualitativos también derivan en la misma conclusión, concurriendo además que esto significo el ingreso al sistema de salud de niños y adultos que nunca habían realizado controles médicos o recibido las vacunas correspondientes, así como también el retorno y regularización de aquellos que lo hacían de manera intermitente u ocasional.

Los entrevistados estiman que las acciones de prevención de enfermedades (subsiguientemente establecidas como condicionalidades) se desarrollaban con anterioridad a la implementación de la AUH aunque, en la población infantil y adolescente, las consultas y controles médicos eran procurados principalmente cuando existía una enfermedad o para la adquisición de constancias de buena salud solicitadas por instituciones. Otro era el caso de los niños menores a los 2 años de edad, pues los controles de crecimiento y desarrollo, se llevaban de una manera sostenida. La explicación al respecto, según los agentes de salud, radica en que los adultos desconocen la existencia de enfermedades o alteraciones que pueden afectar el desarrollo de los niños pasada esta edad, lo que produce baja en las consultas y controles pediátricos. En relación a esto, desde los entrevistados y encuestados surge la vinculación de la salud con la idea de "atención

médica” exclusivamente cuando existe una enfermedad o síntoma particular. Demostrando que el trabajo en educación en salud aun es débil.

En cuanto a las vacunas, las familias las efectuaban en correlación a la edad de los niños y según lo establecido en el calendario, reforzado por la solicitud de las instituciones educativas y del registro de las personas en ocasión de gestionar el DNI o el ingreso escolar. Las vacunas fueron y siguen siendo el medio preventivo de enfermedades con mayor internalización en las familias, mayor que los controles médicos. Hecho que se visualiza en las entrevistas y encuestas, mediante el conocimiento que poseen sobre el calendario de vacunación: objetivos, tiempo, edades, campañas, etc.

Es así, que para la incorporación al programa, los niños que no cumplían con las condicionalidades debieron regularizar ambos elementos preventivos, impulsándose la internalización de estos y la concreción según las indicaciones profesionales y las edades establecidas, con acompañamiento y asesoramiento de los profesionales.

Por consiguiente la AUH se convirtió en un medio para acercar a las familias al CAPS y para reforzar el vínculo con las que concurrían previamente, con el objetivo de prevenir enfermedades de manera temprana y promocionar la salud en la población, ya que anteriormente, la institución no concentraba la demanda, pues las familias acostumbraban a acudir principalmente al Hospital Municipal y en algunas oportunidades a otros centros de salud de la

ciudad. Potenciando también este cambio, la reforma y ampliación del CAPS por los recursos obtenidos por el programa Sumar Salud y Nacer.

En lo que respecta a las inmunizaciones se dio un aumento en los totales anuales, tan significativo que realizando una comparación entre el primer año del periodo analizado (años 2009) y el último (años 2014), el número de personas vacunadas se incrementó un 86%. Por lo que la cobertura inmunológica de la población del barrio indica altos porcentajes, aunque existe déficits en la población adolescente, principalmente por la baja cobertura de vacunación alcanzada.

El otro aspecto que abarca la condicionalidad de salud, es el control médico-pediátrico de los niños, el que de la misma forma, demuestra aumentos significativos en los totales anuales, coincidentes con la implementación del programa. Si se toma el primer año bajo estudio y el año final del mismo, se obtiene un acrecentamiento del 44% de las atenciones. Incluso en el año 2013 se revela un crecimiento del 70% de las consultas pediátricas en comparación con el año 2009. A pesar de los notables incrementos, en la población adolescente (15 a 18 años), el control médico periódico es reducido, observándose en los datos cuantitativos que en el transcurso de 6 años, se atendieron 32 consultas de este rango de edad.

En cuanto a los adultos, no se observan variaciones en la concurrencia al centro de salud, con posterioridad a la implementación de la AUH, según lo referido por los entrevistados, continúan siendo por enfermedad y para la obtención de certificados de buena salud (en casos de carnet de conducir,

ingreso a empleos, clubes o actividades deportivas). Dándose diferencias significativas entre el número de hombres y mujeres que llegan a la institución, siendo las consultas y controles médicos hechos por mujeres superiores a los hechos por hombres. Aun así, la situación de que los niños concurren de manera más frecuente al CAPS permite detectar factores de riesgo y/o enfermedades en los adultos y por ende realizar una derivación pertinente y/o tratamiento médico.

Si bien se asocia el incremento del número de atenciones pediátricas y de inmunizaciones con el inicio del programa, también contribuyeron las políticas sanitarias del periodo, que no solo reforzaron la APS sino que también fortalecieron los servicios de salud, ampliaron la cobertura sanitaria, el acceso a recursos indispensables para el mantenimiento de la salud y demás bienes y servicios que hacen a la mejora de la calidad de vida, al Derecho a la Salud y al acceso a prestaciones necesarias para vivir sanos.

Por lo tanto, que los niños y sus familias accedan de manera más frecuente al centro de salud y concreten los compromisos asignados, posibilita la prevención de enfermedades en una magnitud que en otro momento y de otra forma no se hubiera podido conseguir; sin embargo desde la visión de los profesionales de salud y de las familias, las condicionalidades son representadas como obligaciones del sistema para obtener un beneficio económico (a través de la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación) por sobre la de prevención de enfermedades y promoción de salud. Surgiendo en las entrevistas que la principal motivación de llegada al CAPS

es la constatación del compromiso sanitario, muchas veces vinculado como un trámite a cumplir como parte del programa. Aunque, en oposición a esta observación, las familias valoran positivamente la existencia de estas condicionalidades pues las consideran como instrumentos que mejoran la salud de los niños.

Por otra parte, las condicionalidades se pueden cumplimentar porque existe el conocimiento y asesoramiento necesario para tal fin, brindado por el personal del CAPS como por otras instituciones, y por la accesibilidad al sistema de salud, aunque se detectan algunos factores que lo obstaculizan, especialmente la sobredemanda de turnos y la escases de recursos humanos tanto en el CAPS como en todo el sistema de salud municipal, debiendo las personas en muchas circunstancias recurrir a instituciones de salud de localidades vecinas o al sector privado, especialmente para las consultas y atención de especialidades médicas.

Se sabe que en paralelo al incremento de las atenciones sanitarias, es necesario el aumento de recursos humanos y materiales, describiéndose por parte de los profesionales que este hecho no se dio de manera satisfactoria, ya que existe una sobrecarga asistencial que les impide disponer de tiempo suficiente para el desarrollo de otras actividades, especialmente las orientadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades en el terreno y/o mediante actividades comunitarias (talleres, charlas, visitas domiciliarias e institucionales). He aquí que la política no considero mayor

disposición de recursos para atender el crecimiento de la demanda que se generó de una manera repentina.

Por otro lado, también se entiende que la intensificación de las atenciones sanitarias de las familias no significa o proporciona más salud, pues desde el paradigma de la complejidad se propone que los factores económicos, culturales, educacionales, de servicios básicos e infraestructura también construyen la salud.

Más aun, en lo que respecta a los servicios públicos básicos, una parte de la población del barrio todavía carece de acceso a la red de agua potable y el total de la población del servicio de cloacas, factores que inciden en la aparición de enfermedades prevenibles en niños y adultos. Asimismo, las condiciones deficitarias de las viviendas en las que habitan muchas familias del barrio también se constituyen en un factor de riesgo sanitario. Otro factor de influencia es la falta de hábitos de salud, como por ejemplo actividad física y alimentación saludable, influenciada en ocasiones por los ingresos económicos mínimos con los que cuentan los hogares y/o por la falta de educación en salud.

Por otra parte, se reconoce que con la AUH, las familias acceden a bienes indispensables que mejoran su salud, sobre todo bienes alimenticios y vestimenta. La mayoría de los entrevistados y encuestados expresan que gran parte del dinero proveniente de la AUH se dirige a la compra de alimentos, vestimenta y útiles escolares, como así también les permite el acceso a servicios de salud que son de difícil acceso en el sector público

(medicamentos, especialidades médicas, etc.) Otro aspecto que mencionan los entrevistados es la obtención de servicios como actividades recreativas, culturales y educativas, sobre todo en familias con necesidades básicas cubiertas.

Lo expuesto visibiliza los avances y las cuestiones pendientes en la asociación de la AUH y salud de la población del Barrio Belgrano de la ciudad de Miramar. Partiendo del impacto positivo que se ha descubierto en aspectos como el acercamiento de las familias al CAPS, la regulación de controles médicos pediátricos y vacunación en niños y adultos, el acrecentamiento de la prevención de enfermedades en las familias, la mejora en las calidades nutricionales, etc.; surge como propuesta desde el trabajo social darlas a conocer, así como también presentar las debilidades e inconvenientes descubiertos, que obstaculizan el desarrollo pleno de la política a nivel local, para iniciar un camino de fortalecimiento y trabajo en las dificultades, con el fin de asegurar el derecho a la salud de los habitantes del territorio y potenciar los beneficios que resultan del programa.

BIBLIOGRAFIA

- Administración Nacional de la Seguridad Social. Observatorio de Seguridad Social. (2011). **Caracterización del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del SIPA**. Recuperado el 1 de Abril de 2015, desde: <http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/publicaciones/OBS-000256%20-%20Caracterizaci%C3%B3n%20del%20FGS.pdf>
- Administración Nacional de la Seguridad Social. Observatorio de Seguridad Social (2012). **La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en perspectiva. La política pública como restauradora de derechos**. Recuperado el 4 de Mayo de 2015, desde: <http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/publicaciones/OBS-000255%20%20AUH%20en%20Perspectiva.pdf>
- Administración Nacional de la Seguridad Social (2013). **Asignación Universal por Hijo para Protección Social Decreto 1602/09**. Boletín Cuatrimestral III Cuatrimestre 2013. Recuperado el 27 de Marzo de 2015, desde: <http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/AUH%20para%20Protecci%C3%B3n%20Social.pdf>.
- Administración Nacional de la Seguridad Social. (s.f.). **Asignación Universal por Hijo**. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, desde: <http://www.anses.gob.ar/asignacion-universal/asignacion-universal-hijo-144>.
- Administración Nacional de la Seguridad Social. Anses en Números. **Asignaciones Universales por Provincia**. Recuperado el 20 de febrero de 2015, desde: <http://www.transparencia.anses.gob.ar/anses-numeros/asignaciones-universales>
- Agis, E. Cañete, C. & Panigo, D. (s.f.). **El impacto de la asignación universal por hijo en Argentina**. Recuperado el 8 de Abril de 2015, desde: http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/documentossubweb/area1/documentos/auh_en_argentina.pdf.
- Alcatara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. **Sapiens. Revista Universitaria de Investigación**. 9 (1). 93-107.

- Alonso, G. & Di Costa, V. **Cambios y continuidades en la política social argentina (2003- 2010)**. Recuperado el 23 de Marzo de 2015, desde:
https://aaeap.org.ar/wpcontent/uploads/2013/6cong/ALONSO_DI_CO_STA.pdf
- Argentina, Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia (2011). Cuadernillo N°1. **Estado, Política y Niñez**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Argentina, Ministerio de Economía y Finanzas Publicas, Presidencia de la Nación. Secretaria de Política Económica. Subsecretaria de Programación Económica. Dirección Nacional de Programación Macroeconómica. (2009). **Asignación Universal por Hijo en Argentina**. Nota técnica perteneciente al informe económico N°70 del cuarto trimestre de 2009. Recuperado el 8 de Mayo de 2015, desde:
http://www.economia.gob.ar/peconomica/informe/notas_tecnicas/23%20NOTA%20TECNICA%20Empleo%20e%20Ingresos%20inf%2070.pdf
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (2012). **El Derecho a la Salud. 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina**.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos. Programa Médicos Comunitarios (2011). Módulo 1, **Salud y Sociedad**.
- Argentina, Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2013). **Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo. Estudio del abordaje secuencial de la integración de programas sociales y sus resultados en la población**. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, desde:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/analisis_del_proceso_institucional_de_generacion_de_una_politica_social_de_impacto_multisectorial_el_plan_nacer_y_auh.pdf.
- Arriagada, I. (2007). **Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros**. Santiago de Chile: CEPAL.
- **Asignación Universal por Hijo para la Protección Social**. Decreto 1602/09. 2009.

- Ávila- Agüero, M. (2009). *Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud*. Recuperado el 2 de Mayo de 2015, desde: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>
- Bertranou, F. (2010). *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares*. Buenos Aires: OIT.
- Bourdieu, P. (1993). *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus.
- Bustelo, E. & Isuani, E. (1982). *Estado, Política Social y Crisis de Legitimidad*. s.l. CEPAL. Recuperado el 12 de Marzo de 2015, desde: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/22078/S8200060_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cecchini, S. & Madariaga, A. (2011). *Programas de Transferencia Condicionada. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas- CEPAL.
- Cogliandro, G. (2010). *El programa Asignación Universal por Hijo para Protección Social y los cambios en los Programas de Transferencias Condicionadas*.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado el 30 de Abril de 2015, desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf.
- Cruces, G. Moreno, J. Ringold, D. & Rofman, R. (2008). *Los Programas Sociales en Argentina hacia el Bicentenario. Visiones y Perspectivas*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Czresnia, D. (2008). *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. En Czeresnia, D; Machado de Freitas, C. Promoción de la Salud: Conceptos, Reflexiones, Tendencias. (47-63). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Danani, C. and Hintze, S. (2011). *Protecciones y desprotecciones*. Los Polvorines, Prov. de Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Dionisi, K. (2012). *Desigualdades sociales, pobreza y exclusión social*. VII Jornadas de Sociología de la UNLP, Argentina en el escenario latinoamericano actual: Debates desde las ciencias sociales. Recuperado el 20 de Junio de 2015, desde: <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/viijornadas2012/actas/Dionisi.pdf/view?searchterm=None>

- **Emergencia Sanitaria Nacional.** Decreto N° 486/02. 2002
- Fernandez, A. & Rozas, M. (1988). **Políticas Sociales y Trabajo Social.** Buenos Aires: Hvmánitas.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2012). **Crecer juntos para la primera infancia. Encuentro regional de políticas integrales 2011.** Buenos Aires, Argentina: UNICEF. Recuperado el 18 de Abril de 2015, desde: http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Libro_primera_infancia.pdf
- García Delgado, D. (2014). La provisión de bienes y servicios públicos en los gobiernos progresistas del Cono Sur. La década ganada (2002-2013). **Revista Estado y Políticas Públicas.** Año II (2). 20-46.
- Gollan, D. (2014). Entender la Salud como Calidad de Vida. **Argentina Salud.** Época 2, Año 4 (29).
- Grassi, E. & Alayón, N. (2004). **El ciclo neoliberal en la Argentina. La asistencialización de la política social y las condiciones para el desarrollo del trabajo social.** Recuperado el 19 de Febrero de 2016, desde: <http://polsocytrabiigg.sociales.uba.ar/files/2014/03/CicloNeolib.doc>
- Guzmán, M. (2004). **Metodología de evaluación de impacto.** Santiago de Chile: División de Control de Gestión.
- Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). **Metodología de la Investigación** (4ta. Ed.). México DF: Mc Grall Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos.(2010). Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas 2010. **Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido General Alvarado. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad.** Recuperado el 21 de Marzo de 2015, desde: http://www.indec.gov.ar/censos_provinciales.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135&p=06&d=280&t=0&s=0&c=2010
- Jelin, E. (2010). **Pan y afectos** (Segunda Edición). Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- **Ley de Patronato.** N° 10.903. 1919

- **Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico.** N°25.649. 2002.
- **Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.** N° 26.061. 2005
- Manfredi, L.; Speranza, A.; Giannini, L. (2005). Control en salud del niño durante el primer año de vida. **Boletín Remediar. Atención Primaria de Salud.** 3 (19) 14- 15
- Marchiori Buss, P. (2008). **Una introducción al concepto de promoción de la salud.** En Czeresnia, D; Machado de Freitas, C. Promoción de la Salud: Conceptos, Reflexiones, Tendencias. (19-45). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Musa, L. (2010). **La Asignación Universal por Hijo frente a un ingreso ciudadano en la niñez.** En Martelotte, L. (Ed.), Asignación universal por hijo: ciclo de conferencias. (pp. 12-15). Buenos Aires, Argentina: UNICEF.
- Najmanovich, D. (2001). Pensar la Subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. **Utopía y Praxis Latinoamericana, Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social.** 6 (14).
- Novacovsky, I. (2010). **La Asignación Universal por Hijo frente a un ingreso ciudadano en la niñez.** En Martelotte, L. (Ed.), Asignación universal por hijo: ciclo de conferencias. (pp. 19-23). Buenos Aires, Argentina: UNICEF.
- Pautassi, L. Arcidiacono, P & Straschnoy, M.(2013). **Asignación Universal por Hijo para la Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos.** Santiago de Chile: CEPAL-UNICEF, Naciones Unidas.
- **Régimen de Asignaciones Familiares.** Ley 24.714.
- **Regímenes de Asignaciones Familiares –Movilidad.** Ley N°27.160. 2015.
- Sunkel, G. (2006). **El papel de la familia en la protección social en América Latina.** Santiago de Chile: Naciones Unidas; CEPAL.
- Tobar, F. (2012). **Políticas de Salud: Conceptos y Herramientas.** Recuperado el 18 de Octubre de 2015, desde: http://www.fsg.org.ar/TOBAR%202.Politica_de_salud.pdf.

- Tobar, F. (200). Herramientas para el Análisis del Sector Salud. ***Medicina y Salud***. 23 (2). 83-107.
- Valdez, M. (2014). ***Innovación para el Acceso Universal a la Salud***. Argentina Salud. Época 2, Año 4 (31).
- Zurro, A. & Jodar Solá, G. (2011). ***Atención familiar y salud comunitaria***. Barcelona: Elsevier.