

¡LOS COMEDORES TIENEN LA POSTA!

Investigación cualicuantitativa de postas móviles de salud y planificaciones conjuntas.

Autores:

Aquino María, Crudele Agostena Ana, González Laura, Ishihara Karina, Schicht Fernando, Sossa Centurion Diego, Torelli Noelia, Zaloaga Eliana.

Participantes:

Andrade Analía, Canosa Teresa, Carballo Mirta, Kim Nana, Scalabrini Cynthia, Martinez María Laura, Sarzuri Lourdes, Pereiro Paula, Rampello Verónica, Sosa Fabiana.

Centro de Salud N°7 “Dr. Eizaguirre”. Gonzales Chavez y Juarez Celman, Villa Celina, Partido de La Matanza, Provincia de Buenos Aires.

Código postal: 1772

TE: 4622-3117

Mail: generalistascelina@gmail.com

Realizado desde septiembre de 2017 a septiembre de 2018

Trabajo inédito, enfoque mixto. Categoría Gestión/Administración de servicios de salud

.

¡LOS COMEDORES TIENEN LA POSTA! Investigación cualicuantitativa de postas móviles de salud y planificaciones conjuntas.

Autores:

Aquino Maria B, Crudele Agostena Ana C, González Laura, Ishihara Karina G, Schicht Fernando D, Sossa Centurion Diego C, Torelli Noelia A, Zaloaga Eliana R.

Institución: Centro de Salud N° 7 “Dr Eizaguirre”

Dirección: Juarez Celman y Gonzalez Chavez, Villa Celina, La Matanza, Bs As CP:1772

Teléfono: 4622-3117

Mail: generalistascelina@gmail.com.

Trabajo de investigación cualicuantitativo mixto

Gestión /Administración de servicios de salud

El Centro de Salud Dr Eizaguirre se encuentra en una situación crítica en relación a la capacidad de respuesta a las necesidades de los niños y adolescentes por múltiples factores. Como equipo de salud, decidimos realizar postas itinerantes en comedores barriales. Esto nos permitió problematizar el uso de recursos materiales y humanos en base a las necesidades de la comunidad.

Redirigir los recursos hacia los problemas de la población aumentando nuestra comprensión para planificar actividades conjuntas. Adherimos a la teoría fenomenológica. Se utilizó la metodología de investigación cooperativa.

Resultados y discusión: Mediante la sistematización de los registros se obtuvieron datos cuantitativos que fueron graficados, mapeados y presentados en los comedores mediante la modalidad de “árbol de problemas”. Se buscó priorizar un problema para realizar un abordaje conjunto. La información cualitativa surgida se analizó mediante la técnica de triangulación quedando registrada en forma de red conceptual.

De las 333 historias clínicas sistematizadas y de los encuentros con la comunidad los problemas de salud más prevalentes fueron caries, sobrepeso y obesidad, baja cobertura de vacunas, dificultad en el acceso a la salud y a método anticonceptivo de la cuidadora, falta de escolarización y vacantes cercanas al domicilio, padres ausentes, adicciones, machismo, violencia, problemas habitacionales, falta de DNI e insuficiente provisión de alimentos, potenciado por las crisis económica y social. **Conclusión:** Este trabajo implicó valorar la instancia asamblearia y la toma de decisiones y nos convoca a repensar nuestra práctica como equipo de salud y la relación que tenemos con las instituciones barriales

Palabras Claves: Posta de salud, triangulación, participación comunitaria, recursos, árbol de problemas

Soporte técnico: Proyector y pantalla

Definición del problema:

¿Cómo dirigir los recursos para mejorar el abordaje de las problemáticas de salud detectadas durante las postas itinerantes de niños y adolescentes en Villa Celina desde septiembre 2017 a mayo 2018?

Acerca de los autores

El equipo de investigación está conformado por 5 residentes de Medicina General de diferentes años, una jefa de residentes, una instructora de residentes, y a modo de participantes una enfermera vacunadora, una trabajadora social, una odontóloga y cuatro promotoras de salud.

Identificación, delimitación y justificación del problema

Actualmente el centro de salud se encuentra en una situación crítica en relación a la capacidad de respuesta a las necesidades de su población. La gran concurrencia de niños enfermos en meses de otoño/invierno, la falta de profesionales de la salud en función de la densidad poblacional de Villa Celina, las barreras geográficas e institucionales percibidas tanto por el equipo de salud como por la comunidad ⁽¹⁾ del propio centro de salud y la necesidad creciente de las personas de contar con la Asignación Universal por Hijo (AUH) en un contexto de crisis económica y social generan una demanda importante de acompañamiento de la salud de los niños que no puede ser absorbida por la sala.

Ante esta problemática optamos por franquear los límites del centro de salud intentando favorecer la accesibilidad a dicha atención de la forma más interdisciplinaria posible mediante la implementación de postas de salud itinerantes. Esta experiencia nos ha hecho problematizar como equipo de salud el direccionamiento de los recursos tanto materiales como humanos sobre la base de los principales inconvenientes de salud que afectan a los niños, niñas y adolescentes y la necesidad de aumentar el grado de comprensión que tenemos de los mismos desde la perspectiva de la comunidad.

Objetivos generales

– Redirigir los recursos materiales y humanos hacia los problemas reales de la comunidad.

Objetivos específicos

– Georreferenciar las problemáticas surgidas en un mapa del área de influencia.

- Poner en común los problemas encontrados a los referentes de las instituciones y a la comunidad que asiste a las mismas.
- Aumentar nuestra comprensión de los problemas detectados.
- Realización de actividades dirigidas de manera conjuntas con la comunidad y sus referentes en función de las problemáticas detectadas.
- Fortalecer los lazos entre el equipo de salud y la comunidad.

Propósito de la investigación

Profundizar la comprensión de los problemas encontrados a través de las voces y los saberes de la comunidad donde nos desempeñamos y planificación de intervenciones de salud junto a la comunidad dirigidas a las principales problemáticas detectadas.

Teoría a la que adhiere el investigador

Teoría fenomenológica

Contexto de estudio

Nuestra sede de residencia (CAPS n° 7 Dr Eizaguirre), está ubicada en Villa Celina, en el primer cordón de La Matanza, delimitada por La Av. Gral Paz, AU Richieri, Av. Boulogne Sur Mer y Rio Matanza. Pertenece a la Región Sanitaria III del municipio de La Matanza.

Nuestra área de influencia, está compuesta por los barrios Juan Manuel de Rosas, 17 de Noviembre, Las Achiras y otros barrios de edificios colindantes. Según el Relevamiento Nacional de Barrios Populares (aún en curso), los barrios 17 de Noviembre y Las Achiras tienen una población de 9.761 habitantes.⁽¹⁾

La heterogeneidad de la población que la compone varía desde lo económico, lo étnico hasta lo cultural. Según el último censo que incluyó las localidades de Villa Madero y Villa Celina posee una población de 132905 habitantes. Esta última en aquella época no era considerada una localidad, por lo que los datos que expone no serían del todo fidedignos⁽²⁾

Según La Organización Mundial de la Salud el índice de profesionales de la salud (médicos, enfermeros y obstetras) cada 10.000 habitantes idealmente debería ser 25 (OMS).⁽³⁾

Hay un total de 19 médicos, 2 obstetras y 9 enfermeras empleados entre Villa Celina y Villa Madero; (En Villa Celina hay dos Centros de Salud, el Centro N°7 que cuenta con 15 médicos, 6 enfermeros y 1 obstetra y el Centro de Salud “Villa Recondo” que cuenta con 5

médicos, 1 obstetra y 2 enfermeros. En Villa Madero hay un Centro Integrador Comunitario con 4 médicos, 1 enfermera y 1 obstetra). El resultado es de 4,97 profesionales cada 10000 habitantes teniendo en cuenta el dato poblacional del Censo 2010. Este dato desestima que no todos están dispuestos a ver población pediátrica ni a abordar salud sexual y reproductiva.

Según el Censo del año 2010, el acceso a servicios básicos y escolarización en el municipio de La Matanza es de 94,22% (1.116.984). El Censo realizado por CTEP indica una cobertura de AUH de 2616 sobre un total de 4047.

No se encontraron registros actuales de la cobertura de vacunas a nivel global. Sin embargo el Resumen de Inmunización de las Américas 2017 de la Organización Panamericana de la Salud, menciona los datos correspondientes a Argentina en 2016 en porcentajes de cobertura desglosados por vacuna y rango etario (menores de 1 año y mayores de 1 año). Para menores de un año los porcentajes son: BCG 92%, Hepatitis B en recién nacidos 81%, poliomielitis 3er dosis 87%, DTP 1er dosis 88%, DTP 3er dosis 92%, Hepatitis B 3er dosis 92% y Rotavirus 75%. Para los mayores de 1 año PCV 82%, DTP 4ta dosis 79%, SRP 1er dosis 90% y SRP 2da dosis 88%.⁽⁴⁾

A la hora de pensar en las repercusiones clínicas que trae la alimentación inadecuada y el sedentarismo, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la Argentina es de 4.4% en niños menores de 5 años y en mujeres de 10-49 años de 15.3%, según La Encuesta Nacional en Nutrición y Salud (ENNYS)⁽⁵⁾. Los resultados de La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) que abarco a adolescentes entre 13 y 15 años evidenciaron que la prevalencia fue de 5.9% resultando más frecuente entre varones (8.3%) que entre mujeres (3.6).⁽⁶⁾

En el Análisis de situación de salud (ASIS) realizado en el 2016 en el barrio de Las Achiras durante el período de junio 2015- junio 2016 se censaron 18 manzanas donde el 46% de los habitantes son varones y el 54% mujeres. Se caracteriza por ser un barrio principalmente de personas de nacionalidad argentina. El 69% de la población no cuenta con obra social. El 95% tiene red de electricidad pública/privada donde la mayoría de las conexiones son tendidos informales y precarios; en cuanto a la conexión a gas, este es proporcionado a través de gas envasado. Los principales problemas que identificaron los propios habitantes del barrio son el consumo de alcohol, drogas, tabaquismo, inseguridad y contaminación.

Marco teórico

Para el desarrollo e implementación de las postas consideramos necesaria una definición. Vamos a tomar la ya descrita en otras experiencias de postas móviles (Acevedo et al, 2016): *“La definición de Posta en la bibliografía habla de un espacio fijo, en el que un grupo externo a la comunidad llega al barrio con un objetivo determinado de atención. Surge la necesidad entonces de crear una nueva definición. Definimos posta sanitaria móvil, a un espacio físico determinado y planeado por un equipo de salud, basado en las necesidades de la comunidad donde se realizan actividades de promoción, protección y atención, haciendo hincapié, en que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener acceso, valorar las dificultades que tiene la población elegida en acceder a los servicios de salud y también transformarse en la puerta de entrada para la captación y el seguimiento longitudinal.”*⁽⁷⁾

Siendo el objetivo de las anteriores aumentar la accesibilidad, en función de sortear barreras que tenía y tiene el Centro de Salud necesitamos definir este concepto. La accesibilidad ha sido definida en varias oportunidades y de diferentes formas, a través de la lógica de mercado con la oferta y demanda como ejes explicativos, y viéndola como la proporción de la población que recibe atención eficaz. Es eficaz cuando el servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico⁽⁹⁾. Se le ha añadido dentro de la misma lógica la conceptualización de disponibilidad de recursos y la capacidad para producir servicios, y la utilización de los servicios que representa el consumo real⁽¹⁰⁾. Estas definiciones no tienen en cuenta el rol de los determinantes sociales y siguen una lógica de factores, además de estar basadas en lógicas de “satisfacción del cliente” y de autorregulación del mercado. Consideramos necesario ampliar las definiciones por otras más actuales basadas en lógicas de justicia social y derecho a la salud, como el modelo de agenciamiento, calidad y normas⁽¹¹⁾ que incluye a la sociedad en su conjunto desde el grado en que la misma apoya el agenciamiento de la salud de manera que los individuos pueden convertir los recursos sanitarios en funcionamiento de la salud y la naturaleza de las normas de salud, que afecta los esfuerzos de los individuos para lograr su funcionamiento.

Para favorecer la accesibilidad creemos necesario el conocer cuáles son las problemáticas que más afectan a nuestra comunidad y cómo se significan las mismas. Para eso consideramos necesario la aplicación de reuniones pactadas con la comunidad y sus

referentes según lo estipulado en la Guía de Planificación Local Participativa del Ministerio de Salud de la Nación.⁽¹²⁾

El dispositivo de base sobre el cual trabajamos es el de postas de salud itinerantes, por ser las mismas dirigidas a la población de niños, niñas y adolescentes. Consideramos necesario enmarcar nuestras prácticas en las políticas de cuidado. Una definición posible de las mismas es *“las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como a los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo”*⁽¹³⁾

El cuidado de niñas y niños implica saber cuáles son sus necesidades, quién provee estos cuidados, qué instituciones participan, cómo se organizan las familias para hacerlo y qué políticas públicas son las que mejor contribuyen a cubrir las necesidades de desarrollo pleno de los niños y niñas a la vez que atenúan las inequidades de género.

Las vacunas constituyen un pilar fundamental de la medicina preventiva, consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una actividad de gran efectividad en la Salud Pública, ya que ha permitido una disminución importante en la mortalidad infantil y preescolar. El Programa Nacional de Inmunizaciones, tiene como objetivo principal lograr disminuir la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles, mediante la vacunación sostenida de los niños que nacen anualmente, así como las cohortes sucesivas hasta la edad de seis años, y luego cada diez años, a través de los distintos niveles operativos (23 jurisdicciones provinciales y la Ciudad de Buenos Aires). El Programa Nacional de Inmunizaciones se propone lograr coberturas nacionales de inmunización iguales o superiores al 95%, con el fin de sostener el nivel inmunitario de la población susceptible y eliminar o erradicar aquellas patológicamente inmunoprevenibles, de reservorio únicamente humano.

La salud bucal es un fuerte indicador socioeconómico y conductual, que puede ser considerado al estudiar desigualdades en cuidado de salud. El problema de mayor prevalencia en salud bucal es la carie dental, una enfermedad crónica evitable, acumulativa, considerada la principal causa de dolor y pérdida de piezas dentarias en sus estadios más avanzados, y cuyas secuelas tienen impacto en el largo plazo.

En referencia a las enfermedades bucales, y en especial a la caries dental, se han detectado desigualdades sociales y con gradiente social de forma concordante con todos los indicadores utilizados y en todas las edades.⁽¹⁴⁾ Analizaron variables vinculadas a la pobreza

y su relación con la salud bucodental de niños preescolares y escolares residentes en áreas urbanas y suburbanas de Buenos Aires. Allí hallaron un nivel de enfermedad dental significativamente mayor en los grupos con vulnerabilidad social, un mayor número de niños con alto riesgo y actividad cariogénica en los vecindarios con mayor riesgo social. Esta relación fue demostrada en países en desarrollo así como en grupos vulnerables de países desarrollados y con diferentes sistemas de salud. La carie dental es una enfermedad trazadora tanto del estado bucal como de un fenómeno social como la pobreza. ⁽¹⁵⁾

En cuanto a la importancia de la escolaridad debemos basarnos en la Ley Nº: 26.061 “Ley de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes y según a lo expresado en los Art. 15 y 16”.

ARTICULO 15. — DERECHO A LA EDUCACION. 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.

Tienen derecho al acceso y permanencia en un establecimiento educativo cercano a su residencia. En el caso de carecer de documentación que acredite su identidad, se los deberá inscribir provisoriamente, debiendo los Organismos del Estado arbitrar los medios destinados a la entrega urgente de este documento.

Por ninguna causa se podrá restringir el acceso a la educación debiendo entregar la certificación o diploma correspondiente.

Las niñas, niños y adolescentes con capacidades especiales tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley, además de los inherentes a su condición específica.

Los Organismos del Estado, la familia y la sociedad deben asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna.

ARTICULO 16. — GRATUIDAD DE LA EDUCACION. La educación pública será gratuita

LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Ley 26.061.

de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente.

Creemos necesario, a la hora de determinar si un niño está sano, teniendo en cuenta la definición de salud hacer foco en la salud de los cuidadores, en sus hábitos, sostén y acceso a métodos anticonceptivos.

Las definiciones de salud son múltiples, que van desde aquellas que salen de organismos internacionales como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁽¹⁶⁾ como también definiciones que vienen desde profesionales del campo de la salud Argentino:

“La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos.”(Floreal Ferrara 1975).⁽¹⁷⁾

Respecto a aspectos relacionados a la gestión creemos necesario para que la misma sea adecuada conocer el territorio en el que se desempeña y conocer el lugar y la magnitud de las problemáticas que afectan a las comunidades que lo conforman. Para esto aplicaremos técnicas de mapeo e iconización descritas en el Manual de Mapeo Colectivo: Concebimos al “mapeo” como una práctica, una acción de reflexión en la cual el mapa es sólo una de las herramientas que facilita el abordaje y la problematización de territorios sociales, subjetivos, geográficos. (...) Es un "medio para" la reflexión, la socialización de saberes y prácticas, el impulso a la participación colectiva, el trabajo con personas desconocidas, el intercambio de saberes, la disputa de espacios hegemónicos, el impulso a la creación e imaginación, la problematización de nudos clave, la visualización de las resistencias, el señalamiento de las relaciones de poder, entre muchos otros.⁽¹⁸⁾

La correlación entre la salud del cuidador, incluyendo los determinantes sociales con la salud del niño ya está hartamente demostrada ⁽¹⁹⁾. Los programas y servicios destinados a fomentar el desarrollo en la primera infancia deben incluir la promoción de la lactancia materna y la nutrición, apoyo y atención integral para las madres antes del embarazo, durante la gestación y después del parto (incluyendo intervenciones destinadas a tratar problemas de salud mental materno pre y post natal ⁽²⁰⁾, apoyo a las madres, los padres y los cuidadores, servicios de guardería e inicio de la educación en torno a los 3 años ⁽²⁰⁾. Por

otra parte es preciso adecuar los servicios a los niños que tienen necesidades especiales tanto mentales como físicas. Las intervenciones son más eficaces cuando brindan una experiencia de aprendizaje directa a los niños y a quienes están encargados de cuidarlos y son intensivas, de gran calidad y larga duración, están dirigidas a los niños más pequeños y desfavorecidos, y se basan en programas ya existentes encaminados a mejorar la supervivencia y la salud infantiles, para que los programas en favor del desarrollo en primera infancia sean fácilmente accesibles.⁽²¹⁾

Materiales y métodos

Nuestro trabajo utilizará la metodología de investigación cooperativa, para lo cual plantearemos el proyecto según etapas de pre-investigación, diagnóstico, programación y conclusiones y propuestas⁽²²⁾.

Pre-investigación: La detección de los síntomas que llevan a esta investigación han sido expuestas durante el planteamiento del problema. Las altas demandas de salud que desbordan al personal del Centro, el crecimiento poblacional que no se acompaña de un aumento del número de profesionales que puedan abordar la demanda, las barreras geográficas e institucionales que dificultan el acceso de la población al derecho a la salud y la falta de comprensión del personal de salud de cuáles son y en qué medida afectan las problemáticas de salud a la población de nuestra área de influencia. Nos proponemos la sistematización de las postas móviles de salud, la georreferenciación de las mismas y compartir con los referentes de las instituciones y la comunidad las principales problemáticas detectadas en función de enriquecernos con sus puntos de vista y poder realizar acciones conjuntas a partir de lo seleccionado.

Diagnóstico: La información de lo recabado en las postas se sistematizará por separado y en función del total. Se realizarán gráficos de la cobertura de vacunas, el acceso a MAC, la prevalencia de caries, escolaridad e índice de masa corporal (Incluidos en ANEXO 1). Estos gráficos se verán representados con técnicas de iconización en el mapa de nuestra área de influencia, el cual será compartido con las instituciones en las que se realizaron postas de salud desde septiembre del 2017 hasta febrero de 2018.

Programación: Se pactará con los referentes de cada institución una reunión con una semana de antelación a la cual estarán invitados todos los integrantes de la comunidad que deseen venir. Durante dicha reunión se realizará una presentación del equipo de salud

participante y a modo de disparador inicial se sugerirá a los asistentes que narren la historia de la institución y su inserción en la comunidad, además de cómo surgió, cómo se organizan, con qué instituciones barriales tienen conexión y por qué quisieron realizar una posta de salud. A continuación se expondrán los resultados encontrados y se discutirá sobre la naturaleza de los mismos con un árbol de problemas como dinámica. Se tomarán notas y se grabará el audio de dichas reuniones en función de obtener información cualitativa al respecto de los problemas expuestos, habiendo una persona con ese rol específico. La información cualitativa se sistematizará utilizando la metodología de triangulación entre las problemáticas discutidas en las diferentes reuniones en función de comprender cuáles son las visiones de las mismas que sumen a la comprensión de sus causas y orígenes.

Conclusiones y propuestas: La reunión tendrá como otro objetivo seleccionar una de las problemáticas discutidas para realizar una actividad de abordaje pactada entre los investigadores, los referentes de la institución y la comunidad que asista dentro del marco de un programa de acción integral. Dicha actividad se realizará en un plazo de no más de una semana después de la misma.

Consideraciones éticas

Los participantes de las reuniones serán informados de que si bien las identidades serán mantenidas en secreto, se utilizarán los datos recabados para una investigación de la cual, si lo desean y debido a la modalidad de la misma, podrán ser partícipes activos.

Resultados

A la hora de describir los resultados de la investigación se expondrán por separado las experiencias vivenciadas en cada reunión en orden cronológico y luego un cuadro a modo de resumen del análisis.

Comedor Oyitas

Durante la posta realizada en este comedor se evaluaron un total de 46 niños, niñas y adolescentes y arrojó como problemáticas una prevalencia de 28% y 2% de sobrepeso y obesidad respectivamente, un 17% de niños en edad escolar no escolarizados, un 50% de vacunas incompletas, una prevalencia de caries del 46% y un 76% de niños, niñas y adolescentes cuyas cuidadoras no se encontraban cubiertas con algún método anticonceptivo.

Este es el comedor que más lejos queda en términos de distancia del Centro de Salud. Llegamos a la hora pactada y notamos que el lugar y la zona estaban iguales a la última vez que estuvimos ahí hace un año. Calles asfaltadas pero muy estrechas, edificaciones de varios pisos y mucha gente, mucho movimiento. El lugar tiene un gran patio con mucho verde y se notan al entrar signos de varias de las actividades que ahí se realizan: Los stencils, los juguetes y los libros. Nos recibieron integrantes de la comunidad que trabajan en el comedor y Ana, la referente del mismo que no vive en el barrio pero viene a colaborar.

Nos contaron la historia del comedor, que nació en el año 2001 y fue fundado por el Sr. Alfredo Mota, que ya no participa del mismo. En el relato se dio cuenta de las características del barrio en esa época *“era todo pasto, no había construcción alguna Las pocas casas que había alrededor eran de madera y chapas”*. Nos relataron que al principio las actividades eran sólo los días sábados y que el comedor se fue construyendo de la nada. Desde el inicio del espacio se realizó un relevamiento de datos que arrojó como problemática la falta de escolarización y chicos repetidores. Se organizaron para convocar docentes, escolarizar a los niños y concientizar a la gente de la importancia de la asistencia de los chicos al colegio.

El espacio se organizó desde sus inicios mediante autogestión y gestión comunitaria y contó con acompañamiento del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires, Consejo de jóvenes y niños de La Matanza, Sociedad de Fomento Patria Grande y organizaciones sociales llamadas Tiempo de Juego (Cooperativa de trabajo/Recreólogos) y Grupo Sonrisas.

Desde el proyecto Oyitas surgieron 2 comedores más en el barrio: El Comedor *“La Esperanza”* que se independizó eventualmente, que involucró también el trabajo de

Estudiantes de Arquitectura que presentaron un proyecto aprobado por el Ministerio de Educación de la Nación para la construcción de una Biblioteca Popular y el Comedor *“Cantuta”* que funcionó durante 9 años en casas de familia y hace 3 que no ya no está más. Parte de los niños que asistían a dicho espacio fueron absorbidos por Oyitas.

El espacio ha contado con gran variedad de proyectos y actividades dentro del mismo *“Siempre aceptamos que la gente que quisiera sumarse lo hiciera, dispuesta a transitar el camino solidario”*. Actualmente el comedor se organiza en Cocina, Apoyo escolar

y Panadería, que se encargan de fabricación y venta de pan casero para solventar los gastos del comedor.

Cocinan 4 veces por semana y cuentan con 180 chicos que asisten al comedor para llevar cena en formato de vianda y merienda y cena los sábados. Los sábados realizan talleres de guitarra, danza y percusión y los miércoles hay taller de títeres.

Actualmente se encuentran por comenzar con el Programa Fines, contando ya con 35 inscriptos.

Nos comentaron que hace 2 semanas no tienen provisión de mercadería y que están gestionando esta situación con el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes para averiguar qué sucedió *“Nos han cortado de golpe y no tenemos una explicación”*. *“Todo lleva un esfuerzo de ir, venir, llevar papeles, gestionar. Los vecinos piensan que solo estamos acá pero somos 12 mamás que estamos acá, antes éramos 20”*.

“Estamos en capacitación constante con el Colegio Maristas de Lugano, que nos da capacitaciones de música, nutrición”. También se forman en operadoras para nivel inicial, estimulación temprana y psicología social. *“Somos las que estamos con los niños y también en la cocina”*.

Poseen relaciones con otras instituciones a partir de la mesa territorial de La Matanza que conecta los merenderos, escuelas e instituciones de salud.

Las construcciones nuevas se realizan vía contacto con corralones de la zona que donan materiales y la Universidad Tecnológica Nacional de Lugano a través de un convenio de colaboración mutua.

Entrando en la dinámica del árbol de problemas a la hora de dilucidar cuáles son y cómo se significan las diferentes problemáticas que afectan a la salud de los niños, niñas y adolescentes percibidas por la comunidad y sus referentes, en el “tronco” se destacó la tristeza *“Que los chicos vengan y la pasen bien acá, que no estén solos”*, los obstáculos para acceder al sistema de salud, la falta de turnos, la inseguridad, el machismo, los problemas habitacionales, las adicciones, la falta de alimentos *“Un pollo lo cortan en 18 partes”* *“Es sorprendente el crecimiento de la cantidad de niños que vienen, cada día aumenta. Vienen de a 2 familias y eso que solo podemos darle a los niños porque no alcanza para el papá y para la mamá”*.

Respecto a las raíces de los problemas descritos, se distinguió la falta de documentación, la falta de acceso a vacunas, *“vas y no te atienden”* y *“los niños se ocupan de sus hermanos menores”*.

Debido a la dinámica de discusión y debate que se generó, algunas problemáticas no llegaron a anotarse en el árbol de problemas. Entre ellas el crecimiento de la población *“Se ve mucha gente nueva”*. Las mujeres que asistieron lo atribuyen al aumento del costo de vida en la Ciudad de Buenos Aires. El problema habitacional descrito previamente también se atribuyó como raíz el hecho de que los dueños de las casa/habitaciones no están dispuestos a alquilarle a familias con muchos niños, además del factor económico: *“Alquilar un cuarto de 2 por 3 sale aproximadamente 2500 pesos”*.

Llegado un momento durante la puesta en común, una de las mujeres que trabaja en el comedor nos preguntó *“¿Y ustedes como salita qué les falta?”* ya que *“Lo que los afecta a ustedes nos afecta a nosotros como pacientes”*.

Nombraron también como obstáculos para el acceso la necesidad de levantarse por la madrugada, las derivaciones a lugares a más de una hora de distancia, los gastos en pasajes. *“A uno a veces lo acobarda la situación”*. Al no conseguir turnos en una sala más cercana se acercan a nuestro Centro de Salud *“La vida es así, aprender a escoger entre las diferentes opciones y saber elegir”*.

Luego de discutido el árbol la reunión prosiguió con los resultados de la posta de salud realizada previamente. Las mujeres no se manifestaron sorprendidas por la situación. *“No los llevan a vacunar porque tienen mucho trabajo, porque capaz que no les interesa, porque capaz van y no los atienden en el día”*. *“Hay que concientizar a los varones sobre los métodos anticonceptivos, son muy machistas, las responsabilidades deben ser compartidas”*.

Ya terminando lo pactado para la reunión se apuntó a generar alguna acción conjunta para abordar alguna de las temáticas propuestas. Las mujeres estaban muy movilizadas y decidieron discutir los resultados de la posta en asamblea con las compañeras que no pudieron asistir. Se comprometieron a llevar los datos expuestos a la mesa territorial en conjunto con el árbol de problemas construido.

Comedor Emanuel

Durante la posta realizada en este comedor se evaluaron un total de 41 niños, niñas y adolescentes y arrojó como problemáticas una prevalencia de 15% y 12% de sobrepeso y

obesidad respectivamente, un 12% de niños en edad escolar no escolarizados, un 37% de vacunas incompletas, una prevalencia de caries del 27% y un 42% de niños, niñas y adolescentes cuyas cuidadoras no se encontraban cubiertas con algún método anticonceptivo.

La referente de este comedor es una de las enfermeras del Centro de Salud. Pactamos una reunión y ella asistió fuera de su horario al Centro de Salud a la sala de Residentes. Nos relató la historia del comedor, que data de hace más de 20 años *“Era todo descampado, jugábamos con mis hermanitos”* y fue fundado por el tío de un Pastor evangélico de la zona. En algún momento por problemas personales de su fundador el comedor tuvo que cerrar. *“Hace 6 o 7 años tenía e mi casa más de 30 chicos y no podía sostenerlo, así que el pastor cedió el lugar”*. Nos relató que nunca contaron con ayuda de ninguna institución y que el comedor actualmente funciona para la merienda martes, jueves y sábados. También tienen un espacio de reuniones religiosas. Asisten chicos de todo el barrio independientemente de si participan o no de la Iglesia. Asisten aproximadamente 30 chicos.

Al respecto de su percepción de la posta realizada *“Me parece espectacular que haya sido un lugar de encuentro para la salud, aumentar la accesibilidad, pudieron conocer la salita. Cuando es así la gente se acerca”*.

Al respecto de la salud de los niños, niñas y adolescentes *“No sé si los niños tienen los controles, veo abandono por parte de los padres. Se ve muchos niños en la calle.” “Me parece que hay que trabajar mucho con los padres acerca de la responsabilidad de cuidar a los hijos”. “A veces la gente necesita concientizarse con los recursos que ellos manejan”*.

Comedor Patria Grande

Durante la posta realizada en este comedor se evaluaron un total de 41 niños, niñas y adolescentes y arrojó como problemáticas una prevalencia de 10% y 17% de sobrepeso y obesidad respectivamente, un 5% de niños en edad escolar no escolarizados, un 37% de vacunas incompletas, una prevalencia de caries del 29% y un 32% de niños, niñas y adolescentes cuyas cuidadoras no se encontraban cubiertas con algún método anticonceptivo.

Se pactó una reunión con los referentes, que se encargaron también de difundir a la comunidad para devolver estos datos y realizar una entrevista conjunta abordando las

temáticas previamente expuestas en la metodología de esta investigación. Dicha reunión se realizó dentro del comedor donde previamente se hizo la posta de salud. Lo encontramos pintado y mucho más arreglado que la vez anterior, con un nuevo mural en una de sus paredes. Nos llamó la atención al llegar durante la mañana la presencia de gran cantidad de personas consumiendo bebidas alcohólicas en la plaza dentro de la cual está el comedor. Si bien el consumo problemático es una problemática hartó conocida debido a nuestras investigaciones previas nos llamó la atención el horario en el cual ya había gente consumiendo.

En lo referido a la historia, el comedor surgió como una necesidad en el contexto de una asamblea vecinal, ya que en esa zona del barrio no había comedores. Se financió con colectas, rifas, ventas de comida y torneos deportivos. Eventualmente pudieron empezar a sumar mercadería proveniente del Municipio de La Matanza.

Actualmente cuentan con 22 “mamas” que trabajan en el comedor por fuera del Municipio organizadas en roles de Limpieza, Cocina y Juventud. Este último rol se encarga de brindar apoyo escolar.

Actualmente están concurriendo cada vez más niños al comedor, sumando un total de alrededor de 100 a 120 niños *“A veces no damos abasto”*. El comedor funciona 3 días por semana más los días sábados como copa de leche, y ofrecen almuerzo los días sábados y miércoles. No trabajan con ninguna institución barrial.

Debatiendo sobre las problemáticas que ven ellos respecto a las cosas que afectan la salud de los niños, niñas y adolescentes dentro del árbol de problemas lo primero que surgió fue que los niños están solos en la calle. La respuesta de las autoridades cuando fueron a denunciar estas situaciones fue que no era posible ser tomada la denuncia ya que *“no tienen papeles, así que no podemos”*. Siguiendo la charla surgió como un problema el consumo de sustancias, alcohol y marihuana principalmente y las situaciones de violencia que surgen por eso *“si les decís algo es para problemas”*. Se reconoció como un problema la falta de escolarización de muchos niños y también el hecho de que muchos se encuentran al cuidado de sus hermanos mayores sin la supervisión de un adulto. Se mencionó también la falta de Documento Nacional de Identidad (DNI) como un problema para la salud de los niños. Por último, el hambre fue considerado una problemática que afecta a la salud de los niños *“A eso de las 16:30 ya están acá preguntando si ya está la comida o la copa de leche”*.

El paso siguiente fue discutir las causas, las “raíces” de los problemas discutidos. El consumo problemático de alcohol por parte de los padres fue a lo que asociaron los niños en la calle, la falta de escolarización, el relego del cuidado de los mismos a los hermanos mayores y el hambre. Como parte de las raíces del problema de consumo alcohólico hablaron de la decepción, refiriéndose a las situaciones de las mujeres que recurren al consumo cuando *“las deja el marido”* y viceversa. Otra de las raíces del hambre, el abandono y el cuidado de los niños relegados a los hermanos mayores fue la necesidad de extender las jornadas laborales por motivos socioeconómicos actuales. Las raíces del problema de la falta de DNI que se nombraron son que el gasto monetario para tramitarlo para la población migrante varía entre 3000 y 7000 pesos.

Respecto a los “frutos” del árbol de problemas, las consecuencias de los mismos son que los niños sean más violentos *“A veces se insultan entre ellos, a veces se pelean”*. La falta de escolarización genera chicos que *“no aprenden a leer ni escribir”*. Relacionaron el hambre con el hecho de que los niños roben o sean discriminados y con *“chicos desnutridos que se enferman”*. La falta de DNI da como resultados que no puedan inscribirse en el colegio.

Habiendo terminado la dinámica de árbol de problemas llegó el momento de planificar acciones conjuntas. Cuando mostramos los datos de la posta realizada observamos que los números afectaron seriamente a los asistentes de la reunión. Sugirieron que la incidencia de caries y la falta de vacunación tienen que ver con la falta de turnos en el Centro de Salud, como también con falta de actividades de promoción de la salud en el comedor respecto a higiene dental que incluya a los padres y a los niños. La comunidad demandó también que se repitan campañas de vacunación y control de salud en el comedor debido a que tienen que ir durante horas de la madrugada para obtener un turno y eso a veces involucra situaciones de violencia urbana, asaltos y robos *“Una mamá va con su bebé y un palo temprano a sacar turno”*. Se problematizó debido a una situación emergente sobre la necesidad (Y la dificultad) de que los chicos puedan acceder a su derecho a la Educación Sexual Integral (ESI) *“En el colegio de mi hija de 8 años casi le pegan a la maestra por hablar de educación sexual, en la escuela número 13 de Lugano y en la 137 también pasó”*.

Resumiendo, las propuestas para abordar los temas seleccionados fueron:

- Realizar charlas de salud bucodental en el comedor.
- Realizar una nueva jornada de Salud y vacunas.
- Charla dirigida a los chicos sobre ESI.

Comedor Me levantaré

Durante la posta realizada en este comedor se evaluaron un total de 39 niños, niñas y adolescentes y arrojó como problemáticas una prevalencia de 18% y 15% de sobrepeso y obesidad respectivamente, un 15% de niños en edad escolar no escolarizados, un 26% de vacunas incompletas, una prevalencia de caries del 59% y un 33% de niños, niñas y adolescentes cuyas cuidadoras no se encontraban cubiertas con algún método anticonceptivo. Se intentó concertar en múltiples oportunidades un encuentro para devolución de resultado de la posta sin poder concretarse.

Iglesia Achiras

Durante la posta realizada en esta institución se evaluaron un total de 35 niños, niñas y adolescentes y arrojó como problemáticas una prevalencia de 26% y 11% de sobrepeso y obesidad respectivamente, un 3% de niños en edad escolar no escolarizados, un 20% de vacunas incompletas, una prevalencia de caries del 66% y un 20% de niños, niñas y adolescentes cuyas cuidadoras no se encontraban cubiertas con algún método anticonceptivo. A esta institución en particular se llegó a través de una integrante de la comunidad que poseía la llave del espacio, pero no cuenta con referentes específicos por ser un espacio que se utiliza exclusivamente para ceremonias religiosas. No se realizó reunión para devolución y propuestas conjuntas por este motivo.

Centro de Salud Nº7

Durante los dos encuentros realizados en el centro de salud, en el contexto de la demanda particular que genera la firma de aptos físicos para actividad física escolar durante los meses de febrero y marzo se evaluaron un total de 92 niños, niñas y adolescentes y arrojó como problemáticas una prevalencia de 23% y 26% de sobrepeso y obesidad respectivamente, un 3% de niños en edad escolar no escolarizados, un 22% de vacunas incompletas, una prevalencia de caries del 62% y un 31% de niños, niñas y adolescentes cuyas cuidadoras no se encontraban cubiertas con algún método anticonceptivo. Este espacio fue una adaptación del dispositivo de posta móvil de salud del niño, niña y adolescente orientado a la demanda de certificados de aptos físicos y por realizarse dentro del espacio del Centro de Salud no consideramos que el análisis de las raíces de los

diferentes problemas vistos sea adecuado para aumentar nuestra comprensión de los mismos ya que no cuenta con la perspectiva de la comunidad.

Comedor Bartolina Sisa

Durante la posta sanitaria realizada en este comedor, se evaluaron un total de 39 niños, niñas y adolescentes y arrojó, detectándose como problemáticas una prevalencia de 15% y 13% de sobrepeso y obesidad respectivamente, un 3% de niños en edad escolar no escolarizados, un 31% de vacunas incompletas, una prevalencia de caries del 54%. Asimismo un 26% de las cuidadoras de niños, niñas y adolescentes cuyas cuidadoras no se encontraban cubiertas con algún/usando ningún método anticonceptivo. Sin tener deseos de embarazo

Este comedor se encuentra ubicado en el extremo de un gran lote, la mayor parte del cual la ocupa una cancha de fútbol en una de las manzanas más próximas del barrio 17º de Noviembre a la sala.

Cuando llegamos al comedor Bartolina Sisa nos esperaban en Asamblea un grupo de alrededor de treinta personas entre ellos mujeres, varones, adolescentes, niñas y niños, para nosotros fue una sorpresa, no esperábamos esa cantidad de personas al momento de pactar la reunión. Si bien al principio se dejó en claro que podían hablar todos con total libertad, solo había tres mujeres que se repartieron la palabra, tal vez por vergüenza, algunas preferían que hablasen las referentes.

Al principio de la entrevista nos explican cómo surgió el comedor, no recuerdan exactamente el año *“Al principio surgió cuando vino un compañero, Félix, a ver y preguntar sobre las necesidades que había en el barrio, invitó a varios compañeros”* se corrige y dice vecinos. *“Al principio eran todos vecinos, después nos hicimos compañeros”*. En un principio eran unas pocas personas, sobre todo mujeres, que empezaron a notar algunas necesidades de su barrio. Empezaron a brindar “copas de leche” para los chicos, en un principio en la casa de una compañera llamada Beatriz en una cocina a leña, así estuvieron un tiempo hasta que le cedieron ese espacio en esa manzana que estaba destinado para un comedor, un mercadito para el barrio o también para una salita. Otras organizaciones intentaron instalarse ahí pero fue este grupo, en su mayoría mujeres, que empezaron a construir este comedor de material. *“Se fue levantando de a poco, gracias al movimiento”*, ya que esta organización barrial pertenece al FOL (Frente de Organizaciones en Lucha) del cual todas

forman parte conformando la regional oeste, tiene en sus filas varias cooperativas de trabajo que les facilitaron los materiales para la construcción del comedor. En varios momentos de la entrevista se llaman entre ellas “Compañeras” y reafirman este formato de asamblea en su forma de comunicación, trabajo y toma de decisiones. *“Luego de la copa de leche sumamos el almuerzo. Todas estas cosas las conseguimos con la lucha. Además haciendo cooperativas nos da la posibilidad de trabajar menos horas y poder estar con los chicos y cuidar de la familia”.*

Al preguntarles si trabajan con alguna otra institución refieren *“nuestra cooperativa es independiente no está relacionada con el municipio, las decisiones las tomamos las compañeras, no tenemos patrón”.* Otras actividades que se realizan en el comedor, llevadas adelante por las mismas personas, son apoyo escolar todos los jueves y (son las mismas compañeras las que realizan esta actividad) y reuniones de género cada quince días en la cual participan dos compañeras del movimiento que no pertenecen al barrio. También recaudan dinero para realizar diferentes actividades para el barrio como el día del niño o noche de brujas y reparten regalos y golosinas. Además de trabajar en diferentes “cuadrillas” sobre todo relacionado en relación con la limpieza de escuelas, plazas, etc.

Luego de la explicación de la dinámica del árbol de problemas, nos empezaron a referir los problemas que ellas perciben, entre ellos la falta de agua potable, la cual deriva en enfermedades, y la falta de cloacas ya que se inunda cuando llueve. La recolección de los residuos es un problema también importante: *“no siempre vienen. No tenemos donde dejar (la basura), antes teníamos el mercado pero ahora no nos permiten”* Refieren que estos problemas fueron llevados al municipio pero que no tuvieron buena respuesta. En cuanto a la “salita” la problemática por el acceso a los turnos programados se vuelve evidente *“a las 5 de la mañana ya hay gente y solo lo dan los viernes” “algunos no van por la inseguridad, miedo a que los roben, es peligroso, hay calles sin asfaltar y no están bien alumbradas”.* La falta de vacantes en escuelas cercanas al barrio es una dificultad, ya que a veces les piden que tengan un servicio a su nombre o mismo el DNI donde se constate su dirección. Algo que mencionaron es que cuando le pidieron ayuda al municipio para la provisión de alimentos para el comedor les argumentaron que *“todas las escuelas tienen comedor”.* *“Te hacen llenar planillas pero hay chicos que no cobran asignación y tampoco en todas las escuelas tienen comedores por eso nosotras insistimos mucho con este tema sobre todo de los*

alimentos frescos para los cuales siempre ponemos de nuestro bolsillo. Por eso repito nos organizamos para conseguirlos a través de la lucha y del trabajo comunitario”

En cuanto a cuales son las causas de estos problemas refirieron que es *“porque no son buenos los gobernantes, solo vienen en las elecciones y luego se borran”*.

La realización de la posta de salud fue una ayuda para el comedor y también para el barrio *“porque hay muchas mamás que no pueden (llevar a sus hijxs a control) por el trabajo y porque también es muy peligroso por la inseguridad”, “vacunaron hasta las mamás”*

Luego de presentarles los problemas de salud que nosotros notamos decidieron reunirse y debatir para escoger una problemática y tratar de abordarla en forma conjunta a la brevedad. No obstante, surgió como propuesta la realización de una posta de salud de adultxs.

| Comedor | Problemas | Propuestas de abordaje |
|----------------------|----------------------------|---|
| Oyitas (n=41) | Falta de MAC: 76% | Luego de la devolución, decidieron reunirse en plenario con los demás compañeros y decidir luego los abordajes posibles. |
| | Vacunas incompletas: 50% | |
| | Prevalencia de caries: 46% | |
| | Sobrepeso 28% | |
| | Obesidad 2% | |
| | No escolarizados: 17% | |
| Emanuel (n=41) | Falta de MAC: 42% | Al no ser un comedor organizado comunitariamente, no surgieron propuestas para abordaje conjunto. |
| | Vacunas incompletas: 37% | |
| | Prevalencia de caries: 27% | |
| | Sobrepeso 15% | |
| | Obesidad 12% | |
| | No escolarizados: 12% | |
| Patria grande (n=41) | Falta de MAC: 32% | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar charlas de salud bucodental en el comedor. • Realizar |
| | Vacunas incompletas: 37% | |
| | Prevalencia de caries: 29% | |
| | Sobrepeso 10% | |
| | Obesidad 17% | |

| | | |
|--|----------------------------|---|
| | No escolarizados: 5% | una nueva jornada de Salud y vacunas. <ul style="list-style-type: none"> Charla dirigida a los chicos sobre ESI. |
| Me levantara (n=39) | Falta de MAC: 33% | No se pudo concertar una reunión para devolución de resultados obtenidos. |
| | Vacunas incompletas: 26% | |
| | Prevalencia de caries: 59% | |
| | Sobrepeso 18% | |
| | Obesidad 15% | |
| | No escolarizados:15% | |
| Iglesia Achiras (n=35) | Falta de MAC: 20% | Al no ser un comedor organizado comunitariamente, no existió la posibilidad de realizar una devolución. |
| | Vacunas incompletas: 20% | |
| | Prevalencia de caries: 66% | |
| | Sobrepeso 26% | |
| | Obesidad 11% | |
| | No escolarizados: 3% | |
| Centro de Salud (2 encuentros n=92) | Falta de MAC: 31% | No puede realizarse devolución a la comunidad ya que fueron encuentros organizados en el Centro de Salud para dar respuesta a una demanda particular. |
| | Vacunas incompletas: 22% | |
| | Prevalencia de caries: 62% | |
| | Sobrepeso 23% | |
| | Obesidad 26% | |
| | No escolarizados: 3% | |
| Bartolina Sisa (n=39) | Falta de MAC: 26% | <ul style="list-style-type: none"> Posta de salud para adultos. |
| | Vacunas incompletas: 31% | |
| | Prevalencia de caries: 54% | |
| | Sobrepeso 15% | |
| | Obesidad 13% | |

| | | |
|--|----------------------|--|
| | No escolarizados: 3% | |
|--|----------------------|--|

Discusión

Luego de triangular la información obtenida de los resultados de las postas, podemos conjeturar que la crisis económica que estamos viviendo actualmente, produjo un aumento de los niños que asisten a comedores. La falta de documento nacional de identidad conlleva el aumento de la precarización laboral, con largas jornadas laborales, que obliga a los padres a estar ausentes del hogar la mayor parte del tiempo. En consecuencia hay muchos niños en las calles, o a cargo de sus hermanos mayores quienes al tener dicha responsabilidad no acceden a su derecho al descanso y esparcimiento. Además, la falta de documento representa también una barrera que deriva en niños no escolarizados y sin controles de salud.

Por otra parte, el aumento de la población y la falta de urbanización de los barrios llevan al hacinamiento, a la falta de acceso al agua potable y la falta de higiene en las calles, todo lo cual produce un incremento de las enfermedades y en consecuencia, un aumento de la demanda al sistema de salud.

Otro de los problemas que surgieron en las devoluciones de las postas, fue el consumo problemático de sustancias, que genera inseguridad en las calles y miedo en la gente para acudir al Centro de Salud. Asimismo, genera violencia intrafamiliar y un ambiente de tristeza e incertidumbre para los niños.

En referencia a los resultados cuantitativos surgidos de las postas hemos podido obtener datos objetivos al respecto de varias problemáticas relevantes para nosotros como equipo de salud. Pudimos mostrar estos datos al resto del equipo, generando nuevos lazos y fortaleciendo los existentes. A través del mapeo pudimos localizar qué sectores se correlacionan con mayores magnitudes de los problemas evaluados.

Como equipo de salud, fuimos a los encuentros para realizar las devoluciones, con la intención de volver ese mismo día con propuestas para trabajar junto a la comunidad, pero, dada la organización de los comedores dos de ellos decidieron llevar a plenario lo charlado para luego planificar conjuntamente en una segunda instancia. Consideramos como un efecto positivo en sí mismo el hecho de que la reunión haya sido un disparador para la

organización comunitaria dirigida hacia el abordaje de problemáticas evidenciadas y discutidas conjuntamente.

Conclusiones y/o recomendaciones

La instancia de plenario nos convoca a repensar nuestra práctica como equipo de salud, la relación que tenemos con las instituciones barriales y a comprender que los tiempos no siempre son los mismos para unos que para otros.

La realización de las postas a lo largo del último año nos lleva a pensar en el conversatorio en los consultorios, a preguntas que a veces no realizamos por falta de tiempo y que atraviesan la cotidianeidad de los niñxs (“¿Pasás mucho tiempo solo?, ¿vas a la escuela?, ¿viajás mucho para ir a la escuela? ¿comés en la escuela? ¿cuidás a tus hermanitos?”).

En función de la reorganización de recursos, concluimos que sería enriquecedor participar de las asambleas y planificar las futuras intervenciones en función de las necesidades que surjan de la apreciación colectiva de los miembros de la comunidad.

La participación en las postas realizadas con otros miembros del equipo de salud, además de la residencia médica, generó una fortaleza en el vínculo entre el centro de salud y los barrios.

Propuestas

- Convocar a una asamblea para mostrar a todos los comedores con los que se trabajó en forma conjunta, el resultado de las postas.
- Presentar los resultados en la Mesa Territorial Local.
- Continuar con las postas de salud mensuales, repensándolas en función de las temáticas surgidas en el análisis de las anteriores.
- Reorganizar la dinámica del consultorio de niñx sano que funciona en el centro de salud en el ámbito de la Residencia de Medicina General.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva

Todxs: niños y niñas, son sujetxs plenos de derecho. Así en su integridad e individualidad se acercan a los Centros de Salud para recibir atención. La tajante división que hemos introducido por razones organizativas y/o pedagógicas: “Consulta de niñx enferm”, “Consulta de control”, nos han llevado a multiplicar al infinito las oportunidades perdidas de

supervisión y guía del crecimiento, del desarrollo, de las inmunizaciones, del vínculo familiar. Nadie está totalmente sano ni totalmente enfermo siempre, aún en los estadios más graves de enfermedad hay alguna parte sana, y muchos consideradxs sanxs, viven con partes enfermas adaptadas o ignoradas. En nuestro país y desde hace años, lxs niñxs son pobres. Y los que se atienden en los Centros de Salud más aún, carecen de la cobertura proveniente de un trabajo formal del jefe o jefa de familia. Muchos de esxs niñxs concurrirán sólo si están enfermxs a una consulta de demanda espontánea o a la guardia, a veces la distancia, las esperas, las difíciles condiciones de vida harán difícil el cumplimiento de las citas programadas. La atención en salud es deseable, hace años algunos países y algunas clases sociales con mejor nivel educativo la han logrado implementar y sostener. No es el caso de nuestro país. Mientras educamos, no perdamos oportunidades. No podemos perder un solo contacto para evaluar el crecimiento en forma integral.

Por razones de los servicios hemos angostado la puerta de entrada de los “niñxs que concurren al control sano” y en otros casos lo hemos convertido en un peso y una medida apresurada ligada a la entrega de leche o el llenado de la planilla de Anses para la AUH (Asignación Universal por hijx). No es eso lo que podemos y sabemos hacer. La vida y el desarrollo integral de ese niño, de esa niña, dependerá también de nuestra mirada interesada, de cómo esa familia perciba el interés que tenemos en ellxs, de cómo sepamos acercarnos y escuchar, comprender.

Los programas en el área materno infantil, entre ellos la vieja Norma de Control, lograron a través de los años notables mejoras en los indicadores. Pero hoy ya no podemos conformarnos con haber bajado la mortalidad infantil o la desnutrición. Nuestra niñez tiene otros problemas, algunos nuevos, propios de esta época, y otros que ya estaban antes y no los veíamos (o no los queríamos ver). El maltrato, el abuso, el trabajo infantil, el abandono, las adicciones, la marginalidad, el fracaso escolar, los trastornos de conducta y alimentarios, la obesidad, etc., son problemas que tenemos que aprender a detectar y enfrentar. Proponemos adoptar una nueva óptica desde la cual el niño o la niña ya no debe ser considerado/a un apéndice de sus cuidadores, sino un sujeto de derecho, y no sólo el derecho a la salud, sino también el derecho a la identidad, a completar exitosamente el proceso de humanización en el seno de una familia, al máximo desarrollo de su potencialidad física, intelectual, social y espiritual.

Queremos revalorizar las actividades de promoción y prevención como una herramienta fundamental del equipo de salud, de bajo costo y con una tremenda capacidad de impacto en la calidad de vida. En esta época de espectaculares avances técnicos, el simple acto de escuchar y a veces aconsejar mantiene todavía un poder inigualable como aliado de la Salud. Y también es nuestra aspiración que allí donde haya equipos de salud se siga avanzando (para quienes ya lo vienen haciendo) o se inicie (para quienes aún no lo han transitado) el camino de la inter y la transdisciplina. Este es un camino que no siempre es fácil, pero cuando podemos andarlo juntos vemos que nos enriquece, nos sostiene, y nos permite abordajes alternativos a los complejos problemas de salud.

Referencias bibliográficas

1. Eliana Zaloaga et Al. (2015) Análisis de Situación de Salud Barrio Las Achiras. Villa Celina. Provincia de Buenos Aires.
2. Relevamiento Nacional de Barrios Populares. Informe General Período 08/2016 a 12/2017. Registro Nacional de Barrios Populares.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010). Resultados definitivos. Serie B n°2, Tomo 1.
4. El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. (2009). Disponible en:
https://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/
5. Inmunización de las Américas. Resumen 2017. Inmunización Integral de la Familia. Familia Género y Curso de Vida. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (2017). Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=folleto-2646&alias=36291-inmunizacion-americas-resumen-2017-291&Itemid=270&lang=es
6. Encuesta Nacional en Nutrición y Salud. Respuestas de la Gente. Propuestas para el País. Documentos de Resultados 2007 [Internet] Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Plan Federal de Salud. Disponible en:
<https://docplayer.es/9247082-Ennys-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.html>
7. 2° Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina 2012. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles. [Internet] Componente:

Vigilancia. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf

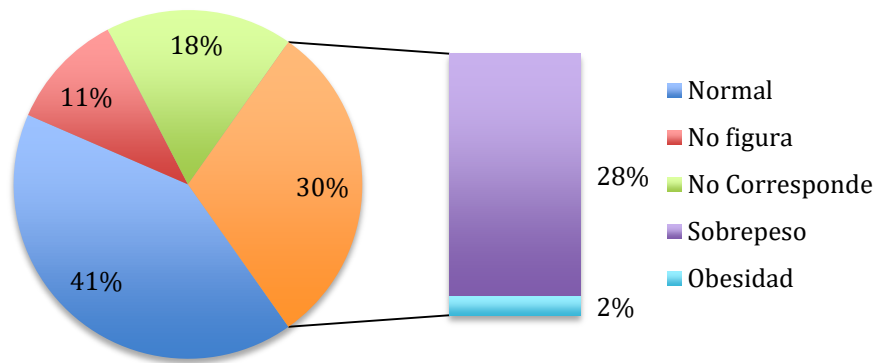
8. Acevedo L., et al (2016)“¡Gracias por venir!... ¡Hacía mucho que los estábamos esperando!”. Posta Sanitaria Móvil del Equipo de Salud de Villa Hudson.
9. Tanahashi T. et Al. Health Service Coverage and It's Evaluation [Internet]. (1978). Bulletin World Health Organ 1978; 56:295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
10. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. Salud Pública Méx 1995; 27:438-53.
11. Ruger JP. Rethinking equal Access: agency, quality, and norms. Glob Public Health 2007; 2:78-96
12. Guía de Planificación Local Participativa. [Internet]. 2004. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Gu%EDa.pdf>
13. Daly Mary. et Al. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states.TBJS [Internet]. 2000. [Volume51, Issue2.Pages 281-298](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>
14. Squassi et al. Programa de Educación Continua Odontológica no Convencional. [Internet]. 1999. ISBN Obra Completa: 950-710-061-X ISBN Volumen 3: 950-710-064-4. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173967/Curso%20I%20Odontologia%20preventiva.%20Modulo%203%20Medidas%20y%20programas%20preventivos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Adriana Fort et al. Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social de niños de 12 años del partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. RSC. (2017). Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1669-8265. Dui: 10.18294/sc.2017.914
16. Organización Mundial de la Salud [Internet]. “¿Cuál es la definición de salud?”. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142
17. FERRARA, FLOREAL. “Teoría Social y Salud”. Catálogo Editorial. Buenos Aires 1985.

18. Manual de Mapeo Colectivo. [Internet]. 2013. Iconoclastas. Risler Julia; Ares Pablo. Disponible en: https://www.academia.edu/9203589/MANUAL_DE_MAPEO_COLECTIVO_Recursos_cartogr%C3%A1ficos_cr%C3%ADticos_para_procesos_territoriales_de_creaci%C3%B3n_colaborativa_2013_
19. Chen J. Birth outcome, the social environment and child health. Health Rep. 1999 Spring;10(4):57-67(ENG); 59-71(FRE).
20. Patel V. et Al (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. BMJ. 328:820-823.
21. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2007. Global knowledge for Early Childhood Development. Disponible e: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf?ua=1
22. Engle et al. Child development in developing countries 3 Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. 2007. Lancet; 369: 229-42
23. Martí J. La investigación- Acción Participativa. Estructura y fases. [Internet]. Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_JMarti_IAPFASES.pdf

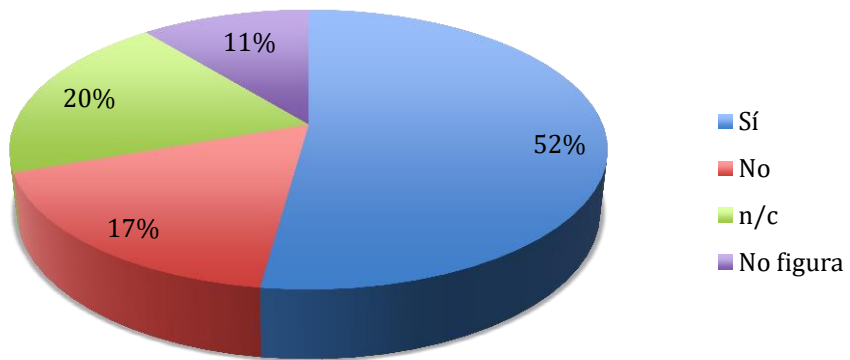
Anexos

Comedor Oyitas

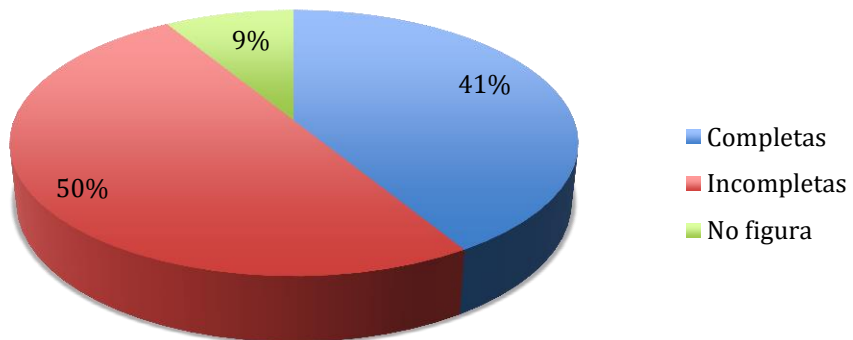
IMC n=46



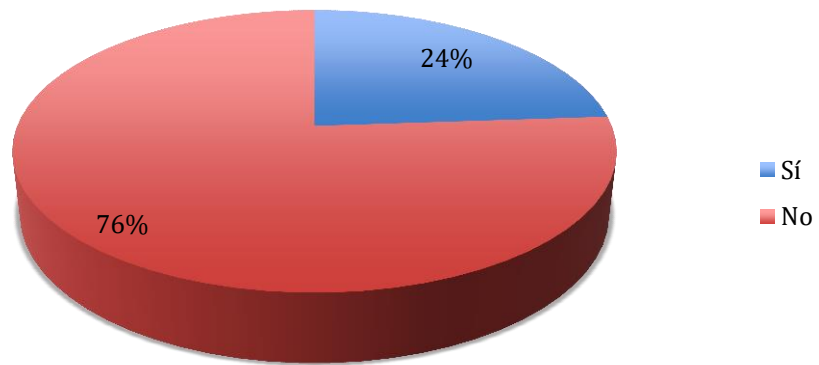
Escolaridad n=46



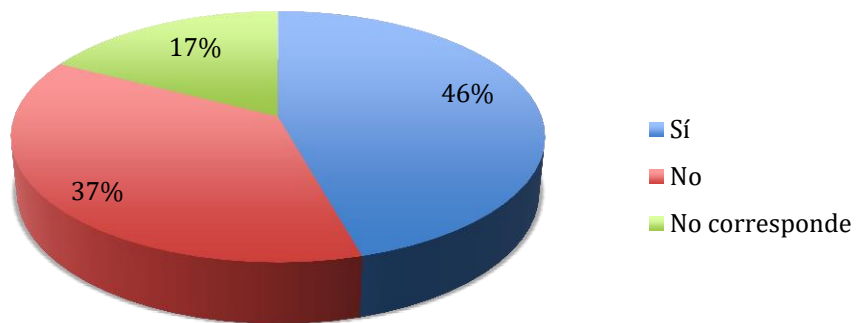
Vacunación n=46



Acceso a MAC n=46

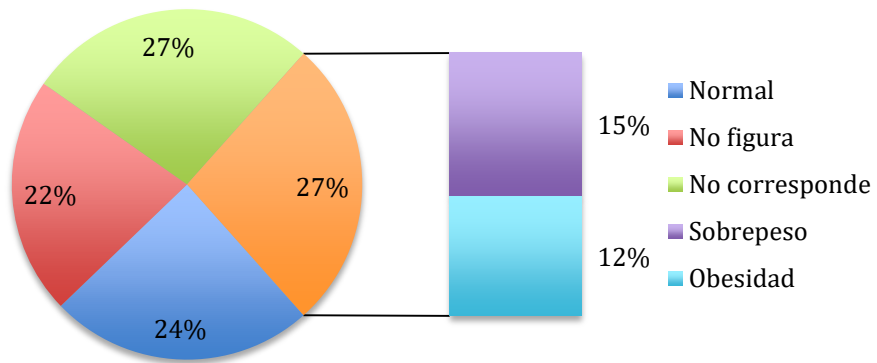


Caries n=46

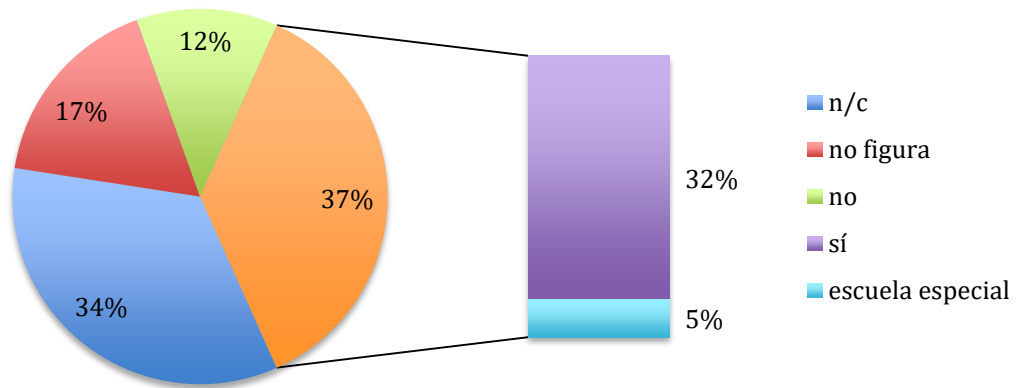


Comedor Emanuel

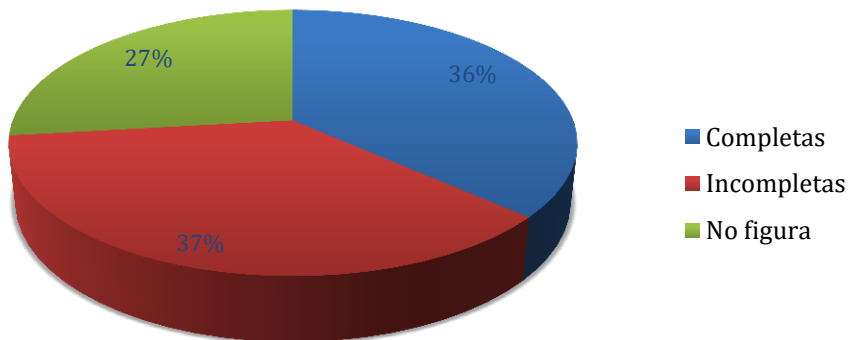
IMC n=41



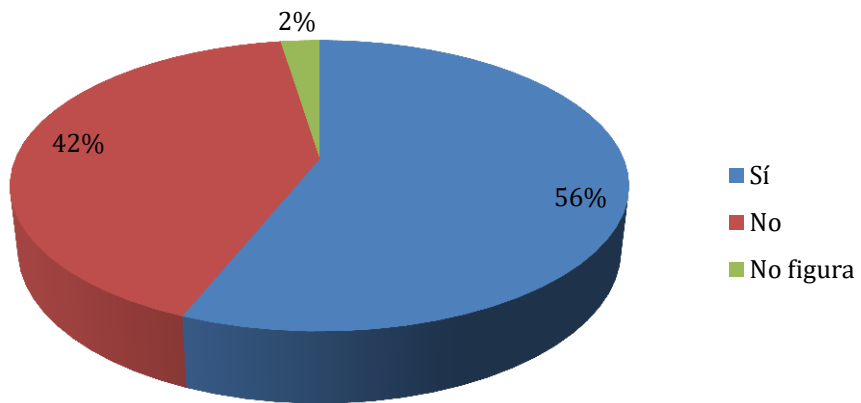
Escolaridad n=41



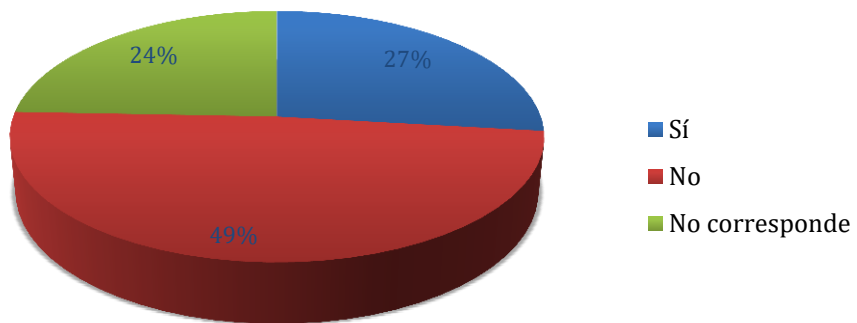
Vacunas n=41



Acceso a MAC n=41

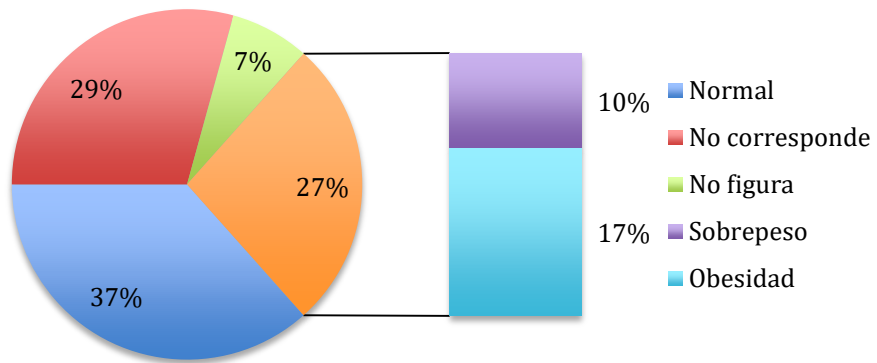


Caries n=41

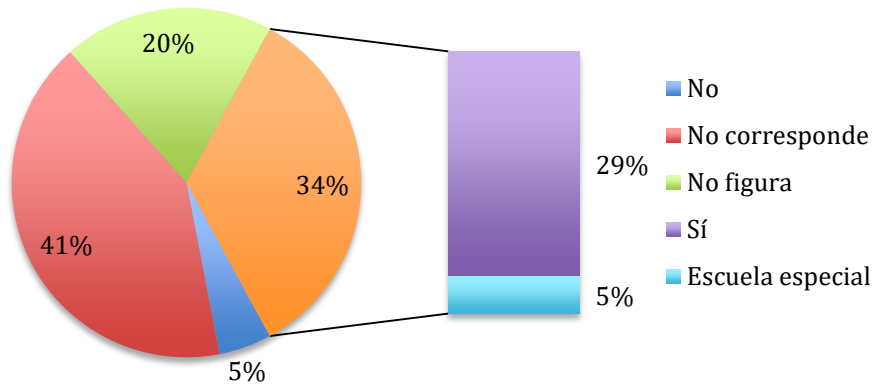


Comedor Patria Grande

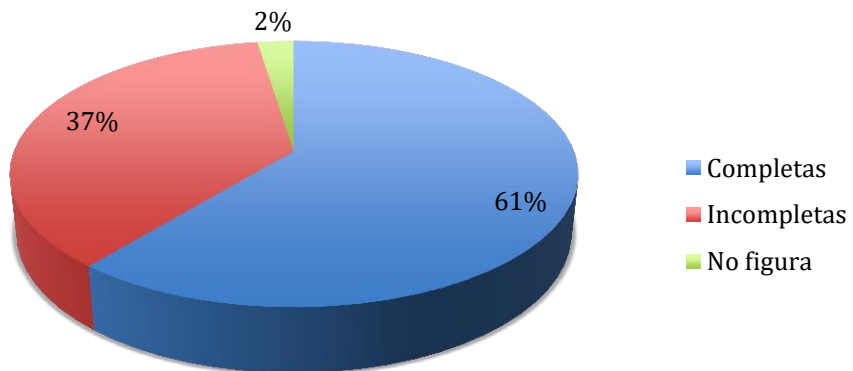
IMC n=41



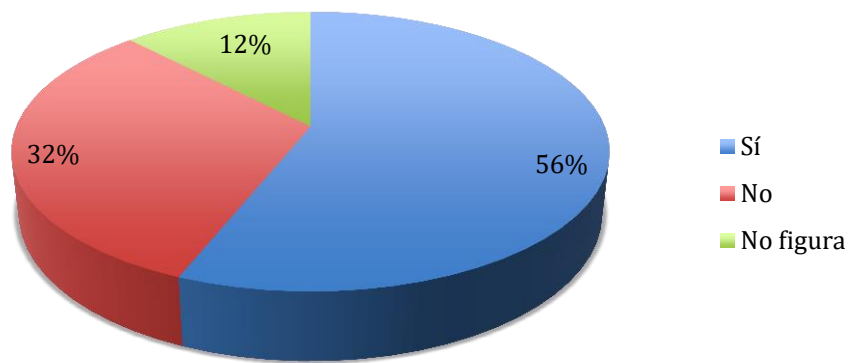
Escolaridad n=41



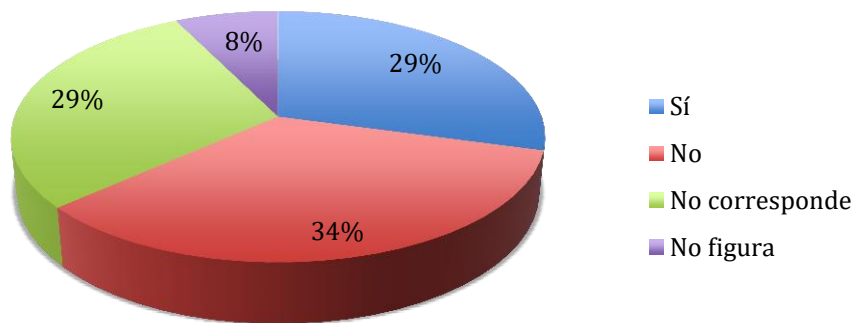
Vacunas n=41



Acceso a MAC n=41

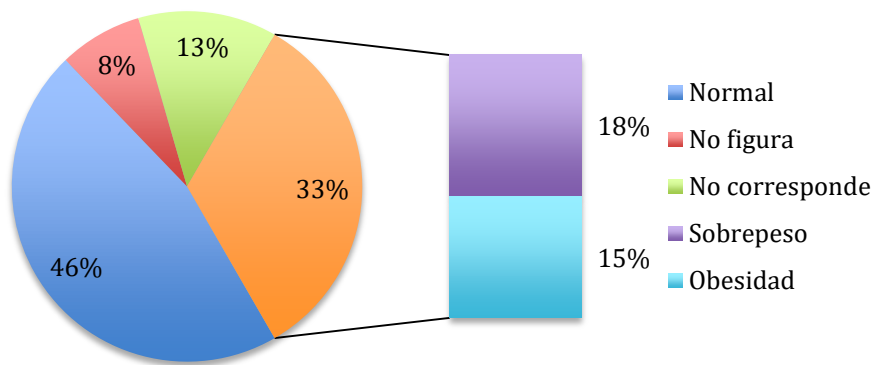


Caries n=41

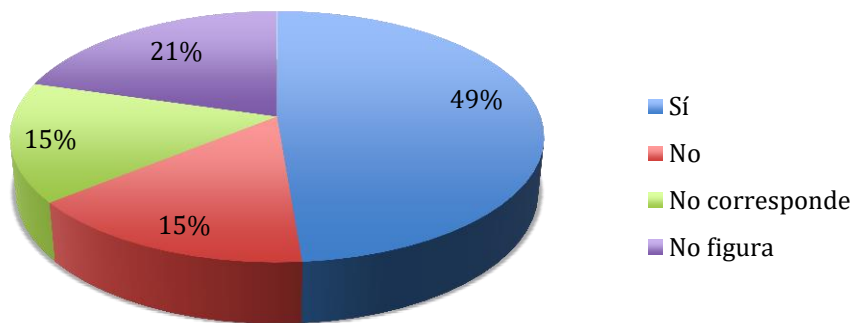


Comedor Me Levantaré

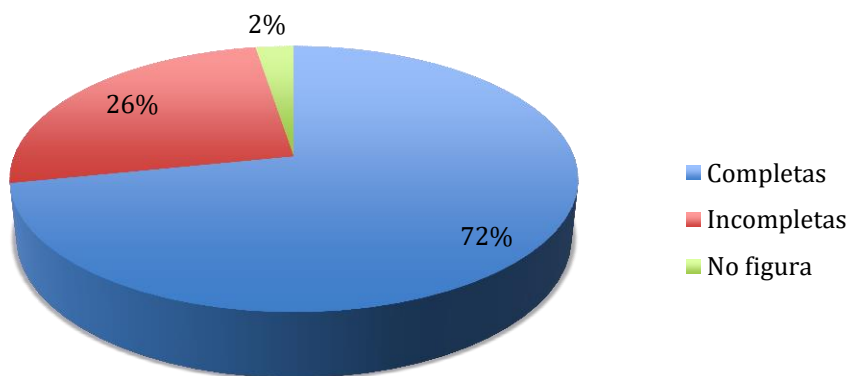
IMC n=39



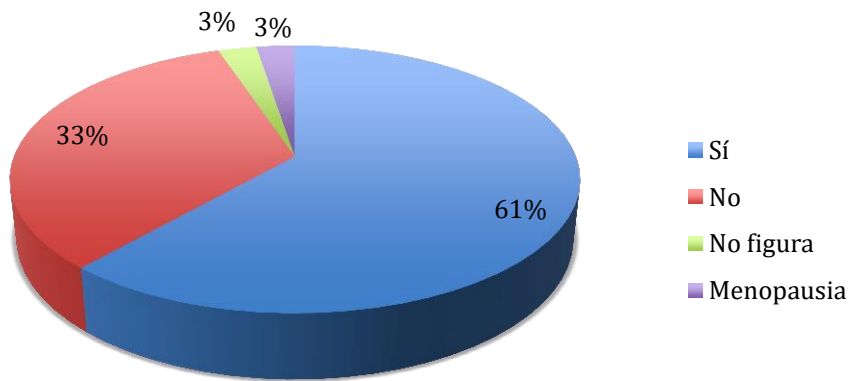
Escolaridad n=39



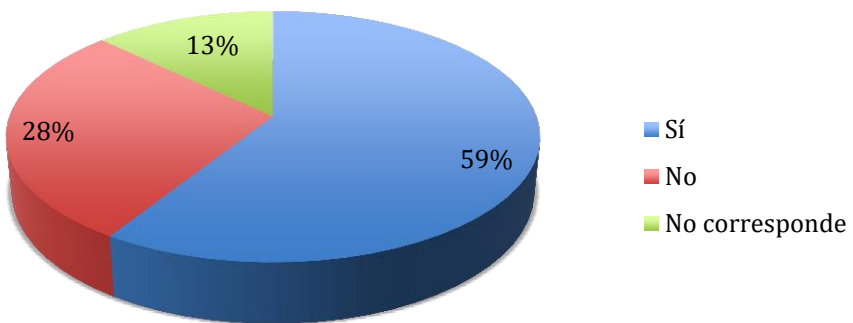
Vacunas n=39



Acceso a MAC n=39

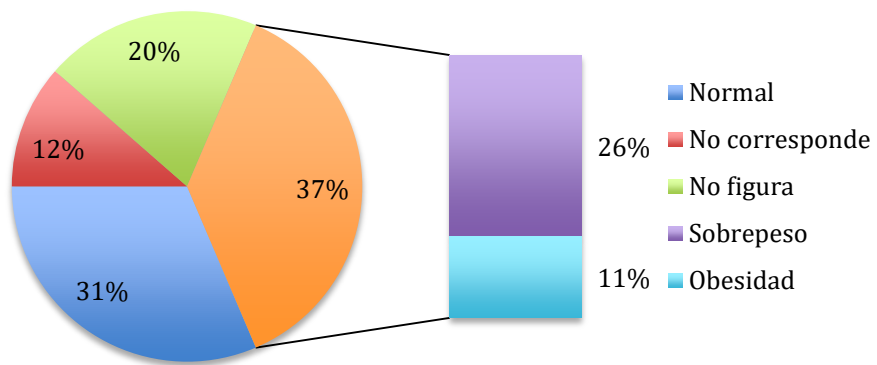


Caries n=39

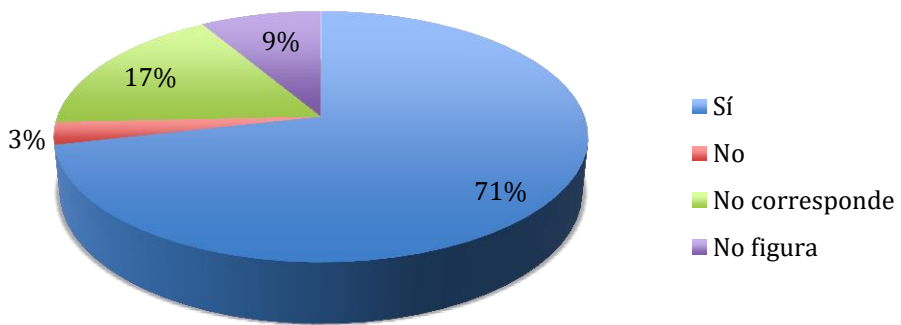


Iglesia Achiras

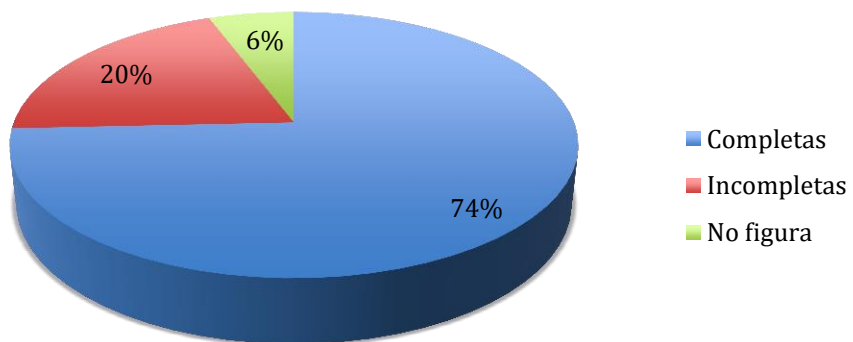
IMC n=35



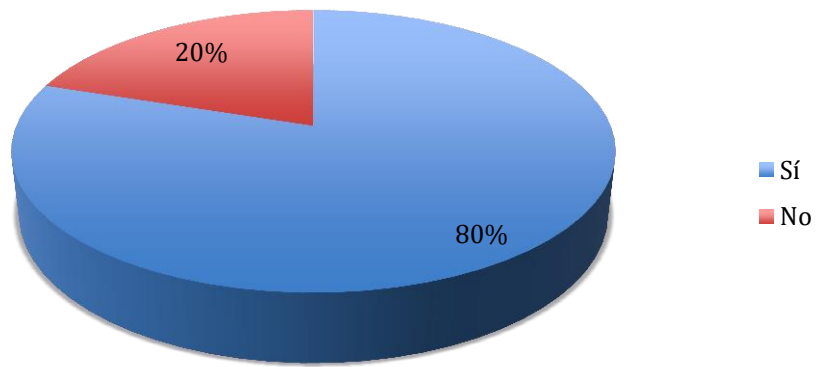
Escolaridad n=35



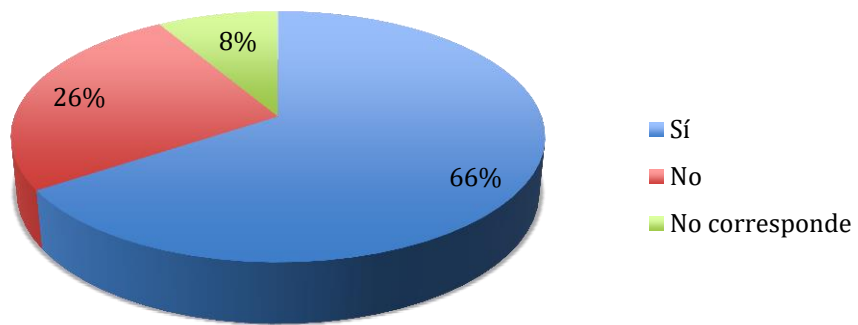
Vacunas n=35



Acceso a MAC n= 35

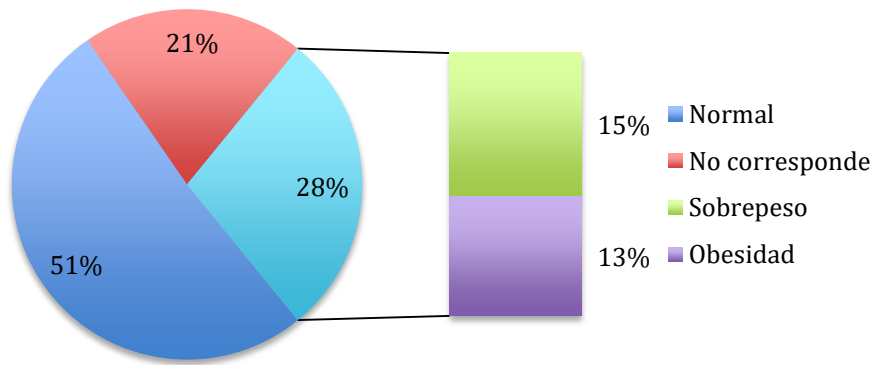


Caries n=35

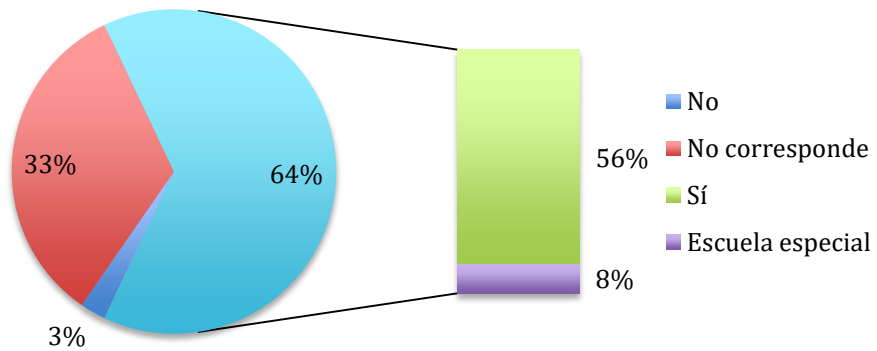


Comedor Bartolina Sisa

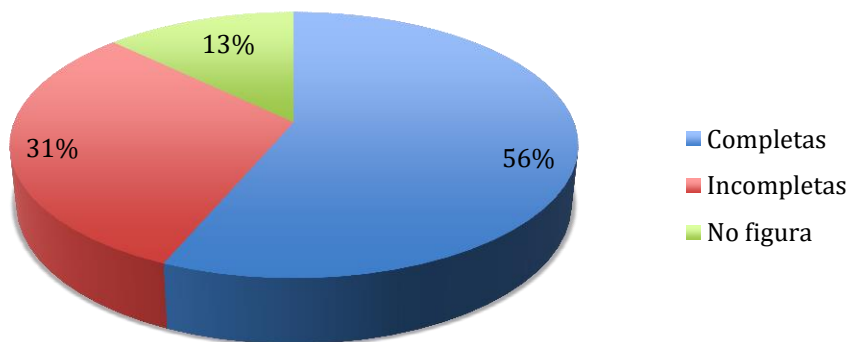
IMC n=39



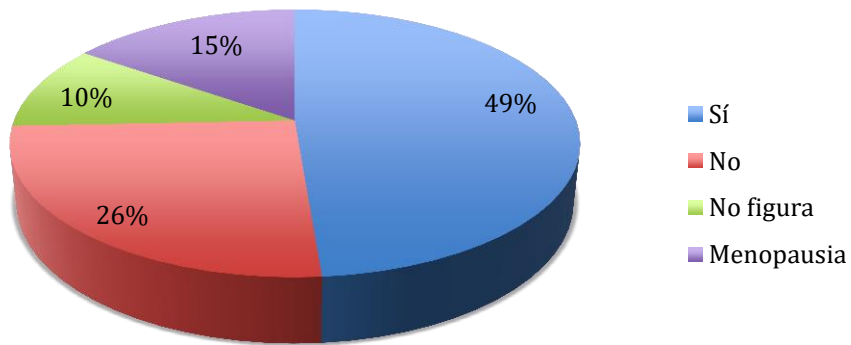
Escolaridad n=39



Vacunas n=39



Acceso a MAC n=39



Caries n=39

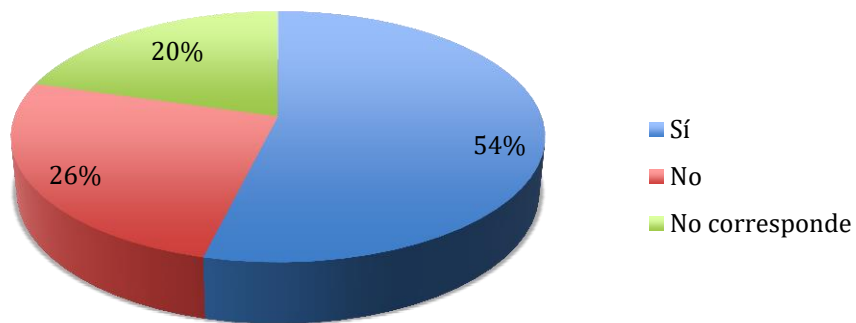


Tabla de resultados pre- triangulación.

| Problema | Raiz | Consecuencia |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
| Obstáculos para el acceso al sistema de salud (BS, PG,O) | Inseguridad Falta de turnos | Falta de control de niño sano |
| Falta de vacantes escolares cerca del domicilio (BS, PG, O) | Falta de cambio de domicilio | |
| Falta de dni argentino (PG, | Alto costo del | Falta de |

| | | |
|--|--|---|
| O) | tramite | escolarizacion Barreras en el acceso a la salud |
| Padres ausentes (BS, PG, O, E) | Adicciones Largas jornadas de trabajo | Niños en las calles Niños no escolarizados Niños que cuidan de otros niños Niños sin controles de salud |
| Adicciones (PG, O) | Falta de trabajo Soledad | Insegurid ad Violencia social e intrafamiliar |
| Machismo (O) | Violencia de genero/intrafamiliar Falta de acceso a MAC | |
| Falta de escolarizacion (PG, BS,E) | Falta de dni Padres ausentes Falta de vacantes cerca del domicilio | Niños en las calles Adiccione s |
| Falta/irregularidad/insufici ente provision de alimentos (BS, PG, O) | Crisis economica Falta de articulación con desarrollo social Malos | Malnutric ión Menor cobertura por parte del comedor |

| | | |
|--|--|---|
| | gobernantes | Niños tristes |
| Problema habitacional (O) | Alto costo de alquileres Dueños que no quieren alquilar a familias con muchos niños Aumento de población afluyente de CABA | Hacinamiento Largas jornadas laborales Aumento de enfermedades |
| Falta de infraestructura en el barrio (BS) | Malos gobernantes | Falta de acceso a agua potable Falta de recolección de basura Aumento de enfermedades |
| Violencia (PG) | Consumo de sustancias Falta de trabajo | Inseguridad |

Referencias:

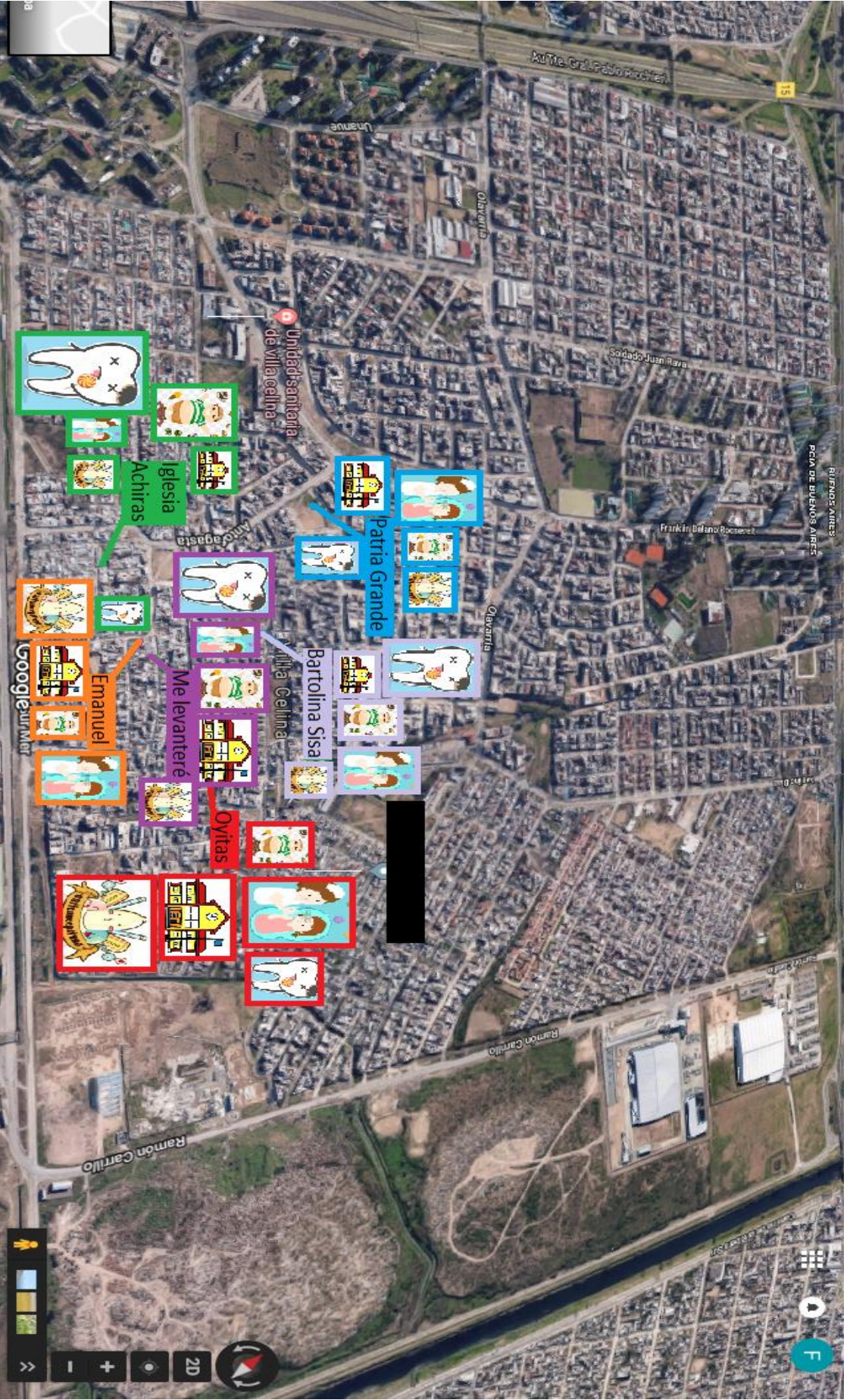
BS: Bartolina Sisa

E: Emanuel

PG: Patria Grande

O: Oyitas

Mapeo de comedores y problemáticas detectadas:



Red conceptual:

