

Caracterización de la comunicación
entre el personal de salud y la madre
o responsable
del niño menor de cinco años

Unidades Operativas en Salud del Area Programática San Jorge (Santa Fe)

http://www.iepe2.es/cemci/proy.htm
Muchas en D. Icaro y Julián (Publicar)
ymail: uim@vivosur.org

Universidad Nacional de Santiago del Estero

Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud

Licenciatura en Servicio Social

Trabajo Final

Chiosso, Silvia G.
Falco, Silvana R.

Directora: Lic. Mariana Giuliano

Sastre (Santa Fe), Diciembre de 1999

*"Todos piensan en cambiar la humanidad,
pero nadie piensa en cambiarse a sí mismo"*

Tolstoi

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
CAPITULO 1	
<i>ASPECTOS BASICOS CONCEPTUALES</i>	5
1.1 Salud	6
1.2 Educación para la Salud	7
1.3 Promoción de la Salud	10
1.4 Prevención de la Enfermedad	11
1.5 Política de Salud	13
1.5.1 Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Políticas y Programas	16
1.5.2 Política de Salud de la Provincia de Santa Fe	19
1.5.3 Estrategia de Atención Primaria de la Salud	27
1.5.4 La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	29
1.6 El Personal de Salud	36
1.6.1 Formación y capacitación del Personal de Salud	36
1.6.2 El Equipo de Salud	40
1.6.3 Los integrantes del Equipo de Salud	43
CAPITULO 2	
<i>COMUNICACIÓN</i>	49
2.1 Conceptualización	50
2.2 Diálogo – Comunicación	53
2.3 La Situación de Consulta	55
2.4 Habilidades de Comunicación del Personal de Salud	58
2.4.1 Saber escuchar	58
2.4.2 Saber preguntar	59
2.4.3 Saber informar	62
2.4.4 Facilitar el aprendizaje	63
2.4.5 Verificar	64

2.4.6 Apoyar a la madre	64
CAPITULO 3	
<i>LA COMUNICACIÓN EN LA SITUACION DE CONSULTA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS EN SALUD</i>	66
3.1 Localización	67
3.2 Acerca de la metodología aplicada	68
3.3 Universo	69
3.4 Muestra	69
3.5 Técnicas utilizadas	70
3.6 Recolección de datos	72
3.7 Análisis de datos	76
3.7.1 La Admisión	78
3.7.2 La Consulta	79
3.7.3 La Opinión de las Madres o Responsables de la Salud de los Niños	82
REFLEXIONES FINALES	87
EPILOGO	91
ANEXOS	94
<i>ANEXO I</i> <i>COMPROMISO NACIONAL A FAVOR DE LA MADRE Y EL NIÑO. LAS METAS PARA EL 2000</i>	95
<i>ANEXO II</i> <i>ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE LA PROVINCIA DE SANTA FE</i>	97
<i>ANEXO III</i> <i>MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE. METAS PROVINCIALES A FAVOR DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO 1995 – 2000</i>	98
<i>ANEXO IV</i> <i>ATENCIÓN DEL NIÑO DE 1 SEMANA HASTA 2 MESES DE EDAD</i>	101
<i>ANEXO V</i> <i>ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</i>	103

<i>ANEXO VI</i> <i>CONSULTAS ANUALES POR UNIDAD OPERATIVA EN SALUD</i> <i>Y POR EDAD. AREA PROGRAMATICA SAN JORGE. AÑO 1997</i>	106
<i>ANEXO VII</i> <i>GUIA PARA LA OBSERVACION. PARTE1: LA ADMISION</i>	107
<i>ANEXO VIII</i> <i>GUIA PARA LA OBSERVACION. PARTE 2: LA CONSULTA</i>	108
<i>ANEXO IX</i> <i>GUIA PARA LA ENTREVISTA CON LA MADRE O</i> <i>RESPONSABLE DESPUES DE LA CONSULTA</i>	111
BIBLIOGRAFIA	115
<i>BOLETINES. INFORMES</i>	121
CUADROS Y GRAFICOS	
<i>CUADRO I</i> <i>OBSERVACIONES Y ENTREVISTAS, SEGUN GRUPOS ETAREOS</i> <i>EN LAS UNIDADES OPERATIVAS EN SALUD DEL AREA</i> <i>PROGRAMATICA SAN JORGE (EN %)</i>	77
<i>GRAFICO I</i> <i>PORCENTAJE DE OBSERVACIONES Y ENTREVISTAS, SEGUN</i> <i>GRUPOS ETAREOS</i>	77

INTRODUCCION

La situación de salud de los niños menores de cinco años que se observa en muchos países en desarrollo no está acorde a las tecnologías y conocimientos disponibles para la prevención y control de problemas de salud y enfermedad que, sin embargo, continúan siendo importantes causas de morbimortalidad.

No en vano, el objetivo principal de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) es reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de cinco años, especialmente, las muertes debidas a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición y malaria.

Por lo tanto, la situación explica que una gran parte de la población de los países integrantes de dicha organización no tienen acceso a las estrategias antes mencionadas, o bien, teniéndolas, no hacen uso adecuado de las mismas. La realidad actual de nuestro país, y en especial la de nuestra provincia, no está ajena a este planteo.

Esta falta de acceso de la población a medidas básicas de prevención, detección precoz y tratamiento adecuado de muchas enfermedades, constituye un motivo de preocupación inicial; la falta de uso de las estrategias disponibles por parte de la población, constituye otro motivo de preocupación importante.

Se considera que la población tiene acceso a los servicios de atención de la salud si vive dentro de una distancia razonable o si puede llegar al establecimiento (Unidad Operativa en Salud) dentro de un tiempo prudencial -por ejemplo, 5 km. o una hora- teniendo en cuenta que el costo

de la atención de la salud no sea un obstáculo adicional. También son importantes los datos sobre el nivel actual de utilización de la atención de la salud. Los habitantes pueden tener acceso, pero quizás no *empleen* los servicios por razones tales como:

- tiempo de espera excesivo;
- horas de funcionamiento demasiado limitadas o inadecuadas;
- conocimiento inadecuado respecto a la existencia de los servicios;
- conocimiento inadecuado de la necesidad del servicio;
- tratamiento poco cortés por parte del personal;
- interferencias en el vínculo comunicacional;
- fragmentación de la acción dentro de las Unidades Operativas en Salud;
- preferencia por servicios alternativos.

El no empleo habitual por parte de la población de las estrategias disponibles para la prevención y control de problemas de salud y enfermedades que son importantes causas de morbimortalidad, pone de manifiesto limitaciones adicionales en el acceso, tales como la aplicación inadecuada de las estrategias por parte del personal de salud, incluyendo las situaciones en las cuales la población no recibe los beneficios del contenido integral incluido dentro de las estrategias.

Para mejorar la calidad de atención de los niños menores de cinco años en las Unidades Operativas en Salud, se pretende la aplicación adecuada de las estrategias (tecnologías de diagnóstico y tratamiento), con introducción de aspectos de la promoción y prevención de la salud infantil en la rutina diaria de la atención (situación de consulta).

La dificultad del personal de salud para establecer un *vínculo dialogal - comunicacional* con la población, se ubicará como la temática central a desarrollar en este trabajo, porque consideramos que el equipo de salud debe conocer y reconocer la trascendencia del papel comunicativo-educativo y debe también capacitarse para ejercerlo de la mejor manera posible, sin distinción de funciones o jerarquías. Al hablar de equipo de salud, se incluye no sólo a los profesionales y técnicos sino también a los administrativos, auxiliares y personal de servicios generales, etc. Todo el personal del equipo de salud tiene una capacidad comunicativa-educativa potencial con la población que trabaja.

Por ello, enunciamos que el problema de investigación se centrará en las fallas en la transmisión de conocimientos y habilidades necesarias a las madres y responsables del cuidado de la salud de los niños menores de cinco años, por parte del personal de salud para la aplicación de tratamientos terapéuticos, preventivos y de recomendación.

Con el presente trabajo, las autoras pretenden motivar la reflexión acerca de las prácticas cotidianas dentro de la rutina de la atención de los niños menores de cinco años en las Unidades Operativas en Salud.

Este estudio es producto de un proceso en construcción. No pretende agotar la descripción y análisis de todas las situaciones posibles, sino lograr una aproximación diagnóstica de las Unidades Operativas en Salud, las cuales nos incluyen como profesionales del Servicio Social insertos y participantes activos de esa realidad, en los niveles de planificación, ejecución y supervisión de la Política de Salud de la Provincia de Santa Fe

Plantea un desafío a la propia práctica, tratando de repocisionar el desempeño de la acción protagónica del Trabajo Social. El propósito es iniciar un camino posible hacia la construcción de nuevas alternativas en la atención de la salud.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer el *tipo de comunicación* que se genera en una situación de consulta entre el personal de salud y la madre y/o responsable del niño menor de cinco años.

ESPECIFICOS

Reconocer las *habilidades y obstáculos* en la comunicación existentes en la atención diaria entre el personal de salud y la madre y/o responsable de la salud del niño menor de cinco años.

Establecer la influencia que dichas habilidades y obstáculos ejercen sobre la *atención de la salud del niño en el hogar*.

Capítulo

1

Aspectos básicos conceptuales

1.1 SALUD

En 1947 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la *salud* como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la mera ausencia de enfermedad*. Esta definición significó un importante avance, al enfatizar a la salud en un contexto de naturaleza *holística*. En ese momento, la misma recibió innumerables críticas, debido a que, para muchos era calificada como demasiado utópica y que para ser verdaderamente holística debía hacerse referencia a otros aspectos como los espirituales y de bienestar de la salud del hombre.

Posteriormente, se sustentó la concepción que la salud debe entenderse como un *proceso*, esencialmente *dinámico*, en el cual estar *enfermo o sano* son dos momentos de un mismo proceso. Dicha definición, difundida en el año 1992 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), significó un grado mayor de avance, ya que el objeto de estudio podía considerarse a nivel individual o colectivo, afirmando que la salud, tanto a uno como a otro nivel, es resultado de las complejas *interacciones* entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la población. Es decir, es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive.

Con el transcurso del tiempo, varias definiciones de salud se orientaron a que la misma debería ser considerada como un *recurso para vivir*; en cambio, otras han sugerido que debería ser entendida como una capacidad de *adaptación*. El concepto de adaptación encaja bien con un moderno enfoque ecológico de la salud que puede ser aplicado tanto a nivel local, como a nivel de la biosfera. Esta idea ha sido recogida en el lema de la OMS *piensa globalmente, actúa localmente*.

Como conclusión, en este trabajo se sostiene que la salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial individual y colectivo, para responder de forma positiva a los diferentes factores y retos que se presentan como desafíos en el medio ambiente.

Innumerables son los *factores* que influyen la salud:

- *internos, biológicos o endógenos*: estos aspectos no son iguales para todas las personas, dependen de su genética, constitución, personalidad, que van a determinar características que les son propias y, por ende, influenciar el propio estado de salud;
- *externos, medioambientales o socioambientales*: los elementos físicos, biológicos y sociales que constituyen el medio ambiente individual, ejercerán una gran influencia sobre la salud de los individuos y las comunidades, como por ejemplo, condiciones físicas (clima, contaminación del ambiente, etc.), condiciones sociogeográficas (hábitat, productividad de la tierra, etc.);
- *relacionados con los estilos de vida*: comportamientos y condiciones que caracterizan la forma de vida de un individuo o grupo (relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, relaciones consigo mismo y el entorno, etc.). Este enunciado representa las costumbres, creencias y hábitos acerca de la salud, los cuales obviamente, ejercen un papel importante a tener en cuenta en la definición de los planes, programas y proyectos;
- *relacionados al sistema sanitario*: el mismo tiene un perfil netamente técnico, está compuesto por los conocimientos epidemiológicos, cobertura y complejidad médica existente, capacitación sanitaria y participación de la población en la protección de su propia salud.

Por último, la salud no es simplemente una suma de factores, ausencia o presencia de enfermedad, sino el resultado de la particular forma en que éstos interaccionan dentro de la dinámica presente en la biosfera.

1.2 EDUCACION PARA LA SALUD

Existen innumerables definiciones de la Educación para la Salud. Una de las que merece señalarse es la enunciada hace más de sesenta años por la Asociación Médica Americana de los Estados Unidos: "es la

suma de experiencias destinadas a influir favorablemente los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud individual y colectiva".¹ A pesar de su antigüedad, esta definición sigue siendo modelo de síntesis para expresar lo sustancial que implica el concepto educativo-sanitario.

Como más actualizada podemos citar la definición del Dr. Saúl Biocca: "Es el proceso de enseñanza-aprendizaje interdisciplinario y multisectorial, basado en la ciencia, la técnica y el respeto por el ser humano, cuyo objetivo es elevar el nivel de salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante el logro de conductas positivas, responsables, solidarias y duraderas".² Esta definición pone el acento en aspectos de índole ético-moral y humanísticos, que no suelen ser tenidos en cuenta corrientemente.

La Educación para la Salud es, por su significado y alcance, una acción básica de salud pública que se sustenta en lo esencial de las ciencias de la salud, conducta y educación; implica, por lo tanto, un proceso activo, planificado y orientado hacia objetivos y metas precisas que se identifican con los valores más trascendentes del ser humano.

La evolución histórica del concepto y doctrina de Educación Sanitaria nace a fines del siglo pasado, como una forma de denominar a las prácticas de información sanitaria que se manifestaban como consecuencia de los progresos de la era bacteriológica. Se suponía la posibilidad concreta de un control cada vez más efectivo de las grandes epidemias de la época. Para ello era necesario difundir información sobre los nuevos conocimientos y adelantos científicos.

Esa información debía llegar principalmente a las autoridades y a los factores de poder, quienes tenían la posibilidad de concretar las propuestas científicas, como por ejemplo, obras de saneamiento, cloración del agua,

¹Citado en Juan C. Arrosi y ot. *Educación para la Salud. Aspectos básicos conceptuales. Guía de Programación*. UBA. Escuela de Salud Pública. Curso de Diplomados en Salud Pública. Buenos Aires. 1983. Pág. 7.

²S. Biocca. *Apuntes de clase*. Espuba. Curso de Diplomados en Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Buenos Aires. 1983.

campañas de vacunación, etc. Como consecuencia, la medicina preventiva comenzaba a crecer a la par de la medicina asistencial, quien hasta el momento tenía la exclusividad.

Con el transcurso del tiempo, la desaparición progresiva de las grandes epidemias, centró la principal acción de la atención médica hacia patologías individuales, como por ejemplo, las enfermedades degenerativas, las que también tenían una gran repercusión social.

En esta evolución se fue haciendo evidente la necesidad de que las personas y poblaciones tuvieran más información y conocimientos, pero que los mismos sirvieran para adquirir comportamientos adecuados. El cambio primeramente se fue gestando en esfuerzos individuales de visionarios que entrevieron las posibilidades de la educación. Es aquí donde surge la Educación Sanitaria como disciplina formal.

Sus criterios eran netamente informativos y paternalistas, la autoridad decidía qué era lo que debía hacerse y cómo. Por entonces, no existía posibilidad alguna de que las poblaciones pudieran expresar sus necesidades sentidas, hábitos, tradiciones, actitudes y conductas.

En la década de los años sesenta la Educación Sanitaria comenzó a llamarse Educación para la Salud; su propósito fundamental se orienta al logro de conductas útiles individuales y sociales, poniendo énfasis en la motivación y finalmente hacia la significación de las tradiciones, las normas sociales, los estilos de vida y las formas de comunicación e interacción existentes entre los miembros de una comunidad.

La transformación sufrida a través del tiempo tuvo que ver con cambios que se fueron produciendo en las ciencias sociales, de la educación y de la salud.

En relación con las ciencias de la conducta, éstas aportaron un conocimiento más profundo de las estructuras sociales y de las técnicas de investigación e instrumentación de los procesos de cambio social.

En educación, las modificaciones más importantes se vieron en la Pedagogía; de un criterio eminentemente enciclopedista y académico pasó a ser formadora y participativa.

En el área de la salud, ésta dejó de ser entendida como mera ausencia de enfermedad y fue adquiriendo valor en sí misma, como bien individual y social. Se revalorizó al hombre como una unidad física, química y biológica, influido por el reconocimiento del ambiente psicosociocultural.

El nuevo concepto de salud, como un estado de equilibrio dinámico en la interacción hombre-medio, como un derecho fundamental y responsabilidad individual y social, como un concepto con valor ético-moral y económico-social, ha establecido una gran influencia en los contenidos de la Educación para la Salud.

La introducción de la Atención Primaria de la Salud como propuesta para asegurar la prestación de servicios básicos de salud a toda la población, eliminando desigualdades, ha obligado también a un reajuste de los planes y programas del sector salud, y por ende del propósito de la Educación para la Salud.

1.3 PROMOCION DE LA SALUD

En general, entendemos por Promoción de la Salud el proceso mediante el cual las personas y comunidades están en condiciones de ejercer un control sobre los componentes determinantes de la salud, y por lo tanto, mejorar su estado de salud. Como se ve, en una primera definición, es un concepto unificador para todos aquellos que entienden y aceptan que, para poder fomentar la salud es necesario cambiar las condiciones de vida como la forma de vivir. Objetivos éstos que persiguen la Educación para la Salud y la Atención Primaria por medio del reconocimiento de sus propias necesidades y formas adecuadas de poder satisfacerlas.

La Promoción de la Salud constituye una alternativa que vincula a la gente con sus entornos y combina la elección personal con la responsabilidad social. Un principio que también rige a la Promoción de la Salud es implicar a toda la población; por esta razón establece una cooperación estrecha entre los distintos sectores de la sociedad.

Podríamos decir, de una forma más concreta y actual, que la Promoción de la Salud constituye una nueva estrategia dentro del campo de la salud y del ámbito social. Por un lado, la estrategia se puede considerar política, en tanto está dirigida hacia la elaboración de planes, programas y proyectos de actuación concretas; por otro lado, como un enfoque que promueve la salud a través de la orientación de los estilos de vida. Este término hace referencia a la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta, determinados por factores y características socioculturales. De un modo más vulgar, comprende una cantidad de pautas de conductas y de interpretaciones de situaciones sociales de un determinado grupo social para afrontar los problemas de la vida cotidiana.

Así pues, la Promoción de la Salud, no sólo se ocupa de fomentar el desarrollo de habilidades personales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan su salud, sino que incluye además la intervención sobre el entorno para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como para modificar aquellos otros factores que impiden ponerlos en práctica. Se ha resumido con la siguiente frase: *conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.*

1.4 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Se utiliza el término Prevención de la Enfermedad, para designar las estrategias orientadas a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o para reforzar factores personales que disminuyen la

susceptibilidad a determinada enfermedad. En otras palabras, se designa bajo el término de prevención al conjunto de medidas y acciones susceptibles de evitar la aparición de un estado patológico ulterior o de reducir su intensidad.

Incluye también actividades y alternativas de acción encaminadas a reducir las consecuencias de una enfermedad, una vez que ésta fue establecida. Por lo tanto, podemos hacer una distinción entre la Prevención Primaria y la Prevención Secundaria.

Se entiende por Prevención Primaria, las acciones que se realizan para no permitir la aparición inicial de una determinada enfermedad o dolencia. En cambio, se denomina Prevención Secundaria a la implementación de actividades para detener o retardar una determinada enfermedad ya existente, mediante la detección y el tratamiento adecuado; o bien para reducir las frecuencias de las recaídas que produce una enfermedad y el establecimiento de condiciones crónicas (como por ejemplo, medidas de rehabilitación o cirugía reparadora).

Por lo tanto, la Prevención de la Enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo interdisciplinario de la salud, destinada a personas o grupos de riesgo. Su principal objetivo es mantener el estado de salud, pretende el *status quo* de la misma, a diferencia del objetivo de la Promoción de la Salud. Esta lleva implícitas a las acciones del conjunto de la población en el ámbito de su vida cotidiana y no grupos o individuos determinados; por esta razón, su meta es potenciar al máximo la salud.

Como conclusión, debemos afirmar que la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad son dos caras de la misma moneda, que se pueden considerar como dos actividades o alternativas de acción distintas pero no diferentes, que se superponen y complementan en determinadas situaciones y circunstancias de la vida de los individuos y grupos sociales.

1.5 POLITICA DE SALUD

Por medio de la Política se establece el *qué hacer*; como primera aproximación podemos decir que es el conjunto de propuestas formuladas por el nivel de decisión, mediante la determinación de los objetivos generales que se pretenden alcanzar y los medios a través de los cuales se deberá actuar.

Tomando las ideas de Kliksberg, "la *ofensiva de la salud* plantea la inequidad de un derecho a la vida mal distribuido"³; se trata de plantear la prioridad de la salud, lo que implica dar prioridad a los esfuerzos encaminados a garantizar un mayor grado de equidad en las condiciones y posibilidades de vida de los habitantes de un país y en el acceso a los servicios básicos de salud por parte de la población.

"La equidad se basa en la adecuación a los diferentes grupos humanos según sus riesgos epidemiológicos y sociales, y en la adjudicación de recursos en función de estos indicadores; *debe ser una preocupación de quienes formulan la política de salud, para que las acciones sean preventivas como curativas o de rehabilitación, ya sean servicios privados o estatales.*"⁴

Para hablar de Política de Salud no debemos olvidar que la misma se sustenta en la Política Nacional de Desarrollo, la cual establece los lineamientos que definen las características del modelo nacional; como consecuencia, la Política de Salud se inserta en el mismo y define la planificación global para ese sector.

La definición de la planificación general debe tener un ordenamiento de acuerdo a las prioridades surgidas del análisis detallado de los problemas de salud (se refieren a las enfermedades que por su magnitud y vulnerabilidad son más frecuentes); las prioridades seleccionadas deben

³ B. Kliksberg. *Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas propuestas a nivel mundial*. Fondo de Cultura Económica. México. 1993. Pág. 119.

⁴ Juan C. O'Donnell. *Administración de Servicios de Salud. Condicionantes y Gestión*. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires. 1995. Pág. 77.

mantener una complementación adecuada entre sí y ser coherentes con la Política Nacional Global.

El proceso de formulación de Políticas se inicia con el establecimiento de la *imagen objetivo* (la situación de salud a alcanzar, deseada para el futuro). En el sector salud, determinar la imagen objetivo requiere de un análisis exhaustivo y surgirá como consecuencia de numerosos ajustes y de la consideración de los siguientes componentes:

- estado de salud, referido al nivel de salud y estructura de la población para el plazo fijado;
- sistemas de servicios de salud, en cuanto a su estructura, complejidad, funcionamiento, responsabilidades y funciones;
- atención de la población, características de la cobertura, calidad de la atención y grado de satisfacción con los servicios de salud (acceso y uso de los servicios).

Posteriormente se analizará la *factibilidad*, la posibilidad de ejecución referida a la existencia de recursos materiales, financieros y la capacidad para organizarlos; y la *viabilidad*, que dependerá de las circunstancias político-sociales que permitan, posibiliten o no la concreción de la Política de Salud formulada.

También debe tenerse en cuenta el *tiempo* propuesto para lograr el conjunto de proposiciones enunciadas en una política; esto nos delimitará planes, programas y proyectos de largo, mediano o corto plazo.

Además, cuando se establece una Política de Salud, compuesta por varios problemas que se interrelacionan entre sí, las diferentes alternativas de solución para la situación problema dependerán de la selección en función de los criterios de *eficacia* (en relación al logro de determinados objetivos) y *eficiencia* (respecto a la optimización de recursos).

De esta forma, se definen las *estrategias*, las cuales significan "la forma de llevar a cabo sistemáticamente las situaciones por crear o las acciones por realizar, tendientes al cumplimiento de una política, a través del aprovechamiento más adecuado de los factores favorables y del

aislamiento, neutralización, conversión, debilitamiento o eliminación de los factores desfavorables”.⁵

En resumen, mencionamos que por medio de la Política se establece el *qué hacer*; la función de la estrategia es indicar *el o los caminos* para seguir y alcanzar los objetivos generales definidos. “La estrategia tiene características de un medio para un fin (la política). Queda para el ámbito de la planificación el *cómo hacer*, teniendo como base todo lo elaborado en el terreno de la Política”.⁶

Es responsabilidad del Estado respecto a la formulación e implementación de la Política de Salud:

- garantizar el *acceso universal*;
- determinar el nivel de *prestaciones básicas* de acceso universal que se deberán garantizar;
- asegurar *atención equitativa, eficiente y eficaz*;
- brindar y/o promover una *atención integral* que incluya promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas;
- generar, recolectar, analizar, utilizar y diseminar *información epidemiológica*;
- formular, ejecutar y supervisar *programas de prevención y saneamiento ambiental*;
- moderar la *incorporación acrítica de tecnologías* según el interés general.

Esto plantea un desafío interno al sector salud, cual es el promover cambios en la orientación, composición, gestión y operación del sector, a fin de que éste asuma las nuevas funciones que se le asignen dentro del marco de las nuevas estrategias de desarrollo.

A continuación, se hará referencia a las políticas y estrategias principales que ofrecen un sustento teórico - práctico al presente trabajo de investigación.

⁵OPS. *Procedimientos para la formulación de Políticas de Salud*. 1973. Pág. 27

⁶OPS. *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago de Chile. 1975. Pág. 38.

1.5.1 MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. POLITICAS Y PROGRAMAS⁷

Por medio del Decreto N°1296/92 se aprobaron las Políticas de Salud, asentadas sobre cuatro ejes sustantivos – u Objetivos – y sus correspondientes vías de instrumentación – o Estrategias -. A continuación se exponen los elementos más destacados:

PRIMER OBJETIVO SUSTANTIVO: "Lograr la plena vigencia del Derecho a la Salud para la población, con el fin de alcanzar la meta *Salud para todos* en el menor tiempo posible, mediante la implementación y el desarrollo de un sistema basado en criterios de *equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad*, constituyéndose así un elemento fortalecedor esencial para la democracia".

ESTRATEGIAS PLANTEADAS:

- Coordinar con un enfoque sistémico las acciones del Sector Salud con las otras áreas y sectores sociales de gobierno;
- Movilizar recursos financieros, humanos, tecnológicos y de infraestructura;
- Incorporar recursos normativos, organizativos, instrumentales y de gestión para mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de los servicios;
- Diseñar modelos alternativos de organización y administración de los Institutos Nacionales de Investigación, Docencia y Producción;
- Estimular la participación de la población en la promoción, prevención y cuidado de la salud.

SEGUNDO OBJETIVO SUSTANTIVO: "Mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población, con acciones de mejor nivel de calidad posible, y el menor costo económico y social".

⁷ Tema elaborado en base a la siguiente bibliografía: OPS (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD) *Argentina. Situación de salud y tendencias. 1986-1995. Publicación N° 46.* Buenos Aires, 1998.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS:

- Diseñar un sistema de atención médica que garantice la equidad, eficacia y eficiencia, y que ponga especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles;
- Brindar asistencia técnica a sectores públicos y privados para el diseño de organización y funcionamiento de sistemas y recursos de salud, teniendo como eje la descentralización y el desarrollo de redes locales de complejidad creciente, con el fin de garantizar la accesibilidad a los servicios, la coordinación y complementación de los prestadores y la satisfacción de la demanda y de las necesidades;
- Definir el rol del Hospital Público dentro del sistema de atención médica;
- Estimular mecanismos de incorporación de establecimientos asistenciales privados y de la seguridad social, a las redes locales;
- Promover la estrategia de la atención primaria.

TERCER OBJETIVO SUSTANTIVO: "Disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones marginadas y de pobreza estructural, y en aquellas situaciones biopsicosociales consideradas potencialmente riesgosas".

ESTRATEGIAS DETERMINADAS:

- Desarrollar campañas nacionales destinadas a controlar y/o erradicar enfermedades endémicas y epidémicas de gran repercusión social;
- Promover programas prioritarios dirigidos al control de riesgos evitables y de protección de grupos vulnerables;
- Apoyar programas materno infantiles;
- Desarrollar líneas de investigación y producción de vacunas y otros agentes biológicos destinados a prevenir y tratar patologías prevalentes;
- Promover la investigación epidemiológica;
- Participar en las tareas de conservación y mejoramiento del ambiente y en programas de saneamiento, control de contaminantes y equilibrio ecológico.

CUARTO OBJETIVO SUSTANTIVO: "Redefinir y orientar el rol del Sector Salud del Estado Nacional, para que cumpla la función rectora y protagónica en el marco político global y para que pueda cumplir eficientemente las

funciones que le compete, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización actuando concertada y coordinadamente con los Estados Provinciales y con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires”.

ESTRATEGIAS PREVISTAS:

- Adecuar la estructura de la *Secretaría de Salud* para que permita desarrollar las líneas estratégicas de transformación que se proponen;
- Desarrollar un sistema de información ágil, veraz, oportuno y confiable para el adecuado proceso de decisiones en salud;
- Adecuar el desarrollo de los recursos humanos a la realidad sanitaria, mediante la formación y capacitación, cuali cuantitativa de los distintos integrantes del equipo de salud;
- Optimizar el uso racional de los recursos financieros disponibles, federalizando su utilización;
- Promover el desarrollo y utilización de tecnología apropiada al avance científico y técnico, a la calidad de la atención médica, evitando el uso irracional y la distorsión del gasto en atención médica;
- Implementar mecanismos adecuados de autorización, registro normatización, control epidemiológico y de vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos, con el fin de proteger la salud de la población;
- Fomentar el desarrollo y administración del conocimiento científico técnico y la investigación como parte integrante del mismo;
- Investigar los servicios de salud con el objeto de conocer sobre su organización, y la administración de los recursos sanitarios;
- Promover la coordinación con las jurisdicciones, tanto a nivel del *Consejo Federal de Salud*, como en la elaboración de Programas Estratégicos y en la asistencia técnica y financiera a Programas Provinciales.

1.5.2 POLITICA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE⁸

Sobre la base de los antecedentes de la “*Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*” (1990)⁹ y el compromiso firmado por la Provincia de Santa Fe con el Gobierno Nacional (1991), “*Compromiso Nacional en Favor de la Madre y el Niño*” (ver *Anexo I*), se ha desarrollado un importante esfuerzo para lograr una adecuación provincial y local de los enunciados asumidos, a fin de establecer las actividades específicas destinadas a lograr una mejor atención de la salud de la madre y del niño.

Los planes de acción elaborados para las distintas Zonas de Salud (Ver *Anexo II, Organigrama del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe*), con la participación activa de los responsables de su ejecución (Áreas Programáticas, Hospitales S.A.M.Co. y Unidades Operativas en Salud), tienen como finalidad principal poner al alcance de la

⁸ Tema elaborado en base a la siguiente bibliografía: Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. *Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil 1995-2000. Documento Base*. Santa Fe. Mayo de 1995.; J. Mera. *Los Servicios de Salud en Argentina. Sistemas y Políticas de Salud (Tomo I)*. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires. 1994.

⁹ En el mes de septiembre de 1990, los Jefes de Estado y de Gobierno de 71 países del mundo, además de representantes de alto rango de otros 88 países, se reunieron en la sede de las Naciones Unidas (Nueva York, EE.UU.) para asistir a la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. En esa oportunidad, los representantes de estos países apoyaron y firmaron la “Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño” y el “Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración”. En estos documentos la comunidad internacional adoptó el compromiso de establecer acciones concretas destinadas al mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida de los niños y las madres del planeta. Entre las metas para el año 2000 se incluían: reducción de un tercio de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años; reducción de la desnutrición moderada y grave de los menores de cinco años; reducción de la incidencia de bajo peso al nacer; erradicación de la poliomielitis y eliminación del tétanos neonatal; reducción del 95% de la mortalidad por sarampión (vacunación); reducción de la mitad de la mortalidad causada por la diarrea y de un 25% de la incidencia de enfermedades diarreicas; reducción de un tercio de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

población, principalmente de los niños y las madres, los medios tecnológicos y humanos adecuados para resolver sus problemas de salud.

La metodología adoptada se basa en un modelo de planificación y gestión sustentados en el reconocimiento de los problemas zonales. Para ello, el equipo técnico de cada Zona de Salud ha sido capacitado con contenidos teórico-prácticos. Cabe aclarar que la Provincia de Santa Fe, en la organización del sector salud, se divide en ocho Zonas de Salud, las cuales comprenden uno, dos o tres departamentos geopolíticos, según corresponda a cada Zona, con características comunes.

Los Equipos Técnicos Zonales fijan las metas concretas de salud para cada uno de los Programas Prioritarios, la utilización óptima de los recursos disponibles, la aplicación de metodologías efectivas de control (supervisión), la participación intersectorial y el monitoreo de logros y dificultades.

La actividad primaria del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe está centrada en la planificación y ejecución de actividades, para alcanzar los siguientes *objetivos*:

- Reducir la ocurrencia de enfermedad y muerte en la población:
 - * retrasar la ocurrencia de enfermedad y muerte: reducir la morbimortalidad en las edades más tempranas de la vida;
 - * evitar la ocurrencia de enfermedades y muerte por causas que son prevenibles de acuerdo a las tecnologías y medios de control disponibles en la actualidad;
- Mejorar la calidad de atención de las personas:
 - * proporcionar acceso a la población a las tecnologías apropiadas y de eficacia comprobada para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud.

Los objetivos enunciados son responsabilidad directa y específica del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, que puede considerarse como el objetivo general del Gobierno Provincial, en lo que respecta al sector salud.

- Vulnerabilidad

2. Elaboración de planes operativos para la implementación de acciones de control.

Estrategias específicas:

1. Integralidad de la atención de la salud.
2. Enfoque de riesgo.
3. Fortalecimiento de los niveles de planificación e implementación.
4. Participación y coordinación.

La Provincia de Santa Fe ha elaborado 22 Programas de Salud para ser aplicados en los ámbitos de Hospitales y Centros de Salud Provinciales, Municipales y/o Nacionales, que se encuentran en esta jurisdicción.

Para la confección de los programas se ha tenido en cuenta la planificación e implementación de estrategias de probada eficacia para el control de los problemas, y el monitoreo y la evaluación de los resultados de las acciones implementadas.

La Provincia de Santa Fe ha dado prioridad a 5 Programas de los mencionados, los cuales componen la *Atención Integral de la Salud Materno-Infantil*, que se denominan:

Programa Provincial de Perinatología

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Programa Provincial de Control de Crecimiento y Nutrición

Programa Provincial de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Programa Provincial de Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)

A continuación, se presentan esquemáticamente los objetivos y estrategias de abordaje de cada uno de los programas de control de la salud de la madre y el niño.

ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO
OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE LOS PROGRAMAS PROVINCIALES

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
PROGRAMA PROVINCIAL DE PERINATOLOGIA	
Reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal	Seguimiento y control estandarizado del embarazo. Seguimiento y control adecuado del trabajo de parto y el parto. Recepción inmediata y adecuada del recién nacido. Seguimiento y control estandarizado del puerperio.
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	
Reducir la mortalidad y morbilidad por: - meningitis tuberculosa - tétanos - tos convulsa - sarampión Evitar la ocurrencia de casos de: - poliomielitis - difteria - tétanos neonatal - sarampión	Vacunación con: - BCG - Cuádruple (DPT-Hib) - Triple Viral (SRP) - Sabin - DPT-Hib - Antitetánica - SRP
PROGRAMA PROVINCIAL DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y NUTRICION	
Reducir la mortalidad y morbilidad por trastornos nutricionales.	Seguimiento y control estandarizado del crecimiento. Lactancia materna. Suplementación alimentaria. Educación.
PROGRAMA PROVINCIAL DE CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	
Reducir la mortalidad por neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. Reducir el uso excesivo e inadecuado de antibióticos y otros medicamentos para el tratamiento de las IRA.	Manejo standard de casos de infecciones respiratorias agudas.

PROGRAMA PROVINCIAL DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)

Reducir la mortalidad y morbilidad por enfermedades diarreicas agudas.	Manejo standard de casos de enfermedades diarreicas agudas.
Reducir el uso inadecuado de medicamentos (antibióticos y antidiarreicos) para el tratamiento de las diarreas.	Sanearamiento básico familiar y comunitario. Higiene de la alimentación. Lactancia materna.
Evitar casos y muertes por cólera.	

Para la implementación de las estrategias a nivel local (Unidades Operativas en Salud), se han establecido acciones específicas para ser llevadas a cabo. Estas acciones comprenden:

- *capacitación del personal de salud* en la aplicación de la estrategia de control propuesta;
- *provisión de los suministros necesarios al personal y a las unidades operativas en salud* para que puedan poner en práctica las estrategias;
- *supervisión continua del personal de salud en la aplicación de las estrategias*, a fin de establecer los logros y dificultades del personal de salud en la ejecución de las actividades de los programas.

La capacitación, provisión de suministros y supervisión son tres actividades básicas que determinan el *acceso* de la población a la estrategia establecida. El acceso, sumado a la *comunicación* (mensajes interpersonales y masivos) a la población de las Unidades Operativas en Salud que la poseen determinan el *uso* de las mismas en dichos servicios.

Las acciones de *monitoreo* (de la aplicación y resultados de las actividades) y *evaluación* (de los resultados obtenidos en la aplicación de la estrategia) sirven para re-elaborar la planificación para el período siguiente.

En resumen, la programación de la implementación de los Programas Provinciales se compone de los siguientes pasos a seguir:

A. CAPACITACION:

- incrementar el porcentaje del personal de salud capacitado.

- incrementar el porcentaje de unidades operativas en salud que tienen una persona capacitada en la estrategia.

Actividades (Zonas de Salud, Areas Programáticas y Unidades Operativas en Salud):

- * relevamiento del personal (nombre y apellido, profesión, servicio).
- * verificación del estado de capacitación.
- * planificación:
 - tipo de cursos.
 - número de cursos.
 - número de participantes.
 - fecha.

B. PROVISION DE SUMINISTROS:

- incrementar el porcentaje de unidades operativas en salud que tiene los suministros para la aplicación de la estrategia.

Actividades (Zonas de Salud, Areas Programáticas y Unidades Operativas en Salud):

- * relevamiento de los suministros.
- * lista de suministros necesarios.
- * cronograma de entrega.

C. SUPERVISION:

- incrementar el porcentaje de unidades operativas en salud que reciban por lo menos una visita de supervisión en "x" período.

Actividades (Zonas de Salud, Areas Programáticas y Unidades Operativas en Salud):

- * relevamiento del personal que va a supervisar.
- * verificación del estado del personal que va a supervisar.
- * planificación de la supervisión:
 - cronograma (circuitos).
 - lista de necesidades (guía de supervisión).
 - presupuesto.

D. COMUNICACION:

- a la población que puede hacer uso de las unidades operativas en salud que poseen la estrategia.
- interpersonal.
- masiva.

E. USO:

- aumentar el porcentaje de la población que sabe los mensajes de comunicación.
- aumentar el porcentaje de la población que sabe y aplica los mensajes.

F. MONITOREO:

- de la aplicación y resultados de las actividades.

G. EVALUACION:

- de los resultados obtenidos en la aplicación de la estrategia, lo cual sirve para elaborar la planificación del año siguiente.

Para finalizar, haremos referencia a las *metas*. En el marco de la planificación provincial de las actividades mencionadas -Programas Provinciales- (enunciados en el año 1994), los resultados pretendidos alcanzar para fines de 1995 y para el año 2000 se expresan en términos de *reducción de los problemas que afectan la salud de la madre y el niño (metas de reducción de la mortalidad y morbilidad)*, y en términos del *uso de la población de las facilidades puestas a su disposición para el cuidado de su salud (metas de mejoramiento de la calidad de la atención)*. Estos resultados concretos, que son previstos en la planificación de las acciones tanto a Nivel Central como de cada Zona de Salud, son las "Metas Provinciales en Favor de la Salud de la Madre y el Niño para el año 1995 y 2000" (ver Anexo III).

De este modo, cada uno de los Programas de control definidos para atacar los problemas prioritarios en la atención de la salud de la madre y el niño ha elaborado las metas a alcanzar, tanto desde el punto de vista de la reducción de la mortalidad y morbilidad, como desde el punto de vista de la mejora de la calidad de la atención.

La definición de las metas propuestas se realizó en base al impacto potencial que tienen las estrategias adoptadas, y las posibilidades técnicas y reales de implementarlas en forma masiva y completa a nivel de las unidades operativas en salud y de la comunidad.

1.5.3 ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

El concepto de Atención Primaria de la Salud comienza a gestarse a partir de la 30a. Asamblea Mundial de la Salud de 1977, la cual estableció que la principal meta social de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los próximos decenios debería consistir en *alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva*. En la Conferencia conjunta OMS/UNICEF, celebrada en Alma-Ata en 1978, se declaró que la atención primaria de salud, como función central del sistema nacional de salud, era la clave para *alcanzar el objetivo de la salud para todos para el año 2000 como parte del desarrollo general y en el espíritu de la justicia social*.

Podemos definir a la Atención Primaria de la Salud, como la estrategia básica promovida a nivel mundial para alcanzar la meta de *salud para todos para el año 2000 (OMS/OPS)*. Fundamentalmente consiste en "acción sanitaria de asistencia, prevención, rehabilitación y fomento de la salud, puestos al alcance de todos los individuos y comunidades, por medios que le sean aceptables con su plena participación y a un costo accesible".¹⁰

El Plan de Acción para la aplicación de la estrategia, establece una íntima y estrecha relación entre la Atención Primaria de la Salud y los conceptos interrelacionados de bienestar, desarrollo intersectorial y participación comunitaria.

El bienestar o calidad de vida tiene en la salud un componente principal, y a la vez debe ser un objetivo y factor desencadenante del desarrollo, no solo económico sino también político-social, orientado a la atención de las necesidades básicas.

El concepto de desarrollo intersectorial está ligado a la interdependencia del sector salud con las condiciones socioeconómicas, o

¹⁰Citado en Juan C. Arrosi y ot. *Educación para la Salud. Aspectos básicos conceptuales. Guía de Programación*. UBA. Escuela de Salud Pública. Curso de Diplomados en Salud Pública. Buenos Aires. 1983. Pág. 22.

sea, impulsa que se revalorice la relación de unos sectores con otros para alcanzar el bienestar.

La participación comunitaria es necesaria en la identificación de necesidades y prioridades, en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades en salud, puesto que es un factor para asegurar el uso racional de los recursos disponibles y el logro de los mejores y duraderos resultados en todo proyecto de desarrollo.

La Declaración de Alma-Ata (OMS/1978) destaca el papel de la Educación para la Salud como recurso esencial para el logro de sus propósitos y objetivos básicos.

En la meta política de la OMS (salud para todos para el año 2000) la palabra operativa es *todos*, lo cual implica actividades muy amplias en la organización social, tanto de los sistemas de salud como de la sociedad en su conjunto. Por ello, el sentido de *todos* debe ser entendido de acuerdo con "tres dimensiones sustantivas: 1) la cobertura de *toda* la población, 2) la provisión de *todos* los servicios apropiados y 3) el reconocimiento de *todos* los demás factores sociales que afectan a la salud".¹¹

Salud para todos es un concepto holístico, que reclama esfuerzos tanto en industria, agricultura, educación, vivienda, y comunicaciones como en medicina y salud pública. La opción de salud para todos por parte de un gobierno implica un compromiso para proveer al avance de todos los ciudadanos de desarrollo y resolución para que cada persona alcance una más alta calidad de vida. El grado de progreso o desarrollo dependerá del compromiso político asumido.

La salud para todos también depende del progreso continuo en la atención médica y la salud pública. Los servicios de salud deben ser accesibles para todos a través de la atención médica primaria, donde una ayuda médica básica esté disponible en cada comunidad, con el apoyo de servicios de referencia hacia una atención más especializada (hospitales base de referencia).

¹¹J. Mera. *Los Servicios de Salud en Argentina. Sistemas y Políticas de Salud. (Tomo 1)* Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires. 1994. Pág. 300.

Como lo más importante, podemos mencionar que es el conjunto de estrategias innovativas en recursos humanos para la salud; incluye además el asesoramiento y la reorientación de la cooperación internacional para el desarrollo de la estrategia.

1.5.4 LA ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

En el ámbito mundial, alrededor de 12 millones de niños mueren todos los años antes de cumplir los cinco años a causa de enfermedades prevalentes de la infancia. Más de 600.000 de estas defunciones ocurren en América Latina, y en gran medida pueden prevenirse. La mayoría es atribuible a diarrea, neumonía, sarampión, paludismo y desnutrición, o bien a una combinación de estas enfermedades.

En los países de las Américas, casi 275.000 niños menores de cinco años mueren cada año debido a enfermedades que podrían ser evitadas o tratadas fácilmente. Tres de las principales causas de muertes son las enfermedades respiratorias agudas, que sobrepasan las 97.000 muertes; y la desnutrición, que causa casi 30.000 muertes al año. La malaria es también una causa de enfermedad y muerte en algunos niños, mientras que el sarampión, cuya incidencia y mortalidad se está reduciendo notablemente como respuesta a las campañas masivas de vacunación realizadas en los países, continúa siendo un problema serio, especialmente cuando también coexiste desnutrición.

De acuerdo al Informe sobre Desarrollo Humano de 1993 del Banco Mundial, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es la intervención de salud más eficiente en términos de su impacto sobre la carga de enfermedad y muerte en la población, así como de su relación costo-beneficio, particularmente en los países de bajos ingresos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se han comprometido a implementar la estrategia AIEPI en la Región de las Américas con el objetivo de prevenir las muertes infantiles innecesarias que ocurren diariamente en estos países.

Esta estrategia está dirigida a contribuir al logro de tres *objetivos generales* que se consideran de la mayor importancia:

- Reforzar el concepto de integralidad de la atención de la salud del niño en las unidades operativas en salud, cambiando el foco de atención de la enfermedad, a la atención global de la condición de salud del niño, permitiendo de este modo identificar los principales problemas que la afectan.
- Fortalecer la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño y son motivo de consulta infantil.
- Lograr una mayor equidad en el acceso a la atención adecuada de la salud del niño, poniendo a disposición de la población tecnologías apropiadas de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes.

Los *objetivos específicos* de la propuesta son:

- Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, en particular debido a desnutrición, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, sarampión y malaria.
- Reducir la ocurrencia y gravedad de casos de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y sarampión.
- Mejorar la calidad de atención del niño en las unidades operativas en salud, disminuyendo el uso inadecuado de tecnologías de diagnóstico y tratamiento.
- Introducir aspectos de promoción y prevención de la salud infantil en la rutina de la atención de las unidades operativas en salud.
- Extender la atención integrada al nivel comunitario.

En respuesta al problema que plantea la supervivencia infantil en América Latina y el Caribe, la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), ha venido prestando asistencia a los países en la adopción de normas para el tratamiento de casos por medio de la estrategia AIEPI, como uno de los instrumentos para encarar este problema.

Según lo expresa el Dr. Jehuda Benguigi (miembro de OPS), "la AIEPI es una estrategia elaborada en conjunto por la OMS/OPS/UNICEF, la cual no permite que el motivo de la consulta quede enfocado a un signo o síntoma y sí permite una atención global integral a todos los aspectos relevantes de la salud del niño, con atención en la evaluación de su estado nutricional. Incorpora en la rutina de la atención de la salud del niño y la comunidad dos componentes considerados cruciales. Uno de ellos es la *promoción* de la salud y otro la *prevención*; ambos permitirían la atención de la salud del niño y no solamente teniendo en cuenta el episodio de su enfermedad".¹²

El ángulo económico es un aspecto muy importante, por las limitaciones de recursos que pueden deteriorar la calidad de la atención en los servicios. Ese es uno de los motivos por los cuales la estrategia de atención integrada viene despertando entusiasmo en todos los países de la región.

Una de las consecuencias principales entre las varias consecuencias benéficas es la racionalización de la atención y división de responsabilidades entre los servicios, tanto de atención primaria, como los servicios de atención secundaria. Esto con certeza va a repercutir en una economía considerable de los recursos y a la vez va a permitir la reubicación de los mismos.

Recientemente, se han elaborado *normas genéricas estandarizadas* (Ver Anexos IV y V, "Atención del niño de 1 semana hasta 2 meses de edad", "Atención del niño de 2 meses a 4 años de edad", respectivamente) de

¹² Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Subsecretaría de Salud y Medio Ambiente. *Video: Recopilación de AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)*. OPS/OMS. 1998.

atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, para ser utilizados en la consulta.

Según esas normas, el personal de salud debe evaluar al niño para identificar señales generales de peligro no específicas, analizar el estado nutricional y revisar el estado de inmunización del niño.

Las formas estandarizadas permiten determinar al personal si el niño debe ser trasladado con urgencia a un servicio especializado, si necesita tratamiento específico, pero menos urgente, o si puede seguir un tratamiento en su casa (tratamientos y recomendaciones sobre cuidados sencillos en el hogar).

Un aspecto importante es la *capacitación* del personal de salud, de acuerdo a las normas estandarizadas, el material didáctico y las estrategias de acción, con adecuación a las condiciones locales (por ej., recomendaciones sobre la alimentación con alimentos de uso frecuente en la comunidad, acciones obligatorias para el personal de salud siempre y por cualquier motivo de consulta en los niños menores de dos años).

La capacitación del personal debe centrarse en el perfeccionamiento del desempeño, control del suministro de medicamentos en las unidades operativas en salud, evaluación y modificación del comportamiento en relación con los cuidados del niño enfermo y la atención hospitalaria del niño con enfermedad grave.

Según lo expresa el Dr. Benguigui, "la condición social y económica de la familia y comunidad tiene un peso específico como factor de riesgo, ya que determinan aspectos como, por ejemplo, la desnutrición. La contaminación ambiental e intradomiciliaria provoca riesgos adicionales (por ej., el hábito de fumar en los padres, saneamiento ambiental, hábitos de higiene en los niños)".¹³

Estos factores se complican por prácticas perjudiciales comunes, como tratamientos caseros ineficaces, uso de sustitutos de la leche materna y gastos innecesarios en productos farmacéuticos a veces inútiles. Todos

¹³ Id. Anterior.

estos factores pueden combatirse con calidad de atención. En la unidad operativa en salud, los niños deben recibir un diagnóstico correcto y el tratamiento necesario. La atención integrada aporta beneficios para mejorar la calidad de atención.

Siguiendo al Dr. Roberto Ruiz Merino (Miembro del Instituto de Salud del Niño, Perú), "la atención integrada otorga beneficios al niño y a la madre. Por un lado, es oportunidad para que el trabajador de salud vea al niño en forma integral, pueda evaluar diferentes aspectos de su salud y pueda detectar problemas que tenga el niño; y a la vez, poder orientar en aspectos de cómo darse cuenta la madre y detectar oportunamente signos de peligro y cuándo volver de inmediato en caso de que el niño pueda tener un problema".¹⁴

El beneficio es principalmente para el niño, ya que el objetivo es preservar la salud infantil.

La OPS encara la AIEPI como una estrategia evolutiva-innovadora. Es producto de la evolución de los enfoques de tratamiento de las enfermedades comunes en los niños y también una propuesta revolucionaria. Su objeto es la mejoría de la calidad y un cambio de enfoque de la atención por parte del equipo de salud en las unidades operativas, y sus repercusiones en la atención de la salud de la comunidad.

La estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes en el niño elaborada por OPS/OMS y en coordinación con UNICEF incluye los siguientes componentes: (a los que hacen referencia los *Anexos IV y V*)

- Evaluación del niño e identificación de signos de peligro.
- Evaluación del niño con dificultad para respirar e identificación de signos de neumonía.
- Evaluación del niño con diarrea e identificación de signos de deshidratación.
- Evaluación de la fiebre e identificación de signos indicativos de neumonía, sarampión o malaria.
- Evaluación de problemas de oído.

¹⁴ Id. Anterior.

- Identificación de signos de desnutrición y anemia.
- Evaluación del estado de vacunación del niño.
- Tratamiento de las enfermedades y problemas de salud detectados.
- Educación de la madre o responsable del cuidado del niño sobre la atención del niño en el hogar durante la enfermedad y una vez recuperado de ella; y la vigilancia de los signos de gravedad del niño para la consulta precoz al personal de salud.

La elaboración de estos componentes se realizó en base a las estrategias específicas existentes en la actualidad para el control individual de cada una de las enfermedades que afectan la salud del niño. De este modo, la implementación de esta estrategia no genera contradicciones con las prácticas actuales de las unidades operativas en salud, sino que contribuye a reforzar las acciones de control específicas, aportando contenidos adicionales para contribuir a la detección y tratamiento de otros problemas de salud del niño que no fueron el motivo de consulta principal; así como a la educación íntegra de la madre respecto del cuidado y atención del niño en el hogar.

La carencia de la habilidad para establecer un vínculo dialogal - comunicacional en el personal de salud, repercute en forma directa en la posibilidad de que la población no sólo cumpla con el tratamiento terapéutico, preventivo y de recomendaciones, sino que se sienta dispuesta a *retornar* por el mismo episodio (problema de salud) o por cualquier otro motivo a la unidad operativa en salud.

Para lograr este retorno es necesario utilizar y desarrollar buenas técnicas de comunicación en todos los momentos que genera una situación de consulta, como ser, saber preguntar y escuchar, elogiar, aconsejar, interpretar, verificar y acompañar a la madre y/o responsable de la salud del niño, cuando se indique un tratamiento, recomendación para realizar en el hogar o cualquier otra indicación.

La búsqueda de otras alternativas de atención y tratamientos (curanderos, remedios caseros, proveedores de medicamentos, consejos de medicina doméstica, etc.) por parte de la población, puede considerarse consecuencia de esta falta de la habilidad. Un diálogo - comunicación real entre el personal de salud y la madre o acompañante del niño, responsable

de su salud, genera una sensación de confianza que permite a la población incorporar información a través de la transmisión de conocimientos, habilidades, y las motive a un cambio de actitud que contribuya a la adopción de hábitos saludables. Establecer este vínculo adecuado entre el personal de salud y la población permite mejorar el diagnóstico y tratamiento, influye en la aplicación de las medidas preventivas futuras que pueden contribuir a reducir el riesgo de enfermarse en los niños menores de cinco años.

Para mejorar la calidad de atención de estos niños en las unidades operativas en salud, se pretende la aplicación adecuada de las estrategias (tecnologías de diagnóstico y tratamiento), con introducción de aspectos de la promoción y prevención de la salud infantil en la rutina diaria de la atención (situación de consulta) en las unidades operativas en salud.

El contenido humanitario - social de la estrategia AIEPI (que rescatamos en este trabajo) se pone de manifiesto en el componente de la educación, a través de las recomendaciones a las madres y responsables de la atención y cuidado del niño en el hogar.

El plan operativo contiene lineamientos generales para la comunicación (Habilidades de comunicación), teniendo en cuenta las características locales de la población. Se proponen las metodologías más adecuadas a ser utilizadas incluyendo no solamente las dirigidas a la población en general, sino también las que se utilicen a nivel local en forma interpersonal, por el personal de salud en las unidades operativas.

El plan también incluye la necesidad de recopilación de información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas actuales de la población en general o de grupos de población específicos identificados a partir de su unidad socio-cultural.

1.6 EL PERSONAL DE SALUD

Se denomina personal de salud a todo personal profesional (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) y no profesional (administrativos, servicios generales, etc.) que cumplen funciones diferenciadas dentro de un mismo ámbito de trabajo (Unidad Operativa en Salud).

1.6.1 FORMACION Y CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD

Los muy significativos cambios conceptuales y doctrinarios registrados en el campo de la salud, especialmente respecto a su vinculación con el desarrollo económico-social y con la estrategia de la atención primaria de la salud, plantea en su implementación práctica la necesidad de contar con un recurso humano suficientemente capacitado para el ejercicio de nuevas funciones y responsabilidades.

La interacción con la comunidad y el cambio profundo de estructuras en la formación de personal que el planteo anterior supone, requiere una delicada tarea de transformación progresiva de los contenidos curriculares tradicionales y esquemas metodológicos con los que aún se sigue manejando la educación formal para ir posibilitando cada vez más una formación más acorde con las necesidades de un nuevo tiempo social.

La *formación* científica de personal de salud debe ir acompañada (desde la Universidad), en similar medida, por contenidos de las ciencias sociales, la psicología, la antropología, y con el desarrollo de capacidades para la comunicación y el diálogo con los pacientes, sus familiares y los múltiples agentes y profesiones de los que depende el bienestar del individuo y la comunidad.

El personal de salud deberá tener una formación antropológica que le permita actuar médicamente, entendiendo y respetando las pautas culturales, los ideales y las creencias de la familia y el paciente.

Deben poseer ciertas habilidades interpersonales e intelectuales; demostrar estar dispuestos no sólo a ser eficaces educadores y consejeros de sus pacientes sino también integrantes constructivos del equipo de salud.

En el campo intelectual, el pensamiento crítico será la cualidad más importante dada la masa de información que deberán enfrentar. Algunos atributos personales serán relevantes. Deberán sentirse cómodos ante la diversidad cultural y poseer un sentido de responsabilidad social que les permita dedicarse a atender las necesidades sociales de salud manifiestas por la comunidad. Deberán demostrar poseer tolerancia a la ambigüedad y ser capaces de actuar ante la incertidumbre; ocuparse de sus pacientes y no sólo intentar curarlos. Deberán mostrar una actitud positiva frente a las conductas relacionadas con la salud debido al énfasis creciente en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La OMS destaca la necesidad de “una formación con un sentido básicamente humanista y social y con integración multidisciplinaria y multisectorial, que responda en cantidad y calidad a los requerimientos de una comunidad en general cada vez más consciente de sus derechos y obligaciones de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención de su salud”.¹⁵

La *capacitación* del personal de salud en la aplicación de las estrategias propuestas por los Programas Prioritarios de Salud incluye el entrenamiento no solamente del personal responsable de la atención del niño a nivel de las Unidades Operativas en Salud.

Todos los trabajadores del sector, desde el nivel profesional y técnico, hasta administrativo y auxiliar, independientemente de su actividad

¹⁵OMS. *Recomendaciones de las Discusiones Técnicas en Nuevas Políticas para la Educación para la Salud en la Atención Primaria de la Salud*. 36º Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Mayo de 1983. OMS/SCIPHE Nº 1/1985. Pág.24.

específica, pueden y deben ser promotores/educadores sanitarios en el sentido amplio y trascendente de la expresión.

El personal de salud responsable de la atención incluye en primer lugar el personal médico y de enfermería de las Unidades Operativas y, posteriormente, a trabajadores sociales, agentes comunitarios en salud, personal administrativo, voluntario y de servicios, para de este modo mejorar el acceso de la población a la estrategia.

La capacitación del personal responsable de la atención incluirá los criterios de evaluación, clasificación y tratamiento de las enfermedades y problemas de salud del niño. Este personal deberá recibir también capacitación para desempeñarse adecuadamente en la educación y comunicación con las madres de los niños menores de cinco años, de manera de mejorar el conocimiento de las mismas respecto de la atención del niño en el hogar. La capacitación de este personal incluirá un fuerte componente práctico que le permita adquirir las habilidades necesarias para una adecuada aplicación de la estrategia (*qué debe transmitir y cuál es la mejor forma para hacerlo*).

Las necesidades de capacitación del personal en una Unidad Operativa en Salud, Area o Zona, varían en relación con la realidad de su situación sanitaria y económico-social y de la existencia o no de recursos humanos capacitados. En general pueden considerarse las necesidades de:

- generar un nuevo modelo de atención a las personas;
- acción interdisciplinaria, conformando una visión ampliada a partir de la cual se integren, sinteticen y canalicen, en una conducta única, los distintos criterios e indicadores aportados por el personal del equipo de salud;
- división del trabajo según distintas ramas del conocimiento y coordinación de las tareas para poder conservar la actividad (requerimientos básicos y opuestos de la actividad hospitalaria, al igual que de cualquier otra acción organizada);

El desempeño de estos roles presenta dificultades debido a la falta de formación y experiencia en los miembros del equipo de salud.

La actividad interdisciplinaria exige un esfuerzo de comunicación y un conocimiento del otro para lo cual debe vencerse la tendencia al trabajo dentro de límites de su propio campo. Resulta difícil a los profesionales adaptarse a la organización donde es imprescindible interactuar con otras disciplinas en un plano horizontal; esto se ve reflejado en la resistencia de algunos servicios para ordenar sus actividades de manera coordinada con el responsable del área, así como para aceptar el control del cumplimiento de las mismas.

Todos estos señalamientos podrían sintetizarse en la necesidad de desarrollar estrategias de trabajo cooperativo entre sectores muy desarrollados en la especificidad (producto de la división del trabajo a partir de la evolución del conocimiento científico y del desarrollo tecnológico).

Cabe recordar que el crecimiento de las partes sin articulación e integración entre sí no permiten el logro del fin común: Unidades Operativas en Salud eficientes, eficaces, equitativas y humanizadas.

En definitiva, se puede resumir que el propósito general de capacitación en una Unidad Operativa es la planificación e implementación de actividades que contribuyan a la integración entre clínicos, especialistas, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, agentes comunitarios y personal administrativo y de servicio (trabajo cooperativo) y a la necesidad de capacitación de los distintos niveles de conducción en las habilidades de gerencia (planificación, supervisión y evaluación).

La capacitación del recurso humano debe basarse en un proceso continuo, con una capacitación básica inicial seguida de actividades permanentes de *monitoreo* y *supervisión*, que permitan la reafirmación y actualización conceptual, doctrinaria y de contenidos y metodologías. La formación interdisciplinaria y la cooperación intersectorial, junto con el uso de tecnologías apropiadas, serán requisitos de fundamental importancia en la capacitación del personal.

1.6.2 EL EQUIPO DE SALUD

El campo de la salud se presenta como un conjunto abierto; si bien pueden precisarse sus límites, no constituye un universo cerrado, y toma distintas demarcaciones según los distintos momentos históricos y sociales (análisis epidemiológico). La salud como campo interdisciplinario, incluye:

- las problemáticas conceptuales y prácticas de la salud;
- las problemáticas, conceptualizaciones, evaluación y utilización de todo tipo de instituciones, organizaciones y colectivos humanos;
- la organización y planificación de servicios y sistemas diversos directa o indirectamente vinculados con la protección, promoción, prevención de patologías, tratamientos adecuados y recuperación eficaces. Asimismo, la evaluación en todas estas actividades;
- las condiciones de vida, trabajo, educación y recreación en las que las personas se desarrollan y viven;
- los medios de comunicación y los mensajes a los que la población se encuentra expuestas;
- la legislación y jurisprudencia en el marco de la política de salud nacional y provincial.

Las problemáticas que se derivan del campo de la salud, así como la planificación en el mismo, no pueden ser abordadas ni desde una sola disciplina, ni desde un solo discurso que ostensivamente resultaría insuficiente para abarcarlas. Esta forma representa el modelo médico hegemónico, sin compromiso con la salud pública.

El conocimiento se ha hecho cada vez más fragmentario y, por lo tanto, cada vez más abstracto y alejado de la realidad. "Es preciso que se haga efectivo también en las ciencias el camino inverso, anunciado y proclamado en la filosofía desde hace tiempo, el camino de retorno a las cosas mismas..."¹⁶; es decir, que las ciencias recuperen su aptitud para la comprensión de lo humano y lo concreto.

¹⁶J. De Zan. *Introducción al Trabajo Interdisciplinario*. Cuadernos Interdisciplinarios Nº 1. Universidad Católica de Santa Fe. 1981. Pág. 13.

Lo que se plantea es la necesidad de una nueva tarea que no podrá ser sustitutiva de la especialización, ni podrá implicar siquiera disminución alguna de su importancia.

En líneas generales, el trabajo en equipo implica un *esfuerzo coordinado* de un grupo de profesionales de las distintas disciplinas, o no profesionales, en la realización de una determinada labor. Tener una tarea común permite compartir más de cerca y a un nivel de praxis las diferentes opiniones y modos personales de encarar la tarea diaria.

El trabajo en equipo obligará a poner de relieve al mismo tiempo, "...como un tema central de análisis y discusión los problemas fronterizos, el esclarecimiento de las relaciones, de la forma como interactúan y se condicionan recíprocamente cada uno de los diferentes aspectos o factores que forman parte de la realidad en estudio, y que determinan la dinámica de sus procesos, así como el sentido concreto de los mismos."¹⁷ Esta integración de los puntos de vista implicará una valorización del peso relativo de cada uno de los aspectos y una interpretación del sentido y la estructura de la cosa misma como un todo.

La totalidad en sentido no meramente cuantitativo, sino ontológico implica una multiplicidad y diversidad de lo real que se presenta como un todo organizado y unitario; forma un sistema de relaciones dentro del cual cada uno de los elementos, de las partes o de los diferentes aspectos cobran sentido solamente en su conexión con los demás, y no solamente dependen recíprocamente los unos de los otros, sino que dependen también, esencialmente de la estructura y dinámica de la totalidad en cuanto tal.

Si la totalidad es una multiplicidad de elementos integrados en una unidad estructural y dinámica, el conocimiento debe ir y venir constantemente de las partes al todo, mediante un proceso dialéctico de ida y vuelta en el que todos los conocimientos entran en un movimiento recíproco y se iluminan mutuamente.

¹⁷O. Varsarsky. *Ciencia política y científicismo*. Tercera Edición. Eudeba. Buenos Aires. 1972. Pág. 87.

El equipo de salud, compuesto por diversos profesionales que comparten una metodología, metas, objetivos y normas comunes, manifiesta conductas cohesivas, las cuales varían de acuerdo con la naturaleza de las relaciones entre sus miembros. La cohesión es una propiedad que permite que los integrantes del equipo se mantengan unidos y de acuerdo.

Las normas regulan la cohesión, rigen y controlan las actividades profesionales y constituyen el marco de referencia a partir del cual todos orientan su accionar.

La conformación de un verdadero equipo de salud requiere una actitud propicia que incluya:

1. el convencimiento de que la acción cooperativa beneficia:
 - * a los miembros que integran el equipo de trabajo;
 - * al proceso de comunicación-educación para la salud;
2. conciencia de grupo y espíritu de colaboración;
3. capacidad de comunicación.

En síntesis, la operatividad del equipo de salud, con criterio interdisciplinario, permitirá:

- la integración profesional, indispensable para un desarrollo comunitario eficiente en la calidad de la prestación y en la proyección a su entorno social;
- la resolución de dificultades en una mayor población, en forma simultánea;
- eliminar el elitismo profesional y los criterios cerrados de la contraprestación individualista;
- lograr la inclusión de áreas profesionales que no podrían desarrollar un programa comunitario en forma unitaria, pero sí dentro de un equipo de trabajo interdisciplinario.

1.6.3 LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD

La frecuentación de la práctica interdisciplinaria en programas concretos de trabajo del equipo de salud no dejará intactas las categorías propias de cada ciencia sino que, a través del desarrollo mismo de la investigación y de la integración de los conocimientos, en la medida en que el diálogo sea efectivo, crítico y avance hacia una compenetración objetiva de los enfoques parciales, cada especialista se verá forzado a ampliar sus puntos de vista, a redefinir sus categorías para abrirlas a la comprensión e integración de las otras dimensiones de la cosa, y a buscar nuevas hipótesis compatibles con puntos de vista más amplios que los de su propia especialidad.

No se trata de una "unificación sistemática de las diferentes ciencias, ni de la pérdida de su especialidad"¹⁸, sino de una integración funcional que implica la creación de condiciones, instrumentos y presupuestos teóricos para la realización de trabajos en común y para la elaboración de síntesis capaces de integrar resultados analíticos de los avances logrados en las diversas áreas del conocimiento.

El trabajo en equipo interdisciplinario encuentra su motivo y fundamentación en la realidad compleja y multifacética de la situación que se estudia. Si tenemos en cuenta que convergen allí los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, etc., podremos comprender cómo el trabajo de los integrantes del equipo será posible en un funcionamiento de interacción mutuo, sin perder nunca de vista que las divisiones de los profesionales que allí convergen han partido de parcializaciones teóricas y prácticas que sólo toma sentido cuando reunidos reencuentran su unidad.

La composición del equipo de salud variará de acuerdo a la complejidad de la Unidad Operativa en Salud y a los profesionales que se encuentran trabajando en ella. Mínimamente, deberá estar constituido por los siguientes agentes profesionales y técnicos:

¹⁸E. Ortiz. *Testimonio*. Año IX. N° 21. Ateneo de Asistentes Sociales de Buenos Aires. Buenos Aires. Agosto de 1982. Pág. 11.

Nivel IV (Hospital Base de Area Referencial): Clínica general, Pediatría, Tocoginecología y/u Obstetricia, Anestesiología, Enfermería Profesional, Trabajo Social, Farmacia, Laboratorio.

Nivel III (Hospitales S.A.M.Co.): Clínica general, Pediatría, Enfermería Profesional, Trabajo Social.

Nivel II (Centros de Salud): Médico generalista y Auxiliar de Enfermería.

Se rescata, especialmente en este trabajo, el planteo de integración, objeto del Trabajo Social, debido a su posición privilegiada dentro de la complejidad de la realidad social.

El Trabajador Social:

- Participa del diagnóstico situacional de la realidad social, económica y cultural.
- Realiza, a través del seguimiento de casos, la orientación a la familia en lo relativo a la consecución de tratamientos.
- Asume el papel de vínculo entre la comunidad y la Unidad Operativa en Salud.
- Participa, investiga e interviene en todas las acciones que tiendan a la promoción y prevención de la salud.
- Provee contenidos de educación para la salud y procedimientos técnicos y administrativos relevantes al nivel de atención.

Como profesionales de las Unidades Operativas en Salud, los trabajadores sociales cumplen diversas *funciones*:

- Realizar aportes desde la especificidad profesional en el equipo interdisciplinario en relación a la lectura, análisis e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socio-económico-político-culturales que la condicionan y la metodología de trabajo en sus dos dimensiones: al interior del equipo y en el

abordaje de la situación concreta, así como en lo referente a la elaboración del informe social correspondiente.

- Contribuir al logro de los objetivos del establecimiento, participando con el equipo tratante para obtener el bienestar bio-socio-cultural de los pacientes.
- Promover la creación, desarrollo, mejoramiento y adecuada utilización de los recursos de las Unidades Operativas en Salud/comunidad.
- Realizar acciones tendientes a mejorar los sistemas de relaciones y de comunicación en los equipos para que éstos logren a través de la autogestión, su desarrollo integral.
- Investigar los antecedentes sociales, económicos, culturales, emocionales del paciente estableciendo las causas que hayan influido, desencadenado y agravado su situación actual.
- Aportar al equipo tratante los datos de carácter personal del paciente en relación con el rol social que cumple en la familia y la sociedad.
- Elaborar y ejecutar junto al equipo de salud programas y proyectos que incluyan actividades con fines educativos, preventivos y de promoción con grupos de pacientes y/o familiares seleccionados de acuerdo a su situación actual.

En el marco de las actuales políticas y estrategias de salud, los profesionales del Trabajo Social que directa o indirectamente están involucrados en la Educación para la Salud, la Atención Primaria, la Promoción y Protección de la Salud, se encuentran viviendo una fuerte presión psicosocial que reaviva, diariamente la necesidad de poner definitivamente en marcha las acciones que programadamente posibiliten un acercamiento efectivo a la *"Salud para Todos"*.

Según Ander Egg, el Trabajo Social "se apoya en conocimientos teóricos que porporcionan las diferentes Ciencias Sociales, y se vale

igualmente de técnicas de investigación, programación, intervención y evaluación comunes a otras disciplinas"¹⁹; la originalidad de los profesionales que se desempeñan en el sector Salud se basa en la capacidad y creatividad para lograr la integración de todos esos elementos desde la propia perspectiva operativa.

El trabajo interdisciplinario, como una tecnología que toma y aporta conocimientos de todas las Ciencias Sociales, se presenta como una nueva técnica de trabajo, que se utiliza en Trabajo Social para un accionar más efectivo, entendiéndose la promoción del cambio de actitudes, de la participación activa y toma de decisiones en los individuos y grupos sociales como su rol más relevante.

Esta situación exige que los profesionales del Trabajo Social insertos en el sector Salud, dispongan concretamente de los espacios de reflexión que permitan esclarecer a nivel de impostergables, en equipos intersectoriales e interdisciplinarios, algunos interrogantes básicos:

¿Cómo poner en marcha el primer eslabón de una Estrategia Primaria de la Salud en nuestro país?

¿Cómo encarar la formulación y/o reformulación de un recurso humano no convencional?

¿Cómo posibilitar, a través de los distintos resortes organizativos, reconvertir una comunicación vertical en horizontal, apuntando al logro de una más eficaz y dinámica interacción de los distintos sectores que hacen a la atención de las personas desde el sector Salud?

¿Es la inexistencia o el mal uso de una tecnología social lo que no permite la verdadera interacción de los grupos de trabajo?

¿Cuáles son las causas que mantienen el aislamiento, sobre la combinación y síntesis, como sostén de una metodología orientada a la satisfacción de las necesidades?

¹⁹E. Ander Egg. *Metodología del Trabajo Social*. El Ateneo. Buenos Aires. 1981. Pág. 52.

“*La salud es un hecho social*”, Este es un enunciado que integra desde lo individual hasta lo institucional, ambos como expresiones sociales, todas las acciones en salud.

La salud es un hecho, por estar determinada por un nivel de desarrollo de una formación económica-social dada.

Por entenderlo así, el equipo de salud debe ocupar un lugar de protagonismo en las acciones, conformando un marco referencial que es la “*Táctica de Comunicar-Educar para la Salud*”.

Independientemente del modelo operativo (técnicas y medios) que se utilicen, éste deberá estar decidido a reafirmar que la salud es un *derecho* de *uno mismo* y por ende, de *todos*. Este derecho se transformará en un *deber*, cuando los efectores de salud, bien instrumentados (recurso humano convencional y no convencional), logren a través de sus acciones alargar la distancia entre los dos extremos del proceso salud-enfermedad.

La *Táctica de Comunicar-Educar para la Salud*, ¿qué exige a los profesionales en el ámbito de las Unidades Operativas en Salud?

1. Priorizar el reconocimiento de las necesidades expresadas por la población-riesgo, destinatarios de la tarea, como punto de partida de una tecnología apropiada, que jerarquice la experiencia y conocimientos de la propia población;
2. Utilizar la motivación adecuada para que la población haga suyos los objetivos de la tarea, en la medida que coincidan con las necesidades por ellos expresadas;
3. Entender el proceso de salud-enfermedad como fenómeno colectivo;
4. Trabajar para que el saber médico, que intenta resolver los problemas de dicho proceso, integre a su saber científico, el *saber popular*;
5. Demostrar que es posible, a través de la práctica médica y no médica dentro de las Unidades Operativas en Salud, dar respuestas al problema de salud y trabajar sobre la prevención y alivio del mismo.

No menos importante resultará recordar que desde cada uno de los integrantes del equipo de salud, protagonistas de un medio socio-económico-cultural, será como se podrá aportar a lograr que *ayudar a aprender* sea una realidad para todos dentro de un marco comunicativo-educativo.

Capítulo

2

Comunicación

2.1 CONCEPTUALIZACION

Con el concepto *comunicación* se hace referencia, básicamente a la transmisión de mensajes de una fuente hacia un destino. Es un proceso por el cual los hombres condicionan recíprocamente su conducta en la relación interpersonal.

Incluye todos los procesos en los cuales la conducta del ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro u otros seres humanos. A su vez, la conducta emergente reaccúa como estímulo que modifica la conducta primera.

Enunciaremos los conceptos básicos inherentes al modelo circular de la Teoría de la Comunicación: emisor, receptor y mensaje transmitido a través de un determinado medio o canal.

El *mensaje* es una unidad comunicacional singular, un contenido que debe adoptar una forma, por lo que requiere una previa elaboración (codificación) por parte del emisor. Dichos códigos deben ser conocidos por el receptor para que éste pueda decodificar correctamente el mensaje y darle significación. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de *interacción*. "Las reglas que rigen las interacciones entre emisor y receptor pueden ser explícitas o implícitas. Sirven para establecer y estructurar los diferentes papeles, así como para codificar mensajes".²⁰

Respecto al *emisor* (que en el contexto de este trabajo se identifica con el personal de salud en las Unidades Operativas en Salud), las posibilidades de comunicación aumentan en función del prestigio, credibilidad y poder de atracción, así como su habilidad para codificar y adaptar los mensajes al receptor y su marco de referencia. También son condiciones de gran valor en el emisor, la actitud y convicción en lo que hace, en los mensajes que transmite y una actitud positiva (empatía) respecto al destinatario del mensaje.

²⁰J. de Ajuriaguerra. D. Marcelli. *Manual de Psicopatología del niño*. Masson S.A.. Madrid. 1992. Pág. 452.

El *receptor* (madre o acompañante del niño que consulta) no solo recibe, sino que percibe selectivamente, de acuerdo a las circunstancias que lo condicionan. Los mensajes casi nunca son recibidos por el receptor tal como fueron concebidos por el emisor, por lo que éste deberá realizar los esfuerzos que fueran necesarios para asegurar una recepción del mensaje lo más cercano posible a su contenido original.

Los *mensajes* deben tener ciertas características: ser claros en su contenido y su forma, adecuados al marco de referencia del receptor y a las convenciones del medio o canal que se transmite. Será muy importante tener en cuenta que "siempre que un mensaje no esté claro o esté incompleto, lo más probable es que el receptor le añada algo por su cuenta, para darle alguna significación coherente, o lo ignore por completo".²¹

Los mensajes deben ser emitidos con ritmo y frecuencia. Una gran cantidad de mensajes puede producir una saturación, interfiriendo el proceso y provocando una notable disminución en los mensajes que llegan al receptor; del mismo modo, si el número de mensajes desciende de un cierto nivel, puede provocarse una falta de estímulos, limitando de esta forma la capacidad del receptor.

Un concepto importante en la comunicación es la *metacomunicación*, la cual hace referencia a las formas complementarias de expresión del emisor, que generalmente tienden a reforzar el significado de los mensajes. La persona que habla utiliza simultáneamente gestos, tonos e inflexiones de voz, que coinciden generalmente con el significado de sus palabras. La falta de coherencia en las formas de metacomunicación que se utilicen es una frecuente causa de ruido en la comunicación.

El *feed back* o *retroalimentación* significa el retorno comunicacional que se hace en dirección receptor-emisor. Por la retroalimentación el emisor tiene una idea de cómo fue recibido e interpretado su mensaje; esto le permite reajustar su contenido o forma, de modo que sea entendido tal como él lo desea.

²¹ Juan C. Arrosi y ot. *Educación para la Salud. Aspectos básicos conceptuales. Guía de Programación*. UBA. Escuela de Salud Pública. Curso de Diplomados en Salud Pública. Buenos Aires. 1983. Pág. 18.

Hablamos de *ruido* en la comunicación cuando se producen interferencias en la misma por cualquier causa; esto incluye desde problemas de codificación en el emisor hasta de recepción e interpretación en el receptor o falta de claridad en el medio o canal que se utiliza.

En la elección del *medio o canal* de comunicación, debe evaluarse cuidadosamente en cada caso los objetivos que se proponen, las condiciones en que se llevará a cabo el proceso, los recursos disponibles y la población objetivo. Tanto los medios masivos de comunicación como la relación interpersonal directa ofrecen distintas posibilidades en relación a la obtención de determinados resultados.

Finalmente, haremos referencia al concepto de *redundancia*, el cual es básicamente, repetición. Al establecerse una comunicación, en el receptor, los mensajes tienden a ser influenciados por un frecuente mecanismo psicológico, el olvido. Frente a éste, la repetición se convierte en un medio eficaz en la transmisión de contenidos educativos esenciales. El sentido del concepto de redundancia también alcanza aquello que no siendo esencial para la significación de un mensaje, se agrega para asegurar una correcta recepción e interpretación del mismo.

La Teoría de la Comunicación se basa en cinco *principios*, que enunciaremos muy brevemente:

1. *Es imposible para un individuo situado en interacción, no comunicarse.* Rehusar a comunicar no es más que una forma específica de comunicación. Todo comportamiento tiene valor de comunicación;
2. Toda comunicación tiene dos aspectos: el *contenido* de la comunicación y el *tipo de relación* establecida entre los dos protagonistas. Esto define el nivel *explícito* de comunicación y el nivel *implícito*. Pasar del nivel explícito al nivel implícito supone la capacidad de *comunicar sobre la comunicación*. Esto sólo es posible cuando el sistema es abierto, lo cual depende de la capacidad de cada uno de los miembros para tomar el impulso necesario y de la introducción de un elemento nuevo. Si esto no ocurre, el sistema queda cerrado y reproduce indefinidamente el mismo tipo de interacción;

3. La naturaleza de la relación entre los *interlocutores* depende para cada uno de ellos de la puntuación de las secuencias de comunicación. Una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de interacciones. En una secuencia prolongada de intercambios, los participantes puntúan la secuencia, de modo que uno u otro tiene la iniciativa, predominio, dependencia, es decir, establecen entre ellos patrones de intercambio que constituyen reglas de contingencia con respecto al intercambio de refuerzos;
4. Se dan dos modos heterogéneos de comunicación. La *comunicación digital* (el lenguaje mismo) y la *comunicación analógica* (todo lo que está alrededor del lenguaje: entonación, mímica, postura, gestos, inflexiones de voz). La parte del mensaje incluida en uno de los modos de comunicación puede estar en armonía, disarmonía o contradicción con la parte contenida en el otro;
5. Las interacciones son de naturaleza *simétrica* (tendencia a la igualdad y a la minimización de la diferencia entre los participantes), o de naturaleza *complementaria* (tendencia a la maximalización de dicha diferencia y a su utilización en la comunicación). Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos madre-hijo, médico-paciente, maestro-alumno). Este tipo de interacción, llevada al extremo, impide desarrollar la autonomía, independencia, espíritu crítico y criterio personal, no permitiendo el desarrollo de uno de los miembros de la relación.

2.2 DIALOGO - COMUNICACION

Toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Una comunicación no sólo transmite información, sino que al mismo tiempo, impone conductas. La comunicación nos permite analizar la importancia que tienen los seres humanos, unos sobre otros, y cómo los estímulos más importantes y significativos que forman y condicionan la conducta no provienen del medio físico, sino de otros seres humanos, de sus conductas.

La comunicación directa, cara a cara, es un recurso por excelencia para motivar determinadas actitudes y conductas. Esa efectividad se vincula a las posibilidades de retroalimentación, de ajuste y enriquecimiento bidireccional de la misma.

La comunicación es intercambio de información. Dentro de los Programas de Salud, la finalidad de este intercambio es llegar a un entendimiento común y modificar o reforzar creencias, actitudes y comportamientos que promueven la salud. Esa es la base del diálogo, que se establece no solo a partir de lo que expresa el trabajador de salud, sino también de su actitud corporal.

El diálogo-comunicación es un proceso bidireccional, en el cual los trabajadores de salud y las madres o acompañantes de los niños se escuchan respetando sus respectivos puntos de vista en actitud de mutuo aprendizaje.

El diálogo, la comunicación que puede y debe establecerse entre la madre y el personal de salud durante una situación de consulta, es uno de los medios más efectivos para el logro de la *transferencia de conocimientos en salud* y de la *participación responsable*.

La madre que acude con su niño a la Unidad Operativa en Salud es una persona que tiene valores, creencias, opiniones y actitudes basados en sus experiencias y conocimientos previos. El personal de salud ha adquirido conocimientos técnicos y científicos sobre los problemas de salud, los cuales orientan sus acciones. El solo hecho de que sus indicaciones posean basamento científico, no implica que las madres las acepten y practiquen. Es necesario que las madres comprendan el sentido e importancia de las mismas.

“El cuerpo enfermo no es susceptible como objeto de trabajo científico; si se lo es, la práctica pierde eficacia al aplicarse sobre un objeto abstracto, es decir, sobre un objeto que no puede ser objeto de trabajo. La afirmación parece contradecir los resultados que obtiene la práctica de la medicina en sus versiones avanzadas, sofisticadas y modernas; no obstante, sucede que

serán atendidas por las organizaciones sociales que más se aproximen al hombre receptor personalizado del beneficio”.

Toda enfermedad o problema de salud en el niño puede dividirse en cuatro *fases*. La primera comprende su aparición y diagnóstico; la segunda, el impacto que produce en el niño y la familia; la tercera, la forma en que el niño y la familia se adaptan a la enfermedad o problema; y la cuarta, la atención de la enfermedad o problema por los profesionales, familia, instituciones, etc. Los factores psicosociales son una parte de la enfermedad o problema de salud y no sólo un elemento modular.

“La enfermedad provoca en el niño cierto número de modificaciones: un cambio en la experimentación de su estado corporal, acompañado o no de dolor, de fiebre que puede modificar su nivel de conciencia, de un estado de angustia más o menos consciente y de elementos particulares unidos a una perturbación subsiguiente de las costumbres y al establecimiento de un nuevo modo de relaciones en el contexto de los contactos familiares o sociológicos”.²⁴

El tipo de reacciones del niño frente a la enfermedad o problema de salud dependerá del carácter agudo o progresivo y de la duración de la misma, de la actitud de la familia, del lugar de tratamiento (en casa o en la Unidad Operativa en Salud); del clima emotivo en el que se encuentran en niño y sus padres en el momento de la enfermedad o problema y del grado de evolución afectiva del niño. Las reacciones de la familia son complejas y diferentes no sólo de familia a familia sino al interior de una misma familia y evolucionan de diferentes maneras.

Frente a la enfermedad o problema de salud del niño, el personal de salud deberá actuar médicamente, y, a la vez, entendiendo y respetando las pautas culturales, los ideales y creencias de la familia y el niño.

Para que un trabajador de salud sea efectivo en su trabajo en situación de consulta debe conocer cómo prevenir y tratar las enfermedades, y al mismo tiempo, debe saber cómo comunicarse, y así

²⁴J. de Ajuriaguerra. *Manual de Psiquiatría Infantil. Cuarta Edición*. Masson. S.A. Madrid. 1993. Pág. 848.

ayudar a las familias a mejorar su estado de salud. La actitud del trabajador de salud es tan importante como lo que expresa; involucra conocer los puntos de vista de las personas, escuchar con atención lo que dicen y comprender su situación.

2.4 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

La habilidad es la capacidad y disposición para el manejo de cualquier ejercicio u oficio y de destreza para ejecutar una cosa. En el ámbito de la comunicación en la situación de consulta, hace referencia a las aptitudes y actitudes presentes y a desarrollar en el personal de salud que permiten establecer un diálogo-comunicación positivo y favorable con la madre o responsable de la salud del niño.

2.4.1 SABER ESCUCHAR

Escuchar no significa solamente oír las palabras y sacar conclusiones. En la consulta, es necesario desarrollar esta habilidad, ya que toda información, comentario o dato que la madre o responsable del niño mencione, será de vital importancia para los procedimientos de evaluación y clasificación del problema de salud o enfermedad y de los cuidados y tratamientos que la madre podrá dar al niño en el hogar.

El hecho de escuchar atentamente mejorará las relaciones, creando un clima favorable en la consulta, ya que la madre notará que sus comentarios son tomados en cuenta. Escuchar ayuda a evitar malos entendidos y estimula a las madres a hablar con franqueza.

Escuchar con atención implica:

Prestar atención a la madre y dedicarle el tiempo necesario. Existen formas comunes de demostrarlo, como asentir con la cabeza, establecer contacto visual, mirar a la otra persona.

Estar preparado para resumir lo que ha manifestado la madre. Esto ayudará a determinar si el personal de salud ha comprendido lo que la madre ha expresado y pueda demostrárselo a ella.

Volver a preguntar, si no se entiende lo que expresa la madre. Toda manifestación que la madre hace es importante y no puede hacerse caso omiso de la misma.

Animar a la madre si se muestra insegura. Existen diferentes formas de estimular a la madre, según la situación que se presente en la consulta. Pueden hacerse preguntas abiertas o comentarios de apoyo y aprobación; el silencio también puede ser necesario como estímulo, dando espacio a la madre para que concluya su comentario.

La posibilidad de *repetir* las palabras escuchadas e *interpretar*, en base a lo que se oye, ve y sabe, son importantes recursos para establecer un diálogo-comunicación positivo en la consulta. La repetición demuestra a la madre que el personal le ha prestado atención y la impulsa a hablar más. La interpretación permite a la madre ampliar lo ya manifestado y corregir cualquier suposición errónea del personal de salud.

2.4.2 SABER PREGUNTAR

La manera en que el personal de salud formula sus preguntas es muy importante, ya que la buena formulación permite establecer una verdadera interacción en el intercambio de información con las madres que consultan. Las preguntas variarán de acuerdo a la finalidad de las mismas: averiguar

información básica, obtener más información sobre algo que ha dicho la madre, averiguar qué sabe, determinar si entiende y recuerda lo que le fue dicho. Para la formulación es necesario:

Utilizar en las preguntas un lenguaje sencillo y claro. Las palabras que se utilizan deben ser entendibles por la madre, de su uso habitual, evitando términos técnicos. Muchas veces será necesario utilizar modismos comunes para que la madre comprenda las palabras del personal de salud.

Formular una pregunta por vez. Las preguntas deben ser concretas y específicas, evitando generalidades o ambigüedades.

No inducir las respuestas. Realizar las preguntas de modo que el tono de voz con que se formula no predisponga a la madre a dar la respuesta que se espera, ayudará a que hable con sinceridad.

Ser paciente al preguntar. Al formular una pregunta, debe darse a la madre la oportunidad de pensar y contestar. En oportunidades, quizás sea necesario volver a formular una misma pregunta, ya que pudo no ser entendida.

Saber preguntar se relaciona con saber escuchar. Una respuesta puede generar la necesidad de nuevas preguntas para aclarar dicha respuesta. Esto se logra únicamente si el personal de salud escucha, entiende e interpreta bien la respuesta.

En la situación de consulta se utilizan dos tipos de preguntas básicas:

Preguntas cerradas. Son las que se responden solamente con sí o no. Son útiles cuando se necesita averiguar información sencilla. Generalmente comienzan con expresiones verbales en pasado, presente o futuro (por ej., ¿siguió alimentando al niño?).

Las preguntas cerradas limitan mucho las respuestas de las madres. Si el personal de salud utiliza solamente este tipo de preguntas, la madre tendrá pocas oportunidades de expresar su opinión, ampliar algún concepto o expresar información adicional importante.

Las preguntas cerradas llevan a la madre a responder lo que ella piensa que el personal que interroga desea oír, es decir, pueden inducir una respuesta. Por este motivo, es conveniente complementar las preguntas cerradas con las abiertas.

Preguntas abiertas. Estas preguntas exigen mayor desarrollo en las respuestas. Instan a la madre a describir lo que hizo, a explicar por qué o a indicar lo que entiende sobre el tratamiento del niño. Las preguntas abiertas comienzan con interrogantes como cuándo, qué, por qué y cómo (por ej., ¿qué hizo cuando notó que su niño tenía fiebre?).

Durante el diálogo-comunicación entre la madre y el personal de salud siempre habrá una combinación de creencias y prácticas, positivas y negativas, en cuanto a los efectos que éstas tendrán en la salud del niño.

Las prácticas tradicionales que forman parte de la cultura popular (no por ese mero hecho perjudiciales para la salud) deben ser tenidas en cuenta por el personal de salud, quien, despojado de sus prejuicios, debe señalar, reforzar, fomentar y estimular las que fueran acertadas en el cuidado del niño. Esto dará lugar en la madre a un sentimiento de reconocimiento, aceptación y confianza en lo que ella pueda realizar para cuidar y tratar a su hijo, estimulando su autoestima y poniéndola en mejores condiciones para enfrentar futuros problemas y dificultades cotidianas, y finalmente, estará más predispuesta a retornar a la Unidad Operativa en Salud ante cualquier problema que se le presente.

La actitud comunicativa-educativa del personal de salud estará orientada hacia la conducción de un proceso de cambios positivos en el que la madre pueda desarrollar su capacidad y protagonismo en el cuidado responsable de su hijo.

2.4.3 SABER INFORMAR

La información que se le da a la madre o responsable de la salud del niño posibilitará una buena aplicación del tratamiento en el hogar, si se realiza de manera adecuada.

Las madres aprenderán a cuidar y tratar al niño en relación al motivo de la consulta realizada. Además de la importancia que esto tiene en sí mismo, permitirá la transferencia de conocimientos que la madre haya adquirido para prevenir y responder a otros problemas de salud del niño que pudieran presentarse en el futuro, e incluso, podrían extenderse hacia sus otros hijos o hacia madres de otros niños con las que mantenga relaciones familiares o sociales.

Es importante diferenciar una indicación terapéutica y un proceso de enseñanza-aprendizaje, en el que es tan necesaria la participación del personal de salud al igual que la de la madre. Las indicaciones terapéuticas no siempre son entendidas o no se reconoce su importancia, por lo tanto, no se aplican.

Comunicar la información de manera clara, precisa y sencilla. Debe darse la información en el momento que la madre necesita recibirla, haciendo énfasis en lo importante para la atención del niño; de modo que no debe darse toda la información al mismo tiempo.

El personal de salud recibe su capacitación en términos técnicos, utilizando a menudo palabras que las madres no comprenden. En este proceso de enseñanza-aprendizaje, es conveniente utilizar ejemplos, de manera que las instrucciones sean más comprensibles e interesantes y la educación sea más apropiada a las madres.

Asegurarse de que la madre escuche al personal de salud. El personal comprobará si la madre entendió realizando preguntas de verificación para ver si recuerda o comprende lo que fue enseñado y explicado.

Dar instrucciones claras. Una manera de que la madre recuerde posteriormente es utilizar palabras escritas o imágenes. Estas pueden proporcionar información que la madre pueda consultar luego.

Las indicaciones por escrito deberán ser entendibles y legibles. Es necesario verificar si la madre sabe leer, caso contrario, podrán utilizarse otros recursos, como dibujos esquemáticos o gráficos que ayuden a la madre a comprender la indicación.

Evaluar que las instrucciones puedan ser realizadas. Esto, en relación a la situación real y cotidiana de la madre o responsable de la salud del niño y su familia.

Informar con especificidad. Dar una indicación específica y no general, que no genere dudas en la madre. La información es el contenido de las indicaciones, asesoramiento y consejos que el personal da a la madre. Las indicaciones que no son sencillas requieren que la madre sepa cómo realizarlas, por lo que el personal de salud debe, además de dar información, facilitar el aprendizaje mediante un ejemplo o demostración práctica y permitirle a la madre practicar, para que adquiera confianza en ella misma.

2.4.4 FACILITAR EL APRENDIZAJE

Siempre que sea posible es importante que se haga una demostración práctica de la información transmitida a la madre, acercándola lo más posible al uso que de ella se hará en las situaciones de la vida cotidiana. Es necesario que el personal de salud acompañe los conceptos abstractos con ejemplos concretos, para lo cual puede valerse de dibujos, láminas, folletos, objetos o demostraciones reales.

La práctica es un elemento esencial del aprendizaje. Una vez proporcionada la información, realizada una demostración con ejemplos para que la madre observe, la práctica le dará la posibilidad de realizar la actividad de que se trate. Esto permitirá al personal de salud determinar

(mientras observa y escucha) si la madre entendió y cuáles son sus dificultades, las cuales podrá ayudar a corregir mediante la respuesta a dudas o preguntas y el estímulo.

2.4.5 VERIFICAR

Luego de enseñar y recomendar a las madres cómo tratar y cuidar al niño en el hogar, es importante que se compruebe si ella ha comprendido las explicaciones del personal de salud.

En este momento, son las preguntas abiertas de verificación, las que se formulan, dando espacio para que la madre describa por qué, qué, cómo, cuándo, cuánto. Debido a la importancia de este momento para la salud y el cuidado del niño en el hogar, es necesario realizar preguntas complementarias para no dejar lugar a dudas sobre las recomendaciones.

Las preguntas complementarias son aquellas que se hacen para obtener una ampliación o precisión mayor en la respuesta de la madre. Se utilizan también para verificar si la madre ha comprendido o recuerda la información que se le dio.

2.4.6 APOYAR A LA MADRE

Una buena relación entre el personal de salud y la madre o responsable de la salud del niño, sostenida en actitudes y conductas favorables, y un intercambio de información sin malos entendidos, son condiciones básicas para avanzar en la superación de otros obstáculos, que surgen de:

- falta de recursos necesarios: tiempo, materiales, dinero;
- actitudes desfavorables a los tratamientos y/o recomendaciones.

Identificados dichos obstáculos, el apoyo a las madres consiste en:

- ayudarlas u orientarlas para obtener los recursos necesarios;
- producir cambios en sus actitudes y prácticas (o en las de los otros miembros de la familia) por otras que permitan adoptar los cuidados y tratamientos mejores para el niño, inspirarles confianza y darles ánimo.

Capítulo

3

*La comunicación en la situación
de consulta en las Unidades Operativas
en Salud*

3.1 LOCALIZACION

El Trabajo de Investigación se desarrolló en el Area Programática San Jorge, la cual se ubica geográficamente al norte del Departamento San Martín, en el centro-oeste de la Provincia de Santa Fe. Dicho Departamento, junto al San Jerónimo, componen la Zona de Salud IV, dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe.

El Area Programática está delimitada geográficamente por las Unidades Operativas en Salud de diferentes localidades cercanas (comprendidas en un radio de entre 40 y 50 kilómetros) a un Hospital Base de Area Referencial, que cuenta con las cuatro Clínicas Básicas (Tocoginecología y/u Obstetricia, Pediatría, Clínica General y Anestesiología), Enfermería Profesional, Laboratorio, Trabajo Social, Farmacia.

El Area Programática San Jorge está integrada por el S.A.M.Co.²⁵ San Jorge (que cuenta con los servicios anteriormente mencionados), S.A.M.Co. Sastre (Pediatría, Clínica General, Enfermería Profesional y Trabajo Social), y S.A.M.Co. Castelar, S.A.M.Co. Las Petacas, S.A.M.Co. Crispi, S.A.M.Co. Traill y Centro de Salud "Ramón Carrillo" de San Jorge (con Médico Generalista y Auxiliar de Enfermería). La complejidad de las Unidades Operativas está delimitada por los servicios que las componen, correspondiendo a los niveles IV, III y II, respectivamente.

²⁵ Servicio de Atención Médica para la Comunidad. Ley Provincial 6312/67. Decreto N° 04321.

3.2 ACERCA DE LA METODOLOGIA APLICADA

El trabajo de investigación corresponde al nivel exploratorio-descriptivo. Se cuenta con una problemática de la realidad social, como es el *tipo de comunicación que se genera en una situación de consulta* entre el personal de salud y la madre y/o acompañante del niño menor de cinco años, en las Unidades Operativas en Salud, correspondientes al Area Programática San Jorge.

El modo de llevar a cabo la investigación propuesta corresponde a un estudio de características prospectivo, debido a que la información se registra según van ocurriendo los fenómenos que se generan en una Unidad Operativa en salud, antes, durante y después de la situación de consulta, para descubrir la posibilidad de acciones futuras.

El análisis descriptivo constituye la base para intentar establecer relaciones e hipótesis, entre dos o más variables. Los trabajos descriptivos no ofrecen una carencia de profundización en la investigación, "...no constituye un defecto el hacer descripciones cuando sólo se puede alcanzar este nivel."²⁶ Por el contrario, las descripciones tienen una enorme importancia para programar nuevas investigaciones o intervenciones de acuerdo al diagnóstico establecido en la misma.

Es necesario destacar que en el trabajo se han combinado dos metodologías, utilizándose elementos de la cuantitativa, al servicio de la cualitativa. Se optó por ello, debido a que la concurrencia de las investigadoras a los Servicios de Salud debió adaptarse a elementos presentes en las mismas, como el aprovechamiento de la presencia del niño y su madre o acompañante, los horarios, tiempos y espacios físicos institucionales disponibles y la dinámica propia de las organizaciones participantes de la investigación.

²⁶ N. Aylwin de Barros y otras. *Un enfoque operativo de la metodología del Trabajo Social*. Ed Humanitas. Buenos Aires, 1982. Pág. 58.

3.3 UNIVERSO

La población de niños menores de cinco años que pertenecen a las localidades del Area Programática San Jorge es de 1592²⁷. El 38%²⁸ de esta población se atiende en los consultorios externos de las Unidades Operativas en Salud, siendo el universo de estudio de 605 niños; el resto realiza consultas en servicios privados.

3.4 MUESTRA

La muestra a utilizar será el 10% del total de los 605 niños (universo) que consultan en las Unidades Operativas en Salud, siendo el valor de 60,5; tomándose 60 niños con su madre o responsable que acuden, como unidades de análisis para la aplicación de observaciones y entrevistas respectivas. Se consideran unidades de análisis a las personas que interaccionan en la admisión y la consulta propiamente dicha: el niño y su madre o acompañante, el personal de admisión y el personal que atiende la consulta.

El muestreo realizado es de tipo *probabilístico estratificado al azar*, tomándose estratos de la población en edades (menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años) de acuerdo a la propuesta de Atención Integrada en los niños menores de 5 años (AIEPI). Con respecto a la elección al azar, no interesa para la aplicación de entrevistas y observaciones el motivo de la consulta (nuevas y repetidas), excluyéndose los casos de niños con signos de peligro en general y que demandan atención inmediata.

Cabe mencionar que las observaciones y entrevistas a realizar se distribuyeron en forma proporcional a la cantidad de consultas y a las

²⁷ Nacidos vivos año 1997, según datos Registro Civil. Provincia de Santa Fe.

²⁸ Datos obtenidos de Zona de Salud IV (San Jorge). Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Pcia. de Santa Fe.

edades de los niños, de acuerdo a las Unidades Operativas que corresponden al Area Programática. En el *Anexo VI* se detalla cuadro de distribución de consultas anuales en el Area Programática San Jorge, por Unidad Operativa y por edad, año 1997. Se tomó en cuenta el total de las consultas realizadas, tanto correspondientes a primera vez (por control o por enfermedad), como ulterior.

La población que consulta puede tener obra social o no, debido a que las Unidades Operativas en Salud (S.A.M.Co. y Centros de Salud) están enmarcados jurídicamente dentro del sistema mixto de atención.

3.5 TECNICAS UTILIZADAS

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos son la observación y la entrevista. Los mismos fueron confeccionados teniendo en cuenta la secuencia y los pasos a seguir en la atención integrada del niño propuesta por AIEPI: evaluar al niño, clasificar la enfermedad, determinar el tratamiento, tratar al niño, aconsejar a la madre o acompañante y proporcionar atención de reevaluación y seguimiento.

Con respecto a la *observación*, se realizó en dos instancias paralelas: la observación de la atención del niño y la madre o responsable, desde su ingreso a la Unidad Operativa en Salud, la admisión por parte del personal administrativo u otro (mediante observación directa e indirecta: trato que recibe la madre por parte del personal, tipo de comunicación que se establece en la relación); y la observación de la atención ofrecida por el personal de salud (médico, pediatra o enfermera) que atiende el problema específico que ocasiona la consulta y de la actitud de la persona que acompaña al niño, durante la misma (observación no estructurada): trato que recibe la madre por parte del personal, tipo de preguntas que éste formula, tipo de explicaciones que utiliza, contenidos educativos que introduce, tipo de lenguaje utilizado, tipo de comunicación que se establece en la consulta. (Ver *Anexo VII*: "Guía para la observación. Parte 1: La admisión" y *Anexo VIII*: "Guía para la observación. Parte 2: La consulta")

Los datos emergentes de esta observación permiten reflexionar detenidamente sobre la situación de consulta, poniendo especial énfasis en los aspectos manifiestos de la relación.

La observación permite ver los comportamientos y relaciones sociales tal cual ocurren y descubrir algunos aspectos, que por su cotidianeidad, son invisibles a los sujetos involucrados. "Observar es mirar detenidamente y reflexionar en torno al dato que surge de esa observación. Desde el punto de vista de la observación interesa lo que es manifiesto, no lo que se infiere."²⁹

También aporta datos complementarios a aquellos que puede brindar la entrevista, tornando más confiable la información. En muchos casos, los sujetos responden a preguntas de una entrevista en función del deber ser y no de lo que efectivamente piensan o hacen.

La *entrevista* se organizó como una experiencia interpersonal planeada, pero no rígida, en función del establecimiento de la relación, dirigida por una guía de preguntas orientadoras. La misma se llevó a cabo luego de la consulta, y estuvo orientada a establecer los conocimientos, actitudes y opiniones del acompañante del niño posteriores a la atención recibida en la Unidad Operativa en Salud. Se utilizaron preguntas directas, abiertas, cerradas (con dos o más alternativas fijas), de hecho (temas concretos), de acción (actitudes) y de opinión (intención). (Ver Anexo IX: "Guía para la entrevista con la madre o responsable después de la consulta").

Con esta elaboración se pretendió estimular al entrevistado sobre los temas planteados, con una actitud participativa y de respeto hacia lo expresado durante el desarrollo de la misma.

La entrevista es una técnica flexible que puede ser rápidamente adaptada a la situación y al sujeto que se expresa, facilita el contacto y no requiere saber leer y escribir para proporcionar la información. Se desarrolla

²⁹ N. Aylwin de Barros y otras. *Un enfoque operativo de la metodología del Trabajo Social*. Ed Humanitas. Buenos Aires, 1982. Pág. 53.

en forma fluida, las preguntas sugieren la conversación y sirven de guía para no olvidarse de los datos necesarios a recoger.

Ambas técnicas de recolección de datos permiten establecer previamente los objetivos que las profesionales de Trabajo Social pretenden alcanzar en la investigación.

Las observaciones y entrevistas se practicaron no necesariamente en todos los casos con los mismos niños junto a sus madres o acompañantes que consultan. La rotación significó el cambio de la persona de cada investigadora que realizó cada entrevista u observación en las distintas Unidades Operativas en Salud del Area Programática.

La recolección de datos se realizó durante los meses de setiembre a diciembre de 1998; en cuanto al tratamiento de los mismos, análisis, conclusiones y síntesis se realizó entre los meses de febrero y mayo de 1999.

Los datos con los cuales se trabajó son de tipo cualitativo, se relacionan con las actitudes y prácticas cotidianas de los seres humanos y llevan implícito un grado de flexibilidad y subjetividad.

3.6 RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizó en las siete Unidades Operativas en Salud que corresponden al Area Programática del Hospital Base de San Jorge, con la distribución de observaciones y entrevistas mencionadas en el *Anexo VI*.

Los elementos que con mayor frecuencia se consideran en este momento son: tiempo, recursos, el proceso en sí y el adiestramiento. Si bien por el tipo de investigación realizada no sería necesario incluir el adiestramiento, ya que son las investigadoras quienes realizan la recolección de datos, fue necesario realizarlo para que los instrumentos

(Guías de observación y entrevista) no interfieran en el momento del desarrollo de la consulta, sino que sean los orientadores del trabajo.

El tiempo promedio utilizado es de 45 a 50 minutos para el desarrollo de la secuencia completa que genera una situación de consulta dentro de las Unidades Operativas en Salud (admisión, consulta, post-consulta), teniendo en cuenta además la previsión de un momento para el registro detallado de las anotaciones pertinentes de cada caso particular.

El recurso humano (Trabajadoras Sociales) que tiene a su cargo la aplicación de observaciones y entrevistas requiere un perfil profesional con características técnicas para la identificación de situaciones problema que se generan en las relaciones del intercambio social entre personas e instituciones.

En cuanto al procedimiento en sí, intervienen una serie de factores existentes originados por el simple hecho de la presencia de las investigadoras. En cada instancia éstas han solicitado el permiso correspondiente para la realización de la tarea, además de la mención del objetivo a perseguir. Fue necesario que las investigadoras definan su posición ante las personas investigadas y en qué términos se percibe la colaboración entre ellas.

El tratamiento de datos fue realizado por los investigadores, al igual que el análisis de los mismos. Esto permite la presentación de la información recogida en forma sistematizada, actividad llevada a cabo durante un período de cuatro meses luego de finalizada la etapa de recolección.

Las variables identificadas, que son objeto de estudio para utilizar en la "Guía para la observación. Parte 1: La admisión" (*Anexo VII*) se especifican en el *trato que recibe la madre por parte del personal de salud y tipo de comunicación que se establece en la relación*. Los indicadores considerados pretenden diferenciar si el personal de salud saluda a la madre al solicitar la admisión, si hace preguntas generales para iniciar la conversación, si pregunta a la madre por qué trajo al niño, si puede la madre expresarse con comodidad, si aprovecha el momento para introducir conceptos de educación para la salud relacionados al motivo de la consulta y, por último,

si logra una buena comunicación con la madre (corresponden a las preguntas 1, 2, 3, 5, 9 y 10).

Respecto al desarrollo de la situación de consulta, se consideran las siguientes variables: *trato que recibe la madre por parte del personal, tipo de preguntas que éste formula, tipo de explicaciones que utiliza, contenidos educativos que introduce, tipo de lenguaje utilizado, tipo de comunicación que se establece en la consulta.*

Durante el desarrollo de la consulta los indicadores se van manifestando en las distintas etapas por la que ella atraviesa, como son: A) inicio; B) evaluación: B1) preguntas a la madre sobre la salud del niño, B2) observación y evaluación de signos de la enfermedad, B3) control del estado de vacunación y nutrición; C) clasificación de la enfermedad del niño; D) indicaciones: D1) con medicamentos, D2) lactancia materna, D3) alimentación y líquidos; E) vigilancia de los signos de alarma en el niño y visitas de control posterior. El instrumento "Guía para la observación. Parte 2: La consulta" (Anexo VIII) es un modelo de organización sistemática de la misma.

Los indicadores más significativos se materializan en la manera en que fue llamada la madre al ingreso a la consulta, si el personal fue amable con ella, si hizo preguntas generales para iniciar la conversación (corresponden a las preguntas A4, A5, A7), si el personal explica a la madre que revisará al niño, si aprovecha para mostrar signos a observar (preguntas B2.1, B2.3), si explica la importancia y razón del control de estado nutricional y vacunación, si aprovecha para recomendar sobre próximas vacunas y controles (preguntas B3.2, B3.3, B3.5, B3.6), si explica a la madre qué enfermedad tiene el niño y realiza preguntas de verificación (preguntas C1, C2), si explica a la madre qué medicamentos dará al niño, cuánto darle y cómo debe prepararlo, si verifica si entendió (preguntas D1.1, D1.3, D1.4, D1.7.), si instruye a la madre para mejorar la lactancia (pregunta D2.5), si pregunta acerca de los alimentos que se da habitualmente al niño, si da instrucciones sobre la alimentación (preguntas D3.4, D3.7), si explica cuándo y por qué debe volver a control, si utiliza un lenguaje adecuado para explicar signos de alarma (preguntas E1, E2, E8).

Durante todo el transcurso de la consulta, se identifican cuatro indicadores básicos de la comunicación, que implican la síntesis de los anteriores: si el personal de salud pregunta a la madre sobre posibles dificultades y ayuda a resolverlas, si puede la madre expresarse con comodidad y si se logra una buena comunicación con la madre.

En cuanto a la instancia posterior a la consulta, donde el investigador genera una charla abierta y participativa con la madre, siguiendo la "Guía para la entrevista con la madre o responsable después de la consulta" (*Anexo IX*), se destaca el reconocimiento de las variables *conocimientos, actitudes y opiniones de la madre o acompañante del niño* luego de la atención recibida en la Unidad Operativa en Salud.

La secuencia de esta guía es similar a la anterior en sus etapas: A) la consulta en general; B) atención del niño; C) tratamiento: C1) tratamiento en general, C2) medicamentos, C3) lactancia materna, C4) alimentación y líquidos; D) signos de alarma; E) consulta de seguimiento o control de la enfermedad; F) consultas posteriores para vacunación o control.

Los principales indicadores que permiten describir la situación son si la madre concurre siempre a la Unidad Operativa en Salud y está conforme con la atención recibida (corresponde a la pregunta A2, A3, A4), si el personal le explicó qué tenía el niño, si está conforme con dicha información o se quedó con dudas (preguntas B1, B3, B4), si recuerda y puede describir sencillamente el tratamiento indicado al niño, si está conforme con dicho tratamiento (preguntas C1.1, C1.2), si le fue indicado al niño algún medicamento, cómo debe administrárselo (preguntas C2.1, C2.5), si el profesional le dio consejos sobre lactancia (pregunta C3.2), si le dio consejos sobre la alimentación y líquidos para el niño (preguntas C4.2, C4.3), si le explicó cuándo debe volver de inmediato, cuándo debe realizar visitas de control o seguimiento de la enfermedad, cuándo debe volver para vacunar o controlar el crecimiento del niño (preguntas D1, E1, F1, F3).

Se mantienen constantes, durante toda la entrevista, los siguientes indicadores: si la madre considera que puede tener algún inconveniente para realizar acciones o seguir indicaciones dadas por el personal de salud y, en el caso de que éstos hayan sido expresados, si el personal ayudó a la madre a tratar de solucionarlos.

En todos los casos, se mencionan los indicadores más relevantes a describir en la instancia posterior. Esto implica que todos los demás datos que las guías permiten identificar son complementarios de los principales, incrementando la posibilidad de descripción y el enriquecimiento del análisis.

3.7 ANALISIS DE DATOS

El plan de análisis describe el proceso para analizar las características de la muestra (probabilística estratificada al azar) seleccionada en el trabajo de investigación. Las técnicas estadísticas a utilizar son las de distribución de frecuencias y distribución normal, realizándose un análisis de tipo descriptivo, debido a que las variables en estudio son solamente cualitativas. Estas permiten llegar a un abordaje, lo más real posible, acerca del tipo y formas de comunicación que suceden en las Unidades Operativas en Salud, pertenecientes al Área Programática del Hospital Base de San Jorge, durante el transcurso de la instancia de la situación de consulta.

Según lo afirman Polit y Hungler, "no hay reglas sistemáticas para analizar y presentar los datos cualitativos..."; se utilizan las técnicas de observación de las personas que intervienen en las secuencias de la situación de consulta (admisión, consulta y post-consulta), y la entrevista no estructurada, para obtener la mayor flexibilidad en la reunión de los datos.

Si bien el trabajo recolecta datos de tipo cualitativo, se comienza con la tabulación de datos cuantitativos, como son los grupos de edad de niños que concurren a las Unidades Operativas en Salud, para ubicar el estrato etéreo más representativo en el total de las consultas en niños menores de 5 años en el Área Programática San Jorge.

Sobre un total de 60 observaciones y entrevistas realizadas en las diferentes Unidades Operativas en Salud, el 38.3 % pertenecen a madres o acompañantes de los niños del grupo etéreo de 2 a 4 años, el 36.7 % al

grupo de menores de 1 año y el 25 % restante a los de 1 año. Si bien el porcentaje mayor se manifiesta en el grupo de 2 a 4 años, el más representativo es el segundo (menores de 1 año) debido a que éste está compuesto solamente por un solo estrato de edad, a diferencia del primero, que está compuesto por tres de ellos.

Otro elemento a tener en cuenta es que en el grupo de menores de 1 año las consultas de control del niño sano (exceptuando las que son por problemas de salud) son mensuales hasta el año de edad, según la Estrategia de Atención Integrada propuesta por AIEPI, mientras que en el otro grupo son anuales.

CUADRO I: Observaciones y entrevistas, según grupos etáreos en las Unidades Operativas en Salud del Area Programática San Jorge (en %).

Grupos de edades	Observaciones y Entrevistas
Menores de 1 año	36.7 %
1 año	25.0%
2 a 4 años	38.3%

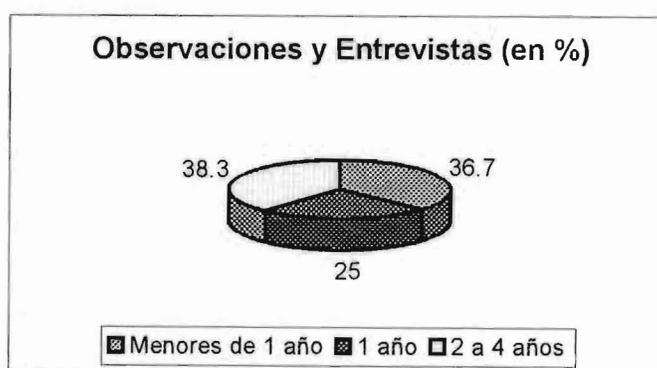


GRAFICO I: Porcentaje de observaciones y entrevistas, según grupos etáreos.

3.7.1 LA ADMISION

Concepto de *admisión*: es la relación que se establece entre el personal de salud y la persona que requiere la prestación de un servicio específico dentro de la Unidad Operativa en Salud.

Según las observaciones realizadas en las Unidades Operativas, se puede describir que en esta instancia el *trato que recibe la madre por parte del personal de salud*³⁰ al ingresar a una de ellas es satisfactorio. El personal de salud³⁰ saluda a la madre al solicitar la admisión en todos los casos, debido que las normas de buena convivencia social implican en el medio cultural donde se desempeñan (vida cotidiana) una aceptación implícita de las normas de buena educación.

Generalmente, el personal de salud no realiza preguntas generales para iniciar la conversación. Se observa que son muy pocos los casos en que se pregunta sobre aspectos globales relacionados con el entorno directo de la vida del niño, como así también respecto al motivo de la consulta.

Con respecto al *tipo de comunicación que se establece en la relación*, es dirigida en forma unilateral por el personal. La madre o acompañante del niño no puede expresarse con comodidad, ya que el personal no inicia la conversación en forma abierta y participativa en cuanto al motivo de la consulta (control o problema de salud del niño). Las actividades que el personal realiza son las demandadas administrativamente (completar planilla de consultorio externo, entregar un número de orden).

Otro de los aspectos observados es que no se introducen conceptos de educación para la salud, aprovechando la instancia individual con la que se cuenta en la admisión. Esto se relaciona directamente con el desconocimiento por parte del personal del motivo de la consulta del niño.

³⁰ Al hacer mención a Personal de Salud, se hace referencia a todo personal profesional (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) y no profesional (administrativos, de servicios generales) en una Unidad Operativa en Salud.

En general, en la instancia de la admisión no se establece una buena comunicación con la madre, debido a que no es contenedora de la situación del entorno de la salud del niño. Los elementos que intervienen en dicha comunicación son estructurados y complementarios; solamente se expresan un emisor y un receptor, sin intercambiar sus roles.

Es importante mencionar que en las Unidades Operativas en Salud con menor número de consultas (poblaciones más pequeñas: Castelar, Las Petacas, Crispi y Traill), el tipo de relación que se establece es más vivencial y comprometido, ya que hay un contacto directo entre vecinos de la comunidad, entre los cuales el personal de salud está incluido directamente.

3.7.2 LA CONSULTA

Concepto de *consulta*: es la relación que se establece entre el personal de salud que atiende al niño y la madre o responsable del mismo, originada por la demanda de asistencia en la Unidad Operativa en Salud.

De acuerdo a las diferentes observaciones, se puede definir que el *trato que recibe la madre y el niño por parte del personal de salud* en el inicio de la consulta es amable en el momento del ingreso, ya que se los llama y saluda con un tono de cordialidad y amabilidad. No obstante de ser llamados por número de orden y no por su nombre, generalmente se manifiesta un buen trato hacia las personas. A pesar de ello, a menudo esto puede ocasionar un obstáculo para el establecimiento de un clima favorable en el desenvolvimiento de la consulta.

La normalidad indica que no se realizan preguntas generales para iniciar el establecimiento de la conversación, sino que se interroga directamente sobre el motivo que ocasiona la consulta.

Interpretamos que esto tiene relación directa con el tiempo que se dedica a la consulta (promedio: 10 minutos), siendo un ideal 20 minutos por caso (según normas de AIEPI). Lo mismo sucede con la dedicación horaria

que los profesionales de salud cumplen en las Unidades Operativas (designados por 24 horas semanales) muchos de éstos afectados a una o más de ellas, del sector público o privado.

En el grupo de niños menores de 1 año es común que se dedique más tiempo a la situación de consulta, debido a que algunas madres se interesan por varios aspectos evolutivos de sus hijos.

Con respecto a la evaluación del niño, en la mayoría de los casos el personal no explica a la madre que lo revisará, no describe lo que está haciendo con él, ni los signos que la madre debe conocer y observar para reconocer un problema de salud.

En esta situación real la actitud del personal de salud se relaciona más con un niño-objeto, niño-enfermo, en la cual no se hacen partícipes los sentimientos de la madre y el niño, uno de los elementos generadores de la creación de un clima de confianza y seguridad.

El personal de salud utiliza prácticas de la medicina tradicional, introduciendo escasas explicaciones sobre el estado de vacunación y control nutricional actual del menor. Los contenidos educativos que deberían vertirse en esta secuencia de la consulta son pocos, debido a que dichos temas son abordados más frecuentemente por otro personal del efector de salud, que del profesional en sí, restándole importancia a la visión integral de la salud del niño.

En la mayoría de los casos, las consultas de los niños con controles adecuados para la edad (control del niño sano) genera en el profesional mayor predisposición a introducir contenidos e información sobre prácticas de promoción y prevención de la salud. Contrariamente, en casos de consultas por problemas de salud, las indicaciones del personal son de tipo asistencial-terapéutico, desaprovechando esta instancia para orientar a la madre hacia un cambio positivo de las actitudes y situaciones que pudieron estar relacionadas con el actual episodio.

En los casos de consultas por problemas de salud, el personal utiliza un lenguaje puramente técnico para clasificar la enfermedad del niño (diagnóstico). Esta categorización dificulta el proceso de diálogo-

comunicación para establecer una relación bidireccional en la cual la madre se sienta animada a expresar sus dudas. Sumada a ésta, la no verificación por parte del personal sobre el grado de comprensión de la madre, entorpece aún más el intercambio de información.

La ausencia de gestos aprobatorios de la opinión o conducta desempeñada por la madre crea un clima de incertidumbre; de igual manera ocurre con los gestos que el personal utiliza (especialmente durante la evaluación del niño), cuando no se explica el motivo o significado de los mismos.

Al haberse instituido un tratamiento e indicado medicamentos al niño, el personal utiliza un lenguaje cerrado e indicativo sobre las conveniencias del mismo. Esta verticalidad anula la posibilidad de la madre de poder aclarar sus inquietudes, ampliar algún concepto, información y corregir falsas interpretaciones sobre el diagnóstico y, más grave aún, sobre la terapéutica en sí misma.

En los niños menores de 2 años (según normas de AIEPI) y mayormente en las consultas para control del niño sano, las cuestiones sobre la lactancia materna gozan de un buen nivel de aceptación, debido a que se interroga a la madre sobre si da el pecho y cuántas veces al día.

Con respecto a las instrucciones para mejorar la lactancia, se observa que son más reducidas que en el caso anterior, puntualizándose los consejos principalmente en los niños recién nacidos.

El personal no se interesa sobre otros alimentos o líquidos que reciben los niños menores de 2 años (cantidad y frecuencia), ni ofrece instrucciones y recomendaciones detalladas sobre la alimentación.

En referencia a las visitas posteriores de control (episodio de enfermedad o niño sano), el personal otorga importancia a la explicación de cuándo debe volver el niño a la próxima consulta, utilizando un lenguaje claro y preciso. Contrariamente, no informa eficazmente los signos de alarma que la madre debe conocer e identificar para volver de inmediato a la Unidad Operativa en Salud, cualquiera sea el motivo de la consulta.

De acuerdo a la descripción expresada, se considera que el personal utiliza una *actitud comunicativa* direccional, con un *lenguaje* técnico y formal y mayormente con preguntas cerradas.

Un indicador constante en la situación de consulta que no es practicado por el personal de salud es la ayuda que éste presta a la madre para resolver posibles dificultades que ella pudiera atravesar fuera de la Unidad Operativa en Salud, en su contexto habitual. Algunos ejemplos de las dificultades podrían ser: no saber leer ni escribir, distancia geográfica, etc.

A través de la secuencia por la que atraviesa una situación de consulta (inicio, evaluación, clasificación, etc.) no se genera un proceso tangible, humanizado y vivencial de enseñanza-aprendizaje necesario para la participación responsable de la madre en la posibilidad de aplicación de un efectivo tratamiento en el hogar.

La madre que consulta muestra una actitud de aceptación de las decisiones que implica la asistencia del personal de salud. Generalmente son pocas las oportunidades que tiene para expresar su opinión o dudas con comodidad, fruto de no haberse establecido una relación dialogal-comunicacional más equitativa en la situación de consulta.

3.7.3 LA OPINION DE LAS MADRES O RESPONSABLES DE LA SALUD DE LOS NIÑOS

De acuerdo a las entrevistas practicadas con las madres y niños que concurren a las Unidades Operativas en Salud, se pueden mencionar varias razones de su asistencia a las mismas: una de ellas es, que en su mayoría frecuentan siempre estas Unidades, ya que son un servicio con atención mixta (para personas con y sin obra social) permitiendo la asistencia a cualquiera que lo solicite; otra es que cuentan con la concurrencia de un profesional pediatra.

La razón más prevalente mencionada es la ubicación geográfica cercana a los domicilios, brindando de esta manera uno de los componentes de importancia para la determinación del acceso a una Unidad Operativa en Salud, como es la distancia.

Otros motivos expresados por las madres, pero con menor peso proporcional sobre el total de las encuestas practicadas, son: el hecho de haberse producido el nacimiento en ese Servicio de Salud, ser el único referente local para la vacunación gratuita y obligatoria (según calendario nacional), ser la institución oficial que entrega leche a embarazadas, desnutridos y menores de 2 años y medicamentos en casos necesarios (Programas Materno Infantil y de Medicamentos), ser el Servicio donde se realizaron controles de embarazo, y por último, ser un efector de salud que cuenta con internación en caso que sea necesario.

En cuanto a las Unidades Operativas de menor complejidad, son las únicas que cuentan con la presencia de un profesional médico en la localidad, no existiendo consultorios particulares, razón que explica la elección de dicha Unidad.

Al solicitar información sobre si está conforme con la atención recibida, las opiniones de las madres son diversas y numerosas, agrupándose en dos categorías. Entre las manifestaciones positivas se mencionan la disponibilidad inmediata de insumos necesarios (leche, medicamentos, vacunas, etc.), considerada como una obligación material y moral del Ministerio de Salud de la Provincia, a través de sus efectores. De ello se infiere que estas opiniones son expresadas por la población de menores recursos, integrantes de los grupos de pobreza estructural y nuevos pobres.

En referencia a las manifestaciones negativas, se pueden enumerar el horario para la solicitud de turnos (de 6.30 a 7.30 horas), la breve atención que se emplea en la consulta, la falta de profundidad en los contenidos vertidos sobre el problema de salud, en los casos que éste existiera y las indicaciones o recomendaciones poco claras para permitir su consecución.

En general, el tipo de relación que se establece entre los protagonistas dentro de la situación de consulta es dirigida, debido a que la comunicación es preferentemente digital y complementaria, con clara tendencia a la reducción de las posibilidades de expresarse de la madre.

Respecto a la evaluación del niño, la normalidad indica que la madre no tiene una visión certera acerca de la salud de su hijo luego de la consulta, como lo indican las expresiones cotidianas: *tiene un chillido en el pecho; no sé cuánto engordó este mes, pero está más pesado*. Estas dudas y otras que se generan, con frecuencia son recepcionadas por cualquier otro personal dentro de la Unidad Operativa en Salud. Estas consultas muchas veces no son evacuadas satisfactoriamente, lo cual puede deberse a varios motivos (según las observaciones generales a los Establecimientos), falta de interés, de compromiso, desinformación, miedo a las equivocaciones, y otras.

Generalmente, cuando se interroga a la madre acerca si recuerda y puede describir el tratamiento, se genera asombro hacia la pregunta. No obstante, en la mayoría de los casos no describen ni recuerdan todo el proceso del tratamiento³¹.

Frecuentemente lo que la madre manifiesta es el nombre y tipo del medicamento indicado. En cuanto al uso y eficacia del mismo, muchas veces se ofrece una resistencia, expresado en el comentario de las madres: *hace quince días me dio lo mismo y hoy lo tuve que traer nuevamente*.

También se observó que existen madres que no ofrecen resistencia a las instrucciones recibidas cuando no hay un problema de salud presente. En cambio, cuando éste se manifiesta, las madres exigen que se les brinden los elementos necesarios para una recuperación inmediata de la problemática de sus hijos, hecho que podemos relacionar con un sentimiento innato de cada madre o responsable, el cual es aliviar la situación y generar placer, para que ambos vuelvan a sentirse bien.

³¹ Tratamiento:

Terapéutico: indicaciones médicas, con respecto a la administración de un medicamento determinado.

Preventivo: recomendaciones y cuidados en el hogar.

En los casos más reducidos, en los que la madre ha logrado expresar sus dudas. Con respecto a las indicaciones de medicamentos, el personal de salud recurre a una receta escrita, que es entregada a la madre, y muchas veces no es explicada. Como contradicciones al acto de recepción de información establecida, podemos enumerar las más importantes: letra ilegible o poco clara y porcentaje de analfabetismo funcional, que dificulta la comprensión de las prescripciones.

Cabe destacar que no se utiliza uno de los recursos elementales para establecer una comunicación dialogal, como es la verificación, acarreando no sólo el problema comunicacional, sino el de mayor peso proporcional en cuanto a la salud del niño, el cual es obtener un resultado satisfactorio del tratamiento.

Estableciéndose coincidencia con lo observado en la situación de consulta, se priorizan las instrucciones para mejorar la lactancia a través de consejos a las madres de los niños recién nacidos, hechos que originan en éstas una actitud de satisfacción y aceptación.

La generalidad indica que la madre no recibe recomendaciones ni instrucciones por parte del personal de salud sobre alimentos o líquidos que deben recibir los niños menores de 2 años (cantidad y frecuencia), según normas AIEPI.

La madre o responsable no recibe ningún tipo de información sobre los signos de alarma que debe conocer e identificar cuándo debe volver de inmediato a la Unidad Operativa en Salud. Se rescata a través de la entrevista un mínimo conocimiento vulgar acerca de éstos (*respira con un ruidito o chillido, hizo la caca blanda*), relacionados más con una actitud propia de toda persona responsable de la atención de un niño, desconociéndose cuáles son los signos que debe priorizar en los casos necesarios.

En referencia a las visitas posteriores de control y vacunación, la madre sabe cuándo debe volver con el niño a la próxima consulta (cualquiera sea el episodio). Se prioriza la importancia del control posterior cuando está presente un problema de salud, en la misma medida que se minimizan los casos de citación para la vacunación y control del niño sano.

interpretadas (en su totalidad, por partes o erróneamente) y guiándose más por su sentido común que por las indicaciones acerca de las acciones a realizar según cual fuera la evolución del niño.

Es de destacar el hecho que a pesar de no lograr una relación interpersonal con un grado de empatía favorable, las madres consideran al personal de salud como la persona idónea para la atención de sus niños, situándolo en una posición de status superior, en especial, al personal de salud médico.

Podemos enunciar que el problema de la comunicación entre el personal de salud, los niños y las madres en la situación de consulta, se relaciona con diferentes factores que interactúan en dicha relación, clasificados según dos criterios:

FACTORES ENDOGENOS

- Modelo médico hegemónico, en el cual el personal de salud detenta el poder de acción y decisión respecto a la salud del otro;
- Unidades Operativas en Salud acordes a este modelo, con escaso acercamiento a la comunidad;
- Roles fijos, desempeñados según funciones socialmente esperadas y aceptadas para cada personal de salud;
- Tendencia a la sectorialización en la realización de la tarea;
- Escaso incentivo por parte del personal de salud por incorporar a la consulta contenidos educativos que permitan desarrollar un proceso de enseñanza – aprendizaje efectivo;
- Ausencia de la práctica educativa como ejercicio cotidiano en las Unidades Operativas en Salud;
- Aceptación implícita de las madres de la validez de la autoridad indiscutible del saber que posee el personal de salud;
- Carencia de reconocimiento del trabajo interdisciplinario como una propuesta de intervención dentro de las Unidades Operativas en Salud;
- Escaso desarrollo de trabajo en equipo del personal de salud en las Unidades Operativas en Salud;

- Práctica reducida o nula de la participación en las Unidades Operativas en Salud por parte de las madres y la comunidad en general.

FACTORES EXOGENOS

- Simultaneidad de ámbitos laborales (subsectores público y privado) del personal de salud (médico), que implica reducción de la disponibilidad horaria en las Unidades Operativas en Salud;
- Formación académica del personal de salud con escasos contenidos relacionados a la dinámica de las relaciones humanas (Psicología, Antropología, Sociología, etc.). Ausencia de su práctica;
- Acceso limitado de las madres o responsables al sistema educativo formal;
- Percepción de las Unidades Operativas en Salud como asistenciales – terapéuticas, por parte de las respectivas comunidades en las que están insertas;
- Reciente desarrollo de los contenidos educativos dentro de las estrategias de implementación de las políticas de salud provinciales.

Dentro del planteo de estos factores, creemos que el Trabajo Social se halla ubicado en un estratégico contexto de importancia, mediante su acción sensibilizadora y dinamizadora, para la puesta en práctica de un trabajo en equipo dentro de las Unidades Operativas en Salud y como un agente incondicional al servicio de la comunidad en el *desarrollo del proceso efectivo de enseñanza – aprendizaje*.

Los trabajadores sociales están capacitados por su formación académica, para trabajar interdisciplinariamente, a través del conocimiento de las ciencias sociales. Estas permiten una cosmovisión de la realidad social, mediante la internalización de los conocimientos teórico–prácticos que orientan hacia la formulación de una instancia indispensable para el ejercicio profesional, la *praxis*.

El Trabajador Social, en este espacio, permite el replanteo de su quehacer profesional, a través de la sistematización, participación y relación con los otros miembros que actúan dentro de las Unidades Operativas en

Salud. Este nivel posibilita el reconocimiento de la profesión en sí, desde otras disciplinas, niveles y sectores de decisión que componen dichas Unidades Operativas.

EPILOGO

Se entiende que una política de salud está inserta en una estructura socio-económica, cultural y política determinada y sustentada en valores y criterios que pretenden afianzarse y mantenerse; entre los primeros podemos mencionar: equidad, solidaridad y justicia social; y entre los segundos, la coherencia, factibilidad, viabilidad y flexibilización.

En el marco de este diseño es necesario que las acciones se conciban y ejecuten responsablemente mediante la intervención directa de los agentes transformadores de la comunidad, ya que una política de salud tiene que romper con el círculo de la enfermedad y la carencia y posibilitar a la población lograr el cambio necesario a través de un adecuado proceso de participación.

El componente de la planificación social, entendida como un proceso político que está al servicio de la población y como instrumento de movilización y concientización de grupos, la comunidad y el equipo de salud, es una *herramienta pedagógica*, que conjuntamente con un enfoque de humanización de la vida social, permitirá ir descubriendo nuevas modalidades de intervención (como por ejemplo, el equipo de salud, dentro de las Unidades Operativas).

Un principio a tener en cuenta en la planificación y/o programación, es partir de lo que existe, del reconocimiento de la realidad con la que se va a operar. El trabajo se iniciará entonces en leer la dinámica institucional y organizar el vínculo.

Trabajar un programa en equipo supone abrirse a saberes nuevos, en cuanto a experiencia y aprendizaje.

En esta tarea debe incluirse la variable tiempo; crear un clima de tolerancia y un espacio de contención y saberse parte de un proceso, parte integrante y no determinante.

Resolver el problema de salud es sinónimo de transformar las condiciones de vida, como por ejemplo, las que hoy generan la desnutrición, la diarrea, etc. en nuestra provincia.

La práctica educativa no apunta sólo a saber, sino también a una convocatoria a la organización de las comunidades, al desarrollo de una conciencia crítica y a la implementación de programas y actividades integrales.

Los momentos educativos son espacios para facilitar la adquisición de capacidades e iniciarse en el buen camino del cuidado responsable de la salud.

Aquí, el rol de educador y movilizador, será ir determinando, definiendo, ordenando, dosificando, poniendo en marcha y evaluando el desarrollo de actividades en función a esta polaridad: *enfermo-sano*.

La tarea educativa busca desencadenar las motivaciones y disposiciones de las personas hacia su propia formación. Se le reconoce las fuerzas internas creadoras y dinámicas que empujan a las personas hacia el conocimiento y el saber.

Esta orientación educativa movilizadora facilita la expresión de las necesidades e intereses, como seres individuales y colectivos.

Las metodologías y técnicas utilizadas deben ser aquellas que faciliten la expresión personal.

El trabajo en equipo permite la inserción en lo social y cultural.

Es por ello, que se puede afirmar que lo social es punto de partida como de llegada, y un referente constante para el trabajo interdisciplinario.

Es así como lo integral rompe con los muros de lo puramente reflexivo y se sitúa en el campo del Trabajo Social; y es en la cultura cotidiana donde deben estar impresas todas las prácticas de salud; defender la vida y crear salud.

ANEXO I

COMPROMISO NACIONAL A FAVOR DE LA MADRE Y EL NIÑO. LAS METAS PARA EL 2000

Metas para los '90 y su situación actual

Metas Salud Infantil	Situación actual
Reducir la TMI a 20% en todo el país.	25,8% (1)
Reducir en no menos del 25% la TMI en aquellas provincias con valores que actualmente superen el promedio nacional.	
Reducir a menos del 23% la TMM5 en todo el país. (*)	29,5% (1)
Reducir en no menos del 25% la TMM5 en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional.	
Reducir la mortalidad fetal tardía en 1/3.	13,6% (1)
Mantener la cobertura de vacunación por encima del 90%.	93,3% / 92,3% 91,3% (2)
Reducir el número de departamentos en los que la cobertura de vacunación es inferior al promedio nacional.	40% (3)
Erradicar el tétanos neonatal.	17 defunciones (1988)
Controlar el sarampión.	22 defunciones (1988)
Reducir en un 50% las defunciones por diarreas y por respiratorias agudas.	1,02% y 1,79% (1988)
Reducir la mortalidad por accidentes en un 20% en menores de 5 años.	1,72% (1988)

(*) La Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) representa la relación entre el total de los niños fallecidos menores de un año y de 1 a 4 años y los nacidos vivos en un año dado.

(1) Las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años provienen de "Programa Nacional de Estadísticas de Salud", Ministerio de Salud y Acción Social - 1988. Estimada provisoria 1990: 23%.

(2) Los datos se refieren a las tasas de cobertura de las siguientes vacunas: BCG, Antisarampionosa y Polio 3 - 1990.

(3) Estimación del promedio de coberturas de vacunación de 30 distritos con mayor proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas - 1990.

Metas Salud Materna	Situación actual
Reducir a menos de 0,4 por diez mil la TMM en todo el país.	0,48 por diez mil (1)
Reducir en una proporción mayor la mortalidad materna en todas aquellas jurisdicciones que actualmente tienen tasas superiores al promedio nacional.	
Cobertura del 90% de las embarazadas con TT.	s/d.
Detección temprana del embarazo.	s/d. (2)
Un mínimo de 5 controles prenatales.	s/d. (3)
Asegurar un mínimo de un control post natal a la puérpera.	s/d.
Desarrollar e implementar programas de procreación responsables en todas las jurisdicciones, de acuerdo al sistema de valores vigente.	s/d.
Nutrición	
Virtual eliminación de la malnutrición severa en todas las regiones.	1,5%
Vigilancia de crecimiento y desarrollo (CCD) en el 80% de los menores de 5 años.	s/d.
Reducir a menos del 7% la prevalencia de bajo peso al nacer y la prematurez.	s/d.
Control en las deficiencias de hierro y yodo.	s/d.
Lograr que el 60% de los niños sea amamantado por lo menos hasta el 4º mes de vida.	s/d.

(1) Valores subestimados. Fuente: Estadísticas Vitales, M.S. y A.S., 1988.

(2) El Estudio IPA-INDEC de 1989 estimó que en las áreas urbanas de 5 ciudades del país, el 68% de las embarazadas fue detectado antes del tercer mes.

Este valor es más elevado que el reflejado por el SIP: 8% en Capital Federal; 9% en el Hospital General Belgrano en el Conurbano y 12% en Esquel, Chubut.

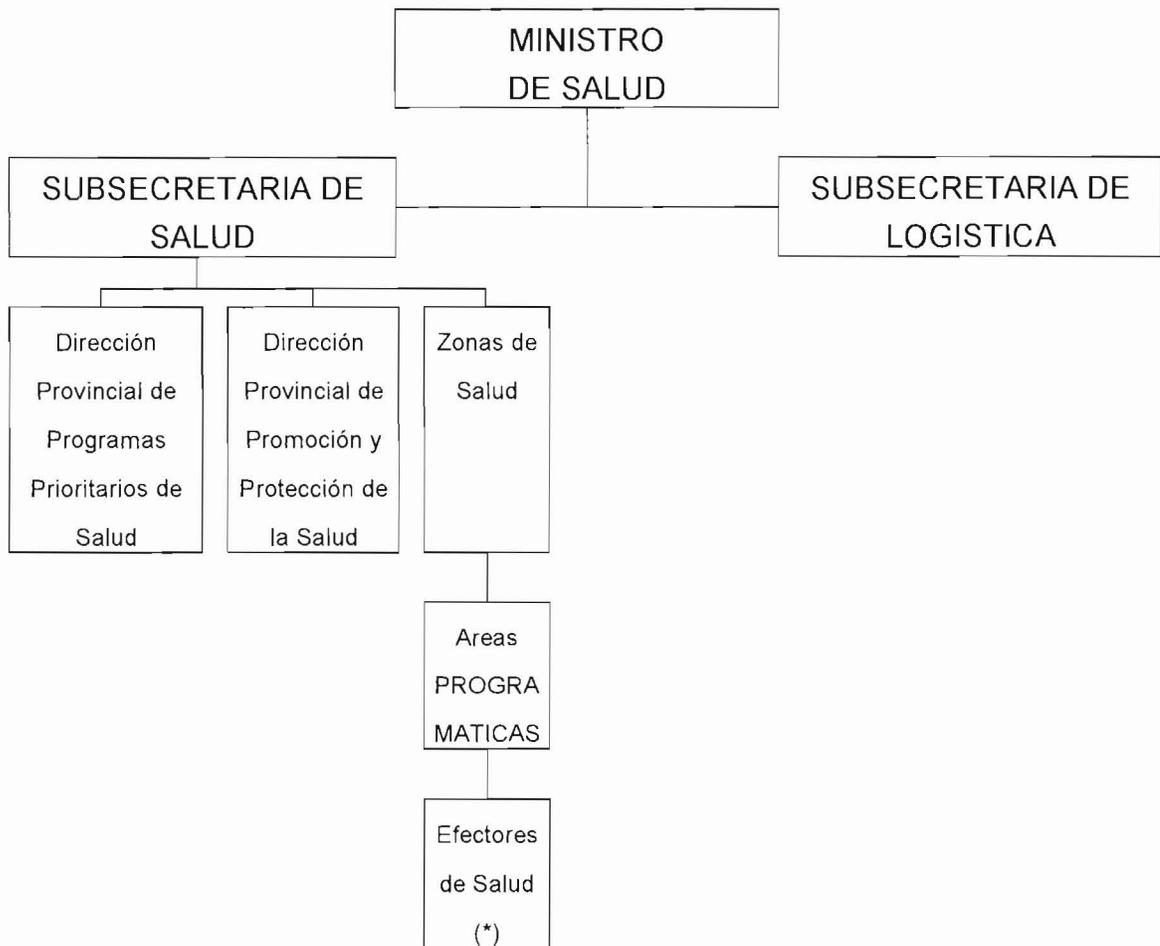
(3) El Estudio IPA-INDEC de 1989 determinó que el 86% de las embarazadas tenía más de 5 controles. Las estadísticas de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, indican que el 68% de las embarazadas atendidas en sus hospitales tenían uno o más controles.

Citado en: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. *Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I. Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido*. Buenos Aires. 1993. Pág. 191-192.

ANEXO II

ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE

DE LA PROVINCIA DE SANTA FE



(*) Hospitales S.A.M.Co. y Centros de Salud (Unidades Operativas en Salud).

Nota: Se presenta el Organigrama pertinente a la implementación de los Programas Provinciales, citada en el presente trabajo, a los fines de la comprensión general de la estructura organizativa del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe.

ANEXO III**MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
METAS PROVINCIALES EN FAVOR DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL
NIÑO 1995-2000**

META	SITUACION ACTUAL
PROGRAMA PROVINCIAL DE PERINATOLOGIA	
Reducir la tasa de mortalidad materna a 29,1 por 100.000 nacidos vivos en 1995 y a 20,3 por 100.000 nacidos vivos en el año 2000.	En 1993, la tasa de mortalidad materna en la provincia de Santa Fe fue de 32,3 por 100.000 nacidos vivos.
Aumentar la proporción de embarazos con 5 o más controles antes del parto, a 80% en 1995 y al 100% en el año 2000.	En 1994, la proporción de partos atendidos en Hospitales públicos que tenían 5 o más controles de su embarazo fue de 46%.
Aumentar la proporción de embarazos que inician controles antes de las 20 semanas de amenorrea (antes del quinto mes de gestación) a 80% en 1995 y a 100% en el año 2000.	En 1994, la proporción de partos atendidos en Hospitales Provinciales que tenían su primer control de embarazo antes de la semana 20 fue de 30%.
Reducir la tasa de mortalidad neonatal a 11,5 por 1.000 nacidos vivos en 1995 y a 8,0 por 1.000 nacidos vivos en el año 2000.	En 1993, la tasa de mortalidad neonatal en la provincia de Santa Fe fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos.
Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer a 7,5% en 1995 y a 6,0% en el año 2000.	En 1994, la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Hospitales Provinciales fue de 8,3%.
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	
Evitar toda muerte por enfermedades prevenibles por vacuna en el año 2000.	En 1993, se produjeron en la provincia 7 muertes por enfermedades prevenibles por vacuna (3 de ellas en menores de 15 años).
Evitar la aparición de casos de enfermedades prevenibles por vacuna en el año 2000.	En 1994, se notificaron en la provincia 254 casos de enfermedades prevenibles por vacuna.

Aumentar la proporción de niños al ingreso escolar correctamente vacunados a 100% en el año 1995 y aumentar la proporción de niños menores de 2 años correctamente vacunados al 95% o más en el año 2000.	En 1994, la proporción de niños menores de 15 años correctamente vacunados fue de 70%.
PROGRAMA PROVINCIAL DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y NUTRICION	
Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición en los niños menores de 5 años a 5,56 por 100.000 habitantes en 1995 y a 2,78 por 100.000 habitantes en el año 2000.	En 1993, la tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años fue de 8,81 por 100.000 habitantes.
Reducir la incidencia de desnutrición aguda en los niños menores de 5 años en un 70% para el año 2000, respecto a los valores registrados en 1995.	En la actualidad no se dispone de información sobre incidencia de desnutrición aguda en niños menores de 5 años para el total de la provincia.
Aumentar la proporción de niños menores de 5 años con control adecuado de crecimiento a 50% en 1995 y a 100% en el año 2000.	En la actualidad, no se ha implementado el Carne de la Salud del Niño, conteniendo lo que se considera "control adecuado" mínimo.
PROGRAMA PROVINCIAL DE CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	
Reducir la tasa de mortalidad por neumonía y sepsis en los niños menores de 5 años a 43,0 por 100.000 habitantes en 1995 y a 30,1 por 100.000 habitantes en el año 2000.	En 1990, la tasa de mortalidad por neumonía y sepsis en niños menores de 5 años fue 47,75 por 100.000 habitantes.
Reducir el uso inadecuado y excesivo de antibióticos en los casos de IRA clasificados como no neumonía a 30% en 1995 y a 15% en el año 2000.	En 1994, la proporción de casos de IRA clasificados como no neumonía, atendidos en servicios de salud provinciales y tratados con antibióticos fue de 50%.
PROGRAMA PROVINCIAL DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)	
Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años a 9,6 por 100.000 habitantes en 1995 y a 6,7 por 100.000 habitantes en el año 2000.	En 1990, la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años fue 14,8 por 100.000 habitantes.

habitantes en el año 2000.	
Aumentar la proporción de casos de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años que fueron tratados adecuadamente a 70% en el año 1995 y a 100% en el año 2000.	No hay información disponible.

Citado en: Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe. *Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil 1995-2000. Documento Base*. Mayo de 1995.

ANEXO IV

ATENCIÓN DEL NIÑO DE 1 SEMANA HASTA 2 MESES DE EDAD

Nombre:.....Edad:.....Peso:.....kg.

Temperatura:.....°C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene el niño?.....Visita inicial:.....

EVALUAR (Encerrar en un círculo todos los signos presentes) Visita de seguimiento:.....

CLASIFICAR

<p>DETERMINAR SI ES POSIBLE QUE SE TRATE DE UNA INFECCION BACTERIANA</p> <p><i>¿TUVO EL NIÑO CONVULSIONES?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones por minuto: respiraciones por minuto. <p>Repetir si el recuento es alto. ¿Respiración rápida?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay tiraje subcostal grave. • Determinar si tiene aleteo nasal. • Determinar si tiene quejido. • Examinar la fontanela y palparla para determinar si está abombada. • Determinar si hay supuración del oído. • Examinar el ombligo. ¿Está enrojecido o presenta supuración? <p>El enrojecimiento se extiende a la piel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene fiebre (Temperatura de 38,0 °C o más caliente al tacto) o temperatura corporal baja (menos de 35,5 °C o frío al tacto)? • Observar la piel para determinar si tiene pústulas. ¿Son muchas o son extensas? • Determinar si el niño está letárgico o comatoso. • Observar los movimientos del niño. ¿Se mueve menos de lo normal? 		
<p>EL MENOR DE 2 MESES TIENE DIARREA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace?días • ¿Hay sangre en las heces? 	<p>SI NO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general del niño. ¿El niño está letárgico o comatoso? <p>Intranquilo o irritable?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si tiene los ojos hundidos. • Signo del pliegue cutáneo. ¿La piel vuelve al estado anterior muy lentamente (más de 2 segundos)? <p>Lentamente?</p>	

<p>ENSEGUIDA, DETERMINAR SI HAY UN PROBLEMA DE ALIMENTACION O BAJO PESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? Sí...No... Determinar el peso para la edad Es bajo..... • ¿Se alimenta al pecho? Sí No No es bajo.. <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas veces cada 24 horas? veces</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Recibe el niño habitualmente otros alimentos o bebidas? Sí No <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Con qué le da de comer al niño? 		
<p>Si el niño tiene cualquier dificultad para comer, se alimenta al pecho menos de 8 veces cada 24 horas, recibe cualquier otro alimento o bebida, o tiene un bajo peso para la edad y no</p>		

ANEXO V

ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre: Edad: Peso:kg. Temperatura:°C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene el niño?Visita inicial

EVALUAR (Marcar con un círculo todos los signos presentes) Visita de seguimiento.....

CLASIFICAR

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>EL NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO</p> <p>VOMITA TODO LETARGICO O COMATOSO</p> <p>CONVULSIONES</p>	<p>¿Hay algún signo de peligro general?</p> <p>Sí No</p>
<p>¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? Sí No</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace? días • Contar las respiraciones por minuto. • respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal. • Observar y escuchar si hay estridor. 	
<p>¿TIENE EL NIÑO DIARREA? Sí No</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace? días • ¿Hay sangre en las heces? • Determinar el estado general del niño. ¿El niño está letárgico o comatoso? <li style="padding-left: 40px;">Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos. • Ofrecer líquidos al niño. ¿El niño bebe muy mal o no puede beber? <li style="padding-left: 40px;">Bebe ávidamente, con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior muy lentamente (más de 2 segundos)? <li style="padding-left: 40px;">Lentamente? 	
<p>¿TIENE EL NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de 38 °C o más) Sí No</p> <p>Determinar el riesgo de malaria: Alto Bajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace? días • Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? • ¿El niño tuvo sarampión en los últimos 3 meses? • Observar para determinar si tiene rigidez de nuca. • Determinar si tiene coriza. <p>Determinar si hay signos de SARAMPION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erupción cutánea generalizada y 	

<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los signos siguientes: tos, coriza u ojos enrojecidos. 	
<p>Si el niño tiene sarampión ahora o si lo tuvo en los últimos 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si tiene úlceras en boca. ¿Son profundas y extensas? • Determinar si presenta supuración de los ojos. • Determinar si presenta opacificación de la córnea. 	
<p>¿TIENE EL NIÑO UN PROBLEMA DE OIDO? Sí No</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? días. • Determinar si hay supuración del oído. • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja. 	
<p>ENSEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICION Y ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay signos de emaciación visibles. • Determinar si tiene palidez palmar. ¿Palidez palmar intensa? ¿Palidez palmar leve? • Verificar si hay edema en ambos pies. • Determinar el peso para la edad. Muy bajo No muy bajo 	
<p>VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION DEL NIÑO</p> <p>Marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy.</p> <p>BCG DPTHib1 DPTHib2 DPTHib3 SABIN1 SABIN2 SABIN3 SRP</p> <p>DPTHib4 SABIN4</p>	<p>Volver para la próxima vacuna el(fecha)</p>
<p>EVALUAR LA ALIMENTACION DEL NIÑO SI ESTA ANEMICO O SI TIENE UN PESO MUY BAJO</p> <p>O si tiene menos de 2 años de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ud. le da pecho al niño? Sí No Si le da pecho, ¿cuántas veces en un periodo de 24 horas? veces. ¿Le da el pecho durante la noche? Sí No • ¿El niño ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿qué alimento o líquidos? • ¿Cuántas veces por día? veces. ¿Qué usa para dar de comer al niño?..... • Si el peso es muy bajo para la edad, ¿de qué tamaño son las porciones que le da? • ¿El niño recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño y cómo? • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación del niño? Sí No • Si lo hubo, ¿cuál fue? 	<p>Problemas de alimentación:</p>
<p>EVALUAR OTROS PROBLEMAS:</p> <p>TRATAR</p> <p>Recuerde referir a todo niño que presente por lo menos un signo de peligro aunque no se encuadre en otra clasificación grave.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

.....	
Visita de seguimiento	
Diga a la madre cuando regresar inmediatamente.	
Administrar las vacunas previstas	
Recomendación nutricional.	
.....	
.....	

ANEXO VI

CONSULTAS ANUALES POR UNIDAD OPERATIVA EN SALUD Y POR EDAD. AREA PROGRAMÁTICA SAN JORGE. AÑO 1997

Unidad Operativa	< 1 año	O - E*	1 año	O - E*	2 4 años	O - E*	TOTAL
S.A.M.Co. San Jorge	1473	7 7	1089	5 5	1940	9 9	4511
S.A.M.Co. Sastre	686	7 7	316	3 3	562	5 5	1564
C. de S. R. Carrillo (SJ)	415	4 4	304	3 3	408	5 5	1127
S.A.M.Co. Castelar	60	1 1	61	1 1	108	1 1	229
S.A.M.Co. Las Petacas	47	1 1	76	1 1	92	1 1	215
S.A.M.Co. Crispi	25	1 1	16	1 1	37	1 1	78
S.A.M.Co. Traill	7	1 1	14	1 1	40	1 1	61
TOTAL	2713	22 22	1885	15 15	3187	23 23	7785

* O (Observaciones) y E (Entrevistas) a realizar.

Fuente: Area Programática. S.A.M.Co. San Jorge.

Nota: La proporción considerada para la distribución de las entrevistas y observaciones se basa en el número total de consultas por estrato o grupo de edad con respecto al total de consultas de cada Unidad Operativa en Salud.

ANEXO VIII

GUIA PARA LA OBSERVACION. PARTE 2: LA CONSULTA

Unidad Operativa en Salud:

Fecha de la consulta:

Hora inicio:

Edad del niño:

A- Sobre el inicio de la consulta	
1. ¿Fue llamada la madre por el personal de salud para entrar al consultorio?	si [] no []
2. ¿Por el personal que atiende la consulta?	si [] no [] Otro []
3. ¿Fue llamada por su nombre/apellido? Si [] no []	¿Por número? si [] no []
4. ¿Fue amable la forma en que la madre fue llamada?	si [] no []
5. ¿Saludó el personal a la madre al entrar al consultorio? Si [] no []	Amable si [] no []
6. ¿La invitó a sentarse?	si [] no []
7. ¿Hizo preguntas generales para iniciar la conversación?	si [] no []
8. ¿Preguntó a la madre por qué trajo al niño?	si [] no []
9. ¿Menciona el personal al niño por su nombre?	si [] no []
B- Sobre la evaluación del niño	
B1- Preguntas a la madre sobre la salud del niño	
1. ¿Hace preguntas de evaluación?	si [] no []
2. ¿Hace sólo preguntas cerradas?	si [] no []
3. ¿Complementa la información con preguntas abiertas?	si [] no []
4. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?	si [] no []
5. ¿Logra una buena comunicación con la madre?	si [] no []
B2- Observación y evaluación de signos de enfermedad del niño	
1. ¿Explica a la madre que revisará al niño?	si [] no []
2. ¿Explica a la madre lo que va haciendo?	si [] no []
3. ¿Aprovecha para mostrar a la madre signos a observar? Si [] no []	Amable si [] no []
4. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?	si [] no []
5. ¿Logra una buena comunicación con la madre?	si [] no []
B3- Control del estado de vacunación y nutricional del niño	
1. ¿Controla el estado de vacunación del niño?	si [] no []
2. ¿Explica a la madre la importancia y razón del control?	si [] no []
3. ¿Aprovecha para recomendar sobre próximas vacunas?	si [] no []
4. ¿Controla el estado nutricional del niño?	si [] no []

5. ¿Explica a la madre la importancia y razón del control?		si [] no []
6. ¿Aprovecha para recomendar sobre el próximo control?		si [] no []
7. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?		si [] no []
8. ¿Logra una buena comunicación con la madre?		si [] no []
C- Sobre la clasificación de la enfermedad del niño		
1. ¿Explica a la madre qué tiene el niño?	Si [] no []	Amable si [] no []
2. ¿Pregunta a la madre para verificar si entendió?	Si [] no []	Amable si [] no []
3. ¿Complementa la verificación con preguntas abiertas?		si [] no []
4. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?		si [] no []
5. ¿Logra una buena comunicación con la madre?		si [] no []
D- Sobre las indicaciones de tratamiento del niño		
D1- Indicaciones para el tratamiento con algún medicamento		No corresponde []
1. ¿Explica a la madre qué medicamentos dará al niño?		si [] no []
2. ¿Explica cómo prepararlo?	si [] no []	Amable si [] no []
3. ¿Explica a la madre cuánto medicamento darle?		si [] no []
4. ¿Explica cómo y cuándo darle el medicamento al niño?		si [] no []
5. ¿Explica cuántas veces al día darle?		si [] no []
6. ¿Explica cuántos días debe darle?		si [] no []
7. ¿Pregunta a la madre para verificar si entendió?		si [] no []
8. ¿Complementa la verificación con preguntas abiertas?		si [] no []
9. ¿Pregunta a la madre sobre posibles dificultades?		si [] no []
10. ¿Ayuda a la madre a resolver las dificultades?		si [] no []
11. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?		si [] no []
12. ¿Logra una buena comunicación con la madre?		si [] no []
D2- Indicaciones sobre lactancia materna		No corresponde []
1. ¿Pregunta a la madre si da el pecho al niño?	si [] no []	Amable si [] no []
2. ¿Pregunta cuántas veces al día?		si [] no []
3. ¿Pregunta si le da el pecho también durante la noche?		si [] no []
4. ¿Complementa la verificación con preguntas abiertas?		si [] no []
5. ¿Da a la madre instrucciones para mejorar la lactancia?		si [] no []
6. ¿Pregunta a la madre sobre posibles dificultades?		si [] no []
7. ¿Ayuda a la madre a resolver las dificultades?		si [] no []
8. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?		si [] no []
9. ¿Logra una buena comunicación con la madre?		si [] no []
D3- Indicaciones sobre la alimentación y los líquidos que se están dando al niño		
1. ¿Pregunta si el niño recibe otros alimentos o líquidos?	si [] no []	Amable si [] no []
2. ¿Pregunta qué alimentos o líquidos recibe el niño?	si [] no []	Amable si [] no []

3. ¿Pregunta cuántas veces al día los recibe?		si [] no []
4. ¿Pregunta qué alimentos da habitualmente al niño?		si [] no []
5. ¿Pregunta sobre el tamaño de las porciones?	si [] no []	Amable si [] no []
6. ¿Complementa la verificación con preguntas abiertas?		si [] no []
7. ¿Da a la madre instrucciones sobre la alimentación?		si [] no []
8. ¿Da a la madre instrucciones sobre los líquidos?		si [] no []
9. ¿Pregunta a la madre sobre posibles dificultades?		si [] no []
10. ¿Ayuda a la madre a resolver las dificultades?		si [] no []
11. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?		si [] no []
12. ¿Logra una buena comunicación con la madre?		si [] no []
E- Sobre la vigilancia de signos de alarma en el niño y las visitas de control posterior		
1. ¿Explica a la madre cuándo debe volver a control?	Si [] no []	Amable si [] no []
2. ¿Explica por qué debe volver en esa fecha?	Si [] no []	Amable si [] no []
3. ¿Verifica si la madre entendió con preguntas abiertas?		si [] no []
4. ¿Pregunta a la madre sobre posibles dificultades?		si [] no []
5. ¿Ayuda a la madre a resolver las dificultades?		si [] no []
6. ¿Explica a la madre cuándo debe volver de inmediato?	Si [] no []	Amable si [] no []
7. ¿Explica claramente los signos de alarma?	Si [] no []	Amable si [] no []
8. ¿Utiliza un lenguaje adecuado para explicarlos?	Si [] no []	Amable si [] no []
9. ¿Verifica si la madre entendió con preguntas abiertas?		si [] no []
10. ¿Pregunta a la madre sobre posibles dificultades?		si [] no []
11. ¿Ayuda a la madre a resolver las dificultades?		si [] no []
12. ¿Explica a la madre cuándo debe volver por otras causas (vacunación, control de crecimiento)?		Amable si [] no []
si [] no []		
13. ¿Verifica si la madre entendió con preguntas abiertas?		si [] no []
14. ¿Pregunta a la madre sobre posibles dificultades?		si [] no []
15. ¿Ayuda a la madre a resolver las dificultades?		si [] no []
11. ¿Puede la madre expresarse con comodidad?		si [] no []
12. ¿Logra una buena comunicación con la madre?		si [] no []
Observaciones:		
Hora de finalización:		

ANEXO IX

**GUIA PARA LA ENTREVISTA CON LA MADRE O RESPONSABLE
DESPUES DE LA CONSULTA**

Unidad Operativa en Salud:

Fecha de la consulta:

Edad del niño:

A- Sobre la consulta en general	
1. ¿Por qué concurrió a la Unidad Operativa en Salud (U.O.S.)?	
2. ¿Concorre siempre a esta U.O.S.? sí [] no []	A otro:
3. ¿Está conforme con la atención recibida?	sí [] no []
4. ¿Por qué?	
5. ¿Le pidió el personal de salud el carnet de vacunación?	sí [] no []
6. ¿Tiene el carnet de vacunación del niño?	sí [] no []
7. ¿Están las vacunas al día? (Pedir el carnet)	sí [] no []
8. ¿Le pidió el personal de salud el carnet de control de crecimiento del niño?	sí [] no []
9. ¿Tiene el carnet de control de crecimiento del niño?	sí [] no []
10. ¿Tiene el niño los controles adecuados? (Pedir el carnet)	sí [] no []
B- Sobre el resultado de la atención del niño	
1. ¿Le dijo el personal de salud qué tenía el niño?	sí [] no []
2. ¿Qué le dijo que tenía?	
3. ¿Está conforme con lo que dijeron? sí [] no []	4. ¿Se quedó con alguna duda? sí [] no []
5. ¿Con qué dudas se quedó?	
6. ¿Por qué no le preguntó sus dudas al personal de salud?	
C- Sobre el tratamiento indicado para el niño	
C1- Sobre el tratamiento en general	
1. ¿Qué tratamiento le dijo el personal de salud que tenía que dar al niño?	
2. ¿Está conforme con el tratamiento que le dieron?	sí [] no []

3. ¿Por qué?	
C2- Sobre los medicamentos	
1. ¿Le indicaron algún medicamento al niño? sí [] no []	
2. ¿Qué medicamento(s) le indicaron?	
a)-	b)-
c)-	d)-
3. ¿Le dijeron para qué servía cada uno de estos medicamentos? sí [] no []	
4. ¿Para qué le dijeron que servían?	
a)-	b)-
c)-	d)-
5. ¿Le explicaron cómo darle los medicamentos al niño? sí [] no []	
6. ¿Qué cantidad de medicamento tiene que darle?	
a)-	b)-
c)-	d)-
7. ¿Cuántas veces al día tiene que darle cada medicamento?	
a)-	b)-
c)-	d)-
8. ¿Cómo tiene que darle cada medicamento? (horario, antes o después de las comidas, etc.)	
a)-	b)-
c)-	d)-
9. ¿Durante cuántos días tiene que darle cada medicamento?	
a)-	b)-
c)-	d)-
10. ¿Cree que tendrá algún inconveniente para darle los medicamentos al niño? sí [] no []	
11. ¿Le explicó estos inconvenientes al personal de salud? sí [] no []	
12. Si es no, ¿por qué no se los explicó?	
13. Si es sí, ¿le ayudó el personal de salud a pensar cómo solucionar los inconvenientes? sí [] no []	
C3- Sobre la lactancia materna (sólo si el niño es menor de 2 años)	
1. ¿Le preguntó el personal de salud si estaba dándole de mamar al niño? sí [] no []	
2. ¿Le dio algún consejo sobre darle de mamar al niño? sí [] no []	
3. Si es sí, ¿qué le dijo el personal de salud sobre darle de mamar al niño?	
4. ¿Cree que tendrá algún inconveniente para hacer lo que le dijo el personal de salud? sí [] no []	
5. ¿Qué inconvenientes cree que puede tener?	

6. ¿Le explicó estos inconvenientes al personal de salud?	si [] no []
7. Si es no, ¿por qué no se los explicó?	
8. Si es sí, ¿le ayudó el personal de salud a pensar cómo solucionar los inconvenientes?	si [] no []
C4- Sobre la alimentación del niño y sobre los líquidos que le están dando	
1. ¿Le preguntó el personal de salud sobre la alimentación del niño?	si [] no []
2. ¿Le dio algún consejo sobre la alimentación del niño?	si [] no []
3. Si es sí, ¿qué le dijo el personal de salud sobre la alimentación del niño? ¿Y sobre los líquidos?	
4. ¿Cree que tendrá algún inconveniente para hacer lo que le dijo el personal de salud?	si [] no []
5. ¿Qué inconvenientes cree que puede tener?	
6. ¿Le explicó estos inconvenientes al personal de salud?	si [] no []
7. Si es no, ¿por qué no se los explicó?	
8. Si es sí, ¿le ayudó el personal de salud a pensar cómo solucionar los inconvenientes?	si [] no []
D- Sobre los signos de alarma para concurrir de inmediato con el niño a la U.O.S.	
1. ¿Le explicó el personal de salud cuándo debe volver de inmediato?	si [] no []
2. Si es sí, ¿cuándo vendrá de inmediato a buscar ayuda?	
3. ¿Cree que tendrá algún inconveniente para hacer lo que le dijo el personal de salud?	si [] no []
4. ¿Qué inconvenientes cree que puede tener?	
5. ¿Le explicó estos inconvenientes al personal de salud?	si [] no []
6. Si es no, ¿por qué no se los explicó?	
7. Si es sí, ¿le ayudó el personal de salud a pensar cómo solucionar los inconvenientes?	si [] no []
E- Sobre la consulta de seguimiento o control de la enfermedad actual del niño	
1. ¿Le explicó el personal de salud cuándo debe volver para controlar si el niño mejora?	si [] no []
2. Si es sí, ¿cuándo volverá para controlar si el niño está mejorando?	
3. ¿Cree que tendrá algún inconveniente para hacer lo que le dijo el personal de salud?	si [] no []
4. ¿Qué inconvenientes cree que puede tener?	
5. ¿Le explicó estos inconvenientes al personal de salud?	si [] no []
6. Si es no, ¿por qué no se los explicó?	

7. Si es <i>sí</i> , ¿le ayudó el personal de salud a pensar cómo solucionar los inconvenientes?	sí [] no []
F- Sobre la próxima consulta del niño para vacunación o para control de crecimiento	
1. ¿Le explicó el personal de salud cuándo debe volver para vacunar al niño?	sí [] no []
2. Si es <i>sí</i> , ¿cuándo volverá para vacunar al niño? ¿Para aplicarle qué vacuna(s)?	
3. ¿Le explicó el personal de salud cuándo debe volver para controlar el crecimiento?	sí [] no []
4. Si es <i>sí</i> , ¿cuándo volverá para controlar el crecimiento del niño?	
5. ¿Cree que tendrá algún inconveniente para hacer lo que le dijo el personal de salud?	sí [] no []
6. ¿Qué inconvenientes cree que puede tener?	
7. ¿Le explicó estos inconvenientes al personal de salud?	sí [] no []
8. Si es <i>no</i> , ¿por qué no se los explicó?	
9. Si es <i>sí</i> , ¿le ayudó el personal de salud a pensar cómo solucionar los inconvenientes?	sí [] no []
Observaciones:	

BIBLIOGRAFIA

AIEPI (ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA). *Curso de Capacitación. Introducción.* OPS. OMS. UNICEF. Septiembre de 1996.

--- *Curso de Capacitación. Evaluar y clasificar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad.* OPS. OMS. UNICEF. Septiembre de 1996.

--- *Curso de Capacitación. Determinar el tratamiento.* OPS. OMS. UNICEF. Septiembre de 1996.

--- *Curso de Capacitación. Tratar al niño.* OPS. OMS. UNICEF. Septiembre de 1996.

--- *Curso de Capacitación. Aconsejar a la madre o al acompañante.* OPS. OMS. UNICEF. Septiembre de 1996.

--- *Curso de Capacitación. Cuadros de procedimientos.* OPS. OMS. UNICEF. Septiembre de 1996.

ALAYON, Norberto. *Definiendo al Trabajo Social.* Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1981.

ALDERETE, A., RODRIGUEZ, M., TABORDA, M. *Procesos de Organizaciones de Base: Diagnóstico, evaluación, técnicas e instrumentos.* SERVIPROH (Servicio de Promoción Humana). UNC, 1996.

ANDER EGG, Ezequiel. *Introducción a la Planificación.* Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1983.

--- *Metodología del Trabajo Social*. El Ateneo. Buenos Aires, 1981.

--- *Técnicas de Investigación Social*. 9º Edición. Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1983.

ARROSI, J. C. y otros. *Educación para la Salud. Aspectos Básicos Conceptuales. Guía de Programación*. UBA. Escuela de Salud Pública. Curso de Diplomados en Salud Pública. Buenos Aires, 1986.

AYLWIN de BARROS, N. y otras. *Un enfoque operativo de la Metodología del Trabajo Social*. Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1982

BIOCCA, Saúl. *Apuntes de clase*. Espuba. Curso de Diplomado en Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Buenos Aires. 1983.

CANALES, F., ALVARADO, E. Y PINEDA, E. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. 1º Edición. Editorial Limusa. OMS/OPS, México, 1986.

CHIOSSO, Silvia. *Un abordaje interdisciplinario en el campo educacional*. Trabajo de Investigación Final para obtener el Título de Asistente Social. Escuela de Servicio Social de Santa Fe. Diciembre de 1984.

DE AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. 4º Edición. Masson S.A. Madrid, 1993.

DE AJURIAGUERRA, J. , MARCELLI, D. *Manual de Psicopatología del Niño*. Masson S.A. Madrid, 1992.

DE ZAN, Julio. *Introducción al Trabajo Interdisciplinario. Cuadernos Interdisciplinarios N° 1*. Universidad Católica de Santa Fe. Santa Fe, 1981.

GARCIA SALORD, Susana. *Especificidad y Rol en Trabajo Social*. Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1991

GRASSI, E., HINTZE, S. y NEUFELD, M. *Políticas Sociales. Crisis y ajuste estructural*. Espacio Editorial. Buenos Aires, 1994.

IPEC (INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADISTICAS Y CENSO). *Anuario Estadístico de la Provincia de Santa Fe*. Gobierno de la Pcia. de Santa Fe. Santa Fe, 1994.

--- *Compendio Estadístico. Provincia de Santa Fe. Serie A. N° 6. 1989-1992*. Gobierno de la Pcia. de Santa Fe. Santa Fe, 1993.

KISNERMAN, Natalio y GOMEZ, M. *El método: Investigación*. Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1980.

KLECZKOWSKI, B. M. y PIBOULEAU, R. (Editores). *Criterios de Planificación y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo. Volumen 4. Publicación Científica N° 495*. OPS. Washington, 1986.

KLIKSBERG, Bernardo (Compilador). *Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas propuestas a nivel mundial*. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.

MENDOZA RANGEL, M. del Carmen. *Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales*. Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1990.

MENIN, Ovide. *Antología sobre el tema de los grupos operativos*. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. Rosario, 1978.

MERA, Jorge (Editor). *Los Servicios de Salud en Argentina. Sistemas y Políticas de Salud. Tomo 1*. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires, 1994.

--- *Los Servicios de Salud en Argentina. Actividades y Servicios Específicos. Tomo 3*. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires, 1995.

MESA LAGO, Carmelo. *Atención de Salud para los pobres en la América Latina y el Caribe. Publicación Científica N° 539. Copublicación OPS - Fundación Interamericana. Washington, 1992.*

MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION. *Incumbencias de los títulos de Asistente Social, Trabajador Social, Licenciado en Servicio Social y Licenciado en Trabajo Social. Resolución N° 579/86.*

MINISTERIO DE EDUCACION DE LA NACION. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. *Programa de Educación para la Salud en la Escuela. Taller de Capacitación. Santa Fe, Agosto de 1998.*

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. *Propuesta Normativa Perinatal. Tomo 1. Atención del Embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Buenos Aires, 1993.*

--- SECRETARIA DE SALUD. *Manual Metodológico de Capacitación del Equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de Madres y Niños. Dirección de Salud Materno Infantil. Buenos Aires, 1994.*

MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE LA PROVINCIA DE SANTA FE. *Planificación de Actividades para la Implementación y Fortalecimiento de los Programas Provinciales Prioritarios en las Zonas de Salud. Septiembre/1997 - Diciembre/1998. Santa Fe, 1997.*

--- DIRECCION PROVINCIAL DE PLANIFICACION, CONTROL DE GESTION Y ESTADISTICA. DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. *Perfiles de salud de la Provincia de Santa Fe. Año 1992. Defunciones por causa y sexo y grupos de edad. Gobierno de la Pcia. de Santa Fe, 1993.*

--- SUBSECRETARIA DE SALUD. *Anteproyecto de Programa de Reforma Estructural en Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 1996.*

MORY, F. *Enseñanza Individual y Trabajo por Equipos. Kapelusz. Buenos Aires, 1964.*

O'DONNELL, Juan Carlos (Editor). *Administración de Servicios de Salud. Condicionantes y Gestión*. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires, 1995.

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD) *Recomendaciones de las Discusiones Técnicas en Nuevas Políticas para la Educación para la Salud en la Atención Primaria de la Salud*. 36º Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Mayo de 1983. OMS/SCIPHE N° 1/1985.

OPS (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD) *Argentina. Situación de salud y tendencias. 1986-1995. Publicación N° 46*. Buenos Aires, 1998.

--- *Bases Técnicas para las Recomendaciones de la OMS sobre el Tratamiento de la Neumonía en los Niños Menores de 5 Años en el 1º Nivel de Atención*. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Pcia. de Santa Fe, Enero de 1992.

--- *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 2. Publicación Científica N° 554*. Washington, 1995.

--- *Formulación de Políticas de Salud*. Sgo. de Chile. 1975.

--- *Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para la Planificación, Ejecución y Evaluación de las Actividades de Control dentro de la Atención Primaria de la Salud. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 17*. Washington, 1988.

--- *La investigación en Salud en América Latina. Estudio de países seleccionados. Publicación Científica N° 543*. Washington, 1992.

--- *Los Antibióticos en el Tratamiento de las IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) en Niños Menores de 5 Años*, 1991.

--- *Manual de Tratamiento de la Diarrea. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 13*. Washington, 1987.

--- *Presentación y Análisis del Curso sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*, 1997.

--- *Procedimientos para la formulación de Políticas de Salud*. 1973.

OPS. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. *Perspectiva epidemiológica. Argentina 1996. Aplicación de una metodología para determinar prioridades en salud*. Buenos Aires, 1998.

ORTIZ, Emilio. *Testimonio*. Año IX. N° 21. Ateneo de Asistentes Sociales de Buenos Aires. Buenos Aires. Agosto de 1982.

POLIT, D. Y HUNGLER, B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 2° Edición. Nueva Editorial Interamericana. México, 1987.

POPPER, Karl. *La miseria del Historicismo*. Madrid. Buenos Aires, 1983.

ROZAS, Margarita. *La intervención en Trabajo Social*. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires, 1994.

SAMAJA, Juan. *Epistemología y Metodología. Elementos para una Teoría de la Investigación Científica*. EUDEBA. Buenos Aires, 1994.

TAYLOR, S. Y BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1986.

TESTA, Mario. *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1993.

TOBON, M., ROTTIER, N. y MANRIQUE, A. *La práctica profesional del Trabajador Social. Guía de Análisis*. Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1992.

UNICEF ARGENTINA (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAD PARA LA INFANCIA). SAP (SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA). *Guías de Salud I. El Bebé*, 1995

--- *Guías de Salud II. El Niño de 2 a 5 Años*, 1995.

--- *Guías de Salud III. Medio Ambiente y Salud*, 1995.

VARSAKY, O. *Ciencia Política y Cientificismo. Tercera Edición*. EUDEBA. Buenos Aires, 1972.

BOLETINES, INFORMES.

AIEPI (ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA). *Diálogo sobre atención infantil*. N° 2. OPS. Washington, Diciembre de 1997.

IPEC (INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO). *Situación y Evolución Social Provincial. Santa Fe. Síntesis N° 1*. Santa Fe, 1997.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN. *Revista "Educación para la Salud" N° 56*. Año 1998.

MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE LA PROVINCIA DE SANTA FE. *Boletín Epidemiológico N° 1 de la Provincia De Santa Fe*, 1994.

--- *Boletín Epidemiológico N° 2 de la Provincia De Santa Fe*, 1995.

--- *Estadísticas Hospitalarias. Recursos y Producción de Servicios*, 1997.

--- *Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil 1995 - 2000. Documento Base*. Santa Fe, Mayo de 1995.

--- *Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil. Avances registrados. Enero - Marzo 1995*, Mayo de 1995.

--- *Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil. Avances registrados. Enero - Mayo 1995*, Julio de 1995.

--- *Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil. Avances registrados. Enero - Septiembre 1995*, Noviembre de 1995.

--- *Noticias sobre IRA. N° 31*, Junio - Septiembre de 1995.

--- *Resumen de la Situación de Salud de Santa Fe. Mortalidad Infantil. Magnitud y Tendencia. N° 1*, Noviembre de 1995.

--- SUBSECRETARÍA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE. *Informe de*