
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

***PROGRAMAS DE SALUD Y PRÁCTICAS DE
CUIDADO NUTRICIONAL INFANTIL, UNA
MIRADA DESDE LOS ACTORES Y LAS
INSTITUCIONES DE SALUD***

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**Autor: Lic. Graciela Scruzzi
Director: Dra. Marcela Lucchese**

2016

Tribunal de Tesis

1.- Mgter. Andrea Mariana Aimino

2.-Mgter. María Borsottii

3.-Dra. Patricia Fabiana Gómez

Dedicatoria

- 1.- A Dios, porque aún en mis momentos más difíciles no me abandonó.
- 2.- A Diego mi compañero y nuestros hijos Mateo y Octavio por su apoyo incondicional.
- 3.- A mis padres, porque les debo todo lo que soy.

Agradecimientos

- 1.- A mi Directora, la Dra. Marcela Lucchese, por su dedicación y su generosidad en transmitirme sus conocimientos.
- 2.- A mis compañeros de trabajo, que me apoyaron en este viaje.
- 3.- A mis seres queridos, los que están físicamente y en mi corazón.

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”

INDICE	Página
RESUMEN	6
SUMMARY	7
1.1.- INTRODUCCIÓN	8
1.2. – ANTECEDENTES	11
1.3.- PERSPECTIVA TEÓRICA	16
a. Pobreza	
b. Políticas Públicas	
1. Políticas en torno a las familias	
2. Programas de Salud	
3. Implementación de los Programas en los Centros de Salud	
c. Prácticas de Cuidado	
1. Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil	
d. Representaciones Sociales	
1. Representaciones de las Practicas de cuidado	
1.4.- OBJETIVOS	39
2.- METODOLOGÍA	40
1. Programas y Planes Nacionales y Provinciales (Plan Nacer- Programa Materno Infantil)	
2. Programas Municipales (Programa Control de Crecimiento y Desarrollo y Programa Atención de Embarazo y Puerperio)	
3. Análisis de Fragmentos de Discurso	
4. Entrevistas en Profundidad	
5. Aspectos a considerar en las entrevistas	
6. Análisis de las entrevistas	
7. Triangulación de Métodos	
8. Consideraciones Éticas	
3.- RESULTADOS	50
1. Análisis de Documentos	
a) Análisis Plan Nacer	
b) Análisis Programa Maternidad e Infancia	
c) Análisis Programa CCyD	
d) Análisis Programa Atención de Embarazo y Puerperio	
2. Análisis de Entrevistas	
a) El cuidado: Encuentros y Desencuentros entre el discurso de los documentos (programas y planes) y las representaciones de efectores y de cuidadoras.	
b) Cobertura y acceso a la atención de salud: problemáticas en coordinación y comunicación	
c) La comunicación entre cuidadoras y efectores se desarrolla en un escenario marcado por la hegemonía	
d) Las familias y el cuidado: Rol femenino, con escasa participación del varón	
4.- DISCUSIÓN	92
5.- CONCLUSIONES	106
6.- BIBLIOGRAFÍA	110
7.-ANEXOS	118
Consentimiento Informado	
Guía de Entrevista Cuidadores	
Guía de Entrevista Efectores	

RESUMEN

Introducción: Desde los gobiernos latinoamericanos históricamente se asumió que el cuidado es una responsabilidad fundamentalmente de los hogares. En la última década se realizaron cambios en los sistemas de salud pretendiendo incorporar una perspectiva del cuidado desde los derechos. Se definen las prácticas de cuidado nutricional infantil (PCNI) como “el entrecruzamiento de la selección, preparación y distribución de los alimentos como parte de las estrategias de consumo de las familias y las acciones de los adultos encaminadas a orientar el desarrollo de los niños vinculadas a la crianza y cuidado de éstos”. **Objetivo:** Analizar las prácticas de cuidado nutricional infantil (PCNI) consideradas por los programas de salud implementados en la ciudad de Córdoba, especialmente en familias en situación de pobreza, y las representaciones que tienen los efectores de salud y los cuidadores nutricionales. **Material y método:** Investigación cualitativa, de acuerdo a los objetivos se analizaron documentos y entrevistas, para el análisis de documentos se utilizó el análisis de fragmentos de discurso de Jäger. Se analizaron programas materno-infantiles; teniendo en cuenta: Marco institucional, Superficie del texto, Medios lingüísticos retóricos, Enunciados de contenido lógico e Interpretación. Para el estudio de las representaciones se utilizaron entrevistas en profundidad explorando conocimientos, creencias y actitudes sobre PCNI, participaron 19 cuidadores de niños bajo programa Control de Crecimiento y Desarrollo y 6 efectores de salud de Córdoba. El análisis de la información se efectuó a través de la teoría fundamentada. Los datos del análisis de los documentos y entrevistas fueron validados por triangulación. **Resultados:** Los programas y planes analizados se presentan como textos argumentativos, con significados claros respecto de cobertura y calidad de atención. Se hace referencia a la necesidad de reconocer los saberes de los cuidadores. El cuidado es considerado condición previa al cumplimiento de los derechos de niños/niñas. De las entrevistas se destaca que la comunicación entre las cuidadoras y los efectores se desarrolla en un escenario marcado por la hegemonía; lo que revela que si bien ha habido un cambio en el paradigma de atención a nivel de los documentos; esto no se visualiza aún en las prácticas profesionales, las cuales continúan siendo unidireccionales y generan en las cuidadoras momentos de tensión entre la información provista por los efectores y la construida por su entorno, sin embargo en la decisión al interior de sus hogares el saber que prevalece es el de otras mujeres madres. El cuidado sigue siendo visto como responsabilidad de las mujeres. **Conclusión:** A nivel discursivo el cuidado aparece vinculado a los derechos de la infancia. Las representaciones están dominadas por el modelo hegemónico imperante en salud. Sería necesario, si se desea abordar a una construcción del ejercicio pleno de los derechos, tener un sistema de salud sólido y justo, que incorpore la participación ciudadana y su real protagonismo en la construcción colectiva, para esto es necesario que los profesionales se acerquen y trabajen con la comunidad, proponiendo acciones de promoción y prevención desde ella.

Palabras Clave: Programas, Representaciones, Cuidados Nutricionales, Niñez

SUMARY

Introduction: Latin American governments have historically assumed that care is fundamentally the responsibility of the home. Changes have been made to health systems during the last decade with the purpose of introducing a perspective of care based on rights. Child nutritional care practices (CNCP) are defined as "the interweaving of selecting, preparing and distributing foods as part of family consumption strategies and the actions of adults aimed at orienting the development of children linked to child raising and child caring."

Objective: To analyze child nutritional care practices (CNCP) considered by health programs implemented in the city of Cordoba, particularly in poor families, and the representations of healthcare workers and nutritional caregivers.

Materials and Methods: Qualitative research, documents and interviews were analyzed in accordance with the objectives; Jäger's analysis of discourse fragments was used to analyze the documents. Mother and child programs were analyzed taking the following into account: Institutional framework, text surface, rhetorical linguistic media, logical content statements, and interpretation. Interviews were used in depth for the study of representations, exploring knowledge, beliefs and attitudes of CNCP; 19 child caregivers took part under the Growth and Development Control program, as well as 6 healthcare workers from Cordoba. The information was analyzed by means of the grounded theory. The document and interview analysis data were validated by triangulation.

Results: The programs and plans analyzed are presented as argumentative texts, with clear meanings regarding coverage and the quality of the service. Reference is made to the need to recognize the caregivers' knowledge. Care is considered a prior condition for the compliance of children's rights. The interviews highlight that communication between caregivers and workers develops in a scenario marked by hegemony; it reveals that although there has been a change in the attention paradigm at the document level, this is not visible in professional practices, which continue to be unidirectional and generate moments of tension among caregivers between the information provided by the workers and that constructed by the environment; nevertheless, for decisions within their homes the knowledge that prevails is that of women who are mothers. Care continues to be regarded as a responsibility pertaining to women.

Conclusion: At the discursive level care appears linked to children's rights. The representations are dominated by the hegemonic model prevailing in the health system. In order to address a construction of the full exercise of rights, it would be necessary to have a just, sound health system that incorporates citizen participation and its actual protagonism in the collective construction; for this to occur professionals must join the community and work alongside it, proposing therefrom promotion and prevention action.

Key words: Programs, representations, nutritional care, childhood.

INTRODUCCIÓN

En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas se establecieron como metas de desarrollo para el 2015 la reducción a la mitad de la población en situación de pobreza y hambre, el aseguramiento de la cobertura universal de la educación primaria, el acceso equitativo a todos los niveles de educación y la reducción significativa de los indicadores de mortalidad materno – infantil. Se ha enfatizado especialmente qué, para cumplir con las metas del Milenio, se requiere del compromiso del sector público para la implementación de estrategias y programas multisectoriales, focalizados en los grupos más pobres y vulnerables, que contribuyan simultáneamente al logro de los objetivos propuestos (Naciones Unidas, 2001) (1).

La falta de protección social por no acceder al mercado laboral, aumenta la vulnerabilidad de las personas. El Estado es el encargado de ejecutar políticas que garanticen el bienestar de los ciudadanos en todo el espectro posible de seguridad social. Estos programas gubernamentales, financiados con los presupuestos estatales, tienen carácter gratuito, en tanto son posibles gracias a fondos procedentes de las imposiciones fiscales. En este sistema se engloban temas como la salud pública (2).

Desde fines del siglo XX y hasta comienzos del presente, se han promovido e implementado múltiples procesos de cambio en los sistemas de salud de los países de América Latina, denominados como “reforma del sector salud”, en el contexto de la revisión de las políticas sociales, que han tenido un marcado impacto sobre las orientaciones regionales en materia del derecho a la salud y la protección social (3).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reconoce que lograr mejoras sustanciales en la salud de la población implica intervenciones de política que superan al sector salud incluidas las de vivienda, seguridad alimentaria, infraestructura, agua potable y saneamiento, entre otras, pero que también se requiere de transformaciones en la organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud, para las que sugiere un conjunto de medidas que incluyen la universalización de un conjunto de prestaciones prioritarias y la expansión de modelos de atención que, como la atención primaria, posibiliten el acceso y la expansión de la cobertura (3).

Un sistema sanitario puede definirse como el modelo organizativo y financiero que un colectivo, o en su caso una sociedad, adopta para proteger la salud de sus miembros, o de sus ciudadanos, y prestar servicios sanitarios a los que los precisan.

En Argentina, el sistema sanitario está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado.

El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago (4).

El sector público se financia con recursos fiscales. La administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional (4).

El sector de seguridad social se organiza en torno a las Obras Sociales, que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Se financia a partir de la contribución económica de los trabajadores y se relaciona con el volumen del salario. El derecho a la atención sanitaria se genera para los trabajadores y sus beneficiarios (5).

El sector privado incluye a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares, los establecimientos asistenciales y las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga.

En el sector privado la contribución económica la establece el proveedor o una entidad aseguradora y se relaciona con los servicios prestados. No genera derecho a la atención sanitaria, excepto el derivado del compromiso por el pago efectuado. La cobertura se relaciona con la capacidad económica individual.

El gobierno nacional fija los objetivos centrales del sistema de salud a través del Ministerio de Salud que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. Éste tiene a su cargo las funciones de normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional (4).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012 el gasto total en salud como porcentaje del PIB (Producto Bruto Interno) fue de 8,5%. Según datos del INDEC, la tasa de mortalidad infantil para el país fue de 11,7 por mil nacidos vivos en el 2011 y la razón de mortalidad materna fue de 4 por 10 mil nacidos vivos. Las Naciones Unidas han reconocido que las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna son inaceptables, y que su prevención constituye una cuestión de derechos humanos que afecta el derecho de mujeres y niñas a la vida, a la salud, a la igualdad, a la no discriminación; al derecho a gozar de los avances del conocimiento científico y al más alto estándar de salud alcanzable. Asimismo, el mejoramiento de la salud materna se encuentra entre los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), comprometidos por 189 naciones del mundo (Naciones Unidas 2010).

En Argentina, la Dirección de Maternidad e Infancia es la encargada de implementar estrategias de intervención para reducir las actuales brechas de salud materna y perinatal.

El Plan Nacer es un programa del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos con el objetivo de mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en niños menores de seis años, mujeres embarazadas y puérperas que no poseen obra social y que se implementa a través de los programas de salud locales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido pionera en impulsar una propuesta que se apoya también en la extensión de la protección social en salud combinada con el desarrollo de políticas públicas saludables como base para superar la exclusión y reducir o eliminar las inequidades sanitarias y desarrollar la acción intersectorial por la salud. La extensión de la protección social en salud (PSS) busca garantizar protección social universal en salud (OIT-OPS, 1999), entendiendo la PSS como “la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo” (OPS, 2003, p. XIII) (3). En cuanto al estado de salud y nutrición de los niños pequeños depende en gran medida de los cuidados que reciban, a tal punto que algunos autores (Latham 2002) los encuadran dentro de los factores determinantes de la nutrición de los niños. A pesar de esto, los cuidados son los que han sido menos investigados y cuya función es menos entendida (6).

Habitualmente el cuidado se considera una actividad que realizan las mujeres en el ámbito privado, dentro del cuidado las prácticas de selección, preparación, distribución de los alimentos constituyen aspectos claves para la nutrición infantil (7, 8, 9).

Se evidencia en la región latinoamericana una ausencia absoluta de una política pública de cuidado, cuya resolución varía significativamente por clases sociales. A su vez, se asume desde los gobiernos que el cuidado es una responsabilidad fundamentalmente de los hogares (10).

Esta problemática se abordó a través de la revisión y análisis de documentación referida a los Programas y planes de Salud, vigentes en los niveles locales (Nacionales, Provinciales y Municipales), del análisis que los cuidadores en situación de pobreza y efectores realizan sobre los cuidados en los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba.

ANTECEDENTES

La presentación de los antecedentes está organizada desde el nivel macro de reformas en el sector salud hasta el nivel micro de prácticas de cuidado nutricional infantil.

Para comprender el lugar del cuidado en la sociedad, se comienza presentando los cambios recientes en la definición del rol del Estado y los servicios públicos; siguiendo con la familia, dada la centralidad que la misma tiene en la responsabilidad del cuidado y luego con las prácticas de cuidado en la región.

El documento de OPS “Investigación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe” (2001), concluye que las investigaciones se han centrado principalmente en el financiamiento y en la organización de la atención de la salud, pero se detectan vacíos en el análisis de áreas capitales para la gestión del sistema y los servicios de salud. Entre ellos se destacan la insuficiencia de información con respecto a los cambios desencadenados por la reforma en relación con la gestión de los recursos humanos, la calidad de los servicios (incluyendo la gestión clínica y el cumplimiento de normas), la evaluación de tecnologías, el derecho a la salud (incluyendo los roles del usuario y distintos actores sociales en el sector salud), y la sostenibilidad de las reformas (11).

El documento de la OPS “Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe” (2003), realiza un análisis de la situación de exclusión de seis países de ALC (Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana) y concluye que existen ciertos factores que se asocian sistemáticamente a la exclusión en salud. Ellos son: la pobreza; la ruralidad; el desempleo y el empleo informal; factores étnicos (en el caso de Paraguay se consideran más bien culturales o relativos al idioma) y factores relativos a la organización y estructura del sistema de salud. Los autores observaron que la pobreza es una compañera permanente de la exclusión en salud en los países del estudio. Una consecuencia importante de esta relación es la contención de la demanda en salud, por oposición a la necesidad percibida. A la luz de los resultados sugieren que, en términos de elaboración de políticas orientadas a mitigar esta situación, no debieran estar focalizadas en una sola dimensión o factor de exclusión sino ser multisectoriales e intersectoriales (12).

En la reunión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en el 2009, Anne-Emanuelle Birn realiza una interesante mirada acerca de la publicación: “Subsanar desigualdades en una generación (SDG)”; la autora afirma que SDG solidifica su postura sobre el papel vital del sector público, basándose en un enfoque de derechos humanos. Además, alega que el SDG justifica considera al estado de bienestar en el centro del proyecto de los determinantes sociales de la salud desde la “experiencia histórica” de varias sociedades protectoras y redistributivas. El SDG advierte cómo: “Algunos países de bajos ingresos (Costa Rica, Cuba, China, India -

estado de Kerala- y Sri Lanka) lograron una buena situación sanitaria fuera de toda expectativa, teniendo en cuenta la magnitud de su producto interno bruto.” Si bien “Estos datos permiten suponer con relativa certidumbre que la equidad sanitaria y el buen estado de salud no dependen de que el país sea rico”; las lecciones que han de ser aprendidas son resumidas en cinco factores políticos que les son comunes:

- un compromiso histórico con la salud como meta social,
- las iniciativas de desarrollo orientadas al bienestar social,
- la participación de la comunidad en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la cuestión sanitaria,
- la cobertura universal de los servicios sanitarios para todos los grupos sociales y
- los vínculos intersectoriales destinados a mejorar la situación sanitaria (13).

En el documento “Protección social en América Latina y el Caribe” (ALC) (2011), un capítulo sobre el caso Argentino, “Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires”, los autores analizan el proceso de implementación de la fase materno-infantil del Seguro Público de Salud y su relación con los cambios en la cobertura y equidad de la población urbana, compuesta mayoritariamente por sectores en condición de pobreza y marginalidad; y señalan como principal causa de la exclusión las barreras de acceso geográficas y organizacionales vinculadas a la debilidad del rol de rectoría del Estado provincial, que resulta de los rasgos institucionales y los mecanismos de organización de los servicios de salud, los cuales afectan la integralidad y continuidad de la atención (14).

El cuidado y la corresponsabilidad entre trabajo productivo y reproductivo es indudablemente un desafío emergente para la vida de las mujeres, las familias y las políticas públicas, en el marco del Convenio de Cooperación entre el Equipo de Apoyo Técnico (EAT) para América Latina y Caribe del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y el Proyecto Regional de Política Fiscal Pro-Equidad de Género en América Latina y el Caribe de la Cooperación Técnica Alemana (GTZ), se realizó una investigación sobre la distribución de las tareas y el uso del tiempo al interior de los hogares proyectando los siguientes resultados basados en la encuesta nacional del uso del tiempo del año 2002: existen 10.5 millones de familias en las cuales el esposo es el único que trabaja en el mercado laboral y la esposa está a cargo del trabajo doméstico. Mientras que el hombre dedica alrededor de 51 horas a la semana en promedio a su trabajo remunerado, la mujer dedica 21 horas a la limpieza de la vivienda, 20 horas a preparar los alimentos, 16 horas al cuidado exclusivo de niños y niñas y 10 horas a lavar y planchar la ropa, entre otras actividades domésticas (15).

Por otro lado, existen alrededor de 4.8 millones de familias donde ambos cónyuges trabajan para el mercado. En esos casos también persisten fuertes inequidades al momento de

distribuir las actividades domésticas, teniendo en cuenta que las mujeres dedican más del doble de tiempo en algunas de las actividades: ellos destinan 4 horas a la limpieza de la vivienda y ellas 15 horas; ellos 7 horas a cocinar y ellas 15 horas y media; al cuidado de niños y niñas, ellos casi 8 horas y ellas 12 horas; y al aseo y cuidado de la ropa los varones una hora y media y las mujeres poco más de 8 horas. Aunque es importante destacar que las mujeres trabajan un promedio semanal de 37 horas mientras que los hombres trabajan en el mercado 51 horas, las mujeres tienen en total una carga laboral productiva y reproductiva mucho más alta que los hombres (15).

De acuerdo a estudios, como la “Encuesta de uso del tiempo en los hogares” o “El trabajo doméstico desvalorizado y sin protección social”, realizados sobre las transformaciones en la dinámica de los hogares se han registrado cambios incipientes que están ocurriendo en relación a los hombres y el cuidado de sus hijos/as, el cuidado a los/as adultos/as mayores y enfermos/as. Si bien se afirma que se puede deber a un cambio generacional, de hecho, estaría ocurriendo por ahora sólo en los sectores de mayores recursos de la sociedad mexicana (15).

La encuesta sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado realizada en Montevideo y el área metropolitana en el año 2003 muestra que cuando hay niños en el hogar las mujeres son las cuidadoras principales en el 90% de los hogares y que las responsables de las tareas no remuneradas en los hogares son en un 65% a la vez mujeres que realizan trabajo extra doméstico. En este estudio se encontró que el tiempo promedio total dedicado en los hogares a las tareas de cuidado de los menores de 12 años es de 43 horas semanales, equiparable a una jornada laboral completa. La responsable de las tareas del hogar cumple con el 63% de esas horas (27 horas), mientras que otros miembros del hogar cumplen el 37% restante (16 horas). Si bien la existencia de niños pequeños aumenta el número de horas de cuidado se observa la importante cantidad de horas que insume el apoyo a los trabajos domiciliarios (“los deberes”) de los escolares (5 horas semanales promedio) a cargo mayoritariamente de madres que tienen jornadas laborales extra domésticas, indicador del sobre trabajo que genera el sistema educativo sobre las madres de los escolares (16).

En un estudio realizado en Colombia “Patrones de crianza y cuidados en niños y niñas de Boyacá” (2010), se encontró que éstos eran considerados una cuestión de mujeres; históricamente la mujer ha jugado un papel predominante en los procesos de socialización y prácticas de crianza de niños y niñas, labor que ha estado implícita en los denominados oficios domésticos. Independientemente del contexto en que son criados los niños y las niñas Boyacenses, las evidencias demuestran que el cuidado es responsabilidad de las mujeres; la figura paterna se constituye en la gran ausente de las narraciones de las rutinas diarias de las participantes, la mayoría de relatos hace alusión al papel que el padre juega en el trabajo o función económica. En cuanto a las rutinas de alimentación, éstas se constituyen en el eje central de la vida cotidiana, siendo el resultado de una hibridación

cultural: una mezcla de lo tradicional en el cuidado, con los nuevos aprendizajes obtenidos de los procesos de educación y promoción de la salud. Las mujeres expresan esta actividad como fundamental en los procesos de crianza. Las prácticas de esparcimiento y recreación no están presentes en los imaginarios o representaciones de las familias (17).

En un estudio etnográfico realizado en Brasil “La participación paterna en el cuidado de los niños pequeños de barrios populares de Rio de Janeiro” (2005), se encontraron tres dimensiones dominantes: educación, en la cual el padre era esencial; cuidado del cuerpo, generalmente considerado una atribución femenina; y preservación de la integridad, considerada una obligación para todos los miembros de la familia. A pesar que todavía persiste la identificación tradicional de los roles de género, basado en discursos y prácticas que ponen de manifiesto las actividades de los padres como de ayuda de las madres, había dimensiones en las cuales los hombres participaron activamente, demostrando proximidad física y emocional con sus niños (18).

En Argentina, la edición N° 30 de la revista “Modelos de Familia y Políticas Públicas” del año 2011, la autora del artículo “Madres más temprano y más solas” indica que en los hogares mono parentales se verifica que la proporción es equitativa entre mujeres y hombres cuando no hay hijos en el hogar: el 42,2% de las mujeres y el 45,0% de los varones viven sin pareja estable. Sin embargo, cuando en ese tipo de hogares hay hijos se produce una brecha considerable entre ellas y ellos: mientras el 15,9% de las mujeres con hijos viven sin pareja estable, sólo el 2,4% de los varones lo hace. Esta tendencia se origina en una proporción mayor de mujeres separadas o divorciadas que conviven con hijos respecto a los varones (9,6% y 1,6%, respectivamente), y aquellas que tienen hijos y son solteras. Estos datos permiten identificar dos conclusiones:

- 1) “los hombres que asumen solos la responsabilidad del ejercicio cotidiano de las funciones paternas son una excepción en la Argentina; y
- 2) las mujeres sobrellevan casi exclusivamente las responsabilidades de crianza y cuidados cotidianos de los hijos cuando se separan, divorcian o son madres solteras “(19).

En este artículo, también destaca que la situación socioeconómica en la que viven las mujeres influye notablemente en sus posibilidades de asumir en soledad el cuidado y la crianza cotidiana de sus hijos: viven en hogares mono parentales con hijos el 30,9% de las madres indigentes, el 17,8% de las que se encuentran en situación de pobreza, y el 13,5% de las no pobres. Las desventajas que sufren las madres superan su individualidad, porque al ser ellas las principales responsables del cuidado de sus hijos, dichas desventajas afectan la calidad de los cuidados que éstos reciben (19).

Según datos del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia (2010), el Gran Córdoba resulta el aglomerado con mayor proporción de niños y niñas de 0 a 4 años de edad que almuerzan en la escuela u otros espacios (8,2%), siendo de todas maneras un porcentaje relativamente bajo (20).

El cuidado de las personas, y en especial de los niños, tiene un papel fundamental en el desarrollo y bienestar humano. De acuerdo a la perspectiva que se presenta del cuidado en documentos e investigaciones antes referidos, los mismos permiten analizar, en parte las condiciones de construcción de la temática del cuidado en las diversas situaciones. Es por ello, que se transforma en un desafío importante referido a revisar, instalar y/o consolidar en la agenda pública el derecho al cuidado y la discusión de cómo la sociedad considera justo garantizar este bienestar (19)

PERSPECTIVA TEORICA

La perspectiva teórica se organiza en función de la temática a investigar en cuatro aspectos:

- a. Un abordaje de la pobreza como marco para la indagación de las prácticas de cuidado en las familias,
- b. Un abordaje de las políticas públicas y de los diferentes programas y planes de salud,
- c. Un abordaje de las prácticas de cuidado como eje de la investigación,
- d. Un abordaje de las representaciones de los cuidadores y efectores sobre las prácticas de cuidado en los programas de salud y en su implementación.

a. Pobreza

Actualmente la pobreza tiene un carácter multidimensional, pero aún no existe un consenso sobre su definición. Esta falta de consenso se entiende en parte a que, el modo en cómo se la define determina tanto las formas de medirla como las políticas para superarla. En su nivel más general, la pobreza, puede ser entendida como un nivel de bienestar que no ha sido alcanzado por un individuo.

Para Amartya Sen la condición de pobreza de una persona equivale a algún grado de privación que impide el desarrollo pleno de sus capacidades, y en última instancia, de su libertad (2).

Sen identifica la pobreza con la ausencia de una igualdad de capacidades para los individuos que integran la sociedad. Por eso es partidario de que todos tengan las mismas capacidades para aprovechar las oportunidades. Desplaza el análisis de la igualdad de oportunidades hacia la igualdad de capacidades (21).

En los países en vías de desarrollo, como Argentina, la pobreza es un problema generalizado donde, según Sen, la acción de la política pública debería centrarse en la generación de las condiciones que permitan una igualdad de capacidades básicas definidas por la alimentación, la vivienda y la disminución de la morbilidad y de la mortalidad (22).

Hay que señalar que hasta 1970 la reducción de la pobreza que venía manifestándose, ocurrió en el marco de un proceso de crecimiento del empleo industrial, interrumpido por los años ochenta. En esta década se produce una fuerte caída del ingreso laboral, la contracción del sector moderno, en especial de la industria, y se produce un aumento del desempleo y la informalidad que afectó fuertemente los índices de pobreza urbana (Infante, 1995 y 1997). Como resultado de la baja creación de empleo moderno, respecto del aumento de la Población Económica Activa, la mayoría de los pobres obtienen sus ingresos en el sector Informal (2).

La falta de protección social por no acceder al mercado laboral, aumenta la vulnerabilidad de las personas. El Estado es el encargado de ejecutar políticas que garanticen el bienestar de los ciudadanos en todo el espectro posible de seguridad social; para lo cual pone en marcha programas gubernamentales, financiados con los presupuestos estatales (son posibles gracias a fondos procedentes de las imposiciones fiscales), de carácter gratuito(2).

Atacar las causas de la pobreza, concebida como la privación de capacidades adecuadas para la plena inserción social de las personas, requiere programas que enfatizan el logro de capacidades, destrezas y habilidades necesarias para su inserción social, económica y política (23).

b. Políticas públicas

Kraft y Furlong (2006) plantean que una política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos:

“Las políticas públicas reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos diferentes valores, se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión”

Castro (1998) señala que las políticas públicas representan una serie de respuestas del Estado hacia los intereses, contextos, dinámicas y problemáticas de la sociedad. Carecen de neutralidad ideológica y política, son dialécticas e históricas, se construyen sobre definiciones específicas, de sociedad, de familia, de necesidades sociales, de propiedad, de trabajo, de control-coerción y de mujer-hombre, entre otros. Implican intereses diversos: de clase, de raza, de etnia, de género, de edad, de ubicación geográfica: regionales, nacionales y/o internacionales, económicos, políticos, culturales, educativos, y exponen una visión específica sobre la realidad, los problemas y necesidades sociales y las maneras en que éstos deben ser atendidos o resueltos (24).

Si bien las políticas públicas se concretan a través de distintas normas, instituciones o programas públicos diseñados y desarrollados por diversos actores de la sociedad, siempre son validados por los poderes del Estado.

Grassi, considera que el Estado expresa y produce un orden político social cuando se activan políticas; convirtiéndose en actor y ámbito de la producción de los problemas sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y las condiciones para dicho merecimiento (25).

La expresión de políticas públicas, además de definir ciertos lineamientos, designa también las estrategias de acción y proyecciones que le son imputables a los actores de la sociedad en su cotidiano para hacer frente a la gran diversidad de áreas, problemas y situaciones que enfrentan en cada coyuntura. Se constituyen como un conjunto articulado de planteamientos proyectivos integrados, que se pueden desagregar en los siguientes rubros:

- Política Económica, que hace referencia a la orientación y regulación de los procesos de producción, distribución, consumo, financiamiento y presupuesto del Estado.
- Política Interior y Exterior, que hace referencia a las formas de gobierno, al sistema político, a las formas de organización y seguridad interior y exterior.

- Política Cultural, que hace referencia a las orientaciones, contextos, mecanismos y directrices relacionadas con la cuestión cultural.
- Política Social, que hace referencia a las orientaciones, contextos, mecanismos y directrices relacionadas con la cuestión social (26).

En el marco de esta investigación interesa conceptualizar la política social como el conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad (27).

Existe una diversidad de definiciones de política social que presentan diferentes posiciones tomando en cuenta sus objetivos, extensión y límites; Maingon las agrupa, en atención a ello en dos.

- 1) Están las definiciones que la limitan a los programas de bienestar social y a las políticas que sustentan o conforman dichos programas. De acuerdo con ello, "política social" hace referencia a un conjunto de medidas que contribuyen al mejoramiento de una situación determinada, por lo tanto, son políticas transitorias y sus objetivos son los de aminorar o de regular los embates de las políticas económicas. En otras palabras, la política social tiene que ver con las fallas de la política económica, es de carácter asistencial y se le asigna, por tanto, una función residual.
- 2) Un segundo concepto considera que la función principal de la política social es la reducción y eliminación de las inequidades sociales a través de la redistribución de los recursos, servicios, oportunidades y capacidades. Este concepto incluye todas aquellas actividades que contribuyen a la salud, educación, asistencia pública, seguridad social y vivienda de la población, y también aquellas que afectan, en general, la redistribución y distribución del ingreso y las dirigidas a construir y conservar el capital social (27). Es desde este último concepto que se posiciona la presente investigación.

Los procesos de reforma del Estado desarrollados en la última década en Argentina modificaron la correlación de fuerzas, el alcance y el modo de intervención estatal, lo que implicó una redefinición de los roles y prioridades del Estado, y en la forma de relacionarse con la sociedad civil.

Tales cambios se evidenciaron en el diseño y la implementación de las políticas públicas y en las políticas sociales, influyendo en los contenidos o las temáticas que ingresan a la agenda estatal (y cómo lo hacen), en las formas de resolución y en tipo de soluciones. Por ello una forma de visualizarlos es por medio del análisis de los objetivos, el diseño y las

prácticas de gestión de las políticas públicas, asimismo se pueden visualizar por medio del análisis de los diversos actores que participan en dichos procesos y del modo que interactúan y se relacionan en esos marcos institucionales específicos.

Otro de los cambios que experimentaron se vincula con el mayor énfasis en el *monitoreo y la evaluación* (Repetto, 2004) de las diversas políticas sociales como de la gestión pública (28).

Tales modificaciones afectaron tanto a los marcos institucionales como a la configuración del mapa de actores relevantes que interactúan alrededor de las políticas públicas. Por ello para analizar las políticas públicas es necesario considerar la presencia plural de actores políticos y sociales e internacionales (29).

b.1 Políticas en torno a las familias

En relación a los cuidados, importa el hecho de que toda política social tiene como supuesto una organización social del cuidado que define a los/as actores sociales asignándoles responsabilidades.

Desde un punto de vista estructural, la forma en que se organizan los sistemas de salud, educación y previsión social, tiene profundas implicaciones en cuanto a la organización del cuidado social (30).

Aguirre Rosario en el documento “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”, ha compendiado los campos de actuación de las políticas hacia las familias en cinco grupos:

- a) Las políticas que regulan y crean condiciones favorables para los matrimonios y la convivencia, como las políticas habitacionales y de empleo.
- b) Las políticas que aseguran las funciones reproductivas y particularmente las condiciones de fecundidad deseada (salud sexual y reproductiva, educación sexual y protección de la maternidad).
- c) Las políticas que se vinculan con las relaciones familiares y aseguran los derechos humanos de sus integrantes (violencia doméstica e intrafamiliar, el abuso sexual y el maltrato a niños y personas mayores)
- d) Las políticas de conciliación entre vida familiar y trabajo, que además de las clásicas medidas relacionadas con las licencias postnatales y para la lactancia, incluyen actualmente los permisos parentales.

e) Las políticas tendientes a asegurar el cumplimiento y reparto equitativo de la prestación de servicios para el cuidado de niños, adultos mayores dependientes y enfermos, tanto a nivel micro como de las instituciones. En tanto políticas que buscan replantear los contratos de género y generacionales implícitos en las relaciones de cuidado es un campo de actuación y de debate aún poco desarrollado en nuestra región (31).

Las investigaciones realizadas principalmente en los países de la Unión Europea introdujeron una aproximación de género en un campo que ignoraba esta dimensión: el de las políticas sociales y los Estados de bienestar. Se ha mostrado que el carácter doméstico de los cuidados ha sido la base para la exclusión de las mujeres de los derechos ciudadanos propugnando un concepto de ciudadanía social que reconozca la importancia de los cuidados y las responsabilidades domésticas para la sociedad (31).

La división del cuidado entre estado, familia, mercado y comunidad se diferencia según la orientación de las políticas públicas (familista o defamiliarizadora). En el régimen familista típico la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. En el régimen defamiliarizador hay una derivación hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. En el siguiente cuadro se visualizan las diferencias entre ambos:

DIMENSIÓN	RÉGIMEN FAMILISTA	RÉGIMEN DEFAMILIARIZADOR
<i>Responsabilidad principal del Bienestar</i>	Las familias/las mujeres en la red de parentesco	Estado y mercado
<i>Supuestos ideológicos</i>	Centralidad del matrimonio legal y división sexual del Trabajo. Subsidiaridad	Cuestionamiento privado/público Políticas familiares activas
<i>Base de admisión de Beneficios</i>	Necesidad Madres/esposas	Ciudadanía/residencia
<i>Trabajo asistencial de cuidado</i>	No remunerado	Remunerado
<i>Unidad de beneficios</i>	Hogar o familia	Individuo
<i>Actores</i>	Conservadores Religiosos	Movimiento de mujeres/feminista Empresas proveedoras de servicios y trabajadores Movimientos de autoayuda
<i>Medición nexos familia bienestar</i>	Caja negra	Mediciones directas e indirectas (cobertura servicios, transferencias, medición Tiempo cuidados, demanda real y potencial, etc.)

Fuente: Adaptado de Saraceno (1995), Sainsbury (2000)

Autores como Letablier y Aguirre consideran que las problematizaciones en torno a las prácticas y relaciones de cuidado deben analizarse en las intersecciones del espacio

doméstico con las políticas públicas y con otras formas mercantilizadas o comunitarias de cuidado que tienen lugar en nuestra sociedad (31,32).

En Argentina, históricamente las políticas estatales se complementaron con las acciones desarrolladas por las familias en el marco de la consolidación del modelo de familia nuclear. Así la atención de las necesidades de cuidado recayó principalmente sobre las unidades domésticas consolidando un modelo familista y feminizado de cuidado infantil, en tanto las prácticas de cuidado fueron asumidas principalmente por las familias y al interior de las mismas fundamentalmente por las mujeres (33).

Desde el punto de vista de las políticas sociales, en relación a las mujeres, se trata de encontrar el punto óptimo de reconciliación que evite tres dilemas que suelen enfrentar las mujeres en las sociedades contemporáneas: las situaciones en las cuales se ve obligada a elegir entre tener hijos y trabajar; la situación, falsamente emancipadora, que incentiva sólo su inserción profesional, en clara violación de sus derechos reproductivos; la opción, claramente conservadora, del familiarismo extremo, que únicamente protege la permanencia de la mujer, y quizá por largo tiempo, en las actividades de cuidados, comprometiendo sus posibilidades de ingresar o de volver al mercado de trabajo (34).

En este marco es importante “desprivatizar” este tema, sacarlo de la esfera privada y convertirlo en un tema de interés público para integrarlo a la agenda pública de los problemas sociales.

b.2. Programas y Planes de Salud

Milton Terris considera que la salud es un bienestar físico, social y no únicamente la ausencia de enfermedades o afecciones, que es posible la presencia conjunta de bienestar en diferentes grados y de capacidad de funcionamiento. Considera que es un concepto dinámico; la salud y la enfermedad forman un continuo, cuyos extremos son el óptimo de salud y la muerte.

Dentro de este continuo hay una zona neutra que demuestra que la separación entre enfermedad y salud no es absoluta, de manera que hay situaciones en las que es difícil diferenciar lo normal de lo patológico, además entre la zona neutra y los extremos hay diferentes grados de pérdida de salud y de salud positiva por eso consideramos el concepto de salud como algo dinámico. Tiene en cuenta también los factores sociales que influyen sobre el continuo salud-enfermedad, las prácticas de cuidado desde esta perspectiva toman un papel esencial en la proyección de la salud y la vida de los individuos, dentro de éstas, las prácticas de cuidado nutricional, son de gran importancia en las primeras etapas de la vida y los siguientes cinco años, permitiendo fundamentalmente el desarrollo físico, emocional, social, cultural y económico de los seres humanos (35).

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (36).

La “Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud”, en su informe final (2008), elaboró una serie de recomendaciones, las cuales están guiadas en tres principios de acción:

- 1.- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- 2.- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- 3.- Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Una de las medidas que recomienda adoptar la “Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud” para disminuir las inequidades sanitarias, es la de “Establecer un mecanismo interinstitucional que garantice la coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera infancia, a fin de que el conjunto de las instituciones aplique un enfoque integral” (36).

Una forma de vinculación interinstitucional puede ser a través de la implementación de los programas de salud.

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

El programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Existen distintos tipos de programas de salud. Según el área geográfica de aplicación, un programa de salud puede ser nacional, provincial o municipal y están destinados a satisfacer las necesidades de un campo específico de la salud.

En relación a la implementación de las políticas en la niñez, el Estado argentino ha avanzado en el reconocimiento del derecho de los niños y las niñas al cuidado y la educación desde temprana edad.

En el año 1994 la Argentina incluye en su Constitución los siguientes tratados internacionales:

- Convención de los Derechos del Niño (CDN).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

En el año 2005, se promulga La Ley Nacional 26.061 de *Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, en consonancia con la CDN, la cual crea un sistema de protección de los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes del país, en cuya base se encuentra el conjunto de políticas públicas básicas y universales para el pleno desarrollo de los chicos en todas las áreas; y define las responsabilidades de la familia, la sociedad y el Estado en relación con esos derechos (37).

Esta ley en su artículo 4°, sobre Políticas Públicas, define que éstas se elaborarán de acuerdo al fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, a la descentralización de los organismos de aplicación de planes y programas, la gestión asociada de los organismos de gobierno, la promoción de redes intersectoriales y la constitución de organizaciones para la defensa de sus derechos.

En su artículo 14° garantiza el derecho a la salud integral, provocando un cambio de paradigma, desplazando la idea de niño como objeto de tutela por un nuevo concepto de niño como sujeto de derecho desde el nacimiento.

El desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales. A través de esos mecanismos y de forma directa la primera infancia influye en el riesgo posterior de obesidad, malnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas y delincuencia. Al menos 200 millones de niños en el mundo no se desarrollan plenamente. Eso tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto.

Es por esto que se plantea necesario indagar acerca de los programas destinados a la infancia, y si éstos incorporan las prácticas de cuidado nutricional infantil.

Plan Nacer¹

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. Se inició en el año 2005 en las provincias del NEA y NOA y en 2007 se extendió a todo el país.

El programa se distingue por desarrollar seguros públicos de salud para la población materno- infantil sin obra social y ser un modelo de financiamiento basado en resultados, que se propone promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.

Es una herramienta de gestión que fortalece al sector salud para garantizar la seguridad de la atención, existen otros programas con los que está asociado: Asignación Universal por Hijo, Control de Crecimiento y Desarrollo y Control de Embarazo. Esta herramienta se efectiviza a través de convenios que se firman entre el estado nacional y los estados provinciales. El convenio está relacionado con el nivel presupuestario provincial porque no debe disminuir su presupuesto por recibir el plan nacer, hasta que llega un punto en que la provincia se hace cargo del financiamiento del plan.

El Plan Nacer a nivel nacional, eleva directrices a las provincias quienes son las encargadas de su ejecución.

La asignación de roles dentro del Plan Nacer es un aspecto central y mantiene una clara lógica dentro de los límites de la estructura federal del país. En este sentido los roles y responsabilidades quedan delimitadas de la siguiente manera:

- La Nación preserva para sí un rol normativo, de financiamiento y de supervisión.
- Las Provincias tienen un rol ejecutivo llevando adelante los Seguros Provinciales de Salud para promover una cobertura efectiva (integral, oportuna y de calidad).

Los establecimientos de la red pública -centros integradores comunitarios (CIC), unidades sanitarias, dispensarios, salitas, centros de atención primaria de la salud (CAPS), maternidades u hospitales- actúan realizando las prestaciones, cobrando por ellas y utilizando los recursos para mejorar los servicios de salud brindados a la comunidad.

¹Se puede acceder al Plan Nacer a través del sitio web: www.plannacer.msal.gov.ar y en Córdoba a través de <http://www.cba.gov.ar/plan-nacer-ministerio-de-salud/>

El programa consta de 4 componentes

1. Institucional
2. Objetivos
3. Funcionamiento
4. Metas sanitarias

Programa Maternidad e Infancia²

Un poco de historia:

En Argentina, desde fines del siglo XIX se comenzaron a implementar sistemas formales de ayuda dirigidos a la población materno-infantil (38).

A principios del siglo XX existían diferentes organizaciones que realizaban prestaciones a la población materno-infantil como el Club de madres en defensa del lactante, el Instituto de la maternidad: creado por la Sociedad de Beneficencia y el Instituto Nacional de Nutrición.

La Dirección de Maternidad e Infancia fue creada en 1936, a través de la ley 12341 sancionada por iniciativa del senador Alfredo Palacios. La Dirección de Maternidad e Infancia tuvo a su cargo la creación, mantenimiento y supervisión de diferentes instituciones (Centros de higiene materno-infantil, Cantinas maternas, Dispensarios para lactantes, Lactarios, Cantinas infantiles, Jardines de infantes) (39).

La Dirección de Maternidad e Infancia, en sus inicios dependió del Ministerio del Interior, ya que aún no había sido creado el Ministerio de Salud, tuvo como propósito el cultivo armónico de la personalidad de la/os niña/os, el combate a la morbi mortalidad infantil y el amparo a las mujeres en su condición de madres, presente o futura. Las funciones que se le instituyeron en el marco de la Ley Palacios fueron: las del estudio de la higiene social de la infancia y en particular a la morbimortalidad, el seguimiento y creación de instituciones públicas o privadas que se ocupen de la protección y asistencia a la maternidad y a la infancia, la realización de campañas de difusión de los postulados de la higiene social infantil y puericultura y el aseguramiento de la asistencia preconcepcional, la vigilancia del niño desde su nacimiento, la lactancia materna, la alimentación adecuada del niño y la producción y expendio de leche de vaca en las mejores condiciones de higiene (38).

Una vez que fue creado el Ministerio de Salud, la Dirección de Maternidad e Infancia pasó a depender de él (10 años después de la sanción de la Ley Palacios) y recién en 1948 se inicia la distribución de leche como prestación alimentaria de la Dirección. Durante los siguientes 40 años la Dirección mantuvo su estructura programática hasta que a principios

²Se puede acceder al programa maternidad e infancia a través de la página web: <http://www.msal.gov.ar/promin/> en Córdoba a través de <http://www.cba.gov.ar/direccion-de-maternidad-e-infancia/>

de los '90 sus acciones pasan a formar parte del Compromiso Mundial a Favor de la Infancia, suscrito por Argentina y traducido a Metas en Favor de la Madre y el Niño, cuyo cumplimiento recae fundamentalmente en esta Dirección (38).

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia se encuentra en la actualidad, dentro del ámbito de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Subsecretaría de Salud Comunitaria, del Ministerio de Salud de la Nación. Es el órgano de formulación y aplicación de las políticas materno-infantiles del Estado Nacional. Allí se desarrolla el Programa Materno Infantil cuya función es la asistencia técnica y financiera a las provincias argentinas. Para la implementación de las políticas de salud materno infantil fueron fijados tres ejes estratégicos prioritarios: Salud Perinatal, Salud Integral del Niño y Salud Integral en la Adolescencia.

Como dirección nacional, eleva sus directrices a las direcciones de maternidad e infancia provinciales.

El sitio web está estructurado en una portada inicial que explica “*quienes somos*” y 4 solapas (Salud perinatal, Salud integral del niño, Nutrición, contacto); y una serie de accesos directos (curvas de monitoreo de crecimiento, el resultado de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), la descarga de programas, el Plan Nacer)

Programa Atención de Embarazo y Puerperio

El Programa Atención de Embarazo y Puerperio es un programa de primer nivel de atención de la municipalidad de Córdoba. Está destinado a brindar a la embarazada atención integral desde la concepción hasta el puerperio. Sus objetivos son: Brindar atención a la demanda espontánea de embarazadas y puérperas; Extender la cobertura de atención a la totalidad de la población de embarazadas y puérperas del Área Programática que no reciben atención médica; Evaluar el estado nutricional de la embarazada; Asegurar el 100 % de los partos Institucionales; Reducir la morbilidad materno-fetal.

Para el logro de sus objetivos, el programa plantea una serie de actividades:

- Captación de embarazadas y puérperas que concurren al Centro de Salud.
- Búsqueda activa de embarazadas y puérperas en el Área Programática.
- Seguimiento clínico, social, y educativo a las embarazadas y puérperas de acuerdo a normas.
- Derivación de embarazadas y puérperas a otros niveles de atención según grado de riesgo.
- Derivación de embarazadas para el parto institucional.
- Educación para la Salud individual y colectiva. (40).

Programa Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño

El Programa Control de Crecimiento y Desarrollo (CCyD) es un programa de primer nivel de atención de la municipalidad de Córdoba. Está destinado a promover la salud física, mental y emocional de la población de 0 a 6 años del Área Capital. La/os niña/os que se encuentran bajo programa, tienen un seguimiento continuo de su crecimiento y desarrollo en todas las etapas: desde el control de la madre, embarazo y puerperio, el nacimiento y hasta los 6 años y en la escuela, si asiste a un establecimiento municipal o si se atiende usualmente en algún centro de salud. Los ejes de acción que orientan dicho programa son:

- La promoción de la salud física, mental y emocional de la población de 0 a 6 años del Área Capital.
- La prevención de alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo, contribuyendo así disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, mediante la captación precoz y seguimiento de la/os niña/os bajo programa, la vigilancia activa de su evolución y la introducción de la estimulación temprana.
- La satisfacción de la demanda de atención de crecimiento y desarrollo, como de patologías de niños que concurren espontáneamente a los centros de salud, extendiendo la cobertura a la población expuesta a riesgo que no recibe atención en otros niveles o subsectores de atención médica (público, privado, obras sociales).
- La difusión de la importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño en el Área Programática.
- El conocimiento de la situación de salud de la población infantil bajo programa (41).

Las actividades que se llevan a cabo son:

- Realizar captación temprana de los recién nacidos y niña/os de 0 a 6 años del Área Programática que carecen de cobertura social o que la misma es insuficiente.
- Vigilar la evolución del crecimiento y desarrollo de la/os niña/os bajo programa para detectar tempranamente las alteraciones de su salud y evacuar precozmente la demanda espontánea por patología.
- Discriminar en la población bajo programa, los grados de riesgo a los que la misma está expuesta, para orientar con equidad las acciones.
- Coordinar las derivaciones con efectores de Atención de la Salud Municipal, Provincial, Nacional y otras, y brindar una atención personalizada con enfoque familiar y comunitario desarrollando vínculos positivos entre el equipo de salud y la comunidad.
- Realizar actividades de capacitación con metodologías participativas, que faciliten una comunicación fluida y permanente entre los equipos, las instituciones y las familias del Área Programática para incorporar a la población en la autogestión de su salud.

- Programar reuniones con distintas organizaciones e instituciones de la comunidad del Área Programática para difundir la importancia del CCyD de la población de 0/ 6 años y de la captación temprana del recién nacido.
- Inmunizar de acuerdo a normas para las enfermedades inmunoprevenibles, registrando en el carnet de vacunas e historia clínica familiar.
- Incorporar con acciones sistematizadas la vigilancia de los aspectos psicosociales del desarrollo del niño/a de 0 a 6 años en los controles establecidos en el programa.
- Trabajar desde el centro de salud con la modalidad individual, grupal y comunitaria, coordinando con los recursos propios de la comunidad (boletines juveniles, parroquiales, radios, etc.) difundiendo la importancia del control precoz del embarazo, del control de crecimiento y desarrollo y la lactancia materna.
- Continuar el fomento de la lactancia materna ya iniciada durante el control de embarazo y asistir con alimentación complementaria de leche en polvo, adecuada a cada edad en niño/os bajo programa.
- Educar para la salud, enfatizando los aspectos de nutrición, dentición, higiene, estimulación del desarrollo, juegos, prevención de accidentes y enfermedades comunes en cada edad.
- Realizar recuperación del niño/a desnutrido/a mediante su inclusión en las actividades de asistencia alimentaria y coordinación con CDI y/o comedores comunitarios (41).

b.3 Sistema de salud y cobertura

En Argentina, el sistema de salud se subdivide en sector privado, sector de la seguridad social a través de las obras sociales y sector público. La adhesión a un plan de salud privado o mutual, así como la afiliación a una obra social están consideradas como una modalidad de protección de los aspectos relativos al cuidado y la recuperación de la salud de una población. La diferencia entre uno y otro modo de cobertura radica en que, en el primero, una persona está incluida en un plan de salud privado por adhesión voluntaria y paga este servicio en su totalidad, excluyendo los servicios de emergencias médicas. En tanto la obra social refiere a la cobertura de salud que obtienen las personas que trabajan y sus familiares mediante afiliación obligatoria, incluyendo a la cobertura legal que reciben las personas jubiladas o pensionadas (42).

En cuanto a la cobertura de salud en la provincia de Córdoba, según el censo provincial 2008, el 66% (2.139.701) de los habitantes de la provincia de Córdoba cuenta con cobertura de salud (obra social y/o prepaga), por lo tanto, el 34% de la población de la Provincia posee únicamente cobertura mediante el sistema público de salud (42).

El sistema público de salud está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y

Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y presta servicios de provisión gratuita.

Los sistemas locales de salud, fueron propuestos por la OPS como una manera de aplicar la estrategia de atención primaria de la salud y cumplir con los principios y objetivos de la meta de Salud para todos (43). Para cumplir esta misión, un sistema local y la red de servicios, debe tener un conocimiento preciso de las necesidades de la población y los recursos disponibles, con el fin de definir las acciones que sean necesarias emprender para responder a las realidades locales de salud (43).

En base a estas definiciones conceptuales se define operativamente a los sistemas locales desde dos puntos de vista: un punto de vista amplio como es la unidad de gestión de salud integral en un ámbito geográfico poblacional definido y desde el punto de vista de los servicios de salud, como todas las unidades de servicio de salud que prestan atención médica y cuyo acceso debe ser a través de los efectores de primer nivel (43).

c. Prácticas de Cuidado

Por apoyo y cuidado se entiende todo un conjunto de actividades orientadas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas y es un componente básico en la construcción social del género que repercute directamente en la identidad y en las actividades que realizan las mujeres. Engle (1992) estableció una definición del cuidado: «el cuidado se refiere a comportamientos que brindan cuidados, como la lactancia, diagnóstico de enfermedades, determinación de cuándo el niño está listo para recibir alimentación suplementaria, estimular su lenguaje y otras capacidades cognoscitivas y brindarle apoyo emocional» (7,8).

Desde Unicef el cuidado se define como la provisión a nivel familiar y comunitario de tiempo, atención y apoyo para satisfacer las necesidades físicas, mentales y sociales de los niños y niñas en crecimiento y otros miembros del hogar. La ingesta de nutrientes, la salud y el desarrollo cognitivo y psicosocial de niños/as se ven afectados particularmente por el conjunto de comportamientos implementados por los cuidadores para la satisfacción de estas necesidades (8).

Las prácticas alimentarias de los niños y niñas de menores de 5 años de edad, dependen en gran medida de los cuidadores nutricionales – que son casi exclusivamente las mujeres, madres –responsables de la selección, preparación y distribución de los alimentos al interior del hogar y del establecimiento de las pautas que se ponen en juego en el momento mismo de la alimentación, acompañadas en muchos casos por la familia extendida (abuelo/as, tío/as, hermano/as) y en menor medida por organizaciones o instituciones del entorno próximo (8).

Según lineamientos de FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) las prácticas de cuidado nutricional constituyen el menos estudiado de los tres factores subyacentes que determinan la ingesta de nutrientes y la salud y por tanto, la supervivencia infantil, el crecimiento y el desarrollo, según el modelo conceptual de Unicef. Para los otros dos factores subyacentes seguridad alimentaria familiar y salud, existen numerosas investigaciones que los vinculan con el estado nutricional (8).

Desde fines de la década del ochenta, Unicef ha difundido ampliamente la importancia del cuidado, entendido como el vínculo entre el niño y sus padres o cuidadores, concibiendo que la primera infancia es altamente dependiente de los cuidados familiares; éstos deben tener garantizados el acceso a los recursos de conocimiento, información, tiempo y bienes materiales básicos (8).

El trabajo de cuidado, no remunerado privado, que realizan generalmente las mujeres, no es considerado como una contribución al desarrollo económico y social. Por ello, no es tomado en cuenta cuando se diseñan políticas públicas ni es reconocido para el acceso a la

protección social de quienes lo realizan. Si bien las mujeres han logrado mayor autonomía, al conquistar progresivamente mayores espacios en su ingreso y permanencia en el mundo laboral, se produce un vacío que dificulta la organización de los tiempos del trabajo remunerado y no remunerado basado en la división sexual del trabajo tradicional, aún predominante, que requiere que las mujeres compensen la insuficiencia de los servicios públicos y los efectos desgastantes del trabajo remunerado, con su propio trabajo (44).

Se asume desde los gobiernos que el cuidado es una responsabilidad fundamentalmente de los hogares, y la provisión pública es simplemente un complemento para aquellos hogares que no pueden resolverlo por sí mismos. En consecuencia, existe una tendencia a la focalización de estos servicios en la población que más lo necesita, en diferentes formatos (subsidios a madres solas con hijos e hijas menores, subsidio a la provisión privada de servicios de cuidado, subsidios para madres de más de siete hijos, entre otros) (10).

El enfoque de derechos en las políticas y estrategias de desarrollo, considera que el marco conceptual que brindan los derechos humanos como derechos legitimados por la comunidad internacional, ofrece un sistema coherente de principios y pautas aplicables en las políticas de desarrollo (10).

Es necesario incorporar una lógica de derechos a la complejidad del cuidado, no solo como beneficiario de una política de cuidado, sino como un principio inherente al ser humano. La institucionalidad vigente fortalece el modelo según el cual la responsabilidad sobre el cuidado del hogar y de los hijos sigue recayendo más fuertemente sobre las mujeres que sobre las parejas, a medida que las mujeres logran sortear las desigualdades y las discriminaciones en el mundo público, a partir de planes de igualdad de oportunidades, no se ha avanzado en considerar nuevas formas jurídicas de regular el cuidado (10).

Incluir la perspectiva de derechos en el diseño de políticas públicas consiste en revisar no sólo sus contenidos u orientación, sino también los parámetros necesarios para su evaluación y fiscalización. Y allí resulta fundamental analizar el alcance de principios como el de igualdad y no discriminación, participación política y acceso a la justicia en relación con las estrategias y políticas públicas de desarrollo, a fin de avanzar en términos conceptuales como también estratégicos para diseñar nuevos marcos aptos para los procesos de formulación de políticas sociales y públicas en general, cualquier sea la temática específica abordada por esa política, en tanto se trata de conceptos transversales a todas las políticas públicas. Mucho mayor debe ser la cautela que se asuma en un proceso como el de garantizar el cuidado en tanto derecho y obligación, y en donde confluyen responsabilidades públicas y privadas, y donde la posibilidad de fiscalización no quede reducida al ámbito productivo (por medio del contralor de la implementación de políticas de conciliación trabajo-familia) sino que se pudiera transversalizar la noción misma del derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidarse (10).

La Convención sobre los derechos de los niños reconoce el derecho que las niñas y los niños tienen a desarrollarse hasta el máximo de su potencial (Art. 6.2 y 29, inciso “a”), al mismo tiempo que compromete a los Estados a tomar las medidas necesarias para que esto ocurra. Este “enfoque de los derechos” produce un cambio sustancial en relación con las miradas previas a la Convención, que estaban basadas en la consideración de las necesidades personales, para cuya satisfacción se subrayaba la importancia del empoderamiento de la población para demandar los servicios destinados a satisfacer dichas necesidades. Para esta nueva perspectiva se considera al niño como sujeto de derechos, lo cual cambia la relación entre los niños y los adultos, ya que son los adultos (la familia, la comunidad, el Estado) quienes tienen la obligación de promover y proteger esos derechos (45).

Las Políticas Públicas en torno a los cuidados se pueden medir en función del conjunto de medidas que se adopten para otorgar soporte apropiado a la familia y a las comunidades, así como para prestar servicios de calidad.

c.1 Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil

Se definen las prácticas de cuidado nutricional infantil (PCNI) como *“el entrecruzamiento de las formas socialmente aprendidas de resolver cotidianamente la selección, preparación y distribución de los alimentos como parte de las estrategias de consumo de las familias y las acciones de los adultos encaminadas a orientar el desarrollo de los niños, vinculadas a la crianza y cuidado de ellos”* (9).

El abordaje de las PCNI abarca aspectos como: nutrición en el embarazo, lactancia materna, alimentación complementaria oportuna, selección, preparación y distribución de alimentos, dentro de éste se contemplan algunas dimensiones como: cantidad y consistencia, otro aspecto que avista el abordaje de las prácticas de cuidado nutricional infantil (PCNI) son las pautas de crianza y dentro de ellas el vínculo que se da entre el/la cuidador y el niño en el acto del comer (46).

En la Argentina se elaboraron las Guías alimentarias para la población infantil, este documento procura incorporar la nutrición dentro del contexto de las pautas de crianza de los niños y niñas con una visión integral, tratando de compartir y promover en las familias algunas recomendaciones y prácticas que atiendan las necesidades esto/as y aseguren su crecimiento y desarrollo en plenitud. Estas guías son elaboradas por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación como una herramienta para el equipo de salud, para que éste pueda acompañar a cada familia promoviendo comportamientos y prácticas adecuadas (47).

d. Representaciones

Las representaciones sociales son construidas a partir de procesos de interacción y de comunicación social, y se cristalizan en prácticas sociales; quedando plasmados en éstas los aspectos sociales, culturales e históricos.

En la actualidad el campo de investigación de las representaciones sociales es amplio, se han sistematizado tres grandes líneas: procesual, estructural y sociológica.

Procesual: parte de la complejidad de las representaciones y es desarrollada por Jodelet y Moscovici, desde una vertiente constructivista. Se privilegian desde este enfoque dos vías de acceso al conocimiento, una a través de análisis cualitativos y otra a través de la triangulación.

Estructural: centrada en los procesos cognitivos, dando la Teoría del Núcleo Central, desarrollada por Abric. Desde este enfoque las vías más utilizadas para acceder al conocimiento del objeto son técnicas correlacionales o de análisis multivariado o bien estudios experimentales.

Sociológica: centrada en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales, desarrollada por Doise que acentúa la conexión entre la representación social y los factores socio estructurales, tales como los estatus socialmente definidos. Este autor resalta, por lo tanto, la relación directa que mantienen las Representaciones Sociales con la ubicación social de las personas que las comparten; y Bourdieu, quien afirma que las representaciones son las experiencias que las personas imprimen a las realidades propuestas por el contexto, categorías históricamente constituidas que organizan el pensamiento del mundo social, del conjunto de los sujetos pertenecientes a ese mundo y modelados por él como esquemas clasificadores (48,49).

El presente estudio toma la vertiente procesual de Moscovici, quien define la representación como un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en grupos y promueven relaciones de intercambio. Se puede reconocer en ella la presencia de estereotipos, opiniones, creencias y valores que orientan las actitudes de los sujetos, constituyéndose en códigos, lógicas y modos de interpretación. El autor pone el acento en la función de contribuir en la formación de conductas y en la orientación de las prácticas sociales (50).

Las representaciones sociales incluyen contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que juegan no sólo un papel significativo para las personas en su vida privada, sino también para la vida y la organización de los grupos en los que se insertan, ya que proveen de sentido y determinan las prácticas sociales (50).

Las representaciones surgen y se desarrollan en las interacciones sociales, es decir los individuos al entrar en contacto con objetos o personas movilizan contenidos mentales, imágenes o ideas que codifican la situación atribuyéndole cierto significado. Estas representaciones no son individuales sino sociales, compartidas por otros individuos que tienen posiciones sociales semejantes en la estructura social (51).

Si el sujeto humano representa en el intercambio con otros, ese intercambio provee una información que luego codificará, ordenará e interpretará de acuerdo a sus creencias y a sus vivencias otorgándole un significado particular que influirá en las actitudes que asuma al respecto. De esto se desprende que una representación contiene información, creencias y vivencias que le permiten al sujeto significar lo que es de su interés. Este trabajo se orienta a indagar las representaciones de las prácticas de cuidado nutricional e implicará explorar los siguientes elementos: información, creencias y actitudes (50).

La información hace referencia a la organización de los conocimientos que tiene una persona sobre un objeto o situación determinada. En ella se dimensionan la riqueza de los datos y las explicaciones acerca de la realidad, es decir, se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad (50).

Para Jodelet (1986) existen principalmente cuatro fuentes de información. Una proveniente de la vivencia de las personas, otra de lo que piensa o cree, la tercera de la comunicación social y la observación y una cuarta de los conocimientos adquiridos a través de medios formales, como las lecturas, la profesión de las personas, y los medios de comunicación de masas que tienen una función importante en la vulgarización de los conocimientos científicos (Jodelet, 1986). En relación a esta investigación se focaliza en las prácticas de cuidado nutricional la información proviene de la experiencia de las personas, de lo que piensa o cree, de la comunicación social, que se puede identificar a través del conocimiento cultural de los cuidados que los sujetos construyeron desde su vivencia, desde la propia experiencia y de la relación con personas significativas para ella como es el médico y sus familiares.

Las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen. El modo en que se estructuran orienta el comportamiento no como causa-efecto, sino como tendencia, predisposición, o norma para la acción. Es el componente cognitivo de la actitud.

Según Purnell y Paulanka las creencias pueden ser prescriptivas (lo que se debe hacer para tener armonía en la familia y la sociedad), restrictivas (lo que no se debe hacer para tener resultados positivos) o tabú (lo que si se hace causaría efectos negativos) (51).

La actitud consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Expresa el aspecto más afectivo

de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho y está influida por las creencias en tanto marcan una dirección (52).

En la presente investigación, se indagarán las representaciones, intentando determinar qué se conoce (información), qué se cree o cómo se interpreta (creencias y significados) y cómo se orienta la conducta (actitud) desde una concepción de sujeto activo inserto en un medio complejo (50).

Según Ibáñez, las fuentes de determinación de las representaciones sociales se ubican en tres dimensiones:

- a) Las condiciones económicas, sociales e históricas a. de un grupo social o sociedad determinada;
- b) Los mecanismos propios de formación de las representaciones sociales (la objetivación y el anclaje);
- a) Las diversas prácticas sociales de los agentes, relacionadas con las diversas modalidades de comunicación social (54).

d.1 Representaciones Sociales de las prácticas de cuidado nutricional:

Las representaciones sociales (RS) dan cuenta de un conocimiento práctico productor y constructor de una realidad social compartida por un colectivo y a través de las cuales se intenta dominar ese entorno, comprender y explicarlo. Son al mismo tiempo producto y proceso de construcción de la realidad y de su elaboración psicológica y social.

La teoría de las RS postulada por Moscovici (1979), es un marco interesante para una aproximación compleja al universo de significados y valores que portan los individuos sobre la temática del cuidado. El estudio de estas RS permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Aproxima a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen.

El análisis de las RS permite entender en qué medida sus contenidos reflejan los substratos culturales de una sociedad, de un momento histórico y de una posición dentro de la estructura social. De lo anterior se deriva la importancia de conocer las RS sobre el cuidado para considerarlas al momento de la formulación de los servicios y prestaciones que se incluyan en el sistema de cuidado y promover las transformaciones culturales necesarias para favorecer la equidad de género (44).

Las decisiones cotidianas que las familias toman sobre el cuidado y la educación de la/os hija/os tampoco se restringen a las fronteras de la vida íntima, sino que tiene relación con procesos más amplios de producción social. Una serie de circunstancias asociadas a la

trayectoria social, a la ocupación, a la sociabilidad, otorga a las personas vinculaciones e interacciones que amplían y/o retroalimentan las perspectivas personales sobre la atención y el cuidado de la/os niña/os. Estas interacciones no se restringen linealmente a las experiencias ligadas a la clase, el género o la adscripción sociocultural. Varones y mujeres, a cargo de la crianza y la educación de la/os niña/os, transitan, sea cual sea su pertenencia social, por diversificados circuitos (laborales, políticos, religiosos, gremiales, ligados al esparcimiento) que dinamizan los procesos de apropiación y receptividad a los que se está aludiendo (55).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la indagación de los antecedentes se permite vislumbrar la ausencia en la región de una política pública de cuidado y una postura desde los gobiernos en torno al cuidado como responsabilidad fundamentalmente de los hogares (10).

Se aprecia que en los inicios del 2001 se comienza con un resurgimiento de Estados presentes, en los gobiernos de Latinoamérica, que aparecen como reguladores en pro del bienestar de la ciudadanía. En Argentina, en el 2005, se promulga la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Desde una perspectiva teórica del cuidado como responsabilidad de las políticas públicas donde éstas intenten asegurar el cumplimiento y reparto equitativo de la prestación de cuidado, tanto a nivel de los hogares como de las instituciones, los interrogantes iniciales fueron:

¿Se contempla la Ley 26061 en la formulación de programas y planes de salud?

¿Son consideradas las prácticas de cuidado nutricional infantil en los programas y planes de salud implementados en la Ciudad de Córdoba?

¿Cuáles son las prácticas de cuidado nutricional consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba?

¿Qué prácticas de cuidado nutricional infantil se realizan efectivamente en los hogares y las instituciones?

¿Qué representaciones tienen los cuidadores nutricionales y los efectores de las organizaciones/instituciones acerca de las prácticas de cuidado nutricional consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba?

¿Estas representaciones determinan las prácticas del equipo de salud y de los cuidadores nutricionales?

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Analizar las prácticas de cuidado nutricional consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba, especialmente en familias en situación de pobreza y las representaciones que tienen los efectores de salud y los cuidadores nutricionales.

Objetivos Específicos:

- Identificar las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba.
- Indagar las representaciones de los efectores de salud acerca de las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba.
- Indagar las representaciones de los cuidadores nutricionales acerca de las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de carácter cualitativo que permitió explorar el sentido de las prácticas de cuidado nutricional en los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba, especialmente en familias en situación de pobreza, como así también el significado que los actores les atribuyen a las mismas (56).

La presentación de este apartado se realiza en función de los objetivos

Para abordar el primer objetivo referido a: Identificar las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba, se identificaron los programas y planes de salud (Documentos) implementados en la ciudad de Córdoba y se analizaron los mismos en base al análisis de fragmentos de discurso según Jäger (57).

Para abordar el segundo y tercer objetivo, que remiten a Indagar las representaciones de los efectores de salud y los cuidadores nutricionales acerca de las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba, como parte de las instituciones de salud; se realizaron entrevistas en profundidad efectores y cuidadores en dos centros de salud municipales, como los actores a fin de considerar las diferentes perspectivas de las prácticas de cuidado nutricional; la información se analizó mediante la Teoría Fundamentada y se efectuó triangulación de métodos, entre los diversos instrumentos de recolección de la información.

1. PROGRAMAS y PLANES DE SALUD NACIONALES y PROVINCIALES (Plan Nacer- Programa Materno Infantil)

Compete al Ministerio de Salud de la Nación asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la salud de la población, y a la promoción de conductas saludables de la comunidad.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo divisiones, planes y programas nacionales.

Al Ministerio de Salud de la provincia le corresponde la determinación de los objetivos y la formulación de las políticas del área de su competencia; como así también la elaboración de la propuesta y aplicación de la política sanitaria en todo el territorio provincial.

El Plan Nacer, iniciado en el año 2005 en las provincias del NEA y NOA y extendido en 2007 a todo el país.

La Dirección de Maternidad e Infancia, creado en 1936, previo a la creación del Ministerio de Salud, se encuentra en la actualidad, dentro del ámbito de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Subsecretaría de Salud Comunitaria, del Ministerio de Salud de la Nación. Es el órgano de formulación y aplicación de las políticas materno infantiles del Estado Nacional. Allí se desarrolla el Programa Materno Infantil cuya función es la asistencia técnica y financiera a las provincias argentinas.

2. PROGRAMAS DE SALUD MUNICIPALES (Programa Control de Crecimiento y Desarrollo y Programa Atención de Embarazo y Puerperio)

El Sistema de Salud Municipal está organizado en 6 zonas sanitarias y brinda servicios en los en los tres niveles de atención, algunos de los ejes fundamentales de la Secretaria de salud municipal son:

- Optimizar la integración de la Red de Servicios de Salud de la ciudad de Córdoba.
- Ampliar la cobertura de programas de promoción, prevención y atención, y la capacidad de resolución de los servicios asistenciales.
- Fortalecer el Recurso Humano de Salud.
- Promover la Participación ciudadana y la Intersectorialidad.
- Mejorar en forma continua la infraestructura y el equipamiento sanitario.
- Optimizar la provisión y disponibilidad de insumos y medicamentos para la atención

La Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) tiene a cargo los 96 Centros de Salud Municipales (CS) y Unidades Primarias de Atención de Salud (UPAS) que brindan servicios en el primer nivel de atención.

La DAPS da cumplimiento a los diferentes programas municipales, dentro de los cuales se encuentran los analizados por el presente estudio.

El Programa Atención de Embarazo y Puerperio, programa que se ejecuta en los Centros de Salud Municipales dependientes de la Dirección de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de Córdoba, fue revisado en 2004.

El Programa Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, como el programa atención de embarazo se ejecuta en los Centros de Salud Municipales dependientes de la Dirección de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de Córdoba, el documento analizado fue realizado en 2010, es la continuación de diversas revisiones del programa desde 1984.

En un primer momento se trabajó con los documentos (programas y planes), realizando el análisis de fragmentos del discurso y en base a los resultados de los mismos se elaboraron las entrevistas en profundidad.

3. ANALISIS DE FRAGMENTOS DE DISCURSO

Existen diferentes formas de analizar los discursos; la sociología, en su aproximación tradicional al discurso, parece haberse concentrado en ciertas líneas de investigación que tratan de reflejar las características sociales de una comunicación dejando de lado la noción de discurso en sí. El análisis de los textos que se centró en un análisis léxico dominado por la cuantificación de las variables analizadas, habitualmente desde técnicas de análisis de contenido, generalmente desde una perspectiva cuantitativa. Otra forma de aproximación al fenómeno de lo discursivo, desde un ámbito social, es el Análisis Crítico del Discurso cuyo objetivo fue estudiar el discurso como práctica social, prestando especial interés al contexto de uso del mismo, y a la relación entre textos y estructuras sociales.

El presente trabajo focalizó en el análisis del discurso basado en la propuesta de Jäger, el cual entiende a los textos como producto de la actuación social de los individuos dentro de un contexto socio-histórico. El trabajo de Sigfried Jäger, presenta un análisis crítico del discurso basado en aspectos de la obra de Michel Foucault (57).

Jäger define a los discursos como “flujo de conocimientos a través del tiempo”, por lo tanto, en un análisis del discurso o de sus fragmentos debe incluirse el factor tiempo (57).

Este trabajo no pretendió explorar todas las ramas del discurso. Interesa el fragmento aislado, tradicionalmente llamado “texto”, pero visualizando la relevancia social y política de los textos (57).

Según Jäger un análisis debe sobrepasar la observación puramente lingüística e incluir en igual medida elementos visuales, no verbales y gráficos.

Jäger define cinco pasos esenciales para el análisis de fragmentos de discurso:

1. Marco Institucional: contexto institucional.
2. Superficie del texto: unidades de sentido, temas tratados.
3. Medios lingüísticos retóricos: microanálisis lingüístico, estrategias de argumentación, vocabulario, actores, referencias.
4. Enunciados de contenido lógico: imagen del hombre, concepción de sociedad.
5. Interpretación: representación sistemática del fragmento seleccionado.

Se puede identificar entonces dos niveles de análisis:

1. Análisis del Marco Institucional: comprende caracterización del medio y tipo de texto.

2. Análisis de Contenido: comprende análisis en el nivel semántico, incluyendo palabras clave, isotopías, estrategias de argumentación, elementos intertextuales, símbolos colectivos, presuposiciones (57).

Los programas y planes de salud analizados fueron:

A nivel nacional:

- Plan Nacer,
- Programa Maternidad e Infancia

A nivel provincial:

- Plan Nacer Córdoba,
- Programa Maternidad e Infancia Córdoba

A nivel municipal:

- Programa Control de Crecimiento y Desarrollo,
- Programa Atención de Embarazo y Puerperio.

Se trabajó a nivel temático y a nivel contextual, como se observa en el siguiente cuadro:

Aspecto temático – Nivel semántico - Análisis de contenido:	Aspecto contextual - Nivel pragmático - Análisis del marco institucional:
Determinación del tema	Identificación de lugar, fecha, emisión, público destinatario
Hallazgo de palabras claves	Análisis de la posición ideológica del autor.
Localización de isotopías (repeticiones de significados semánticos).	Localización de referencias a acontecimientos discursivos.
Descubrimiento de presuposiciones referencias explícitas o implícitas a conocimientos previos, a valores y a normas culturales).	Señalamiento de referencias a la situación política, económica y social actual.
Identificación de elementos intertextuales (citas, referencias, incorporación de párrafos de otros textos).	Explicitación de la intención y de la búsqueda de efecto.
Reconocimiento de estrategias de argumentación utilizadas.	

4. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Es un proceso de organización de los hechos y representaciones de la conducta a través de un diálogo social donde sus integrantes interactúan con el objetivo de crear una relación dinámica donde los temas se van generando libremente (50,53).

Las entrevistas fueron destinadas a:

- Cuidadores de los niños que asisten a CCyD y/o Programa embarazadas y puérperas de dos Centros de Salud de la Municipalidad de Córdoba.
- Efectores del Programa CCyD y/o Programa embarazadas y puérperas de dos Centros de Salud de la Municipalidad de Córdoba.
- Efectores de Programas Provinciales (Plan Nacer y Maternidad e Infancia)

Para la selección de los cuidadores que participaron de las entrevistas en profundidad, se trabajó con un muestreo teórico que consiste en el proceso de recolección de datos para generar una teoría por la cual el investigador, conjuntamente, selecciona, codifica y analiza su información, y decide cuál escoger.

Para la selección de efectores que participaron de las entrevistas en profundidad, se trabajó con un muestreo intencional que consiste en un esfuerzo deliberado de incluir grupos típicos.

Los sujetos, objeto de estudio, fueron 1 efector del Plan Nacer, 1 efector de Maternidad e Infancia, 4 efectores de dos centros de salud municipales y 19 cuidadores de los niños que asistieron al programa Control de Crecimiento y Desarrollo (CCyD) implementado en los centros de salud municipales. Se trabajó hasta la saturación. La saturación constante implica el límite a partir del cual cesa el muestreo, y refiere a la imposibilidad de que un grupo de categorías siga brindando información relevante.

4.1. Criterios de Inclusión y Exclusión

Fueron incluidos los cuidadores mayores de edad de los niños que asisten a CCyD de los Centros de Salud de la Municipalidad de Córdoba seleccionados y los efectores de los Programas CCyD, Embarazadas y Puérperas, Plan Nacer y Maternidad e Infancia, que aceptaron participar de la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Quedaron excluidos quienes no deseaban participar de la investigación y/o no firmaron el consentimiento informado y/o fueron menores de edad.

5. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LAS ENTREVISTAS

A) Caracterización de los cuidadores nutricionales: sexo, edad, tipo de familia, comparte la crianza con otros, número de hijos y trabajo.

Representaciones de los cuidadores nutricionales: Corpus organizado de información, creencias y actitudes que contribuyen a la formación de conductas y orientación de las prácticas sociales en torno al entrecruzamiento de las formas socialmente aprendidas de resolver cotidianamente la selección, preparación y distribución de los alimentos como parte de las estrategias de consumo de las familias y las acciones de los adultos encaminadas a orientar el desarrollo de los niños, vinculadas a la crianza y cuidado de ellos.

Para la elaboración de las entrevistas, se consideraron las dimensiones e ítems correspondientes que sobre representaciones sociales efectúa Serge Moscovici.

Dimensiones	Ítems
<u>Información:</u> Acerca de conocimientos sobre Prácticas de Cuidado Nutricional infantil, brindados por el programa CCyD a los cuidadores, implica el volumen de conocimientos de un objeto social, en este caso sobre PCN	-Información recibida por el centro en torno a lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos. -Información previa en torno a lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos.
<u>Creencias:</u> Opiniones que poseen sobre los conocimientos brindados a la/os cuidadora/es por el programa CCyD en torno a las Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil, que implica la organización con la que se constituye un espacio figurativo significativamente articulado (imágenes culturales)	-Opinión sobre la información recibida en torno a lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos. -Opinión sobre el funcionamiento del centro de salud (estructura y atención).
<u>Actitud:</u> Orientación de conductas de Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil: implica la existencia de un estímulo ya constituido hacia el cual se reacciona según el tipo de disposición interna que se haya generado hacia él, en este caso la orientación de las conductas de PCN. Es la orientación para la acción general, positiva o negativa, frente al objeto de representación	- Actitud hacia la información recibida sobre formas de lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos. -Antecedentes de otros programas recibidos y/o Recurrencia al Estado. -Práctica de lactancia materna, -Práctica de alimentación complementaria, -Práctica de selección, preparación y distribución de alimentos. -Pautas de Crianza

B) Caracterización de los efectores: cargo, antigüedad, funciones y sexo.

Representaciones de los efectores: Corpus organizado de información, creencias y actitudes que contribuyen a la formación de conductas y orientación de las prácticas sociales en torno al entrecruzamiento de las formas socialmente aprendidas de resolver cotidianamente la selección, preparación y distribución de los alimentos como parte de las estrategias de consumo de las familias y las acciones de los adultos encaminadas a orientar el desarrollo de los niños, vinculadas a la crianza y cuidado de ellos.

Para la elaboración de las entrevistas, se consideraron las dimensiones e ítems correspondientes que sobre representaciones sociales efectúa Serge Moscovici

Dimensiones	Ítems
-Información: Conocimientos que poseen los efectores sobre la información en torno a las Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil que brindan los programas y planes de salud, implica el volumen de conocimientos de un objeto social. En este caso volumen de conocimiento acerca de PCNI	-Información brindada a la/os cuidadora/es desde el programa. -Información previa con que cuentan la/os cuidadores.
-Creencias: Opinión que poseen los efectores sobre la información en torno a las Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil que brindan los programas y planes de salud, implica la organización con la que se constituye un espacio figurativo significativamente articulado (imágenes culturales).	-Opinión sobre la información recibida en torno a las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos brindada a la/os cuidadora/es desde el programa. -Opinión sobre el funcionamiento del centro de salud.
-Actitudes: Orientación de las Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil, que implica, la orientación para la acción general, positiva o negativa, frente al objeto de representación. En este caso hacia las PCNI	- Actitud hacia la información recibida sobre formas de lactancia materna, alimentación complementaria, formas de selección, preparación y distribución de alimentos que tienen los cuidadores. -Implementación de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos de los cuidadores.

Las entrevistas tuvieron una duración de alrededor de una hora aproximadamente, las mismas fueron grabadas en audio, luego desgrabadas y codificadas.

6. ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

El trabajo de campo se realizó en dos etapas, en una primera se efectuó análisis de fragmentos de discurso de los documentos seleccionados y en una segunda etapa, en base a los resultados de la primera, se realizaron las entrevistas en profundidad. El análisis se efectuó de acuerdo a la Teoría Fundamentada. Se utilizó el criterio de saturación de categorías teóricas, los datos se codificaron de acuerdo a categorización inicial, y la aplicación sistemática del método comparativo constante como procedimiento de análisis (58).

Teoría Fundamentada

El énfasis de las entrevistas está puesto en la escucha de las mujeres; en tal sentido, Glaser y Strauss (1967) proponen estrategias principales para desarrollar teoría fundamentada. Dentro de esta línea, en el presente trabajo se utilizó el Método Comparativo Constante (MCC), por el cual el investigador, simultáneamente, codifica y analiza datos para desarrollar concepto. Mediante la comparación constante de incidentes específicos de la información, el investigador refina conceptos, identifica propiedades, explora interrelaciones e integra la misma en una teoría coherente.

El MCC tensiona el campo, proponiendo construir categorías comprensivas e interpretativas, puesto que el método mismo ha sido diseñado para generar ese tipo de categorías. En la medida en que las decisiones iniciales de una investigación no están basadas sobre una estructura teórica preconcebida, el MCC se realiza a partir de un *muestreo teórico*, consistente en el proceso de recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista, conjuntamente, selecciona, codifica y analiza su información, y decide cuál escoger y dónde encontrarla para dar cuenta de la teoría tal como surge (59).

El procedimiento de la *Grounded Theory para el método comparativo constante*, implica las siguientes operaciones:

1. Recolección de datos: se utilizó la entrevista en profundidad como método de recolección de datos.
2. Codificación de datos: Una vez obtenido un conjunto de datos, la primera operación consistió en comparar la información obtenida, tratando de dar una denominación común a un conjunto de datos que compartían una misma idea.
3. Delimitación de la Teoría: en un primer paso, se maximizan las similitudes y minimizan las diferencias para luego realizar el proceso inverso, enfatizar las diferencias entre los casos analizados (59). Luego se realizó la Triangulación.

7. TRIANGULACION DE METODOS

Se realizó la Triangulación Metodológica o de Métodos (Análisis de Documentos y Entrevistas en Profundidad):

La triangulación intra-método es la combinación de dos o más recolecciones de datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio para estudiar una misma variable. El uso de dos o más medidas cualitativas del mismo fenómeno en un estudio, en este caso: la inclusión de dos o más aproximaciones cualitativas como el análisis de documentos y las entrevistas en profundidad para evaluar el mismo fenómeno. Los datos obtenidos se codificaron y se analizaron separadamente, y luego se compararon, como una manera de validar los hallazgos (60).

8. CONSIDERACIONES ETICAS

Se estableció contacto con la/os cuidadora/es nutricionales y los efectores de los centros de salud municipales para informarles sobre los aspectos relevantes de la investigación (el propósito del estudio y la modalidad de realización), así como la garantía de confidencialidad.

Para la realización del consentimiento informado se tomaron los resguardos éticos pertinentes basados en la declaración de Helsinki y la Ley nacional 25326, las cuales establecen como principio ético la autonomía, beneficencia y no maleficencia y justicia; se grabaron las entrevistas con el consentimiento de la/os participantes.

El presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud del Hospital Nacional de Clínicas.

RESULTADOS

Los resultados del presente trabajo se organizaron en dos ejes:

1. Análisis de los programas y planes de salud implementados en la ciudad de Córdoba, especialmente en familias en situación de pobreza, que tienen por objetivo mejorar la salud materna e infantil, correspondiente al primer objetivo de este trabajo
2. Análisis de las representaciones de las cuidadoras y efectores de los centros de salud, correspondiente al segundo y tercer objetivo de este trabajo; a la vez que se efectuó la triangulación con los datos del primer objetivo.

1. Análisis de los programas y planes de salud que tienen por objetivo mejorar la salud materna e infantil.

Los programas y planes analizados fueron Plan Nacer, Programa Maternidad en Infancia, ambos bajo la órbita del Ministerio de Salud Nacional y Provincial; y el Programa Atención Integral del Embarazo y Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil, estos programas bajo la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Municipalidad de Córdoba.

PROGRAMAS Y PLANES DE SALUD NACIONALES y PROVINCIALES

a) Plan Nacer

Aspecto temático – Nivel semántico - Análisis de contenido:

Determinación del tema: texto de tipo argumentativo, dirigido a los equipos de salud y a la población usuaria.

Hallazgo de palabras clave: cobertura, calidad de atención, cuidado, información, crecimiento y desarrollo, lactancia materna.

Cobertura / Calidad de atención: Al describir el programa, se refiere a que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social.

Cuidado: El tema del cuidado aparece como una condición posterior al conocimiento sobre el mismo, es decir en el documento se considera que para que se cumplan los derechos de los niños, éstos deben recibir cuidados de sus padres, quienes deben estar asesorados sobre los cuidados adecuados.

Información: aparece dentro de los derechos de los niños en referencia a la necesidad de que sus padres estén informados sobre principios básicos de salud y nutrición.

Crecimiento y desarrollo: el Plan Nacer se articula con el programa Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño y el programa Atención de Embarazadas.

Lactancia materna: es considerada un derecho de los niños.

Estas palabras aparecen en las frases que expresan los derechos de los niños:

- “A una vida sana y a disponer de los servicios médicos gratuitos en caso de enfermedad y de rehabilitación cuando sea necesario.”
- “A que sus padres reciban asesoramiento e información sobre los cuidados del bebé para su crecimiento y desarrollo”.
- “A que sus padres conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños/as, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes”. (Extractado de página web: www.plannacer.msal.gov.ar y <http://www.cba.gov.ar/plan-nacer-ministerio-de-salud/>).

Localización de isotopías: En el Plan Nacer aparecen dos significados semánticos claros

Cobertura de atención de salud: estrategia de APS, derechos y prestaciones de los niños y niñas menores de 6 años (cantidad de controles, tipo de controles, consejos para los padres)

Calidad de Atención: gestión de la atención de salud: seguro público, seguimiento, evaluación de la atención, financiamiento basado en resultados e indicadores de desempeño.

Descubrimiento de presuposiciones referencias explícitas o implícitas a conocimientos previos, a valores y a normas culturales): Hay referencias explícitas a la situación de salud materno infantil al afirmar que el programa “contribuye al descenso de la mortalidad materna e infantil en la Argentina, y a la reducción de las brechas entre las jurisdicciones, aumentando la inclusión social y mejorando la calidad de atención de la población”. (Extractado de página web: www.plannacer.msal.gov.ar y <http://www.cba.gov.ar/plan-nacer-ministerio-de-salud/>).

Hay referencia explícita a valores y normas culturales en relación a la calidad de atención al indicar: “este programa se propone promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.” (Extractado de página web: <http://www.cba.gov.ar/plan-nacer-ministerio-de-salud/>).

En relación a las prácticas de cuidado por parte de la población no hay referencia explícita.

Identificación de elementos intertextuales: En el documento nacional no aparecen citas de otros textos. En el sitio web provincial, hay un apartado denominado Guías de Atención, que ofrece links a normativas nacionales de evaluación del estado nutricional y la alimentación, consenso sobre factores de riesgo cardiovascular en pediatría, las guías alimentarias para la población argentina, así como links sobre tratamiento de patologías prevalentes en la infancia:

Tema	Material bibliográfico
Crecimiento, evaluación del estado nutricional, alimentación.	Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2010. http://organismos.chubut.gov.ar/sps/files/2010/10/manual-nutrici%C3%B3n.pdf
	Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición. Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad. Arch Argent Pediatr 2005; 103(3):262. http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n3/v103n3a13.pdf
	Guías Alimentarias – Manual de Multiplicadores Asociación Argentina de dietistas y nutricionistas. Bs. As 2003: http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/gu%C3%adAS%20alimentarias.pdf .
Patologías prevalentes:	Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para Equipos de Salud. 2º ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2006.

anemia	<p>Bibliografía sugerida: Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para Equipos de Salud. Junio 2001. http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/15-ANEMIA%20.pdf Sociedad Argentina de Pediatría: Anemia ferropénica: Guía de diagnóstico y tratamiento 2009: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v107n4a13.pdf Ligadura oportuna del cordón umbilical. http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/788/</p>
Patologías prevalentes: asma	<p>Consenso de Asma Bronquial 1ra y 2da parte 2007. Subcomisiones, Comités y Grupo de Trabajo. Sociedad Argentina de Pediatría. Arch. Argent Pediatr 2008; 106(2):162-175. http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v106n1a14.pdf http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v106n2a13.pdf</p>

Reconocimiento de estrategias de argumentación utilizadas: Los recursos que se observan en este discurso es el uso de enumeración de ideas explicitado en las metas o trazadoras sanitarias.

Aspecto contextual - Nivel pragmático - Análisis del marco institucional:

Identificación de lugar, fecha, emisión, público destinatario: A nivel nacional, el documento informa que se inició en el NOA y NEA en el año 2005, y en el resto de Argentina en 2007. Tanto a nivel nacional como provincial aclara que es un SEGURO DE SALUD destinado a mujeres embarazadas y puérperas hasta 45 días y niños y niñas menores de 6 años de edad, SIN OBRA SOCIAL, que funciona en la red pública de servicios de salud.

Ambos documentos, tanto a nivel nacional como provincial, están disponibles tanto para los equipos de salud (Presenta las pautas para trabajar, así como los resultados alcanzados hasta el momento a nivel provincial, como para el público en general (Enuncia los requisitos de inscripción al programa).

Análisis de la posición ideológica del autor: El Plan Nacer se posiciona desde la salud como derecho, visualizada a partir de su visión y misión:

“Visión: Contribuir a garantizar el ejercicio del derecho a la salud”

“Misión: Implementar un innovador modelo de gestión en salud, que fortalezca los sistemas de salud provinciales, para brindar mejores servicios de salud pública en todo el país.”

Localización de referencias a acontecimientos discursivos: La unidad de análisis es la salud materno infantil, el documento comienza con la enumeración de los derechos de los niños; luego una descripción del plan y cómo funciona y termina con la enumeración de las metas sanitarias (trazadoras) propuestas. Argumenta que las provincias con mejores trazadoras recibirán mayores recursos (modalidad de financiamiento basada en resultados)

Señalamiento de referencias a la situación política, económica y social actual: Desde el sitio web se puede acceder a una serie de documentos (Portal vamos a crecer, ampliación Plan Nacer, Memoria anual), en estos documentos se hace referencia a la situación política, económica y social actual. Deja en claro que este programa es una decisión política de *“cambio en la gestión sanitaria”*

Explicitación de la intención y de la búsqueda de efecto: En sus objetivos explicita el efecto buscado. A nivel nacional:

- “Mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de la población sin obra social, contribuyendo así en la reducción de la mortalidad materna e infantil.”
- “Crear y desarrollar Seguros Públicos de Salud Provinciales para la población materno-infantil sin obra social.”
- “Aumentar la inversión en salud bajo un modelo de asignación de recursos basada en los resultados alcanzados. (Financiamiento basado en resultados.)”
- “Promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), un desempeño eficaz del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.”
- “Generar un nuevo esquema de relación entre la Nación, las Provincias, los Municipios y los Establecimientos de Salud.”(Extractado de página web: www.plannacer.msal.gov.ar).

A nivel provincial sus objetivos son:

- “Disminuir el componente sanitario de la morbi-mortalidad materno infantil.”
- “Fortalecer la red pública del sistema de salud. “
- “Promocionar y favorecer la aplicación de la Canasta Básica Prestacional, Ley 9133 de Garantías Saludables de la Provincia de Córdoba.”(Extractado de página web: <http://www.cba.gov.ar/plan-nacer-ministerio-de-salud/>).

También las trazadoras sanitarias marcan el efecto buscado:

“Son 10 metas (crecientes) a obtener por cuatrimestre que fueron diseñadas para poder monitorear la evolución y el desarrollo del programa”.

Las trazadoras son indicadores de desempeño que, mediante la medición de resultados intermedios, permiten inferir el efecto del Plan Nacer en la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil.”(Extractado de página web: <http://www.cba.gov.ar/plan-nacer-ministerio-de-salud/>).

Prestaciones previstas por el Plan Nacer

PRESTACIONES RECIBIDAS DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO	PRESTACIONES PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de embarazo - Control de embarazo: verificar peso y estatura, revisar mamas, medir la panza, escuchar los latidos del bebé y practicar un papanicolau. - Ecografías para controlar el crecimiento y vitalidad del bebé. - Vacunación: dos dosis de vacuna doble (tétanos, difteria) durante el embarazo y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubeola) luego del parto. - Análisis de sangre y orina: para saber el grupo sanguíneo y diagnosticar enfermedades como Chagas, Sífilis, HIV, etc. - Examen de salud dental: revisiones odontológicas preventivas. - Derivación en caso de ser necesario a médico especialista, nutricionista, asistente social, psicólogo. - Parto atendido por especialista en el hospital. - Atención del recién nacido. - Acceso a información sobre los cuidados durante el embarazo y posparto, situaciones de consulta urgente al médico, la importancia de la lactancia materna, prevención de las adicciones (drogas, tabaco, alcohol) y planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención del recién nacido - Examen para detectar hipoacusia, prueba a los recién nacidos para medir su capacidad auditiva. - Controles clínicos. - Vacunación según calendario nacional. - Examen odontológico a partir de los 6 meses un control anual (incluye arreglo de caries). - Control oftalmológico una consulta a los 5 años. - Consejos para los padres (lactancia materna, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita, promoción de la salud, cuidado buco dental y cuando ir urgente al médico. - Prestaciones de alta complejidad. - Detección, cirugía y tratamiento de enfermedades del corazón para que los niños del país accedan a la cirugía cardíaca en el plazo adecuado. - Cuidados intensivos para los recién nacidos y niños en situación de riesgo.

Fuente: Serie Políticas Públicas, Informe N° 3, Agosto 2012

En síntesis, el Plan Nacer es un programa creado en 2005 por el gobierno nacional con acuerdos provinciales. El mismo se menciona como una herramienta de gestión para garantizar calidad de atención. Se presenta como un texto argumentativo, con significados claros respecto de cobertura y calidad de atención. Se reconoce explícitamente la situación de salud materno infantil, de valores y normas culturales en relación a la calidad de atención, pero no hace referencia explícita a las prácticas de cuidado por parte de la población. El cuidado es considerado condición previa al cumplimiento de los derechos de niños/niñas. Si bien a nivel de las trazadoras sanitarias, no se incorporan aspectos que aporten en el asesoramiento sobre salud y nutrición para los cuidadores, los mismos están previstos a nivel de ejecución programática en la prestación de consejos para los padres.

b) Programa Maternidad e Infancia



Aspecto temático – Nivel semántico - Análisis de contenido:

Determinación del Tema: texto expositivo, dirigido a los equipos de salud.

Hallazgo de palabras clave: integralidad de atención, transformación del modelo de atención, asistencia técnica.

Integralidad en la atención de niños y niñas: considera que la atención debe enmarcarse en condiciones ambientales sustentables y se debe priorizar los factores protectores para el desarrollo infantil acompañando a las familias en la crianza.

Se observa un enfoque de salud más allá de la atención:

“Promover desde el Sector Salud la participación en temas referidos al medio ambiental y que impactan directamente en la salud de los niños: calidad del agua de consumo, saneamiento ambiental, calidad del aire intra y extra domiciliario.”

“Promover y fortalecer iniciativas comunitarias y de trabajo en red, tendientes a favorecer y sostener entornos saludables para los niños.” (Extraído de página web: <http://www.cba.gov.ar/direccion-de-maternidad-e-infancia/>)

Transformación del modelo de atención: sobre la base de la mejora en la organización y calidad de los servicios, en todos sus niveles, de acuerdo con las necesidades de los niños y niñas y con acciones centradas en el apoyo y sostén de la familia.

Asistencia técnica y apoyo a las autoridades y equipos técnicos provinciales: para la transformación del modelo de atención de los servicios infantiles y para la organización de redes de atención.

A nivel provincial aparece en diferentes momentos la palabra “cuidadores”

“Área Salud Integral del niño: Beneficiarios: Equipo de salud y cuidadores

“Objetivos del Programa:

“Brindar herramientas a los profesionales y los cuidadores para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro, sobre todo en los 2 primeros años de vida.”

Además, se incorpora el rol de la familia en el cuidado de los niños, como se observa en los siguientes objetivos

“Difundir y sensibilizar a la población general en torno a la importancia de la promoción del desarrollo infantil y el rol protagónico de la familia y la comunidad en esta tarea.”(Extraído de página web: <http://www.cba.gov.ar/direccion-de-maternidad-e-infancia/>)

Localización de isotopías: El significado semántico del programa gira en torno a:

Capacitación y evaluación de los equipos de salud

Mejora en la cobertura de salud materno-infantil:

Si bien aparece como objetivo el desarrollo de redes intersectoriales, a partir de sus actividades no se visualiza la manera de evaluar el cumplimiento de este objetivo.




Descubrimiento de presuposiciones referencias explícitas o implícitas a conocimientos previos, a valores y a normas culturales): Hay referencias explícita a la situación de salud materno infantil al afirmar que el programa tiene como objetivo: *“Reducir las probabilidades de enfermar o morir de la población de mujeres, niño, niña y adolescente; Reducir las desigualdades entre los indicadores de salud correspondientes a cada uno de los géneros, las distintas áreas geográficas, los niveles socio-económicos, etnias etc.; Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, así como las posibilidades de accesos a ellos de toda la población, en especial de los más desfavorecidos; Promover la participación ciudadana en las cuestiones relacionadas con la salud materno-infantil de la población. Esto se pretende lograr a través de la asistencia técnica y financiera al sector salud de las provincias argentinas.”(Extraído de página web:<http://www.msal.gov.ar/promin/>)*

El programa provincial tiene como objetivos: *“Reducir la morbilidad y la mortalidad materna, infantil, de menores de 5 años y de adolescentes; Promover y facilitar el desarrollo de Maternidades Seguras Centradas en la Familia; Desarrollar nodos locales y regionales de seguimiento de recién nacidos de riesgo, con participación intersectorial, familiar y comunitaria; Evaluar servicios de salud materno infantil, cumplimiento de Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, y el desarrollo del programa materno infantil a nivel local y provincial; Brindar asistencia técnica en temas de salud materno infantil y de los y las adolescentes a los equipos de salud y de otros sectores de la provincia de Córdoba y de otras provincias.”(Extraído de página web: <http://www.cba.gov.ar/direccion-de-maternidad-e-infancia/>)*

Identificación de elementos intertextuales: En el documento se hace mención a otros documentos sobre los que se asienta la estrategia de acción como: Derechos ciudadanos presente en el "Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño", asumido ante la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990); "Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño" (1989) y la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer" (1979); Ley 26.061 del 2005

También se encuentran links a diferentes documentos de interés como son los resultados de diferentes campañas y encuestas, documentos normativos de atención, que se presentan a continuación:

Publicaciones del Área de Salud Integral del Niño

		
Cuidado del Ambiente en la Casa y el Barrio. Manual para el Capacitador de Promotores de Salud Ambiental. Ministerio de Salud de la Nación (2010)	Manual de Salud Ambiental Infantil (2010)	Desarrollo Infantil - Primer año de vida.

Reconocimiento de estrategias de argumentación utilizadas: Los recursos que se observan en este discurso es el uso de enumeración de ideas referidas al encuadre, explicitado en los objetivos, las metas y población beneficiaria. Además, se utilizan citas de las leyes en las que se enmarca el programa, así como documentos que fundamentan la posición asumida.

Aspecto contextual - Nivel pragmático - Análisis del marco institucional:

Identificación de lugar, fecha, emisión, público destinatario: Tanto a nivel nacional como provincial, se ubica el programa maternidad e infancia dentro del organigrama Ministerio de Salud; el mismo está destinado al equipo de salud.

Análisis de la posición ideológica del autor. Tanto a nivel nacional como provincial, el documento explicita que su estrategia se basa en los derechos ciudadanos presente en los diferentes documentos que citan como son los convenios y convenciones internacionales y la ley nacional a favor de la mujer y el niño.

Localización de referencias a acontecimientos discursivos: Como acontecimiento discursivo, se hace referencia a la creación de la ley 26061 en el 2005, la ley de protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; esta ley protege de manera integral los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales.

Señalamiento de referencias a la situación política, económica y social actual: El programa materno infantil forma parte del ministerio de salud, que es el órgano de formulación y aplicación de las políticas materno-infantiles del Estado Nacional. El Programa Materno Infantil, se financia con fondos del Estado y también con el aporte de la cooperación internacional.

El documento refiere que su propuesta estratégica está enmarcada en una serie de convenios internacionales y en una ley nacional

"Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño"

"Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño"

"Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer"

"Ley Nacional Nº 26.061 (2005), de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños Y Adolescentes."

Explicitación de la intención y de la búsqueda de efecto: A través de 4 objetivos generales y luego los objetivos específicos según área: salud integral del niño y adolescente y área materno perinatal, nutrición. Además, en el programa provincial se presenta el apartado metas, usuarios, beneficiarios y productos relevantes donde especifica el efecto que se pretende lograr:

- *"Reducir la mortalidad materno infantil por causas evitables: de patologías del embarazo, del parto y del puerperio y de enfermedades prevalentes de la infancia."*
- *"Efectuar la vigilancia de las muertes maternas e infantiles por medio de un sistema de seguimiento de las muertes de mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años en toda la provincia".*
- *"Vigilar el estado nutricional de los niños menores de 6 años, por medio de un registro unificado y procesamiento informatizado de datos".*
- *"Aumentar el acceso de la mujer embarazada al control prenatal en forma precoz, asistida por personal capacitado en la atención del embarazo, parto, atención neonatal y puerperio, según normas".*
- *"Optimizar el acceso, calidad, cobertura y oportunidad de la atención de la salud de los niños, desde el nacimiento hasta los 6 años, tanto en lo referente al crecimiento como desarrollo".*
- *"Reducir la anemia nutricional en la embarazada y niños menores de 6 años".*
- *"Promover la lactancia materna".*
- *"Complementar con leche entera en polvo a las embarazadas a partir del 5º mes, nodrizas, niños menores de 6 años y a los niños con VIH Sida".*
- *"Fortalecer la Red de Servicios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo de Córdoba".*
- *"Brindar Asistencia Técnica para el desarrollo de Programas institucionales, locales o regionales de Seguimiento de RNR".*
- *"Promover del desarrollo de redes intersectoriales participativas para la Salud Integral de las/los adolescentes".*
- *"Promover el desarrollo de redes intersectoriales participativas para la el seguimiento de recién nacidos de riesgo".* (Extraído de página web: <http://www.msal.gov.ar/promin/> y <http://www.cba.gov.ar/direccion-de-maternidad-e-infancia/>

En síntesis, la Dirección de Maternidad e Infancia fue creada en 1936, en sus inicios dependió del Ministerio del Interior, ya que aún no había sido creado el Ministerio de Salud, que se creó 10 años después. A principios de los '90 sus acciones pasan a formar parte del Compromiso Mundial a Favor de la Infancia, suscrito por Argentina y traducido a Metas en Favor de la Madre y el Niño. Se presenta como un texto expositivo, con significados claros respecto de asistencia técnica (apoyo a los equipos provinciales), integralidad de atención (acompañando a las familias en la crianza), transformación del modelo de atención (acciones centradas en el apoyo y sostén de la familia). Se reconoce explícitamente la situación de salud materno-infantil. El documento expresa que su estrategia se basa en los derechos ciudadanos presente en el "Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño". A nivel discursivo el apoyo a las familias en el cuidado se vincula a la capacitación y evaluación de los equipos de salud, no haciendo referencia directa sobre las prácticas de cuidado nutricional.

PROGRAMAS DE SALUD MUNICIPALES

c) Programa Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño³

Aspecto temático – Nivel semántico - Análisis de contenido:

Determinación del Tema: texto expositivo, dirigido a los equipos de salud. El documento consta de objetivos, actividades, flujograma de crecimiento, definición de términos, actividades de enfermería, enfoque de riesgo para el CCyD, crecimiento físico (evaluación antropométrica, estudios complementarios, pautas alimentarias, evaluación sensorial, salud bucal), desarrollo integral del niño y salud integral, cartillas de orientación familiar, esquema de desarrollo desde 0 a 5 años, bibliografía y anexos.

Hallazgo de palabras clave: Espacios grupales de reflexión-acción, actividades de capacitación con metodología participativa; coordinación entre instituciones; educación para la salud, indicadores de riesgo.

Espacios grupales de reflexión-acción: El documento incorpora en sus actividades la creación de espacios grupales:

“Hemos fijado como prioridad la promoción del desarrollo integral del lactante. Pensamos que las acciones que generan en torno a él, promueven espacios de participación, reflexión y modificación centrados en la salud. La promoción del desarrollo integral del lactante tiene una enorme importancia y un valor intrínseco porque apunta a generar mejores condiciones de humanización y por lo tanto hombres más sanos, más habitantes, más pensantes, más solidarios.” (Pág. 63)

..“Reflexión sobre los vínculos y actitudes parentales que favorecen una mejor humanización”. (Pág. 64)

Actividades de capacitación con metodología participativa: El documento prevé la capacitación a los equipos de salud para implementar el programa

“Desde ya que la implementación y participación de los trabajadores de la salud en acciones de este tipo requieren de una sólida capacitación y una reflexión autocrítica permanente que permita mantener una clara conciencia de los propios límites” (Pág. 65)

Coordinación entre instituciones: El documento propone a los equipos de salud trabajar coordinadamente con las demás instituciones locales

“Realizar recuperación del niño desnutrido mediante su inclusión en las actividades de asistencia alimentaria y coordinación con CDI y/o comedores comunitarios” (Pág. 2)

Educación para la salud: El documento tiene previsto realizar actividades de educación para la salud además de la asistencia en consultorio

“La educación debe ser participativa, tratando de escuchar o entender más que recetar o indicar, aprovechando creencias, usos y modalidades no tradicionales que pueden ser útiles...” (Pág. 33)

Nutrición:

“La nutrición en el niño tiene dos objetivos fundamentales, que deben darse en forma conjunta para asegurar un adecuado estado de salud: Promover la máxima expresión del potencial genético y Mantener la composición corporal. Pero este tema debe abordarse en

³Las citas son textuales, tal como aparecen en el documento.

forma más amplia, no sólo desde el punto de vista **nutricional**, sino también considerando el aspecto **vincular**”

Indicadores de riesgo: el documento considera una serie de características de las personas y de la comunidad, que deben tenerse en cuenta, ya que se definen como riesgo para la salud del niño.

	NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL COMUNITARIO
Factor de Riesgo	Falta de Aporte alimentario	Estado de pobreza extrema (marginalidad)
Riesgo	Descenso de Peso	Niños con bajo peso para su edad
Daño	Desnutrición	
Indicadores de Riesgo	Ausencia o corta duración de lactancia materna	Escasez de recursos económicos Desempleo
	Analfabetismo o baja escolaridad materna	Comunidad analfabeta
	Falta de Higiene	Conceptos tradicionales del estado de salud
	Infecciones repetidas diarrea, IRA o sarampión	Falta de agua potable Inaccesibilidad a los servicios Ineficiencia de los servicios

Localización de isotopías: El significado semántico del programa gira en torno a la concepción de salud desde la que se posicionan para determinar:

1) Las normas de atención del equipo de salud, diferenciando actividades del médico pediatra y/o generalista; el enfermero, y el equipo de salud mental.

2) El enfoque de atención que debe tener el equipo de salud:

*“Ubicamos el Desarrollo Integral del niño, dentro del concepto más amplio de **salud integral** y le asignamos un valor fundamental en su promoción y prevención, desde la estrategia de Atención Primaria en Salud. Entendemos la **Salud Integral como una condición del hombre en** circunstancias personales, familiares, sociales y culturales concretas de vida. La entendemos como un **proceso integral** donde intervienen con igual significado aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, morales. Todos estos aspectos son inseparables y pertenecen al hombre y al ambiente.” (Pág. 61)*

Descubrimiento de presuposiciones referencias explícitas o implícitas a conocimientos previos, a valores y a normas culturales): Reconocimiento de características que definen la familia de riesgo:

- *Mujer Embarazada (Menor de 18 años y/o mayor de 40 años).*
- *Jefe de familia con o sin pareja estable.*
- *Familia con antecedentes de un niño desnutrido menor de 5 años.*
- *Madre que trabaja fuera del hogar por más de 6 horas seguidas y tenga niños menores de 5 años.*
- *Embarazadas de cualquier edad con antecedentes de un niño de bajo peso al nacer.*
- *Familia en la cual falleció un niño un niño menor de 1 año.*
- *Familia en la cual falleció un niño menor de 5 años por diarrea aguda y/o infección respiratoria aguda.*
- *Familia numerosa con niños menores de 5 años.*
- *Mujeres en período de amamantamiento con factor de riesgo asociado.*
- *Todo niño menor de 6 meses alimentado artificialmente, que pertenezca a una familia con otro factor de riesgo.*

- *Hijo de madre adolescente que pertenezca a un medio carenciado.*
- *Familia recientemente establecida en el área que migró por razones económicas.*
- *Todo niño menor de un año nacido con bajo peso.*
- *Padres analfabetos, drogadictos, discapacitados, alcohólicos, desocupados, con privación de la libertad, con niños en edad escolar sin escolarizar*

Identificación de elementos intertextuales: Se presentan un modelo de la ficha clínica pediátrica, cartillas de la Red Serenar y Cartillas de Alimentación en el 1° año de vida en los anexos del documento para el enfoque de riesgo, el documento cita a la OPS:

"Con la aplicación del enfoque de riesgo se aspira a dar "algo para todos y más para aquellos que lo necesiten ", con la idea de que los países utilicen más eficientemente sus recursos, sobre todo en aquellas partes de la población expuesta a mayor riesgo. (Tomando del Manual de Crecimiento del niño, OPS, serie Paltex, N°8, Pág. 8-9.)"

En la evaluación del crecimiento citan las Guías para la Evaluación del Crecimiento, Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de crecimiento y Desarrollo, año 2001. Dentro de las actividades de enfermería se encuentra una serie de normativas enmarcadas en estas guías.

Para la valoración antropométrica, el documento cita el manual "Evaluación de niños, niñas y embarazadas según antropometría", del Ministerio de Salud de la Nación (2009), explicando que el mismo forma parte de los instrumentos de aplicación de las políticas de salud del Ministerio de Salud de la Nación y de las provincias.

También expresa el documento que en nuestro país se utilizan los **estándares de Referencia de la OMS**, publicados en "Manual: Evaluación de niños, niñas y embarazadas según antropometría". Ministerio de Salud de la Nación. 2009.

En el apartado Seguimiento de niños de riesgo, se hace referencia a la creación del programa red de seguimiento de recién nacido de riesgo:

"Por Resolución 0223 de marzo de 1998, el Sr. Ministro de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba, aprobó el Programa Red de Servicios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, y creó el Comité coordinador del mismo, en el ámbito del Departamento Maternidad e Infancia de la Dirección de Emergencias y Coordinación". (Pág. 57)

En el mismo apartado se propone la coordinación con las instituciones de mayor complejidad para su seguimiento posterior al alta de los servicios de Neonatología. Para ello toma lo propuesto por Maternidad e Infancia acerca de construir una Red de Atención Integral del Recién Nacido de Riesgo definiendo criterios conjuntos.

"...entre los servicios de diferente nivel de complejidad, definir criterios para la atención integral del neonato de riesgo a fin de contribuir al logro de un equilibrio aceptable de sus procesos salud-enfermedad, y generar conocimientos que permitan ratificar o modificar pautas de atención, identificar tempranamente alteraciones del crecimiento, enfermedades nutricionales, defectos neurológicos, sensoriales, defectos de la estética y funcionales ,trastornos de conducta y del aprendizaje, para permitir un adecuado desarrollo de todas las potencialidades con una exitosa integración a la sociedad, en igualdad de oportunidades con los demás niños."(Pág. 57)

Reconocimiento de estrategias de argumentación utilizadas: La estrategia de argumentación utilizada es la concesión hacia la comunidad, reconociendo que existen otros enfoques en torno al cuidado y que es necesario reconocerlas.

- *“La educación debe ser participativa, tratando de escuchar o entender más que recetar o indicar, aprovechando creencias, usos y modalidades no tradicionales que pueden ser útiles para la recuperación” (Pág. 33)*

El documento menciona las medidas de prevención que deben ser tomadas en el 1º nivel de atención, que han demostrado ser eficaces en la prevención de la desnutrición incluyen:

- *Estimular la alimentación materna exclusiva los primeros 6 meses y su mantenimiento hasta los dos años de vida*
- *Incentivar la adecuada incorporación de alimentos complementarios a partir del 6º mes de vida*
- *Instruir acerca de la adecuada preparación de comidas, suficientes en calidad y cantidad.*
- *Asegurar alimentación suplementaria de buena calidad al mayor número de niños y embarazadas.*
- *Realizar el control periódico del lactante y del preescolar*
- *Asegurar la correcta aplicación de vacunas.*
- *Incentivar la estimulación precoz*
- *Estimular la existencia de un ambiente familiar adecuado*

Aspecto contextual - Nivel pragmático- Análisis del marco institucional:

Identificación de lugar, fecha, emisión, público destinatario: Documento realizado en 2010, es la continuación de diversas revisiones del programa desde 1999, enuncia autoridades y autores de las revisiones. Está destinado a los equipos de los centros de atención primaria de salud municipales.

Análisis de la posición ideológica del autor. Los autores se posicionan en un enfoque de salud integral del niño, como se observa a continuación:

*“Ubicamos el Desarrollo Integral del niño, dentro del concepto más amplio de **salud integral** y le asignamos un valor fundamental en su promoción y prevención, desde la estrategia de Atención Primaria en Salud. Entendemos la **Salud Integral como una condición del hombre en** circunstancias personales, familiares, sociales y culturales concretas de vida. La entendemos como un **proceso integral** donde intervienen con igual significado aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, morales. Todos estos aspectos son inseparables y pertenecen al hombre y al ambiente.”(Pág. 61)*

Para la valoración antropométrica del niño, el documento se posiciona en consonancia con la mirada de la OMS:

“A partir de octubre de 2007, el Ministerio de Salud de la República Argentina adopto estas nuevas curvas de crecimiento de la OMS para el seguimiento y la atención, individual y poblacional, de los niños entre el nacimiento y los 5 años de edad, en reemplazo de las anteriores. Esta decisión fue refrendada por la Resolución Ministerial 1376/07, luego de discusiones y reuniones con expertos en crecimiento, nutrición y lactancia materna, y con la adhesión de la Sociedad Argentina de Pediatría. Esas tablas son el resultado del estudio multifocal que la OMS realizó entre 1997 y 2003, este estudio uso criterios de inclusión, estos fueron: ausencia de problemas de salud o ambientales que limitaran el crecimiento, madres que querían seguir las recomendaciones de alimentación del MGRS (es decir, amamantamiento exclusivo o predominante durante por lo menos 4 meses; introducción de alimentos complementarios a los 6 meses de edad, y amamantamiento continuado por lo menos por 12 meses), madres no fumadoras antes y después del nacimiento, nacimiento de embarazo de término simple, ausencia de morbilidad significativa, recién nacidos de término de bajo peso no fueron excluidos”(Pág. 21)

Acuerda con el modelo extendido de cuidados, propuesto por Unicef y OMS:

“Ante la evidencia de que el crecimiento en los primeros años no es independiente de los modelos de crianza y de alimentación, la Asamblea de la Salud de 1994 pidió al Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desarrollase un nuevo patrón internacional para evaluar el crecimiento de los niños criados según las recomendaciones de alimentación y salud realizadas por esa institución. La OMS preparó tales tablas internacionales para niños de 0 a 5 años y las difundió en 2006.”(Pág. 20)

En cuanto a la alimentación, el documento reconoce las diferencias culturales, económicas y sociales en torno a la elección alimentaria:

“... si bien es necesario contar con pautas alimentarias unificadas debe tenerse en cuenta las creencias particulares sobre alimentación y la ecología de cada lugar, coincidiendo con Jelliffe: ...” estamos trabajando para este pequeño ser humano, este niño que tiene ciertas necesidades biológicas de nutrición, pertenece a una cultura determinada con éste y aquel marco familiar y tales y cuales alimentos a su disposición “... (Pág. 40)

Localización de referencias a acontecimientos discursivos: La unidad de análisis es la salud del niño, el documento comienza con las autoridades municipales, la comisión de redacción del documento en 1984, y las comisiones revisoras del 1999, 2004 y 2010; luego el índice (objetivo general, objetivos específicos, actividades, flujograma de crecimiento, definición de términos, actividades de enfermería, enfoque de riesgo para el CCyD, niños con alto riesgo en el desarrollo, crecimiento físico, evaluación del crecimiento, antropometría, construcción de los índices corporales, indicadores antropométricos, interpretación de la antropometría, clasificación del estado nutricional según la antropometría, evaluación de talla, alteraciones del crecimiento, alteraciones del crecimiento por déficit, atención del niño desnutrido, alteraciones del crecimiento por exceso, talla baja, algoritmo talla baja, estudios complementarios, pautas alimentarias, vitaminas, ingesta dietética diaria aconsejada para los lactantes, evaluación sensorial, hipoacusias, salud bucal prevención y vigilancia, displasia madurativa de cadera, algoritmo para la pesquisa de dmc, presión arterial, seguimiento del recién nacido de riesgo, desarrollo integral del niño y salud integral, cartillas de orientación familiar, implementación de las acciones de orientación familiar, ficha complementaria de trabajo, esquema de desarrollo desde 0 a 5 años, bibliografía y anexos.)

Señalamiento de referencias a la situación política, económica y social actual: Se visualiza aprobación de los nuevos estándares de crecimiento propuestos desde Nación.

...”en este momento en nuestro país se utilizan los **estándares de Referencia de la OMS**, publicados en "Manual: Evaluación de niños, niñas y embarazadas según antropometría" (Ministerio de Salud de la Nación. 2009). La utilización de un único estándar para la evaluación de un parámetro biológico en cualquier país es una de las condiciones necesarias para la tarea clínica eficaz, para una evaluación de las intervenciones, para comparar información y para la confección de estadísticas de salud.”(Pág. 25)

Explicitación de la intención y de la búsqueda de efecto: A través del primer objetivo general:

- *Promover la Salud física, mental y emocional de la población de 0 a 6 años del Área Capital, previniendo alteraciones en el proceso de Crecimiento y Desarrollo, y contribuyendo a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil*

y 7 objetivos específicos

- *Satisfacer la demanda de atención de Crecimiento y Desarrollo de niños que concurren espontáneamente a los Centros de Salud.*
- *Extender la cobertura a la población expuesta a riesgo que no recibe atención*

en otros niveles o subsectores de atención médica. (Público, privado, obras sociales)

- *Prevenir las alteraciones del Crecimiento desde el nacimiento hasta los 6 años, mediante la captación precoz y seguimiento de los niños bajo programa*
- *Prevenir las alteraciones del Desarrollo de los niños de 0 a 6 años mediante la vigilancia activa de su evolución y la introducción de la estimulación temprana.*
- *Difundir la importancia del Control de Crecimiento y Desarrollo del niño en el Área Programática.*
- *Atender la demanda espontánea por patología.*
- *Conocer la situación de salud de la población infantil bajo programa.*

Se puede inferir que el programa pretende captar a todo niño del área programática que no cuente con cobertura de salud, y a través de un control integral se pueda prevenir alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño.

A modo de síntesis, el Programa CCyD es un programa de primer nivel de atención de la municipalidad de Córdoba. Documento realizado en 2010, es la continuación de diversas revisiones del programa desde 1999. Está destinado a promover la salud física, mental y emocional de la población de 0 a 6 años del Área Capital.

La estrategia de argumentación utilizada es la de concesión de la comunidad (es decir el reconocimiento de ciertos puntos de vista del otro como válidos). El documento gira en torno a las normas de atención del equipo de salud, determinando las actividades y el enfoque de atención que debe tener el equipo de salud.

Los autores se posicionan en un enfoque de salud integral del niño; haciendo referencia al modelo extendido de cuidados, propuesto por Unicef y OMS. El documento considera una serie de características de las personas y de la comunidad, que deben tenerse en cuenta, ya que se definen como riesgo para la salud del niño.

En cuanto a la alimentación, el documento reconoce las diferencias culturales, económicas y sociales en torno a la elección alimentaria

En las actividades propuestas al equipo de salud se encuentra la de creación de espacios grupales de reflexión-acción; actividades de capacitación con metodología participativa; coordinación entre instituciones; educación para la salud, además de la actividad asistencial de control en consultorio.

A nivel discursivo se visualiza un posicionamiento normativo hacia el equipo de salud, en relación a las actividades se observa la incorporación de una mirada de salud integral con acciones que van más allá de lo asistencial, puertas afuera del consultorio.

d) Programa Atención Integral del Embarazo⁴

Aspecto temático – Nivel semántico- Análisis de contenido:

Determinación del Tema: texto expositivo, dirigido a los equipos de salud. El documento consta de objetivos, normas de atención, normas técnicas de ginecólogos y obstetras, instrucciones para el llenado de la ficha social, normas técnicas de enfermería, normas nacionales de vacunación, un apartado de educación en salud con el ítem nutrición en el embarazo, embarazo en la adolescencia e indicaciones generales de dieta para las embarazadas

Hallazgo de palabras clave: cuidados, alimentación, riesgo, evaluación, asesoramiento

4 Las citas son textuales tal como aparecen en el documento

Cuidados: cuidados del embarazo, cuidado de mamas, cuidado del recién nacido y cuidado de la boca,

“..La HCPS (Historia Clínica Perinatal) pretende, alertar al personal responsable del cuidado de la madre y del niño en el Primer Nivel, para facilitar la toma de decisiones que las normas locales disponen” (Pág. 20)

Alimentación: Se refiere a indicación alimentaria acorde a los requerimientos, valoración de la alimentación, educación alimentaria, y asistencia alimentaria,

“Educación sobre dieta adecuada según el mes de embarazo y requerimientos de la embarazada”

Riesgo: aparece una serie de características consideradas como embarazo de riesgo:

*“Las embarazadas consideradas de **riesgo nutricional** son aquellas que:*

- 1. No consumen de manera habitual una dieta equilibrada.*
- 2. Tienen escasos conocimientos sobre nutrición o recursos insuficientes para adquirir alimentos adecuados.*
- 3. Su peso es inferior o superior al deseable al inicio del embarazo, o su aumento resulta inadecuado o excesivo.*
- 4. Son adolescentes*
- 5. Tiene embarazo múltiple o espaciamiento entre embarazos menor a 2 años (espacio intergenésico).*
- 6. Consumen cigarrillos, alcohol o drogas.”*

“El Control debe ser realizado periódicamente con una frecuencia que estará determinada por factores de riesgo como: patologías del embarazo características personales, sociales o ecológicas”. (Pág. 2)

Evaluación: se nombra una serie de hechos a evaluar en la embarazada:

- “Evaluación del crecimiento y velocidad fetal”*
- “Evaluación de la herida quirúrgica en cesareadas”*
- “Evaluación de los cambios emocionales y reincorporación al medio familiar.”*
- “Evaluación nutricional”*
- “Evaluación clínica”*
- “Evaluación social”*

Asesoramiento: se nombra una serie de acciones de asesoramiento que están previstos que el equipo de salud realice en el marco del programa

- “Asesoramiento sobre gimnasia postparto.”*
- “Asesoramiento sobre Planificación Familiar y facilitar su inclusión dentro del Programa” (Pág. 8)*

Localización de isotopías: El documento brinda una serie de métodos y técnicas a emplear en cada control prenatal, se observa repetición de términos vinculados a la **alimentación** (evaluación de la alimentación, educación alimentaria, alimentos fuente de nutrientes, alimentación del recién nacido); la **higiene** (higiene personal, higiene de mamas, higiene personal, higiene bucal, higiene del recién nacido); y el **cuidado** (cuidado del embarazo, cuidado de mamas, cuidado del recién nacido, cuidado de la boca).

Descubrimiento de presuposiciones referencias explícitas o implícitas a conocimientos previos, a valores y a normas culturales): Se sugiere los siguientes lineamientos a ser tenidos en cuenta en la elaboración de normas:

- *Considerar a la familia bajo su faz dinámica propia, en la que influyen factores socioeconómicos, culturales y de salud individual que incide en la salud familiar.*
- *Estructura e importancia de la familia.*
- *Rol actual de la mujer.*
- *Ciclo vital y diferentes etapas de crecimiento y desarrollo humano.*
- *La nutrición como factor determinante del crecimiento intra-uterino, del niño, adolescente, futura madre y familia.*
- *Conocimiento y uso consciente del factor sexual.*
- *Cambios fisiológicos producidos por la gestación.*
- *El embarazo y la familia.*
- *Cuidado y protección de la mujer embarazada.*
- *Características y cuidados que requiere un Recién Nacido.*
- *Protección de la salud de los hijos y por ende de la vida familiar.*
- *Atención multidisciplinaria de la familia con problemas de embarazo, parto, puerperio y problemas pediátricos.*

Identificación de elementos intertextuales: Tiene anexo el carnet perinatal del programa materno infantil de la provincia y la ficha de seguimiento de la municipalidad. En anexos, se encuentra un apartado sobre alimentación en el embarazo, y embarazo adolescente; no se explicita la referencia de autores en dicho escrito.

Reconocimiento de estrategias de argumentación utilizadas: Los recursos que se observan en este discurso son la ejemplificación, otra estrategia es el uso de enumeración de ideas referidas al encuadre, la cantidad de adjetivos que el autor utiliza para caracterizar de manera negativa la realidad social de la población beneficiaria (al nombrar una serie de características de la embarazada de riesgo) y otra estrategia es la apelación al principio de autoridad.

“11.- En los Centros donde se cuente con Nutricionistas, ésta se hará cargo de marcar la alimentación y educación nutricional de la embarazada.” (Pág. 10)

“6.- Ubicar en la cartografía los casos de riesgo captados por el Equipo de Salud.” (Pág. 16)

2: Identificación del Riesgo: A esto debe agregarse los datos que el personal de Enfermería conoce de cada madre, referidos a factores sociales y ecológicos que pueden resultar importantes para identificar riesgo...” (Pág.18)

Aspecto contextual - Nivel pragmático - Análisis del marco institucional:

Identificación de lugar, fecha, emisión, público destinatario: Realizado en Córdoba, 2010, DAPS Municipalidad de Córdoba, destinado a los equipos de salud.

Análisis de la posición ideológica del autor. Se infiere a partir de las estrategias de argumentación utilizadas, un posicionamiento más de tipo normativo hacia el equipo de salud, se considera al embarazo no sólo como hecho biológico, sino como un hecho complejo, con expectativas y miedos, como se advierte en la siguiente indicación de atención de la embarazada:

“Explique que el embarazo es un proceso natural y normal...” (Pág. 27)

“Explique que está dispuesto a darle información para que pueda desenvolverse con la mayor autonomía sin por ello dejar de depositar en el Equipo todas sus inquietudes y necesidades quién tratara de comprender y aceptar sus expresiones de dolor, placer y

miedo. El Equipo además de cumplir sus funciones en lo orgánico actuará tranquilizando, acompañando compartiendo, protegiendo a la mujer embarazada. Por lo tanto, no asustarse. Aceptar el miedo, pero especialmente la ayuda, colaborando, queriendo saber.” (Pág. 28)

Localización de referencias a acontecimientos discursivos: La unidad de análisis es la salud materno infantil, el documento comienza con las autoridades municipales, la comisión de redacción del documento en 1998, y la comisión revisora del 2004; luego el índice (objetivo general y específico, normas de atención de embarazadas y puérperas, normas técnicas de ginecólogos y obstetras, instrucciones para el llenado de la ficha social, normas técnicas de enfermería, normas nacionales de vacunación, nutrición en el embarazo, embarazo en la adolescencia, indicaciones generales dieta para las embarazadas)

Señalamiento de referencias a la situación política, económica y social actual: Si bien no se observa señalamiento a la situación política, económica y social actual explícitamente, si se hace alusión a los diferentes tratados internacionales sobre los Derechos de los niños y a los que el programa adhiere.

Explicitación de la intención y de la búsqueda de efecto: A través de los objetivos

- *Brindar atención a la demanda espontánea de embarazadas y puérperas.*
- *Extender la cobertura de atención a la totalidad de la población de embarazadas y puérperas del Área Programática que no reciben atención médica.*
- *Evaluar el estado nutricional de la embarazada.*
- *Asegurar el 100 % de los partos Institucionales.*
- *Reducir la morbimortalidad materno-fetal*

Se reconoce que el programa pretende captar a toda embarazada del área programática que no cuente con cobertura de salud, y a través de un control integral del embarazo se pueda lograr el parto institucional y la reducción de la morbimortalidad materno-fetal.

A modo de síntesis: En la ciudad de Córdoba, el primer nivel de atención de salud es administrada por la Secretaría de Salud y Ambiente de la Municipalidad que asiste a la población en cada uno de sus Centros de Atención. El programa atención del embarazo se efectúa en estos centros. El documento, creado en 2010, es de tipo expositivo, dirigido a los equipos de salud. Brinda una serie de métodos y técnicas a emplear en cada control prenatal, aparece repetición de términos como: **alimentación** (evaluación de la alimentación, educación alimentaria, alimentos fuente de nutrientes, alimentación del recién nacido); **higiene** (higiene personal, higiene de mamas, higiene personal, higiene bucal, higiene del recién nacido); **cuidado** (cuidado del embarazo, cuidado de mamas, cuidado del recién nacido, cuidado de la boca). Sugiere considerar a la familia bajo su faz dinámica propia, en la que influyen factores socioeconómicos, culturales y de salud individual que incide en la salud familiar.

En síntesis, el Programa Atención de Embarazadas y Puérperas considera al embarazo como un proceso natural y normal, que está influenciado por expectativas y miedos, sin embargo, no se incorporan indicadores que aporten en el asesoramiento sobre estos aspectos para las embarazadas.

2. Análisis de las representaciones sociales que tienen las cuidadoras y los efectores de salud y su triangulación con el discurso de los documentos.

Acerca de los Centros de Salud

Los centros de salud seleccionados, son centros donde los alumnos de la Cátedra Práctica en Salud Pública de la Escuela de Nutrición de la UNC realizan sus prácticas pre profesionales. La importancia de su selección radica en que la autora durante el desarrollo del presente trabajo se desempeñó como instructora de los alumnos en estos centros, lo que permitió un conocimiento por parte de la población previo al estudio.

Centro de Salud 1

El centro de salud 1, depende de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Córdoba, correspondiente a la zona sur. Este centro tiene a su cargo un total de 6023 habitantes, según censo realizado en el año 2001 (61).

En general, asisten al Centro alrededor de 2.600 personas mensualmente. 754 niños y 50 embarazadas están bajo Programa Control de Crecimiento y Desarrollo⁵.

Los profesionales que prestan sus servicios en este centro de salud, dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Municipalidad de Córdoba, cuenta con dos pediatras, dos enfermeras, una ginecóloga, dos odontólogos y un personal administrativo, además una trabajadora social, tres psicólogos, un psiquiatra y una enfermera que dependen de salud mental de la provincia de Córdoba. Este centro recibe a estudiantes de la licenciatura en Nutrición, quienes realizan su práctica pre-profesional en Salud Pública.

Los programas que implementados son

- Control, Crecimiento y Desarrollo – CCyD (control de niños de 0 a 6 años).
- Complementación alimentaria: (entrega de leche en polvo entera) se articula con el de CCyD y Embarazo,
- Programa de Inmunizaciones,
- Control de embarazo y puerperio,
- Prevención del cáncer genital,
- Salud Reproductiva y Planificación familiar,
- Diabetes,
- TBC
- HTA (Hipertensión Arterial).

⁵Información brindada por la Directora del Centro de Salud.

Centro de Salud 2

El Centro de Salud 2, depende de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Córdoba, correspondiente a la zona sur. Este centro tiene a su cargo un total de 1964 habitantes, según censo realizado en el año 2001 (61).

En general, asisten al Centro alrededor de 635 personas mensualmente. 303 niños y 25 embarazadas están bajo Programa Control de Crecimiento y Desarrollo⁶.

Los profesionales que prestan sus servicios en este centro, dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Municipalidad de Córdoba. Este centro cuenta también, con estudiantes de la licenciatura en Nutrición además cuenta con una pediatra, dos médicas generalistas, una enfermera y una administrativa.

Los programas que se implementan son:

- Control, Crecimiento y Desarrollo – CCyD (control de niños de 0 a 6 años),
- Complementación alimentaria: (entrega de leche en polvo entera) se articula con el de CCyD y Embarazo,
- Programa de Inmunizaciones,
- Control de embarazo y puerperio,
- Prevención del cáncer genital,
- Salud Reproductiva y Planificación familiar,
- Diabetes,
- TBC,
- HTA (Hipertensión Arterial).

⁶Información brindada por la Directora del Centro de Salud.

Acerca de las Cuidadoras

Centro de Salud 1

Edad	Nacionalidad	Familia	Trabajo	Número de hijos	Comparte crianza
27	Argentina	Nuclear	No	1	No
32	Boliviana	Nuclear	No	1	No
36	Argentina	Nuclear	Si	2	Abuela
23	Argentina	Nuclear	Si	1	Abuela
41	Argentina	Extendida	Si	2	Abuela
21	Boliviana	Nuclear	No	1	No
27	Boliviana	Monoparental	No	1	No
25	Argentina	Nuclear	No	2	No
38	Argentina	Nuclear	No	2	No
33	Argentina	Extendida	Si	4	Abuela

Centro de Salud 2

Edad	Nacionalidad	Familia	Trabajo	Número de hijos	Comparte crianza
42	Argentina	Nuclear	Si	2	No
29	Argentina	Extendida	No	1	Abuela
19	Argentina	Extendida	Si	1	Tía
22	Argentina	Extendida	No	1	Abuela
41	Argentina	Monoparental	Si	1	Padrino
30	Argentina	Nuclear	Si	2	Abuela, cuñada
19	Argentina	Extendida	No	1	Abuela
23	Argentina	Nuclear	No	3	No
24	Argentina	Nuclear	No	2	No

Acerca de los Efectores

Efectores de Nivel Central

Profesión	Cargo	Antigüedad	Sexo	Programa
Lic. en Trabajo Social		7 años	M	Plan Nacer
Lic. en Nutrición		2 años	F	Maternidad e Infancia

Efectores de los Centros de Salud

Profesión	Cargo	Antigüedad	Sexo	Centro de Salud
Médica Ginecóloga	Encargada	10 meses	F	Centro Salud 1
Médica Pediatra	Médica	3 años	F	Centro Salud 1
Médica Pediatra	Encargada	4 años	F	Centro Salud 2
Médica Generalista	Médica	8 años	F	Centro Salud 2

El presente apartado es el resultado del análisis de las entrevistas realizadas a referentes del Plan Nacer Córdoba, de Maternidad e Infancia Córdoba (efectores de nivel central), efectores de Centros de APS de la Municipalidad de Córdoba y a cuidadores de niños que asisten al Programa CCyD y la triangulación con los documentos oficiales (Programas y Planes de salud)

La indagación de las representaciones, en este trabajo se centró en la vertiente procesual de Moscovici, que está orientada hacia una postura socio-constructivista. Moscovici reconoce 3 componentes fundamentales en las mismas (información, creencias y actitudes).



A partir de estos campos de indagación, se elaboraron las siguientes categorías de análisis.

- a) ***El cuidado: Encuentros y Desencuentros entre el discurso de los documentos (programas y planes de salud) y las representaciones de efectores y de cuidadoras.***
- b) ***Cobertura y acceso a la atención de salud: problemáticas en coordinación y comunicación***
- c) ***La comunicación entre cuidadoras y efectores se desarrolla en un escenario marcado por la hegemonía***
- d) ***Las familias y el cuidado: Rol femenino, con escasa participación del varón***

a) El cuidado: Encuentros y Desencuentros entre el discurso de los documentos (programas y planes) y las representaciones de efectores y de cuidadoras.

Esta categoría se organiza en los siguientes aspectos:

- El cuidado en términos de caracterización, información recibida y prácticas vinculadas al cuidado.
- La relación entre los saberes médicos y los saberes cotidianos de los cuidadores en las prácticas de cuidados
- La relación entre las directivas propuestas en los programas y planes de salud y la implementación en los centros de salud.

La Convención sobre los Derechos del Niño, en el artículo 18, establece que incumbe a los padres la responsabilidad primordial de la crianza del niño. Sin embargo, se considera que el Estado debe asistir a los padres para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño, garantizando la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los mismos

Comas D'Argemir considera que el cuidado como conjunto de actividades orientadas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas; es un componente básico en la construcción social del género que repercute directamente en la identidad y en las actividades que realizan las mujeres. Ante la llegada de un hijo, la mamá comienza un proceso de aprendizaje, proceso gradual y continuo que, para reafirmar en la madre su competencia para la crianza, es importante que el equipo de salud acompañe el proceso, siendo capaz de observar todos los aspectos vinculados a la crianza, reforzando actitudes positivas y promoviendo comportamiento y prácticas adecuadas y brindando el apoyo que la mamá necesita (7).

Respecto al cuidado, el Plan Nacer lo considera como una condición previa al cumplimiento de los derechos de los niños, por lo que tiene previsto una serie de prestaciones a los responsables del cuidado en torno a las prácticas de cuidado nutricional infantil.

Es por esto que el Plan propone una serie de prestaciones tanto para el control de embarazo como el control de crecimiento y desarrollo para empoderar a las madres en el cuidado.

Embarazo y puerperio	Niños menores de 6 años
<i>Acceso a información sobre los cuidados durante el embarazo y posparto, situaciones de consulta urgente al médico, la importancia de la lactancia materna, prevención de las adicciones (drogas, tabaco, alcohol) y planificación familiar.</i>	<i>Consejos para los padres (lactancia materna, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita, promoción de la salud, cuidado buco dental y cuando ir urgente al médico.</i>

El Programa Maternidad e Infancia se plantea como objetivo el mejoramiento de los niveles de salud y nutrición materno-infantil, para lo cual se propone actividades de capacitación a los equipos de salud, además del financiamiento económico y la entrega de leche.

En relación a la información sobre el cuidado nutricional infantil, los documentos expresan que si bien es necesario contar con pautas alimentarias unificadas debe tenerse en cuenta también las creencias particulares sobre alimentación y la ecología de cada lugar. En los documentos se explicita que además de abordar directamente los requerimientos alimentarios del niño, se deben incluir acciones conjuntas tendientes a satisfacer sus múltiples necesidades.

De los relatos de cuidadoras y de efectores de los centros de salud se observa concordancia con los documentos en cuanto a la información brindada sobre el cuidado nutricional infantil.

Tanto las cuidadoras entrevistadas como los efectores refieren que la información gira en torno a los beneficios de la práctica de lactancia materna y etapas en la alimentación del niño, otros aspectos como son cantidades, formas de preparación y distribución, pautas de crianza, resolución de problemas en torno a la alimentación en los primeros años; no son dimensiones que las cuidadoras refieran haber recibido información, aunque se encuentran en los documentos.

De las narraciones de las cuidadoras y los efectores se observa que la asistencia es la práctica percibida y relatada, no mencionando actividades fuera del consultorio. El apoyo a los cuidados es entendido por los efectores como la información brindada acerca de algunos aspectos de cuidado.

El programa Control de Crecimiento y Desarrollo, en su índice tiene un apartado sobre pautas alimentarias (Pág. 43 a 49), las mismas rescatan la necesidad de “abordar el tema no sólo desde el punto de vista nutricional sino también considerando el aspecto vincular, psicomotriz, socioeconómico cultural...” como también “El acto de comer implicando la selección, preparación, distribución e ingesta de los alimentos y pone en juego relaciones

afectivas y emocionales que persisten a lo largo de toda la vida”.

De los relatos de las cuidadoras, se observa que la alimentación dentro de la consulta se ha tornado un hecho prescriptivo; los efectores también reconocen que no se detienen a preguntarles su opinión o sus sentimientos en un espacio dialógico, sino que lo realizan de manera unidireccional, es decir que la información se brinda de manera individual y unidireccional dentro de la consulta; no aparecen en los relatos la presencia de espacios grupales de reflexión, donde la comunicación se pudiera dar de manera más horizontal y las madres podrían compartir con pares sus problemáticas en torno al cuidado nutricional infantil.

“Me enseñaban como preparar la leche cuantas medidas”. (Entrevista 1, 42 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 2)

“Más que nada sobre que tenía que comer cada mes”. (Entrevista 1, 27 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

El programa CCyD, además distingue 3 momentos en la alimentación infantil (lactancia propiamente dicha, transicional, adulto modificado) y determina una serie de pautas según el momento en que se encuentre el niño. En la etapa transicional da una serie de recomendaciones en torno a la alimentación:

*“El alimento debe ser adecuado (...). Es importante la **forma**, es decir la técnica de preparación y la **manera** en que se ofrece el alimento, ya que, a partir de la satisfacción del hambre, el niño establece las primeras relaciones objetales”. (Programa Control de Crecimiento y Desarrollo, pág. 47)⁷*

Al analizar lo que refieren cuidadoras y efectores, se puede observar una similitud en los relatos en cuanto a información, ésta se enfoca a la promoción de la lactancia materna y los tiempos de incorporación de la alimentación complementaria; pero temas como la consistencia, cantidades, actitudes frente a la comida, entre otros son cuestiones que no se mencionan en los relatos y que sí aparecen en los documentos.

“Me explicaron que lo ideal es que tome la teta, pero él toma teta y mamadera, este va a ser el segundo control”. (Entrevista 4, 22 años, familia extendida, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 2).

“Me hablaron principalmente de la importancia de dar de mamar”. (Entrevista 2, 29 años, familia extendida, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 2)

⁷ Las citas son textuales tal como aparecen en el documento

“De todo un poco, me hablaban de la importancia de darle la teta, después cuando empezó a comer me decía que alimento podía comer”. (Entrevista 7, 27 años, familia monoparental, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“¿Sobre las cantidades? No, lo que yo quisiera, tampoco lo voy a dar 3 manzanas”. (Entrevista 8, 25 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“Mira en cuanto a las porciones no lo sé, yo te voy hablar con la absoluta verdad, en cuanto a las pociones no lo sé porque no les pregunto, eso lo dejo en manos de las estudiantes de nutrición, en cuanto a las preparaciones sí, siempre les pregunto, les pregunto la sal en los lactantes, soy súper insistente con eso (...)”. (Entrevista Efactor, Centro de Salud 2)

“Herramientas le damos con respecto a la lactancia materna, trabajamos mucho con cartelería y con folletería” (Entrevista Efactor, Centro de Salud 1)

“Puntualmente de consistencia yo jamás he hablado de eso (...)”. (Entrevista Efactor, Centro de Salud 1)

El programa CCyD en uno de sus apartados se propone como meta brindar espacios de diálogo, reflexión, contención, espacios de cambio y de participación.

Los efectores relatan que la demanda de asistencia dentro del consultorio, tanto para el Programa CCyD como los demás programas implementados (Control de Embarazo, Adulto Asintomático, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros), no les da tiempo para otras actividades.

“yo no puedo hacer más que los controles, ¿que sería lo ideal?, que pudiéramos usar la sala de espera, y por ahí no lo podemos hacer porque nos supera lo asistencial, tenés 20 pacientes con fiebre afuera esperándote, por ahí es una falencia del sistema en realidad, se supone que nosotros en atención primaria deberíamos dedicarnos a esto a dar charlas a sensibilizar a educar y no a ver chicos con fiebre y como no tienen adonde lo vean, terminan cayendo todos acá, por ahí el tema asistencial nos supera” (Entrevista Efactor Centro de Salud 1)

El programa CCyD expresa que los padres que no se sienten juzgados, que se sienten valorados, apoyados, comprometidos pueden aceptar un mayor acercamiento a los afectos, las angustias y las necesidades infantiles de sus hijos, sin temer tanto revivir su infancia, así se promueve mejores condiciones de identificación de los padres con el bebé y éstos podrán darle más espontáneamente lo que en cada momento necesita el niño. (Pág. 62).

El programa CCyD propone una búsqueda de experiencias y modelos de trabajo participativos en psicoprofilaxis de la Maternidad y promoción del desarrollo Integral del lactante. Busca experiencias y modelos operativos, pero fundamentalmente experiencias y modelos vinculares sanos basados en: actitudes, diálogo, valores y creación. De este modo se puede reconocer que el programa valora las actitudes que estas cuidadoras poseen frente a la información que han recibido puesto que dan lugar a sus propias experiencias.

El programa CCyD cuenta con Cartillas de estimulación psicosocial y de orientación familiar del lactante de 0 a 2 años. Este instrumento tiene como desafío poner a prueba la idea que la comprensión profunda de hechos cotidianos (en sus complejas determinaciones sociales, culturales, históricas, familiares e inconscientes), pueden instrumentarse cotidiana y participativamente para lograr cambios reales. En los relatos no son nombradas estas cartillas.

De los relatos de cuidadoras y efectores se visualiza que este intercambio dialógico que aparece en el discurso del programa no está presente, una de las dificultades para su logro podría estar dada por la formación los agentes de salud, como lo expresó un efector de nivel central, así como por la necesidad de algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo y familiaridad; condiciones que no siempre están presentes en la consulta. Además, porque esto implica un equilibrio entre no privar a las cuidadoras del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica por un lado y asegurar que la relación entre cuidador y efector se establezca sin relaciones de poder o coerción, de ninguna de las partes por el otro.

En cuanto a la relación de saberes, por un lado, en los relatos de cuidadoras y efectores se reconocen un conjunto de saberes combinados de los más diversos orígenes que forman parte del capital cultural y constituyen la base cultural del cuidado; y por otro están los conocimientos, creencias y prácticas constituidas por el saber médico que hace hincapié en el saber científico y desprecia del saber popular.

En las narraciones de cuidadoras se observa cómo el reconocimiento de ese saber profesional las lleva a dudar de sus propias prácticas.

“Y está bien ellos saben, la puse en práctica pero no había caso Andrés Iloraba Iloraba escupía la comida y terminaba dándole la leche”. (Entrevista 1, 42 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 2)

Las creencias se dinamizan por una poderosa fuerza interna que las materializa, que las pone en práctica, la fe de las personas. Las creencias son algo distinto de aquello que conocemos o sabemos sobre algo. Aunque alguien no pueda explicar la lógica de aquello que acepta como verdad, o aunque no posea muchos conocimientos al respecto, la fe en

aquello que cree lo lleva a actuar en consecuencia aun reconociendo que el carácter dinámico y flexible de las creencias de los seres humanos no permite predecir las prácticas. Y si no se actúa consecuentemente con aquello que creemos se experimenta distintos grados de malestar o incertidumbre (51). Esto se observa en los relatos de las cuidadoras que ponen en tensión la información que reciben de los profesionales con la de su propio entorno, quedando despojadas de saber, sintiéndose inseguras y dependientes del saber científico.

Se observa en las cuidadoras que si bien no se cuestionan las recomendaciones ofrecidas por el centro de salud en torno a las prácticas de cuidado nutricional infantil, la principal fuente de conocimiento que interviene en las prácticas es la circulación informal de información entre familiares, quedando éstas prácticas, muchas veces invisibilizadas ante el discurso legitimado de la/os profesionales de salud; quienes no se cuestionan la opinión de las cuidadoras en torno a las mismas y por lo tanto no indagan si éstas las ponen en práctica.

*“Lo de la teta no, porque a mi bebe cuando nació bajó de peso, entonces en el hospital le dieron biberón y cuando lo quise prender al pecho no había caso”.
(Entrevista 1, 27 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)*

Se observa multiplicidad de fuentes de información que reciben las cuidadoras. Éstas relatan haber recibido información sobre las prácticas de cuidado nutricional infantil de familiares, amigas y de programas de TV. Aparece la presencia de saberes previos sobre todo en quienes ya han tenido experiencia en la crianza de sus propios hijos, y de sobrinos.

“(…) además veía programas de televisión que hablaban qué podía darle de comer y qué no al bebé (…)” (Entrevista 1, 27 años, familia nuclear, no comparte la crianza. Centro de Salud 1)

*“Si, yo sabía porque antes de venir para acá había cuidado a mis sobrinos.”
(Entrevista 2, 32 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)*

“La información que recibí me fue muy útil (...) Mi suegra me insistía en que le diera biberón porque el nene tenía hambre, después me decía que le diera jugo de naranja para que no le costara ir de vientre”. (Entrevista 7, 27 años, familia monoparental, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“No, sola nomás fui aprendiendo con mis otros hijos...” (Entrevista 5, 41 años, familia Monoparental, comparte la crianza, Centro de Salud 2)

“Todo bien, yo lo tomo como una guía por más que mi mamá no esté de acuerdo, por ejemplo, ella se asusta cuando yo hago dormir a mi bebé boca arriba, antes te

decían que tenía que ser en otras posiciones.” (Entrevista 3, 36 años, familia nuclear, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 1)

“(…) antes nos criaban con té de manzanilla para los dolores de panza y con aspirinetas. Ahora la pediatra me dice que no le dé para nada aspirinetas, no sé si cambio la composición”. (Entrevista 3, 36 años, familia nuclear, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 1)

“En el hospital apenas nació lo prendieron a la teta, pero no tomaba mucho y se quedaba con hambre así que le daban mamadera” (Entrevista 9, 38 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

A nivel central los efectores reconocen la mirada asistencial de los equipos de salud a nivel local, atribuyéndolo a la formación de grado de las diferentes disciplinas de salud, lo que dificulta la comunicación dialógica con el otro, en este caso el/la cuidador

“Desde un primer momento, vimos desde el Plan la necesidad de capacitar al equipo de salud, lo cual se coordinó con Maternidad e Infancia...una de las grandes cuestiones que tenemos es que siguen reportando la patología como si fuera una obra social, cuando el programa tiene una mirada de promoción y prevención”. (Entrevista Efector, Nivel Central)

Un mismo efector reconoce que las cuidadoras le responden lo que ella espera escuchar pero que se contradicen con las prácticas reales:

“(…) Los míos no, oficialmente, no, alguno vendrá con un yogurt probado de antes en general hasta los 6 meses nadie incorporó alimentos...” (Entrevista Efector, Centro de Salud 1)

“Ese es un tema difícil la versión oficial y tenemos la extraoficial, le di purecito porque quería tenía ganas y están probando puré desde los 3 meses y yo insisto en esperar hasta los 6 meses” (Entrevista Efector, Centro de Salud 1)

Entre las directivas propuestas y la implementación de las acciones en torno a las prácticas de cuidado nutricional infantil, se observa que todos los documentos explicitan la necesidad coordinar con espacios grupales, coordinar con otras instituciones además del trabajo en el centro de salud.

Al compararlo con las representaciones (tanto de efectores como de cuidadoras), se observa por un lado que la prestación de los servicios de salud se organiza en torno a la demanda de la población hacia el centro de salud con una escasez de atención organizada puertas afuera del centro de salud. Por otro lado, aparecen oposiciones en algunas

prácticas recomendadas por el equipo de salud con las propuestas por el entorno de las cuidadoras o las impartidas en la institución donde nació su niño, dejando a la madre la toma de decisión acerca de qué práctica considera más apropiada realizar.

“(...) los médicos me dicen que no le dé té, mi mamá me decía que le dé té para el dolor de panza, yo le daba y se le pasaba”. (Entrevista 8, 23 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 2)

“(...) soy insistente en los lactantes que no tomen té de nada, y dos por tres tenemos alguna mamá que dice, a mi cuando era chiquita me daban té. (Entrevista Efector, Centro de Salud 2.)

El programa Maternidad e Infancia se propone con sus acciones:

“Promover desde el Sector Salud la participación en temas referidos al medio ambiental y que impactan directamente en la salud de los niños: calidad del agua de consumo, saneamiento ambiental, calidad del aire intra y extra domiciliario.”

“Promover y fortalecer iniciativas comunitarias y de trabajo en red, tendientes a favorecer y sostener entornos saludables para los niños.”

Un efector a nivel central refiere que estas actividades se implementan en los centros de salud del primer nivel de atención. Aunque reconoce que no se han realizado evaluaciones directas de los efectores, sino a través de indicadores de morbilidad y mortalidad.

“()...Estos programas se llevan a cabo en los efectores de salud especialmente en los de Atención Primaria, que es el primer contacto que tiene la mujer y el niño en su periodo reproductivo y desde el embarazo y atención del niño posterior a su nacimiento”. (Entrevista Efector, Nivel Central)

“No hemos realizado una evaluación directa de los efectores de salud, pero se podría inferir que hacen su contribución al mejoramiento de salud de la madre y el niño, al menos reflejados en la disminución de la mortalidad y morbilidad.”. (Entrevista Efector, Nivel Central)

Un efector refiere que el programa Maternidad e Infancia ya no realiza la entrega de leche:

“La entrega de leche fortificada a niños y embarazadas, se lleva a cabo desde una secretaría del Ministerio, desde hace varios años maternidad e infancia no lo hace por una disposición ministerial”. (Entrevista Efector, Nivel Central)

Otro efector a nivel central reconoce que la mirada sigue siendo asistencial.

“En un primer momento el plan vimos la necesidad de capacitar a los equipos de salud para lo que se armó un programa de capacitación que lo hizo Maternidad e Infancia. Después el programa tiene dentro del plan de servicios de salud un conjunto de prestaciones que permiten ver si se hacen actividades de promoción en forma conjunta con la familia. El programa tiene un montón de estas actividades, pero de los centros se reportan muy pocas.” (Entrevista Efector, Nivel Central)

“Todo lo que tiene que ver con instituir lleva mucho tiempo y me parece que nosotros estamos en esta etapa en lo que diría Pichón Riviere de la pre tarea, buscando el momento para que esto llegue a instituirse como una forma y como una herramienta de trabajo”. (Entrevista Efector, Nivel Central)

Entiende que para que se dé un cambio en el paradigma de atención, éste debería comenzar desde la formación de grado.

“Una de las grandes cuestiones que tenemos con el programa es que siguen reportando la patología como si fuera una obra social, cuando el programa tiene una mirada de promoción y prevención. No tengo la menor duda de que el programa logró hacer este cambio de mirada, no así quienes están en el campo de batalla y esto es debido a la formación, tal vez desde el pregrado...” (Entrevista Efector, Nivel Central)

El Programa Atención de Embarazo plantea una serie de actividades de consejería en torno a la alimentación durante el embarazo, alimentación del recién nacido, promoción de la lactancia materna, considerando a la familia bajo su faz dinámica propia.

El programa tiene actividades previstas que van más allá de la consulta:

Actividades previstas dentro del programa Atención Integral del Embarazo
<ul style="list-style-type: none">• <i>Captación de embarazadas y puérperas que concurren al Centro de Salud.</i>• <i>Búsqueda activa de embarazadas y puérperas en el Área Programática.</i>• <i>Seguimiento clínico, social, y educativo a las embarazadas y puérperas de acuerdo a normas.</i>• <i>Derivación de embarazadas y puérperas a otros niveles de atención según grado de riesgo.</i>• <i>Derivación de embarazadas para el parto institucional.</i>• <i>Educación para la Salud individual y colectiva.</i>

Se reconoce una escisión entre las funciones que se espera cumplir desde el programa, con las que realmente se plasman en la práctica en el consultorio, ya que a pesar de conocer y estar de acuerdo con las actividades propuestas por los programas, se sienten superadas por la demanda asistencial de la población

Autores como Llobet consideran que las prácticas institucionales ponen en tensión el objetivo implícito de cuidado con la necesidad de reproducción de la institución, y con los postulados más generales de inclusión y socialización de las nuevas generaciones que cada sociedad es capaz de formular y que constituyen el encargo implícito que cimienta a las instituciones. El cambio y la transformación de las concepciones sobre la infancia, sus necesidades y problemas, y las mejores formas de abordarlos, puede generar cambios normativos que no necesariamente se acompañan de transformaciones institucionales. Ni es inevitable que las trabajadoras y los trabajadores de las instituciones concuerden íntegramente con las nuevas concepciones sobre los niños, niñas y adolescentes (62).

b) Cobertura y acceso a la atención de salud: problemáticas en coordinación y comunicación

Esta categoría se organiza considerando los siguientes aspectos:

- Utilización de los servicios de salud en los centros de salud
- Funcionamiento del centro de salud

Todos los países aspiran a que sus ciudadanos puedan gozar de la mayor calidad de vida posible, en los últimos años ha emergido un consenso en el ámbito internacional sobre la importancia de garantizar la salud. Se destaca la importancia de la cobertura universal en salud mediante mecanismos de APS y protección social. Los sistemas de salud no sólo deben contribuir a mejorar la salud de la población, sino también deben contribuir a la cohesión social.

Por cobertura en salud se entiende al conjunto de actividades integradas orientadas hacia la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; el objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.

La Constitución de la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”, el derecho a la salud incluye el acceso oportuno a servicios de salud.

En Argentina, como en el resto de la región de ALC, existen algunos limitantes al acceso de la atención médica como la escasez de recursos, la distancia física y cultural entre la oferta pública y la población demandante. El programa CCyD no es un programa aislado, sino que se encuentra inmerso dentro de un conjunto de prestaciones que brindan los Centros de Atención Primaria de Salud; es por esto que se indagó acerca de la utilización, por parte de las cuidadoras, de los diferentes programas ofrecidos por los Centros de Salud. Además, se preguntó acerca de la utilización de otros planes y programas como el Plan Nacer o Asignación Universal por Hijo (AUH), ya que ambos tienen como requisito el control de salud del niño.

El Plan Nacer y la AUH son programas que pretenden mejorar la cobertura y el acceso a la atención de salud, esto implica una coordinación con los programas que se implementan en los centros de salud, esta coordinación no pareciera darse o no es visibilizada en los relatos.

La mayoría de las cuidadoras refiere no utilizar otro programa además del CCyD, esto se ve reflejado en el hecho de que realizaron sus controles de embarazo en instituciones privadas u hospitales, cuestión que debería ser analizada en investigaciones futuras.

“solo traigo a la bebe, yo voy a la clínica” (Entrevista 8, 25 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“Traigo a mi hija solo al control” (Entrevista 7, 19 años, familia extendida, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 2)

“No, no utilizo otro programa” (Entrevista 2, 29 años, familia extendida, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 2)

Otras cuidadoras refieren tener obra social y utilizar los programas destinados a ellas en su obra social, y para los controles del niño asisten al centro de salud al considerarlos más completos.

Algunas refieren utilizar el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa Córdoba Diabetes, de manera esporádica.

En base al número de consultas referido por efectores de los Centros de Salud como a los relatos de cuidadoras, se observa que el Programa CCyD es el más demandado por la comunidad, por lo que se podría utilizar como una ventana de ingreso a otros programas de prevención en otros grupos etarios menos visibilizados.

“yo me puse el DIU acá y después no vine más” (Entrevista 9, 38 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“no uso otro programa (...) ah, sí pero solo a buscar las pastillas” (Entrevista 10, 33 años, familia extendida, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 1)

Algunas cuidadoras extranjeras relatan no recibir la AUH porque aún no cumplen los 3 años de estancia en el país. Este aspecto ha sido incorporado en evaluaciones internacionales que ha tenido el Estado Argentino, donde se resalta la preocupación por las exclusiones en la AUH (63).

“No tengo AUH, porque hace poco que vivo en Argentina, soy de Bolivia” (Entrevista 7, 27 años, familia monoparental, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“Tengo Plan Nacer, vengo también a los controles de la ginecóloga y bueno también a los controles del bebe.” (Entrevista 6, 21 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“Recién después de este año voy a poder tener la asignación, porque soy de Bolivia, y después de los tres años de estar aquí te la dan” (Entrevista 6, 21 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

Los principios, valores y elementos de la APS remiten al concepto de integralidad en la atención como uno de los elementos primordiales, es decir, cubrir sin distinción todas las contingencias de la vida de un individuo; buscando que la cobertura se extienda al mayor número de situaciones que puede enfrentar el ser humano. Se observa que por un lado, hay un discurso sobre la importancia de una atención integral (sobre todo en los documentos: Programa Maternidad e Infancia), pero por otro lado, los resultados de este trabajo muestran la existencia de una laguna en términos de realidades, la propia cuidadora que lleva a su niño al control no recibe atención en el centro de salud, ya sea por una decisión personal o por menor accesibilidad del sistema.

A nivel central, los efectores refieren que existen herramientas dentro de cada programa para poder brindar información a cuidadores, pero que muchas veces cada centro de salud define como se implementará el mismo:

“El plan tiene un conjunto de prestaciones dentro del plan de servicio de salud que te permiten ver si se hacen actividades: de promoción, por ejemplo, tenemos una práctica que se llama encuentro para promoción de hábitos saludables o durante el embarazo educación para la salud; pero es un título, lo que tengo adentro puede ser muy rico o puede ser muy pobre, de ahí puedo hacer un millón de cosas, talleres de alimentación, preparación para lactancia materna, en el menor de un año hay una serie de encuentros, etc.” (Entrevista Efector, Nivel Central)

Analizando el Plan Nacer se pueden corroborar que en las prácticas propuestas se encuentra:

Atención Integral del Embarazo	Control de Crecimiento y Desarrollo
<i>“Acceso a información sobre los cuidados durante el embarazo y posparto, situaciones de consulta urgente al médico, la importancia de la lactancia materna, prevención de las adicciones (drogas, tabaco, alcohol) y planificación familiar.”</i>	<i>“Consejos para los padres (lactancia materna, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita, promoción de la salud, cuidado buco dental y cuando ir urgente al médico”</i>

El derecho a la salud invita a reflexionar sobre las ofertas públicas en el campo de la salud, exigiendo no solo igualdad en el acceso en comparación con quienes tienen cobertura por obra social, mutual o prepaga, sino también igualdad en la calidad de los servicios. Es por esto que se incluyó la dimensión “opinión sobre funcionamiento del centro”.

Al preguntarles a las cuidadoras y los efectores sobre el funcionamiento del centro de salud, la mayoría relatan estar satisfechos:

“Muy bien, la verdad no me puedo quejar, acá traje a todos mis hijos y no digo que nunca tuve problemas, pero estoy conforme (...) Ahora parece que no tienen tiempo para atender tantos pacientes, dan pocos turnos, antes era mejor el dispensario.” (Entrevista 10, 33 años, familia extendida, comparte la crianza con la abuela, Centro de Salud 1)

“Funciona bien. Fue mejor que la clínica donde nació mi bebe” (Entrevista 9, 38 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“Funciona bien, los turnos también, el espacio creo que es chico” (Entrevista 8, 23 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 2)

“Bien, se manejan bien, es organizado” (Entrevista 1, 42 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 2)

“Creo que tiene mucho de andar por la gente que labura acá, le ponen muchas ganas, faltan cosas con respecto a la infraestructura vas a ver que falta y hay fallas, pero funciona bastante bien sobre todo por la gente, por el personal.” (Entrevista Efectora, Centro de Salud 2)

“(...) creo de lo poco que tenemos estamos funcionando bien, yo estoy conforme, (...)” (Entrevista Efectora, Centro de Salud 2)

A nivel central, los efectores reconocen que es necesario instaurar los turnos programados como una manera de cambiar el enfoque de atención

“(.....), entonces tiene que ver con un trabajo conjunto con el equipo de salud entendiendo que significa el turno programado, pero también con la población en cuanto a asumir los derechos y las responsabilidades... (Entrevista Efectora, Nivel Central)

El tema de los turnos, también es un inconveniente relatado por los efectores de los centros:

“El problema que tenemos es que tenemos que organizarnos dando turnos a las 7,15 hs y la gente no viene a sacar el turno” (Entrevista Efectora, Centro de Salud 1)

“Acá nos conocemos y sabemos quién trabaja quien no puede y quien viene a cualquier hora porque recién se levanta” (Entrevista Efectora, Centro de Salud 2)

Las cuidadoras también refieren inconvenientes en torno a los turnos:

“Se tendría que corregir los horarios de atención, cómo dan los números, hay gente parada hasta afuera” (Entrevista 5, 41 años, familia extendida, comparte la crianza con abuela y tía, Centro de Salud 1)

“Antes venías directamente a ver a la ginecóloga ahora hay que venir al mañana bien tempranito y esperar que te den el turno y después esperar toda la mañana para que te atiendan” (Entrevista 7, 27 años, familia monoparental, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“¿Con respecto a los turnos? Te atienden ahí no más, no esperás tanto.” (Entrevista 4, 22 años, familia extendida, comparte la crianza, Centro de Salud 2)

Los centros de Salud municipales forman parte del primer nivel de atención, dentro de la estrategia de APS, en concreto, estas estrategias buscan reducir en programas que son muy costosos otros mucho menos costosos y que podrían tener un impacto parecido, como acciones que pasan fundamentalmente por la preocupación de control de la mujer en toda su etapa productiva, del niño en su etapa de crecimiento, de la nutrición, la vacunación, de los principales problemas de salud y de la atención oportuna, eficaz, adecuada de los principales problemas de enfermedad que puede tener una población (64).

Al indagar en cuidadoras el uso de otros programas que brinda el centro, en concordancia con los datos de demanda satisfecha, brindados por los efectores de estos centros; el programa CCyD sigue siendo el más utilizado. Esto genera el interrogante si estos datos se deben a la oferta de estos centros (mayor consolidación del programa), o porque las mujeres madres suelen postergar su propio cuidado a favor del cuidado de sus hijo/as, como lo mencionan autores como Buriyovich (65).

Desde la mirada de la APS renovada se habla de la necesidad de tener un sistema de salud sólido y justo, que incorpore la participación ciudadana y su real protagonismo en la construcción colectiva, además para que se realice plenamente el potencial de la APS; es necesario contar con recursos humanos apropiados. Es necesario un cambio de paradigma en la atención de salud, abandonando el modelo hegemónico hospitalocéntrico para que los profesionales se acerquen y trabajen con la comunidad, proponiendo acciones de promoción y prevención desde ella. En el presente trabajo se observa que los centros de salud analizados siguen desarrollando la mayoría de sus actividades en el marco de la asistencia, dejando como resultado una escasa o nula incorporación de acciones de promoción, como de participación ciudadana.

c) La comunicación entre cuidadoras y efectores se desarrolla en un escenario marcado por la hegemonía

Esta categoría se organiza considerando los siguientes aspectos:

- Las diferencias de posiciones de los efectores y cuidadoras en la comunicación
- El valor de los conocimientos previos de los cuidadores y su consideración por los programas y por el equipo de salud en el proceso de comunicación.

Una de las formas directas y personalizadas de comunicación es el diálogo, Bourdieu propone que el «capital lingüístico» es un espacio de lucha y de poder: al cual no todos tienen el mismo acceso, ni las mismas legitimidades ni las mismas posibilidades de apropiación. El poder de que sus palabras construyan de una manera (y no otra) la realidad, no proviene de las propias palabras ni tampoco de los propios actos de habla, viene del entramado de relaciones sociales que se dan en el espacio de las posiciones sociales que estructuran que determinados sujetos estén legitimados para tomar la palabra, y para dar forma a las representaciones del mundo (66).

El proceso de comunicación se encuentra en la génesis y en las funciones de las representaciones sociales y, desde luego, en su transmisión y difusión. Son mutuamente interdependientes, al punto en que cualquier consideración de las representaciones sociales también significa una consideración de la comunicación. Las representaciones sociales se originan en la comunicación, se manifiestan en ella y le confieren su influjo (53).

Los efectores en sus relatos manifiestan que las cuidadoras toman esta información brindada como una consejería, confiando en el saber que los profesionales poseen, a su vez expresan que no hacen una auto reflexión acerca de la consejería.

“Lo toman como una consejería como una herramienta más de los profesionales, me parece, la verdad que nunca me detuve a preguntarles a ver lo que sienten, por ahí cada uno, cada uno interpreta lo que puede, lo que quiere.” (Entrevista Efeotor, Centro de Salud 2)

Las cuidadoras en sus relatos reconocen los conocimientos del equipo de salud y sólo aceptan lo expresado por el profesional de la salud y no preguntan el porqué de las indicaciones.

“Era como una orden (...) Porque la pediatra, me repetía siempre lo mismo y me decía media enojada qué tenía que hacer con mi bebe”. (Entrevista 6, 21 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“No, yo no tenía mucha idea de estas cosas. (...) La información que recibí me era muy útil.” (Entrevista 1, 27 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“La doctora me explicó que no le tengo que dar nada concentrado (...) va ella me dice, pero yo no le pregunto porque si o porque no, ella es la que sabe.” (Entrevista 9, 38 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

Las decisiones cotidianas que las familias toman sobre el cuidado y la educación de la/os hija/os tienen mucho que ver con procesos más amplios de producción social. Las personas, en el intercambio con otros, comparten una información que luego codificarán, ordenarán e interpretarán de acuerdo a sus creencias y a sus vivencias otorgándole un significado particular que influirá en las actitudes que asuman al respecto.

Un efector expresa que en su centro las cuidadoras tienen práctica de lactancia materna (LM) e incorporación de alimentos oportuna.

“(...) yo los reto, para mí el control de niño sano es más importante que cualquier otra práctica médica, (...).” (Entrevista Efector, Centro de Salud 1)

Las cuidadoras que relatan haber tenido algún inconveniente con la alimentación del niño, refieren que desde el centro de salud les respondían que *insistieran* con la práctica que le proponían y si no podía hacerlo continuaban pidiendo que *insistieran* y algunas veces las *retaban*, lo que podría ser interpretado como una imposición.

“Me decía que insistiera (...) No, solo que insistiera.” (Entrevista 6, 21 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“La pediatra me decía que insistiera y que lo prendiera a la teta, pero aun así no hubo forma, no quería”. (Entrevista 7, 27 años, familia monoparental, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

“Era como una orden (...) Porque la pediatra, me repetía siempre lo mismo y me decía media enojada qué tenía que hacer con mi bebe”. (Entrevista 6, 21 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 1)

El Plan Nacer tiene una serie de prestaciones previstas tanto durante el embarazo como en el control del niño; dentro de estas prestaciones se encuentra el acceso a la información sobre los cuidados en el embarazo y en los primeros años de vida (Serie Políticas Públicas. 2012).

El Programa Maternidad e Infancia se propone una transformación en el modelo de atención con acciones centradas en el apoyo y sostén de la familia (*Extraído de página web: <http://www.cba.gov.ar/direccion-de-maternidad-e-infancia/>*).

El Programa CCyD promueve el desarrollo integral del lactante dentro de la unidad social y cultural básica que es la familia y dentro de la unidad socio-económica que es la sociedad. Asumiendo que sus condiciones ambientales y su identidad cultural, son los ámbitos naturales y esenciales de humanización, socialización y culturación, que permite crecer, desarrollarse y adquirir identidad personal, social y cultural. El programa pretende conocer mejor a la familia y lo que a cada familia le pasa a medida que vive y de acuerdo a como vive. Entiende a cada bebé dentro de una historia familiar y dentro de una situación social. (Pág. 58).

El programa CCyD le da valor a los conocimientos previos de la familia ya que menciona en un párrafo: (...) *una madre no demasiado perturbada tiene mucho que enseñarnos, si observamos lo que ella en forma natural hace por su hijo, incluimos situaciones y acciones que los padres pueden realizar en forma natural.* (Pág.61)

Desde el documento se sostiene que el programa reconoce y asume la importancia de los conocimientos previos que estas cuidadoras traen consigo, y el rol que éstos cumplen como parte de su cultura, tema que no se visualiza en los relatos de las cuidadoras ni de las efectoras, ya que ambas reconocen que las cuidadoras no son consultadas acerca de sus conocimientos previos, como de sus prácticas.

El Programa Atención de Embarazo y Puerperio prevé actividades educativas individuales y grupales a la embarazada, en las mismas se propone abordar temas relacionados al embarazo que surjan de las entrevistas y necesidades observadas en la consulta a la embarazada (Pág. 9).

Llobet considera que las prácticas de ampliación de ciudadanía y de interpretación del enfoque de derechos de la infancia se dan en relaciones de cuidado, y suponen entonces acciones de representación (en la medida en que las necesidades de los sujetos infantiles son traducidas por los actores de las políticas públicas en políticas, planes y programas) y acciones de interpretación de necesidades. De modo que el dilema redistribución - reconocimiento y el problema del cuidado se despliegan en un escenario marcado por la hegemonía; entendida ésta como la posición ventajosa de unos grupos sociales en relación con el discurso (62).

Purnell y Paulanka plantean que las creencias son aceptadas como verdad, no tienen que ser demostradas, ellas son inconscientemente aceptadas como verdaderas. Las creencias prescriptivas: Son aquellas sobre lo que se debe hacer para tener armonía con la familia y un buen resultado con la sociedad. A diferencia de las restrictivas que hacen relación a las

cosas que no deben hacer para tener resultados positivos y de las creencias tabú que son sobre aquellas cosas que, si se hacen, y es probable que causen gran preocupación o resultados negativos para el sujeto, la familia o la comunidad (51).

Todos los seres humanos cuentan con un legado de creencias y prácticas de cuidados que son heredados de generación en generación, esto merece ser considerada para no desconocer la sabiduría popular, aunque posiblemente ser revisada en relación a los avances científicos, porque no siempre esa sabiduría es correcta.

La perspectiva teórica de la construcción social, argumenta, que los conocimientos vistos como verdad, deberían ser considerados como productos de relaciones de poder. Parte del saber femenino en salud, sobre todo el medicalizado, es resultado del conocimiento hegemónico de salud, consecuencia de un proceso de profesionalización avalado por un poder político, que en su momento fue fundamental, para desconocer otros saberes del cuidado-curación a la salud.

El Modelo Médico Hegemónico posee una serie de caracteres estructurales como biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad; que determinó un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos fueron depositados en la persona. La práctica que surgió de este modelo fue una práctica reparativa, que redujo su nivel de análisis al individuo. Las dimensiones biológica y psicológica aparecen como los niveles a través de los cuales se plantea la causalidad y la solución (Menéndez). Por lo tanto, entender la salud como el producto social resultante de la interacción de factores sociales, económicos, culturales y ambientales, requiere de acciones que transformen los determinantes de la salud de la población.

d) Las familias y el cuidado: Rol femenino, con escasa participación del varón

Jodelet plantea que, dentro de las funciones sociales que cumple la representación, está la de orientar la conducta de los individuos, guiar las relaciones sociales y las comunicaciones sociales. Afirma que es importante conocerlas “para entender cómo la gente actúa en su vida, hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo” (50).

Las cuidadoras entrevistadas fueron en su totalidad mujeres madres, con edades comprendidas entre los 19 y 42 años y tienen entre 1 y 2 hijo/as. En cuanto al tipo de familia hubo diferencias según centro, mientras en el Centro de Salud 1 la mayoría vive con su pareja y no trabaja fuera del hogar; en el Centro de Salud 2 la mayoría conforma familias extendidas y no trabaja fuera del hogar. Las cuidadoras de ambos centros de salud que comparten la crianza, lo hacen con abuelas y tías y en un caso con el padrino del niño.

Algunas mujeres madres mencionan que la participación del padre en temas referidos al cuidado del niño es escasa.

*“(...) a veces el papá me ayuda y también me da una mano con la cocina”.
(Entrevista 8 ,23 años, familia nuclear, no comparte la crianza, Centro de Salud 2)*

Los efectores expresan también que la intervención del padre en las prácticas de cuidado no es muy activa, las mujeres madres le dejan al cuidado de sus hijo/as a una abuela o a una tía.

“(...) la mayoría mamás, tengo abuelas, tengo papás, pero la mayoría son mamás y el nivel es al no ser tan bajo entienden y practican lo que uno le dice, (...)”. (Entrevista Efector, Centro de Salud 2)

*“Yo creo que es poco, yo creo que la intervención actual del papá no es muy activa, las mamás le dejan al cuidado de sus hijos a una abuela, a una tía.”
(Entrevista Efector, Centro de Salud 1)*

En los documentos se observa la inclusión del padre, ya que en los postulados del programa Control de Crecimiento y Desarrollo se habla en todo momento de los padres:

“(...) partimos de la idea de que promover y prevenir no es tender a un modelo de normalidad ideal y en consecuencia decirles a los padres como deben ser ellos y como debe ser su bebé sino compartir una información emocionalmente comprometida sobre las vivencias, afectos, angustias, necesidades de sus hijos y compartir una reflexión sobre los vínculos y actitudes parentales que favorecen una mejor humanización”. (Programa CCyD, página 68)

En el programa Atención del Embarazo y Puerperio también se refiere a ambos padres:

Discutir con los futuros padres sobre el rol que deben asumir ante el hijo, considerando si es primogénito o no y como debe tratar de establecer lazos positivos y afectivos con los otros hermanos. (Prog. Atención Integral del Embarazo, página 31)

Retomando los aportes de analistas feministas de los regímenes de cuidado que proponen dos orientaciones principales (familista y defamiliarizador); en la política pública de carácter familista típico la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. En nuestro país ésta política se encuentra vigente, e incorpora al varón a nivel de los documentos. Sin embargo, de los relatos se observa que el varón no ocupa un rol activo, lo que no se identifica como contradicción a las expectativas propias de las mujeres que asumen con naturalidad la escasa participación del padre en las distintas actividades del trabajo doméstico y del trabajo de cuidado infantil.

Las mujeres se sitúan en el lugar de “cuidadoras” de la familia. El concepto de “cuidar de la familia, en especial a los chicos” es el núcleo central de la representación. Se ven como las “encargadas naturales” de los cuidados del cuerpo y de la alimentación, de transmitir los hábitos y la higiene cotidiana. La cultura ha propiciado el anclaje social que condiciona en la mujer un conjunto de comportamientos, creencias y actitudes con respecto al cuidado de los otros. La mujer se identifica y asume el rol de cuidar de los otros, en especial de apoyar y cuidar a los niños.

La escasa participación del varón no se da sólo a nivel de los hogares, sino también de los efectores de los centros de salud, quienes fueron en su totalidad mujeres. Solo a nivel central aparece la figura masculina (efector referente Plan Nacer).

El término economía del cuidado se ha difundido de manera relativamente reciente para referir a un espacio bastante indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas, en las sociedades en que viven (67). Esta visión permite identificar construcciones que perpetúan muchas de las inequidades existentes, como la creencia generalizada que sostiene que las mujeres están naturalmente mejor dotadas para llevar adelante el cuidado de los niños y niñas. No hay evidencias que sustenten este tipo de afirmaciones, siendo ésta diada mujer-cuidadora una construcción social, basada en las prácticas patriarcales hegemónicas.

DISCUSIÓN

Históricamente se ha asumido desde los gobiernos que el cuidado es una responsabilidad fundamentalmente de los hogares. En los últimos tiempos, en Latinoamérica y Argentina, se ha promovido e implementado una revisión de las políticas sociales, que han tenido un marcado impacto sobre las orientaciones regionales en materia del derecho a la salud y la protección social.

Este apartado se organiza en función de los objetivos de la investigación.

Las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas de salud

El presente estudio encontró que en los documentos analizados se incorpora la perspectiva de derechos. La perspectiva de los derechos es un enfoque global de intervención en donde la política social hace hincapié en los mecanismos y dispositivos de la Seguridad Social que se efectiviza en quienes se encuentran en el mercado laboral formal (asignaciones familiares, seguro de desempleo, obras sociales, vivienda, jubilaciones), la Salud y Educación públicas que revisten un carácter universal, y la Asistencia Social para las poblaciones que no acceden al mercado laboral (transferencia de ingresos, promoción de la economía social (subsidio y crédito) y política alimentaria) (68).

Esta mirada de derechos observada en los documentos acuerda con autores como Arraigada quien expresa que, en relación con la medicina comunitaria, en países como Argentina, Nicaragua, Panamá, se ha pretendido extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, y mejorando la comunicación del individuo (y su familia, su saber y su cultura) con la medicina científica (69).

También como parte de los resultados se identificó que los documentos incorporan actividades de apoyo a los cuidados, hacen referencia a normas nacionales y/o provinciales, incorporan actividades asistenciales y comunitarias, pretendiendo incorporar la mirada de la comunidad en las acciones del equipo de salud. Se señala que los documentos “pretenden” incorporar la mirada de todos los actores, ya que a través de los relatos tanto de las cuidadoras como los efectores se revela que esto no se ha logrado aún.

No se encontraron investigaciones que evalúen el impacto de los programas o las acciones de los equipos de salud en el primer nivel de atención. Esto coincide con la investigación “El análisis de las mejores prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio”, realizado en 2008; el mismo indica que las actividades de cuidado y promoción del crecimiento y desarrollo, desde la gestación hasta los 5 años tienen como propósito promover la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y lograr que el niño desarrolle su potencial en sus primeros

años de vida, para lo cual se desarrollan programas en toda la región basados en normas técnicas que han sido consensuadas con expertos nacionales o que han sido adaptadas siguiendo recomendaciones de organismos internacionales. El documento refiere que, si bien hay consenso en el reconocimiento de la atención materno infantil como una de las prioridades de la atención primaria, existe un limitado número de estudios que analicen cómo se desarrolla esta actividad y/o que evalúe su impacto (70).

Además, se identificó que los programas son notificados por los efectores en relación a población bajo programa, número de controles, cantidad de leche entregada; pero no sobre el grado de cumplimiento de objetivos. Se encontró coincidencia con diversas investigaciones (Almeida 2001, Atalah 2008) que reconocen la importancia del apoyo al cuidado en los primeros años de vida, pero indican que la mayor parte de los sistemas de información estadística aportan datos sobre el número de controles realizados y de la población bajo control y prácticamente no existe información sobre el grado de cumplimiento de las diferentes actividades definidas en las normas, ni menos sobre su calidad (3, 70).

Desde el Programa Maternidad e Infancia se reconoce una mayor relación con los efectores de los hospitales provinciales que con los efectores del primer nivel de atención. A nivel de los documentos el apoyo a las familias en el cuidado aparece vinculado a la capacitación y evaluación de los equipos de salud. El hecho de trabajar con los efectores hospitalarios da cuenta de la mirada hospitalocéntrica que continúa estando presente en la implementación de algunos programas de salud.

El Plan Nacer es el que tiene una mayor relación con los otros programas, no sólo desde el discurso, sino también en su ejecución, concibiendo al sistema de salud como algo integrado y que necesariamente debe actuar en consonancia con los demás programas de salud que se implementan. El mismo se menciona como una herramienta de gestión para garantizar calidad de atención. El cuidado es considerado condición previa al cumplimiento de los derechos de niños/niñas. Si bien a nivel de las trazadoras sanitarias, no se incorporan aspectos que aporten en el asesoramiento sobre salud y nutrición para los cuidadores, si están previstos a nivel de ejecución programática en la prestación “consejos para los padres”. Aunque desde el nivel central se reconoce que en la efectivización del programa en los equipos de salud siguen reportando la patología a pesar de que en el discurso del programa se nombran y se tienen en cuenta las prácticas de promoción de la salud. Los aspectos antes mencionados se vinculan con la visión de APS ampliada, que parecería estar presente en un programa de salud que fue creado en la última década.

El Plan Nacer se visualiza como un programa que intenta integrar los demás programas, los efectores refieren trabajar con Maternidad e Infancia en la capacitación de los equipos de salud y con los Centros de Salud en la devolución de los datos referidos por éstos. Este resultado coincide con un análisis del Plan Nacer en el Informe N°3 del 2012 del Documento

Series Políticas Públicas, concluyendo que el mismo puede ayudar al logro de los objetivos del milenio, específicamente en lo referido a salud materna y mortalidad infantil (71).

Un hallazgo llamativo es el caso de las cuidadoras extranjeras que relataron no poder acceder al Plan Nacer, por lo que se debería tener en cuenta cómo el Plan Nacer se articula con la AUH y qué impacto tiene en los cuidados de los niños más vulnerables como los hijos cuyas madres migrantes aún no cumplen con los tres años de estancia en el país; esto coincide con diversos estudios que indican que dado que la Asignación por Embarazo y la Asignación Universal por Hijo (AUH), tienen como requisito estar inscripto en el Plan Nacer cumpliendo con los controles que éste establece (71); hay quienes consideran que exigir condicionalidades no permitiría a la AUH ser considerada un derecho y que este requisito no está previsto para la percepción de la asignación por hijo del sistema contributivo. Otros observan que los controles mencionados facilitan los derechos básicos como son la salud y la educación, siendo esto una responsabilidad del Estado (68).

Otro de los resultados obtenidos refiere que la mujer es vista desde su rol reproductivo-materno, el mismo pareciera ser aceptado por las mujeres entrevistadas, ya que las tareas de cuidado a cargo de las mujeres pate de una construcción social instalada en nuestra sociedad. Este resultado coincide con un estudio sobre políticas y programas de salud en América Latina, publicado por la CEPAL que examinó la situación de la salud y los programas de atención de los países latinoamericanos, sobre la base de la información obtenida de las respuestas de los ministerios de salud de 17 países a la encuesta que sobre el tema efectuó CEPAL. La encuesta tuvo por objeto analizar los programas de salud en marcha, desde la perspectiva institucional de los ministerios de salud, y examinar la percepción de las autoridades nacionales sobre la realidad y los problemas de la salud de su población (69).

Otros autores coinciden en la mirada de la mujer desde su rol reproductivo, como el trabajo de Arraigada, al preguntar sobre los grupos de población con mayor impacto de los problemas de atención de salud, sólo en el caso de Perú se menciona a la población femenina como uno de los grupos en los cuales los problemas de atención de salud inciden con mayor intensidad, ya que registran una más alta carga de enfermedades (69).

Los resultados del presente trabajo coinciden con estudios como el de Gómez, que observa la inexistencia en América Latina, de políticas públicas sólidas dirigidas según grupos de edad y sexo, además, cuando se realizan acciones de este tipo son fragmentadas y discontinuas (Uruguay). Así, continúa el tratamiento de las mujeres centrado en su papel reproductivo-materno, en menoscabo del examen y ponderación del amplio rango de necesidades, riegos y contribuciones ligados a los múltiples papeles que la mujer cumple en las distintas etapas de su vida (69, 72).

En el presente estudio se observa que los documentos analizados pretenden incorporar la comunicación entre los sujetos y los equipos de salud; pero al indagar sobre las prácticas de atención aún no se logran, o se logra parcialmente. Si bien en los documentos hay una intención de centrar las acciones en la comunidad, en la práctica persiste el modelo asistencial, coincidiendo con Arraigada que reconoce que la puesta en práctica de la estrategia de APS se ha caracterizado por su heterogeneidad y discontinuidad, coexistiendo modelos centrados en la comunidad, el individuo y la familia, con el modelo tradicional del ámbito hospitalario trasladado al marco de una comunidad con grados variables de inserción, impacto y eficiencia (69).

La falta de coordinación y articulación entre los distintos subsectores proveedores de servicios de salud (público, seguridad social y privado) generan una heterogénea oferta de coberturas, que impide la conformación de una visión compartida de los sistemas de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en el acceso y la utilización de los servicios (69).

El presente identificó que los efectores conocen los programas, aunque no siempre los programas se encuentran a disposición para ser consultados, además reconocen que las actividades de tipo comunitarias no las ponen en práctica porque la demanda de asistencia los supera. El trabajo de Paganini realizado en Argentina con el objetivo de evaluar la calidad de los sistemas de salud y la estrategia de la APS en distintas regiones geográficas del país, tiene resultados similares:

- El 51% de los profesionales que se desempeñaban en las instituciones evaluadas refiere acceso rápido a las normas de atención emanadas de los niveles superiores, pero también ausencia de normativas para diagnóstico y programación local.
- En las entrevistas y grupos focales realizados, sólo el 54,8% respondió acerca de los programas vigentes, lo que indica un desconocimiento de los mismos o una falta de comunicación con el nivel central (73).

Representaciones de los cuidadores nutricionales acerca de las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas de salud implementados en la ciudad de Córdoba.

Del análisis de las entrevistas, se observa que las mujeres madres se sitúan en el rol de cuidadoras y los hogares son el espacio natural donde se desarrolla el cuidado, también se observa una escasa participación del varón en el cuidado y una constante tensión entre la información que reciben de los efectores y la que circula en sus redes de apoyo familiar.

Estos hallazgos coinciden con un estudio realizado en Bs As, "cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción (un estudio cualitativo)" donde se observa que el cuidado de la salud se desarrolla de manera normada por la perspectiva de género, constituyéndose como un espacio social donde las mujeres priorizan la salud de los otros; encontrándose bien informadas respecto de causas, síntomas y mecanismos de prevención; y cuidado de la salud, pero los comportamientos y las prácticas no se corresponden con la información; lo que expresaría las rupturas que obstaculizan la adopción de prácticas de cuidados ante eventos concretos (74).

También coincide con un estudio realizado por Hernández Tezoquipa en México, quien concluye que la fuente de conocimiento de las mujeres lo constituye su propia experiencia como pacientes o la desarrollada a través del cuidado a los miembros de la familia, la transmisión de conocimientos por abuelas, madres y compañeras y los medios masivos de comunicación (75).

En esta investigación se observa que a nivel de los documentos se encuentran algunos enunciados con una inclusión de la mirada de derechos, sin embargo las cuidadoras siguen sintiendo que la comunicación con los efectores se da en un marco de hegemonía, estos hallazgos coinciden con autores como Comes y Stolkiner, en un estudio realizado sobre las representaciones del derecho a la salud de un grupo de mujeres, reconocen que los programas de salud desarrollados en Argentina en la última década, conllevan en sus enunciados criterios de ciudadanía plena sin embargo entre sus acciones se encuentran prácticas nacidas del modelo asistencialista y caritativo (76).

En el presente estudio las cuidadoras refieren haber recibido información sobre los beneficios de la lactancia materna y los tiempos de incorporación de la alimentación complementaria, pero no sobre cantidades, formas de preparación pautas de crianza; esto coincide con el relato de los efectores y con los resultados de un estudio realizado en Argentina por Rodrigo y col. sobre creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense, donde se observó que las prácticas y conocimientos sobre crianza que sustentan las madres de la población estudiada son mayoritariamente insatisfactorios (77).

Los hallazgos del presente estudio, en relación a la comunicación unidireccional que se establece entre las cuidadoras y los efectores coinciden con un estudio realizado en Uruguay por Bathany que dice que el enfoque médico del cuidado, indagado a través de entrevistas a médicos pediatras, destaca la promoción de hábitos como elemento central del cuidado, despersonalizando el vínculo entre cuidador–niño, dejando la impresión de que la importancia del cuidador se basa en un saber que hay que transmitir al niño; no enfatiza en la singularidad de cada niño y en los procesos individuales, sino en la generalidades que presentan todos los niños según su edad (76).

En el presente estudio hay coincidencia en lo que refieren cuidadoras y efectores en torno a la información brindada, no así en la implementación de esa información. Si bien hay concordancia en aspectos relacionados a los tiempos de incorporación de la alimentación complementaria entre lo que refieren las cuidadoras, los efectores y los programas, existen cuestiones sobre las cuales no se da respuesta, tales como cantidades, formas de preparación y distribución, pautas de crianza, resolución de problemas en torno a la alimentación en los primeros años, que si aparecen en los documentos pero no son visualizadas en los discursos de los efectores ni las cuidadoras, esto da cuenta de la escasa evaluación que se realiza sobre la calidad de atención, acordando con el documento de OPS “Investigación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe”, donde concluye que hay insuficiente información con respecto a la calidad de los servicios(11).

Otro aspecto a tener en cuenta es la actitud de las cuidadoras en torno a la información recibida, en estos relatos aparecen los saberes previos que provienen de otras mujeres madres, que muchas veces entran en contraposición a la información provista por los efectores y que genera en las cuidadoras momentos de tensión que no se animan a verbalizar, ya que opinan que el médico es el que sabe. Al tomar la decisión, al interior de sus hogares, el saber que prevalece es el de otras mujeres madres. Esto concuerda con trabajos como el Candreva sobre las representaciones del cuidado a la salud en un grupo de mujeres, que encontró paradojas en el comportamiento, la mayoría de las mujeres reconocían tener información sobre determinados temas, pero no poder actuar en consecuencia o no estar lo suficientemente convencidas para hacer aquello que sería beneficioso para la salud (74).

Los hallazgos de esta investigación también coinciden con Melguizo y Alzate, quienes consideran que tanto el cuidado de los niños como la información que se tiene del mismo son aprobados si provienen de mujeres. Ya que se les atribuye a ellas las prácticas de cuidado relativas al cuerpo y a la alimentación, mientras que los varones se ocuparon de la guerra, la caza y el defender el territorio. Diversos antropólogos que trabajan los roles de género opinan que las decisiones de qué se va a comer, quién va cocinar y a distribuir los alimentos son parte del “ser mujer y ser madre” (51, 79).

Otro hallazgo fue que las cuidadoras reconocen que no discuten con el médico sus prácticas o preferencias y los efectores aceptan que suelen dar información estereotipada, sin indagar si la misma es factible de poner en práctica o no por las cuidadoras. Esto concuerda con un estudio multicéntrico realizado en Argentina por Calvo, sobre nutrición en menores de 3 años, las madres de los niños describen a las instituciones de salud donde la respuesta está estereotipada, donde difícilmente encuentren una escucha atenta o una comunicación cálida, sin embargo, es lo único que tienen (80). El mismo estudio de Calvo encontró que pocas madres discuten con el médico sus prácticas o preferencias. Desde los equipos de salud se favorece esta actitud pasiva de receptoras acríticas del saber del otro, con esto no solo se desconoce su saber, sino que se las infantiliza, retándolas por no hacer lo que el profesional les dice. Al mismo tiempo algunas madres están entre dos fuegos: los agentes de salud las acusan de ignorantes, sus familias las acusan de raras. Calvo concluye que este VACIAMIENTO DE SABER ha generado madres inseguras, dependientes y solitarias; porque si respetan el saber académico ya no pueden confiar en su entorno, pero tampoco es fácil acceder al centro de salud porque este tampoco las “ayuda”: les enseña, las reta, les da leche, cura a los niños, pero no las escucha, no las aconseja, no las sostiene (80).

En esta investigación se observa en las cuidadoras contradicciones en algunas prácticas recomendadas por el equipo de salud con las recomendadas por su entorno. Ante esto, las cuidadoras no discuten ni confrontan, ya que opinan que el médico es el que sabe, esto concuerda la “Encuesta sobre Representaciones Sociales del Cuidado”, que evidencia que si bien un tercio de la población consulta en primer lugar a sus madres sobre los aspectos de crianza, la cuarta parte de las mujeres consulta en primer lugar a los médicos o personal de la salud, lo que muestra el lugar de privilegio que tiene este saber en las prácticas y representaciones del cuidado de la salud (44).

El rol del equipo de salud se construye a través de un vínculo profesional de la salud-comunidad, en el que se generan expectativas de cumplimiento mutuo. En esta relación existe un sinnúmero de significaciones y condicionantes que se ponen en juego (económicos, políticos, etc.) que influyen en la concepción de que el médico es el que sabe y la comunidad es el objeto de conocimiento.

En este estudio se observa que desde los documentos de los programas analizados se pretende incorporar la mirada de diálogo de saberes, pero no es identificada en las representaciones de las cuidadoras ni efectores, coincidiendo con autores como Atalah, quien en un análisis sobre las mejores prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, rescata a la consejería nutricional, ya sea individual o grupal, que se caracteriza por una relación más horizontal entre el promotor y los sujetos, procurando aprovechar los conocimientos de éstos en una relación de pares; ya que ha demostrado ser más efectiva que las acciones educativas de

tipo tradicional, que se basan en la entrega de mensajes unidireccionales desde el educador al usuario (70).

Como se mencionó anteriormente, el cuidado tiene un rol femenino, con escasa participación del varón, coincidiendo con autores como Salas y Torre, que indican que los procesos de cuidados nutricionales en la infancia ocurren en un escenario de mandatos específicos para el desempeño femenino (81).

Diversos autores coinciden con el hallazgo de este estudio: en los sectores populares, el cuidado sigue siendo visto como responsabilidad de las mujeres, con los varones a veces “ayudando” en actividades que no reconocen como propias (82, 83).

Los resultados del presente estudio coinciden con autores como Jelin, Esquivel y Faur, quienes han observado que en los sectores proveedores de cuidado, como educación, salud, y también el servicio doméstico; las mujeres se encuentran sobre representadas y persiste la idea de que las mujeres están “naturalmente” dotadas para proveer cuidados (30). También un estudio realizado por Salvia y Tuñón, en Argentina coincide con el presente estudio: “en la práctica, la responsabilidad del cuidado infantil en la Argentina sigue siendo competencia principalmente de las mujeres madres. En efecto, la mayoría de los niños y niñas menores de 5 años pasan la mayor parte de su tiempo con su madre” (20).

Asimismo, Carina Lupica en Argentina afirma que los hombres que asumen solos la responsabilidad del ejercicio cotidiano de las funciones paternas son una excepción en la Argentina; y las mujeres sobrellevan casi exclusivamente las responsabilidades de crianza y cuidados cotidianos de los hijos cuando se separan, divorcian o son madres solteras (19).

De los relatos de las cuidadoras, se observa que ellas se reconocen como tales, y en quienes refieren compartir el cuidado, éste es aportado por otras mujeres madres (abuelas), coincidiendo con la encuesta de uso del tiempo realizada en Uruguay, que muestra que cuando hay niños en el hogar las mujeres son las cuidadoras principales (16). Coincidiendo con un estudio realizado en Colombia sobre patrones de crianza y cuidados en niños y niñas, se encontró que éstos eran considerados una cuestión de mujeres; labor que ha estado implícita en los denominados oficios domésticos (17). También con un estudio realizado sobre percepciones y prácticas alimentarias de un grupo de mujeres de poblaciones rurales de México, encontró coincidencias en las respuestas de las mujeres, ellas opinan que, así como los hombres tienen que salir a trabajar fuera de la casa, las mujeres deben responsabilizarse de lo que ocurre en el hogar (81).

Otro estudio cualitativo que sostiene estos resultados, es el realizado en la ciudad boliviana de El Alto, que acoge a un amplio sector de bajos recursos de la población paceña, revela la casi nula participación de los varones en la crianza, sin que la autonomía económica de las mujeres haya significado cambios en ese sentido (84). Se suma también un estudio en

Ecuador, donde casi el 90% de las mujeres mayores de 12 años cuidaba niños, frente al 58% de los varones, según la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo del año 2004 (84).

A su vez, Ariza y Olivera concluyen que al interior del hogar los niños son cuidados no solo por las madres y empleadas domésticas, y marginalmente por los padres. Las hijas mayores, las abuelas y otras parientas tienen un rol importante. Este aporte se enmarca en relaciones de cooperación, intercambio y negociación al interior de las familias, relaciones que son fundamentalmente de carácter jerárquico porque siguen la distribución de poder que marcan dos ejes de diferenciación social: el género y la generación (85).

Coinciden los resultados de esta investigación con el estudio realizado en El Alto, el cual muestra que el cuidado de la niñez está dentro los primeros objetivos de las redes de cuidado, de manera que las abuelas, tías, hermanas mayores están casi siempre presentes (86).

A diferencia de los hallazgos anteriormente mencionados, un estudio etnográfico realizado en Brasil, observó que el cuidado del cuerpo era considerado una atribución femenina. A pesar de que todavía persiste la identificación tradicional de los roles de género, basado en discursos y prácticas que ponen de manifiesto las actividades de los padres como de ayuda de las madres, había dimensiones en las cuales los hombres participaron activamente, demostrando proximidad física y emocional con sus niños (16).

Representaciones de los efectores de salud acerca de las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas de salud implementados en la ciudad de Córdoba.

Los resultados hallados en esta investigación muestran que la comunicación entre las cuidadoras y los efectores se desarrolla en un escenario marcado por la hegemonía. Estos hallazgos coinciden con los de una investigación realizada a nivel nacional por Calvo y col, la misma encontró que la crianza de los niños se ha transformado en un proceso complicado, controlado por un sistema “de expertos”. Estos poseedores de un saber académico, formalizado y validado con credenciales “saben”. El saber práctico, adquirido en la vida, en la experiencia está desvalorizado y si se consulta a las abuelas, familiares o amigos con saberes que provienen de la práctica, estos consejos deben ser validados en la consulta por el saber académico de los expertos (80).

Los resultados acerca de las representaciones de los efectores advierten que si bien ha habido un cambio en el paradigma de atención a nivel de los documentos; esto no se visualiza aún en las prácticas profesionales, las cuales continúan siendo unidireccionales. Esto concuerda con Piñón, quien en su artículo antropología y salud refiere que médico y paciente no solo hablan idiomas distintos, sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas. La mayoría de las veces no hay punto de contacto intercultural impulsados por el equipo de salud. El equipo de salud descalifica muchas de las prácticas tradicionales y populares (87).

En el presente estudio los efectores reconocen que sus acciones van dirigidas a las madres y otras mujeres (tías, abuelas), quienes son las encargadas del cuidado. Esto coincide con Bathany, en un estudio sobre las representaciones sociales del cuidado, quien observa contradicciones en los discursos de los profesionales que resultan relevantes de señalar, porque se identifican aspectos muy internalizados en los expertos respecto a la centralidad del rol de la madre en los cuidados, aunque luego racionalicen y argumenten a favor de los cuidados compartidos (78).

Como parte de los resultados, en este estudio se reconoce que a pesar de que el equipo de salud hace del cuidado un hecho médico, al momento de implementar los cuidados en práctica por parte de las cuidadoras, existe un predominio de información construida por el entorno de las mujeres y por su propia experiencia de cuidado con otros niños. Esto concuerda con autores como Contreras y Arnaiz, quienes refieren que la mayor parte de las conductas sociales e incluso individuales están articuladas por normas que indican lo que se puede o debe hacer y establecen lo que se considera deseable, adecuado, oportuno o conveniente; y esas normas se interpretan según uno u otro tipo de conveniencia. En relación con la alimentación, el comportamiento se articula mediante dos tipos de normas

básicas diferentes entre sí, a veces incluso contradictorias: las *normas sociales* y las *normas dietéticas* (81).

El presente estudio advirtió que el modelo hegemónico en salud genera barreras en el acceso debido a la comunicación unidireccional, coincidiendo con el documento “Protección social en América Latina y el Caribe” (ALC), un capítulo sobre el caso Argentino, “Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires”, donde los autores señalan como principal causa de la exclusión son las barreras de acceso que resulta de los rasgos institucionales y los mecanismos de organización de los servicios de salud, los cuales afectan la integralidad y continuidad de la atención (14); y con el estudio de Paganini que observó un alto porcentaje de personal que desconoce los programas en ejecución dentro de la institución, así como la falta de un sistema de información adecuado (73).

De las entrevistas con cuidadoras y efectores, se reconoce que el sistema de turnos no es eficiente, esto concuerda con una investigación realizada en Argentina, donde el 30 % de la población demandante señaló que el sistema de turnos no es ágil ni efectivo, ya que se debe concurrir al centro con anticipación suficiente para no quedarse sin turno de atención (83,7 % de los motivos) (73).

Los hallazgos del presente estudio muestran que a pesar del énfasis de la estrategia de APS en las acciones de promoción y prevención, el modelo asistencial permanece vigente, tal como lo observado por Paganini y lo expresado por Cardarelli y Rosenfeld: los derechos humanos y entre ellos el derecho a la atención de la salud se encuentran íntimamente relacionados con el concepto de ciudadanía. Las instituciones de salud, como parte de las políticas sociales producen discursos simbólicos particulares y dan forma desde ahí a los marcos de funcionamiento institucional. La retórica discursiva de los programas en general, aparece enmarcada en conceptos progresistas sobre la ciudadanía, la participación comunitaria y el empoderamiento social, sin embargo, en las prácticas de los mismos subyace la idea de ciudadanía asistida, es decir, que los pobres deben ser asistidos en su desarrollo. Estas prácticas apuntan a transferir mayor cantidad de competencias, pero no a romper con la lógica de la inmediatez ni la beneficencia (73, 88).

De los relatos de los efectores, como resultado surge la poca disponibilidad de tiempo para actividades extramuros, coincidiendo con Paganini, quien observa que las actividades extra-asistenciales se realizan habitualmente de manera asistemática, sin registros ni responsables identificados. Los equipos de salud afirman que las actividades extramuros se debilitan por la excesiva demanda asistencial y la comunidad percibe muy poco estas actividades (73).

En el presente estudio el mayor número de consultas es reportado en el marco del programa CCyD, coincidiendo con Paganini, quien observa que los programas y actividades relacionados históricamente con la promoción y prevención de la salud como el CCyD logran una cobertura importante; la población objetivo más problemática continúa siendo el grupo adolescente y los adultos. Los valores de cobertura obtenidos dan cuenta de la falta de iniciativas de captación e identificación de estos grupos (73).

Los hallazgos del presente estudio, lejos de centrar la mirada en atribuir responsabilidades solo a los efectores como implementadores de los programas, pretenden visibilizar los procesos colectivos que influyen en las representaciones de ciudadanía y de derecho. Es por esto que la capacidad del Estado para implementar políticas públicas constituye desde hace más de dos décadas una gran preocupación y motivo de análisis de numerosos estudios (89). El documento de OPS “Investigación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe”, concluye que hay insuficiente información con respecto a la calidad de los servicios (incluyendo la gestión clínica y el cumplimiento de normas), el derecho a la salud (incluyendo los roles del usuario y distintos actores sociales en el sector salud), y la sostenibilidad de las reformas (11).

En el presente estudio, una debilidad observada es la implementación de los programas, coincidiendo con un estudio realizado en Rosario, sobre los vínculos entre los procesos de implementación de las políticas de atención primaria de la salud (APS) promovidas y los cambios en los servicios de salud municipales, se realizó un análisis de contenido de los textos (documentos, entrevistas, etc.), concluyendo que el modo de gobernanza en el periodo 1990-2004 fue determinante en el proceso de desarrollo de la APS en Rosario (90).

Recientemente, se ha empezado a poner en el centro de la escena el análisis de las implicaciones de los procesos de acción colectiva sobre el diseño e implementación de las políticas públicas (90, 91). Autores como Burijovich han investigado las transformaciones conceptuales sufridas por el concepto de APS en los últimos años y su vinculación actual con el enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas. Advierte que la implementación de la APS ha estado llena de dificultades, entre las cuales se destacan los diferentes significados que fue adquiriendo la estrategia con el transcurso del tiempo, al punto de perder su sentido original. Otra dificultad tiene que ver con la necesidad de una gestión de la intersectorialidad que rompe con los tradicionales modelos de la gestión pública (65).

Los programas de salud analizados en este estudio están orientados hacia el cumplimiento de acceso universal al sistema de salud, tal como lo descrito en un estudio realizado por Arriagada y otros sobre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región latinoamericana encontró que las autoridades resaltaron diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los

actuales sistemas de salud de los países. Para las autoridades de salud en Argentina los principales problemas fueron: Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001, Garantizar el acceso a toda la población a servicios y medicamentos esenciales y Superar brechas estadísticas de salud y que delimitan los márgenes de la inequidad (69).

El estudio de Arraigada indica que en Argentina, la fragmentación del sistema en subsectores (público, de la seguridad social y privado), en jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) y en niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel), ha generado un uso ineficiente de los recursos disponibles al duplicar innecesariamente ofertas y servicios, y, por tanto, los gastos, lo cual coincide con el presente estudio que encontró que muchas de las cuidadoras que llevan a sus niños al CCyD no se controlaron su embarazo en el mismo centro de salud, prefiriendo los hospitales o algunas utilizan el programa de salud sexual y reproductiva.

En este estudio se observa un sistema sanitario fragmentado, con superposición de actividades de tipo asistencial y vacíos en actividades de promoción de la participación ciudadana, como así también el doble uso del sistema público y de obras sociales; tal como lo observado por Arraigada quien concluye que pocos países han logrado implementar políticas adecuadas de recursos humanos, lo que se refleja en la persistencia de desequilibrios crónicos en su distribución, el mayor crecimiento de la oferta de educación frente a los requerimientos del trabajo en salud, desfases en materia de formación, desorden en la profesionalización y estancamiento del empleo público. Si bien los países están avanzando hacia la creación de un paquete básico universal, explícito y garantizado de los servicios de salud, las autoridades sanitarias informan que siguen existiendo desigualdades en diferentes ámbitos (69).

En esta investigación se observa que las actividades de los centros de salud giran en torno a la atención de consultas y no se observan acciones destinadas a los determinantes subyacentes de salud, a pesar de estar previstos en los programas analizados, esto concuerda con lo observado por Arraigada que reconoce que si bien en los países latinoamericanos existe una oferta programática que procura responder a las necesidades de grupos de edad que presentan problemas específicos de salud, falta incorporar programas que apunten a aquellos factores extra-sectoriales que impactan en el nivel de salud de la población: programas de cuidado del ambiente, mejora de la calidad de la vivienda, de educación, agua potable, seguridad alimentaria y otros, coordinados de manera adecuada con planes sanitarios, que contribuyan a fomentar comportamientos y costumbres de prevención y promoción de la salud. Otro aspecto determinante es que la distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico, exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa, de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental (69).

Es necesario integrar en este análisis la historia de los diferentes actores políticos a nivel nacional, provincial y municipal que generaron divergencias en el sistema sanitario, el Plan Nacer inicialmente no pudo ser implementado en los centros de salud dependientes de la DAPS, así como tampoco se pudieron incorporar los recursos humanos en las capacitaciones brindadas por organismos internacionales para la reforma de la atención tales como el PROAPS, el Programa de Salud Familiar y Comunitaria o el Programa de Médicos Comunitarios. El panorama actual genera una oportunidad de actuación integral en los diferentes niveles.

CONCLUSIONES

El presente estudio analizó las prácticas de cuidado nutricional infantil consideradas por los programas de salud implementados en la ciudad de Córdoba, especialmente en familias en situación de pobreza y las representaciones que tienen los efectores y cuidadores nutricionales, desde una lógica de derechos (derecho a la salud, a la alimentación, a los cuidados adecuados).

En relación a los documentos analizados, se puede observar que en la Argentina las políticas de salud en torno a las familias se conciben desde el régimen familista.

A nivel de los documentos se observa que, si bien el cuidado sigue siendo responsabilidad de las familias, hay un reconocimiento de que es necesario empoderar a las mismas para el ejercicio del derecho al cuidado, en todos los documentos se proponen actividades en un marco de diálogo entre los efectores y cuidadores.

Un hallazgo que corrobora investigaciones previas es el hecho de que el cuidado es entendido como una responsabilidad de las familias, y al interior de ésta es la mujer la que cumple este rol, con escasa participación del varón

Los actores entrevistados fueron, por un lado, profesionales que se desempeñan en los programas analizados, en su mayoría mujeres; y por otro, cuidadoras nutricionales que asisten a dos centros de salud municipales, en su totalidad mujeres madres, que conforman familias nucleares o extendidas, el 60% no trabaja y el 60% comparte la crianza con otras mujeres.

Las representaciones de los efectores están dominadas por el modelo hegemónico imperante en salud; caracterizada por acciones como informar, prohibir y disponer de acciones normativas. Las cuidadoras se sitúan en el rol de cuidadora, como mandato natural por ser mujer.

La comunicación entre las cuidadoras y los efectores se desarrolla en un escenario marcado por la hegemonía, las cuidadoras reconocen los conocimientos del equipo de salud, no cuestionando las indicaciones recibidas, teniendo una actitud pasiva como receptora acrítica, lo que muestra el lugar de privilegio que tiene el saber académico en las prácticas y representaciones del cuidado de la salud; pero que les genera conflictos al interior de la familia al momento de ponerlos en práctica. Los profesionales de salud reconocen en sus relatos que la comunicación con las cuidadoras es unidireccional, ellas toman esta información brindada como un consejo, confiando en el saber que los profesionales poseen, y a su vez los profesionales no hacen una auto reflexión acerca de la consejería como un acto dialógico.

Al triangular las entrevistas con los documentos, se encuentran puntos de encuentros y desencuentros entre el discurso de los documentos, las recomendaciones de los efectores y las prácticas de las cuidadoras.

Si bien en los documentos se hace referencia al cuidado compartido, éstos se encuentran en el contexto de una política familista, donde la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco, mientras que en los relatos se observa que el cuidado infantil se encuentra asociado mayormente a la mujer, confirmando el fuerte sesgo de género que estas actividades implican. Son las cuidadoras de la familia, ellas se encuentran condicionadas por la cultura, la cual atraviesa transversalmente, un conjunto de comportamientos, creencias y actitudes con respecto al cuidado tanto de los otros como el de ellas.

El presente estudio observa lo referido por otros autores que el contexto de una política pública de carácter “familista” no pareciera entrar en contradicción con las expectativas propias de las mujeres que asumen con naturalidad la escasa colaboración de los varones en el cuidado infantil.

Se observa un predominio de información construida por el entorno de las mujeres y por su propia experiencia de cuidado con otros niños. La información que reciben las cuidadoras desde los efectores de salud se vincula directamente con los requerimientos alimentarios del niño, puede que al no incluir acciones conjuntas tendientes a satisfacer las múltiples dimensiones del cuidado genere rupturas que obstaculizan la adopción de buenas prácticas de cuidado.

Las cuidadoras en sus relatos reconocen los conocimientos del equipo de salud y solo aceptan las recomendaciones, no preguntan el porqué de las indicaciones; en la práctica, prevalece el saber práctico, adquirido en la vida, en la experiencia de las abuelas y otros familiares, no sin sentirse descalificadas por el equipo de salud, por lo que prefieren quedarse en un rol pasivo en la consulta.

Se observa que hay acuerdo en los documentos y las recomendaciones de los efectores con el conocimiento acerca de la edad de incorporación de alimentos y el tipo de alimentos a incorporar, pero hay una incorporación temprana de los mismos; y en relación a otros aspectos como cantidades, formas de preparación y distribución de los alimentos o resolución de problemas en torno a la alimentación en los primeros años; no son dimensiones que tanto las cuidadoras como los efectores refieran ser abordados en la consulta.

La incorporación en el análisis de la dimensión “experiencia con el sistema de salud”, generó un aporte en relación a los diferentes programas implementados en los centros de salud, donde aparece el programa Control de Crecimiento y Desarrollo como el de mayor

fortaleza dentro de los centros, evidenciado por los discursos de las cuidadoras, como por el número de consultas expresado por los efectores. Los resultados de este trabajo muestran que la propia cuidadora que lleva a su niño al control no recibe atención en el centro de salud, ya sea por una decisión personal o por menor accesibilidad del sistema. Estos hallazgos hacen pensar que el programa Control de Crecimiento y Desarrollo podría ser una ventana de oportunidad para el ingreso a otros programas de salud. Es probable que la ampliación del Plan Nacer, a Programa Sumar, con la inclusión de los niños en edad escolar y adolescentes, incorpore otros grupos etarios u otras prestaciones de salud.

Del estudio se reconoce que las cuidadoras realizan sus controles de embarazo en las instituciones de mayor nivel de atención, por lo que sería interesante ampliar la mirada de los actores que conforman estas instituciones. ¿Cuáles serán los motivos que terminan promoviendo a las embarazadas a controlarse en otras instituciones que no son el centro de salud a donde luego llevarán a sus hijos?, cabe preguntarse ¿tiene que ver con la escasez de recursos humanos? ¿Será porque en las instituciones de mayor complejidad, si bien están orientadas a atender los embarazos de riesgo, se tiene acceso a control de embarazo de bajo riesgo?

Uno de los centros de salud que formó parte de esta investigación cuenta con una alta proporción de población migrante, y fueron estas cuidadoras las que relataron no contar con la asignación universal por hijo. La falta de inclusión de las poblaciones migrantes a la AUH, es un tema que debiera ser analizado en investigaciones futuras y en decisiones políticas, ya que, a la vulnerabilidad propia de la inserción en una cultura diferente, agrava el menor acceso a políticas de inclusión. Este aspecto ha sido incorporado en evaluaciones internacionales realizadas al Estado Argentino, donde se resaltó la preocupación por las exclusiones en la AUH.

Si entendemos el cuidado como factor determinante en el proceso de crecimiento y desarrollo de niños y niñas, debemos reconocer que todos los seres humanos contamos con un legado de creencias y prácticas de cuidados que son heredados de generación en generación, esto merece ser considerado para no desconocer y desaprovechar la sabiduría popular. Por lo que resulta imperante capacitar a los equipos de salud en temas referidos al cuidado nutricional infantil, pero sin despensonalizar el vínculo entre cuidador–niño, e incluyendo la afectividad como aspecto central.

Sería necesario, si se desea abordar a una construcción del ejercicio pleno de los derechos, analizar los procesos de implementación e interpretación de los programas dirigidos a los niños y niñas en situación de pobreza, reconociendo las imágenes de cuidado que son conducidas por los efectores de salud y por los propios cuidadores y cuidadoras, para trabajar las representaciones a través de un enfoque basado en el diálogo, el entendimiento del sistema de pensamiento local y la toma de consciencia sobre las relaciones de poder.

Desde la mirada de la APS renovada se habla de la necesidad de tener un sistema de salud sólido y justo, que incorpore la participación ciudadana y su real protagonismo en la construcción colectiva, para esto es necesario transitar del modelo hegemónico hospitalocéntrico a otro, para que los profesionales se acerquen y trabajen con la comunidad, proponiendo acciones de promoción y prevención desde ella.

Es necesario reconsiderar a quienes van dirigidas las acciones o estrategias de los programas de salud infantil, el hecho de que las mujeres sigan siendo las principales depositarias de sus acciones, ¿hasta qué punto sigue perpetuando un mandato de género?

Una manera de mejorar la atención en salud, basada en el derecho a la salud sería introducir mejoras en la calidad de las prestaciones de salud, modificando las relaciones entre usuarios e instituciones y profesionales de la salud.

Propuestas como las que plantea la OMS sobre una revisión de prácticas y tendencias en APS, ayudarían a mejorar las prácticas de cuidado nutricional infantil. Algunos de los ítems propuestos por la OMS son:

- Velar por una mejora en la calidad de los servicios prestados, fortaleciendo los servicios de salud.
- Brindar apoyo a los trabajadores de salud con herramientas de control de calidad como normas de atención, protocolos de diagnóstico y tratamiento y supervisión capacitante.
- La educación de los profesionales de salud debe incluir mayor capacitación en la solución de problemas y la respuesta rápida a las necesidades de salud desatendidas.
- Funcionarios médicos no son la única opción para ejecutar el enfoque de APS, enfermeras u otros profesionales de salud han demostrado desempeñar una función crucial para la prestación de asistencia.
- Desarrollar equipos multidisciplinarios de APS o extender el rango de aptitudes y competencias de los miembros individuales del equipo de APS.

BIBLIOGRAFIA

1. Villatoro SP. Programas de Reducción de la Pobreza en América Latina, un análisis de cinco experiencias. *CEPAL Serie Políticas Sociales N°87*, Mayo 2004.
2. López N Steinberg C, Tenti Fanfani E. Análisis de la Focalización en los programas compensatorios en México. Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), 2006. En línea. Disponible en: www.oei.es/pdf2/politicas-equidad-educativa-mexico1.pdf [Consulta 19 de Abril de 2011]
3. Almeida, C., Bazzani, R. y Pittman, P. (Org.). *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2001.
4. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Relevamiento anual de las actividades de ciencia y tecnología, 2007.
5. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública México*. 2011;53:s96–s109
6. Latham, M. Parte V. Políticas y Programas de Nutrición. Capítulo 36. Cuidados y Nutrición. En su: *Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo*. Colección FAO. Alimentación y Nutrición N° 29. FAO. 2002. p 369-377.
7. Comas D'Argemir, D. Mujeres, familia y estado del bienestar. En: del Valle, Teresa (Editora) *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel, 2000, P 187-204
8. Engle, P., Menom, P., Haddad, L. *Care and nutrition. Concepts and measurement*. [En línea]. FCND Discussion Paper N° 18. IFPRI. August 1996. Disponible en la URL: www.ifpri.org/DIVS/FCND/dp/papers/dp18.pdf [Consulta: Febrero 2012].
9. Barbero L., Martina D., Scruzzi G., Iavicoli T., Perez M. Promoción de buenas prácticas de cuidado nutricional infantil. Entrecruzando docencia, extensión e investigación. [En línea] Disponible en: <http://www.agro.uncor.edu/~paginafacu/FORO/Archivos/Articulacion%20Entre%20Docencia,%20Investigacion%20y%20Extension/54Martina.pdf>
10. Pautassi L “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”. Serie Mujer y Desarrollo. CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo. Octubre 2007.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas. Washington, D.C. © 2001.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. *Serie Extensión de la Protección Social en Salud*, 1. Washington: OPS-ASDI. 2003.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS) / Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Protección social a lo largo de la vida. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los*

- determinantes sociales de la salud* (cap. 8, parte III, pp.84-93). Argentina: La Stampa. 2009.
14. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. *Protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Investigación y Políticas. Ottawa. Canadá. 2011.
 15. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y Caribe. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Proyecto Política Fiscal con Enfoque de Género en América Latina. Cooperación Técnica Alemana (GTZ). *Género, corresponsabilidad entre Trabajo Productivo y Reproductivo y Presupuesto Público. El caso de México*. Ciudad de México, junio de 2007.
 16. Aguirre R; Batthyány K. *El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género*, Universidad de la República, UNICEF, Montevideo, Uruguay. 2005.
 17. Triana A, Avila L y Malagón A. Patrones de crianza y cuidados en niños y niñas de Boyacá. *Rev. Latinoamericana de Cs. Sociales, Niñez y Juventud*. 8(2):933-945. 2010.
 18. Bustamante V, Bomfin Trad L. Participação Paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 21(6): 1865-1874. 2005..
 19. Lupica C. Madres más temprano y más solas. Una realidad familiar que crece, en especial entre las mujeres más pobres. *Observatorio Social N°30*, Marzo 2011.
 20. Tuñón I, Salvia A. La deuda social con la niñez y adolescencia: Magnitud, evolución y perfiles [Internet]. *Barómetro de la Deuda Social de la Infancia*, Observatorio de la Deuda Social Argentina. Buenos Aires: Fundación UCA-Arcor; 2010 [cited 2014 Sep 26]. Available from: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/deuda-social-ninez-adolescencia-magnitud.pdf>
 21. Valdés F. "Amartya Kumar Sen", en *El Universal*, 18 de octubre, 1998, p. 7.
 22. Perez M. Amartya Sen: Notas para pensar la pobreza y la desigualdad social. *Sociológica*, año 14, número 39, Mexico, 1999.
 23. Hopenhayn M. La pobreza en conceptos, realidades y políticas: una perspectiva regional con énfasis en minorías étnicas. Santiago Chile CEPAL [Internet]. 2003 [cited 2015 Feb 9]; Available from: <http://www.choike.org/documentos/hopenhayn.pdf>
 24. Castro Sánchez AE y Evangelista Martínez E. "Investigación en Políticas Sociales" en, *Revista Trabajo Social*. Revista de la ENTS-UNAM, Número 21 Desarrollo Social, septiembre diciembre 1998.
 25. Grassi E. *Política y problemas sociales en la sociedad neoliberal La otra década infame (1)*, Buenos Aires: Espacio, 2003.

26. Castro Sánchez AE. y Evangelista Martínez E. "Gerencia Social. Alternativa metodológica para la planeación de la Política Social en México" en Memoria de la IV Convención Internacional de Trabajo Social, Ed. ENTS-UNAM, México 1997.
27. Maingon T. Política Social en Venezuela 1999-2003. *Cuadernos del CENDES, Año 21 N° 55, Tercera Época*, Enero-Abril 2004.
28. Repetto, F. Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina. *Documento de Trabajo N° 1-52*. Washington D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), 2004.
29. García Puente MJ. La evaluación de políticas públicas y sociales. Un análisis entorno a los actores. En ponencia presentada en el VI Congreso Nacional de Ciencia Política. Rosario 1994. P 5-8
30. Esquivel V, Faur E, Jelín E. Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y Estado. *Las Lóg Cuid Infant Entre Las Fam El Estado El Merc.* 2012;11–43.
31. Aguirre R. "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas" En Arriagada, I. Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.2007
32. Letablier M.T. "El trabajo de 'cuidados' y su conceptualización en Europa". En: Prieto (ed.) (ed.) Trabajo, género y tiempo social. Hacer/Complutense, Madrid. 2007.
33. Jelin E. *Pan y afectos. La transformación de las familias*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 2010
34. Draibe S, Riesco M. Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea. CEPAL. Serie Estudios y Perspectivas, N° 55. México 2006.
35. Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Siglo XXI. España. 1987.
36. Comisión sobre determinantes de la salud de la OMS *Subsanar las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final*. Ginebra. 2008.
37. Ley Nacional 26.061 Boletín Oficial. Argentina, 21 de octubre de 2005.
38. Britos S, O'Donnell A, Ugalde V, Clacheo R. Programas Alimentarios en Argentina. CESNI. Noviembre 2003. P 10-14.
39. Chudnovsky M, Acuña C. Salud: Análisis de la dinámica político- institucional y organización del área materno-infantil (con énfasis en el Programa Materno Infantil y Nutrición- PROMIN-). Marzo. 2002. [En línea]. Disponible en: <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt61.pdf>
40. Municipalidad de Córdoba. Secretaria de Salud. Dirección de atención primaria a la salud. Programa Atención de Embarazadas y Puérperas. [Monografía DVD]. Comisión de revisión 2004.

41. Municipalidad de Córdoba. Secretaria de Salud. Dirección de atención primaria a la salud. Programa de control de crecimiento y desarrollo del niño. [Monografía DVD]. Tercera comisión de revisión 2010.
42. Álvarez MF y otros. Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPyD). Ensayos demográficos sociales. N1. Características Sociodemográficas de la población. Provincia de Córdoba. Ciudad de Córdoba, 2004.
43. Paganini JM, Etchegoyen G, Arrondo F. Guía para el análisis y evaluación de los efectores de primer nivel. - 1a ed. - La Plata: Univ. Nacional de La Plata, 2009 31 p.
44. Batthyany, k. Genta, N. Perrotta, V. La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados. 2012. [En línea] Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/48256/SLapoblacionUruguayayelcuidado.pdf>.
45. Unicef. Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Sistematización de experiencias Argentina 2005. Disponible en: www.unicef.org/argentina.
46. Freier, S. Universidad Católica Argentina. Instituto para la Integración del Saber Departamento de Investigación Institucional. Área Política "Las políticas sociales comparadas entre los años '60 y '90 en Argentina". 2002. [En línea]. Disponible en: <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo32/files/freier3-2002.pdf>.
47. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guías alimentarias para la población Infantil. Argentina. , Buenos Aires.2006.P. 7-39.
48. Araya Umaña S. Las Representaciones Sociales. Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales (FIACSO) Sede académica Costa Rica, 2002.
49. Botero, P. Representaciones y ciencias sociales una perspectiva epistemológica y metodológica. Espacio Editorial, Buenos Aires. Argentina. 2008. P 88-107.
50. Jodelet D. "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En: Moscovici, Serge (Ed.) "Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales." Paidós, Buenos Aires. 1986.
51. Melguizo Herrera E, Alzate Posada ML. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 2008, vol. 26, no 1, p. 112-123
52. De los Santos-Roig M. Evaluación de las creencias de "Sentido Común" sobre la enfermedad: creación de la Escala sobre la Representación Cognitiva de la Enfermedad, ERCE [Internet]. Editorial de la Universidad de Granada; 2009 [consulta Junio 2011]. Disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/18515198.pdf>
53. Mora M. La teoría de las representaciones Sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara. Athenea digital. México 2002. [En línea] Disponible en: [http://www.academia.edu/214897/La Teoria de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici](http://www.academia.edu/214897/La_Teoria_de_las_Representaciones_Sociales_de_Serge_Moscovici)

54. Ibáñez, T. Representaciones sociales. Teoría y método. En *Psicología social construccionista*, 153-216. México: Universidad de Guadalajara.1994.
55. Santillán L. Educación FLACSO ARGENTINA, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Las iniciativas educativas familiares bajo análisis: notas sobre la dimensión social y política del cuidado infantil. 2012. [En línea]. Disponible en: http://www.propuestaeducativa.flacso.org.ar/archivos/dossier_articulos/61.pdf [Consulta 25 de noviembre de 2012].
56. Mendizábal N. Capítulo 2. Los componentes del diseño flexible en investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino I. *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Editorial Gredisa. Biblioteca de Educación. Noviembre 2006.
57. Hennecke A. El discurso como flujo de conocimientos a través del tiempo: reflexiones sobre la relación entre discurso y realidad. Córdoba. Argentina. Comunicarte, 2004.
58. Glaser B., Strauss A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company. Capítulo 5: "El método de comparación constante de análisis cualitativo". Pag. 101-115. 1967.
59. Soneira A. Capítulo 4. La Teoría Fundamentada en los Datos de Glaser y Strauss. En: Vasilachis de Gialdino I. *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Editorial Gredisa. Biblioteca de Educación. Noviembre 2006
60. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Colecc Paid Educ México Paid Mex [Internet]. 2003 [consulta 2013 Jun.]; disponible en: <http://www.ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Hacer-investigacion-alvarez-gayou.pdf>
61. Municipalidad de córdoba. Secretaria de salud. Barrios bajo la lupa. Observatorio Urbano de la Ciudad. Córdoba 2003-2004. Disponible en: HTTP://WWW.CORDOBA.GOV.AR/CORDOBACIUDAD/PRINCIPAL2/DOCS/INFORMACIONESTRATEGICA/SIE/04-SALUD_CAP2.PDF)
62. Llobet V. Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 27]; 4(1). Available from: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/viewArticle/391>
63. Pautassi L, Arcidiacono P, Straschnoy M. Asignación Universal por Hijo para la protección social de la Argentina, CEPAL serie políticas sociales N°184.
64. Bloch C. Atención Primaria de la Salud, Desarrollo y Situación Actual. En Libro de Ponencia: II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. COMADER. 1988. P: 14. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/index.php/cedops-fondos-y-colecciones-jornadas-de-atencion-primaria> [Consulta 15 de Mayo 2014]
65. Ase I, Buriyovich J. *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Salud colectiva v.5 n.1 Lanús ene.

- /abr. 2009). En línea, disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s185182652009000100003&script=sci_arttext.
66. Cingolani G. Anuario del Departamento de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencia Política y RR. II., Universidad Nacional de Rosario. Acerca del problema del sentido en lo social: Una lectura crítica de la teoría de la discursividad de ELISEO VERÓN SOBRE WINCH, TAYLOR Y BOURDIEU. 2002. [En línea]. Disponible en: http://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/730/Acerca%20del%20problema%20del%20sentido%20en%20lo%20social_A1a.pdf?sequence=1
 67. Rodríguez Enriquez C. Economía del cuidado y política económica. Una aproximación a sus interrelaciones. En *documento presentado a la trigésimo octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre*. 2005.
 68. Tirenni J. La política social argentina ante los desafíos de un Estado inclusivo (2003-2013) [Social Policy in Argentina facing the Challenges of an Inclusive State (2003-2013)]. *Estado y Políticas Públicas*, 2013, vol. 1, no 1, p. 123-140.
 69. Arriagada I, Aranda V y Miranda F. *Políticas y programas de salud en América Latina: Problemas y propuestas*. Vol. 114. United Nations Publications, 2006
 70. Atalah S E, Pizarro V M. Análisis de las mejores prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe de consultoría Versión preliminar [Internet]. CEPAL; 2008 [cited 2014 Jul 27]. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=179257&indexSearch=ID>.
 71. Fundación Contemporánea. Políticas Públicas relacionadas con la salud Materno infantil. Serie Políticas públicas. Informe N°3. Agosto 2012
 72. Gómez E. La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques= Health and women in Latin America and the Caribbean: old issues and new approaches. 1997.
 73. Paganini J. y col. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2010, vol. 1, no 2, p. 18-23
 74. Candreva A, Paladino C. Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción estudio cualitativo. *Universitas psychologica*, 2005, vol. 4, no 1, p. 55-62.
 75. Tezoquipal, Hernandez M, Arenas ML., Santiago RV. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública*, 2001, vol. 35, no 5, p. 443-50

76. Comes Y, Stolkiner A. Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres. *Anuario de investigaciones*, 2006, vol. 13, p. 211-219.
77. Rodrigo A y col. Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense. *Archivos argentinos de pediatría*, 2006, vol. 104, no 3, p. 203-209.
78. Batthyány K., Genta N., Perrotta V. La dimensión de género en el saber experto en el cuidado infantil. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2014, vol. 4, no 1, p. 33-58
79. Uda A. y Maldonado Botán V. Una mirada cualitativa a las prácticas de alimentación complementaria que desarrollan las madres/cuidadoras de infantes de 6 a 24 meses de edad. [Tesis]. Córdoba. UNC, FCM, escuela de Nutrición.2013.
80. Calvo E y col. Estudios sobre nutrición en menores de 3 años, alimentación y riesgo de desnutrición: becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia, estudio colaborativo multicéntrico año 2003. En *Estudios sobre nutrición en menores de 3 años, alimentación y riesgo de desnutrición: becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia, estudio colaborativo multicéntrico año 2003*. Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, 2005.
81. Bertran M, Arroyo P. Para la Salud FM. Antropología y nutrición [Internet]. Fundación Mexicana para la Salud; 2006 [cited 2015 Jul 17]. Available from: <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/wpcontent/uploads/07Rese%C3%B1a1as43.pdf>
82. Martínez FranzoniJ, Voorend K. Desigualdades de género en los regímenes de bienestar latinoamericanos. *Laura Pautassi y Carla Zibecchi (comp.) Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura. Buenos Aires: editorial Biblos-ELA.[Links]*, 2013.
83. Faur E. Género y conciliación familia-trabajo: legislación laboral y subjetividades masculinas en América Latina. *Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público, una mirada desde el género*, 2006)
84. Marco F. *El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas*. CEPAL, 2007.
85. Ariza, M. y De Oliveira O. Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica. En: Catalina Wainerman (Comp.) *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica- Argentina. 2002.
86. Marca, M. y López G., Estudio de caso: Contribución de la economía del cuidado a los sistemas de protección social en la ciudad de El Alto. Documento de Trabajo, Unidad Mujer y Desarrollo, La Paz, CEPAL.2006.
87. Piñón SL. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos. Revista de Antropología Social*, 2014, no 16, p. 111-125
88. Cardarelli y Ronsenfeld. Con las mejores intenciones. Acerca de la relación entre el Estado pedagógico y los agentes sociales en *Tutelados y asistidos. Programas*

sociales, políticas públicas y objetividad - Silvia Duschatzky (Comp.) – Buenos Aires – Paidós. 2005

89. Evans P. El estado como problema y como solución. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales* 1996; 35(140):529-62)
90. Báscolo E, Yavich N. Governance and the Effectiveness of the Buenos Aires Public Health Insurance Implementation Process. *Journal of Ambulatory Care Management* 2009; 32(2):91-102.
91. Touati N, Roberge D, Denis JL, Pineault R, Cazale L, Tremblay D. Governance, Health Policy Implementation and the Added Value of Regionalization. *Healthcare Policy* 2007; 2(3):96-113 /

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN ESTUDIO DE INVESTIGACION**

TITULO: *Programas de salud y prácticas de cuidado nutricional infantil, una mirada desde los usuarios y las instituciones de salud.*

N° entrevista:

INVESTIGADOR: Graciela Scruzzi

Un consentimiento informado es un permiso que se le solicita para poder realizar esta investigación, puede contener palabras que usted no entienda, por favor no se quede con dudas si hay algo que no comprenda. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión, si quiere hacer alguna consulta puede llamar a la investigadora Graciela Scruzzi, tel 156457352, o asistir a la Escuela de Nutrición, sito en Enrique Barros s/n, Ciudad Universitaria, los viernes de 10 a 12hs.

El propósito de este estudio de investigación es indagar la información, creencias y actitudes que tienen los encargados del cuidado del niño acerca de las intervenciones consideradas por los programas implementados en los Centros de Salud Públicos de la Ciudad de Córdoba para mejorar las Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil, esto se realizará a través de una encuesta en la que Usted ha sido invitado a participar. El estudio es completamente voluntario. En caso de no participar, no perderá ninguno de los derechos y beneficios que tiene en la atención de la salud. El tiempo estimado para contestar estas preguntas es de aproximadamente 30 minutos. No se le pagará por participar de la entrevista, ni tendrá costo para usted.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero las políticas en torno a los cuidados de salud podrían mejorar como resultado de su participación en este estudio, aunque no hay ninguna garantía de que esto suceda.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Si usted elige estar en este estudio, se le asegurará la confidencialidad de la información obtenida. Nunca los datos que lo identifiquen serán divulgados, y serán utilizados para fines estadísticos y para uso de este estudio.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas, o algún otro medio de comunicación. Sus derechos de confidencialidad están resguardados en la ley 25326.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de la información a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Firma del Participante

Nombre del Participante

Firma del Investigador

Fecha

“Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas. Presidente del Comité Prof. Dra. Hilda Montrull. Hospital de Clínicas. Santa Rosa 1546. Córdoba. Lunes a viernes de 10 a 17 hs.”

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN ESTUDIO DE INVESTIGACION**

TITULO: *Programas de salud y prácticas de cuidado nutricional infantil, una mirada desde los usuarios y las instituciones de salud.*

N° entrevista:

INVESTIGADOR: Graciela Scruzzi

Un consentimiento informado es un permiso que se le solicita para poder realizar esta investigación. Usted puede llevarse una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio antes de tomar su decisión, si quiere hacer alguna consulta puede llamar a la investigadora Graciela Scruzzi, tel 156457352, o asistir a la Escuela de Nutrición, sito en Enrique Barros s/n, Ciudad Universitaria, los viernes de 10 a 12hs.

El propósito de este estudio de investigación es indagar la información, creencias y actitudes que tienen los efectores de los programas de salud dirigidos a niños, acerca de las intervenciones consideradas por los programas implementados en los Centros de Salud Públicos de la Ciudad de Córdoba para mejorar las Prácticas de Cuidado Nutricional Infantil, esto se realizará a través de una encuesta en la que Usted ha sido invitado a participar. El estudio es completamente voluntario. El tiempo estimado para contestar estas preguntas es de aproximadamente 30 minutos. No se le pagará por participar de la entrevista, ni tendrá costo para usted.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero las políticas en torno a los cuidados de salud podrían mejorar como resultado de su participación en este estudio, aunque no hay ninguna garantía de que esto suceda.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Si usted elige estar en este estudio, se le asegurará la confidencialidad de la información obtenida. Nunca los datos que lo identifiquen serán divulgados, y serán utilizados para fines estadísticos y para uso de este estudio.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas, o algún otro medio de comunicación. Sus derechos de confidencialidad están resguardados en la ley 25326.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de la información a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Firma del Participante

Nombre del Participante

Firma del Investigador

Fecha

“Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas. Presidente del Comité Prof. Dra. Hilda Montrull. Hospital de Clínicas. Santa Rosa 1546. Córdoba. Lunes a viernes de 10 a 17 hs.”

ANEXO 3

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS CUIDADORES

Guía de entrevista cuidadores

Edad:

Tipo de Familia:

Composición familiar: Cantidad de personas que residen en la vivienda:

Comparte la crianza con otros:

Número de Hijos:

Trabajo:

1. ¿Recuerdas si algún familiar, amiga o trabajador de salud te habló sobre la alimentación del niño (¿lactancia materna, introducción de alimentos, selección, preparación y distribución de alimentos?
2. ¿Quién te habló más sobre la alimentación del niño? (familiar, amigo, vecino, medico, enfermera, nutricionista)
3. ¿Qué tipo de información era: ¿acerca de la edad de introducción, o de la forma de preparación, cantidad, consistencia?
4. ¿Recuerdas qué te dijeron?
5. ¿Ya habías recibido información, donde?
6. ¿Y qué opinas de esta información? ¿Te sirvió de algo? ¿La pudiste poner en práctica?
7. ¿Estás de acuerdo con lo que te proponían?
8. ¿La información te la brindaban a modo de conocer o era más un mandato o una obligación o una prohibición sobre los cuidados?
9. Ahora te voy a nombrar algunos alimentos y me dirías si alguien te dijo que el niño los puede comer y en ese caso, a partir de qué edad, y ¿qué opinas sobre lo que te aconsejaron?
10. ¿Y le diste la teta a tu hijo?
11. ¿Cuándo comenzó con otra leche?
12. ¿Y con otros alimentos? ¿Cuáles?
13. ¿Cada cuánto lo llevas a los controles?
14. ¿Y qué opinas sobre los controles?
15. ¿Si pudieras elegir como te gustaría que fueran los controles?
16. ¿Cómo consideras que funciona el centro de salud?
17. ¿Además delCCyD qué otros programas del centro de salud utilizas?
18. ¿Y algún otro programa como AUH?
19. ¿Has realizado trámites en el Estado, o solicitado algún tipo de ayuda? ¿De qué tipo? ¿Cuál?

20. Ahora te voy a nombrar algunos alimentos y ¿me podrías contar si lo come tu bebe y cuando comenzó?

Alimento	SI	NO	Edad de incorporación	quién	Qué opinas
Puré de vegetales cocidos Puré de frutas Jugo de frutas frescas Yogur Huevo Fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten Arroz, harina de maíz, tapioca y otros cereales sin gluten Cereales precocidos Papillas listas para comer Pan o galletitas Carne vacuna Pollo Pescado Otras carnes, Especificar _____ Hígado Morcilla Otras vísceras, Especificar _____ Miel Formas de preparación Consistencia de las comidas Cantidades					

ANEXO 4

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS EFECTORES

Cargo:

Antigüedad en el cargo:

Función que desempeña:

1. ¿Cómo consideras que funciona el centro de salud?
2. ¿Qué opinas del Plan Nacer, y del Programa Maternidad e Infancia? ¿A nivel local del Programa CCyD y del Control de Embarazo?
3. ¿Sus objetivos?
4. En sus objetivos, el programa se propone “Realizar actividades de capacitación con metodologías participativas, que faciliten una comunicación fluida y permanente entre los equipos, las instituciones y las familias del Área Programática para incorporar a la población en la autogestión de su salud.” Y otros objetivos que para su cumplimiento se debe trabajar fuera de la consulta, ¿estas actividades se están llevando a cabo?
5. También el programa habla de “Abordar la nutrición no solo desde el punto de vista nutricional, sino también considerando el aspecto vincular, sicomotriz y socioeconómico cultural”. ¿Crees que esto es factible? ¿Por qué?
6. ¿Crees que a partir del programa CCyD se puede apoyar a los cuidados (LM, AC, Selección y preparación de alimentos)??
7. ¿Cómo consideras que es la Accesibilidad en este centro de salud, los turnos? ¿Los controles? ¿Y la modalidad del control de salud?
8. ¿Qué opinas de la asistencia a los controles por parte de los cuidadores? ¿Por qué?
9. ¿Cuándo crees que hay más consultas para controles? ¿Para tratar algún problema?
10. ¿Qué opinas de las Prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos que tienen la población que asiste al centro?
11. ¿Cuál es la información que se brinda en el centro? ¿Sobre la edad de introducción de alimentos, o de la forma de preparación, cantidad, consistencia?
12. ¿Cómo visualizas la implementación de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria, selección, preparación y distribución de alimentos?