Universidad Nacional de Entre Ríos
Facultad de Trabajo Social

Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia. Resol. “C.S” 320/11, 324/12.

Sede: Metropolitana

La Atención Primaria de la Salud como Estrategia Fundamental para garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Autora: Licenciada en Trabajo Social Hagelin Deborah Laura

Nombre del Director/a del Trabajo Final: Magíster Ángeles Commisso

INDICE

1. **Resumen**: Pagina N°3

2. **Introducción**: Paginas N°4 y 5

3. **Objetivo General y Especificos**. Pagina N° 6

4. **Capítulo 1**: Fundamentos de la APS y el derecho a la salud de los NNA, Paginas N° 7 a N°12.

5. **Capítulo 2**: Conociendo el Territorio, Paginas N° 13 a N° 17

6. **Capitulo 3**: Parte Uno: Instituciones del Territorio: Pagina N° 18 a N° 22

7. **Capitulo 3:** Parte Dos: Usuarias/os de Los CAPS: Paginas N° 23 a N° 26

8. **Capitulo 4**: Analisis de los Datos obtenidos: Paginas N° 27 a N° 33

9. **Conclusiones**: Paginas N° 34 a N° 35

10. **Bibliografia**: Paginas N° 36 a N° 38

11. **Anexos:** Paginas N°39 a 40

Resumen

A través de este trabajo se quieren conocer las acciones que desarrollan los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) San Atilio y Favaloro - CIC Lamas del Distrito de José C. Paz para garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes del territorio, y de qué manera éstas influyen en su vida cotidiana, sosteniendo que la atención primaria de la salud (APS) es la estrategia fundamental para que este derecho sea garantizado desde los C.A.P.S.

Sostenemos que un enfoque de derechos tiene que apuntar a la atención integral de todos los niños niñas y adolescentes, haciendo hincapié en la promoción del cuidado de la salud y prevención de enfermedades, con un abordaje integral, teniendo como resultado que todas/os accedan a una atención de calidad, accesible, universal y con prácticas que ayuden a la disminución de la mortalidad infantil.

Los CAPS se encuentran ubicados en la periferia del distrito, y a través de entrevistas, encuestas y observaciones se podrá conocer y analizar el territorio donde están insertos, tratando de plasmar la mirada que las/os usuarias/os tienen de éstos en relación al derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, como parte del sistema de protección de derechos.

Introducción

Tema: Atención primaria de la salud y el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

A través de este trabajo se tratará de caracterizar y analizar las estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS) que se llevan a cabo en dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS): San Atilio y Favaloro - CIC de Lamas, para garantizar el derecho a la salud de los niños niñas y adolescentes (NNA) de los barrios San Atilio y Saavedra Lamas de Distrito de José C. Paz. Cabe aclarar que se tomará a ambos barrios como un solo territorio, entendiendo que éste "es constituido a partir de la relación dinámica entre componentes estructurales y coyunturales referidos a la economía, cultura, política; y los propios del territorio como actores, relaciones de fuerza, organizaciones, necesidades, redes, etc." Es decir, como un campo de acción, multidimensional y complejo, compuesto por el entramado propio de las desigualdades producidas por el modo de producción capitalista, "donde la relación entre los sujetos involucrados se definen en el marco de un entramado de intereses". (MASSA 2015, pág. 13)

El territorio es dialécticamente producto y productor de la acción de los sujetos, perspectiva que refiere a la posibilidad/necesidad de recuperar la "dimensión espacial" de los dispositivos de atención de los "problemas sociales", las políticas sociales, y se orienta a un proceso de toma de decisiones a partir de problemas y soluciones territorializadas, a elaboración de diagnósticos territorializados que permiten, a la vez, proponer estrategias adecuadas y viables para darle respuesta al entramado de necesidades "materiales" o

“simbólicas”. (Laura, 2018, pág. 16)

A lo largo del trabajo veremos cómo los sujetos que viven en uno y otro barrio comparten la cotidianidad: concurren a las mismas escuelas, comedores, Centros de Salud, comercios, etc., por lo que en lo sucesivo se lo denominará como territorio Lamas San Atilio.

Para poder conocer esta realidad se realizarán encuestas a usuarias/os y referentes de diferentes instituciones, entrevistas al equipo de salud y vecinas/os, y observación de la autora, no entendiéndolos como técnicas sino como elementos táctico operativos con los cuales se da inicio a un “proceso de indagación y reconstrucción de la realidad tendiente a comprender su significado social e histórico... y así poder realizar un proceso de reconstrucción analítica donde se puedan determinar las determinaciones y mediaciones que otorgan particularidad a la situación considerada, lejos de ser técnicas predefinidas o establecidas mediante guías o protocolos estandarizados, son elementos táctico operativos seleccionados y desarrollados por el profesional para otorgar viabilidad a la estrategia de intervención definida, considerando la multiplicidad de intereses y visiones presentes. (Oliva, 2007)

Se entiende a la Salud como derecho universal, reconociendo el valor intrínseco e igual de todo ser humano a garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos sin distinción alguna. Como lo plantea la concepción de Sistema Único de Salud, en tanto práctica se orienta por las necesidades de salud y es parte de la construcción de la ciudadanía social, y expresa una visión del mundo donde el bienestar colectivo, la dignidad y la vida humana son valores básicos. (LAURELL, 2019, págs. 23-24)

Se analiza el Derecho a la Salud de los NNA del territorio Lamas San Atilio teniendo como horizonte el Art. 14. de la (Ley26061)– Derecho a la salud. Según éste, los organismos del Estado deben garantizar: a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad; b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración; c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia; d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social. Así, toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

En este marco, el problema de conocimiento se vincula a las acciones destinadas a garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes que concurren a los C.A.P.S. San Atilio y Favaloro - Cic de Lamas de José C. Paz, tomando como pregunta directriz: ¿Cuáles son las estrategias de A.P.S. que existen en los C.A.P.S. San Atilio y Favaloro Cic de Lamas de José C Paz

destinadas al cuidado integral de la salud de los NNyA que allí concurren?

La hipótesis que se plantea es que las estrategias de la atención primaria de la salud (A.P.S.) son una herramienta fundamental para garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes (N.N.A.) que concurren a los Centros de Atención Primaria (C.A.P.S.) mencionados. A medida que se avance en el desarrollo de los capítulos se podrá reafirmar o refutar esta hipótesis, y valorar la acción de los equipos de los CAPS como parte fundamental del sistema de protección de derechos.

Objetivo general:

Conocer y analizar las estrategias de A.P.S. existentes en los C.A.P.S. San Atilio y Favaloro de José C Paz y su influencia en el acceso al derecho a la salud de los NNyA que allí concurren, durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2019.

Objetivos específicos:

1. Identificar las estrategias relacionadas con la A.P.S. en los C.A.P.S. San Atilio y Favaloro del Distrito de José C. Paz en el período seleccionado.
2. Relevar el conocimiento que los NNyA y sus familias poseen sobre las estrategias de A.P.S. que existen en los mismos.
3. Analizar como la estrategia de APS de los CAPS Favoloro CIC de Lamas y San Atilio influye como elemento para garantizar el derecho a la salud de los NNA del territorio.

Capítulo 1

Fundamentos de la APS y el derecho a la salud de los NNA

Para poder conocer y analizar qué estrategias de APS llevan a cabo los centros de salud seleccionados, se hará un recorrido de su significado, (Ministerio De Salud, 2015), para lo cual es necesario tener en cuenta que no existe consenso a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción socio cultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

La estrategia de atención primaria de la salud (APS) desde que fue concebida, puso en revisión muchos conceptos tradicionales sobre: salud y enfermedad, comportamientos personales e institucionales, modalidades para definir y organizar un sistema de atención de la salud.

Así mismo, impulsó las líneas de trabajo que buscaban superar las barreras de acceso a la atención e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades mediante intervenciones individuales y/o poblacionales.

La APS enriqueció el marco conceptual de la participación comunitaria como un elemento principal de los programas de salud, y colaboró en la integración de los derechos humanos en la base ética que sustenta el acceso a la salud destacando la importancia de la red de servicios y los niveles de atención para asegurar el acceso y la calidad de la atención, donde el primer contacto con el sistema de salud suponía tanto una integración hacia el interior del sistema asistencial como hacia la población, valorando su responsabilidad y la de sus

instituciones para promover la salud, prevenir la enfermedad y acceder oportunamente al sistema de atención.

Desde 1978, se dio estatus prioritario y reconocimiento conceptual a la Atención Primaria de la Salud, en la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata. Así queda reconocida en el campo de la Salud Pública: “Existe una Política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada “Salud para todos en el año 2000”.

En 1978, en la reunión de Alma-Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de la salud (APS), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.

Esta estrategia incluye como principios básicos:

- Accesibilidad de la población a la atención de la salud.
- Cobertura universal en función de las necesidades de salud de la población.
- Organización y participación de la comunidad para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado.
- Acción intersectorial, entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios.
- Desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponibles.

En la amplitud y ambigüedad de su definición, permite entenderla y actuar de distintas maneras. En cualquier caso, siempre tiene el valor de movilizar la reflexión y la acción en materia de la salud de las poblaciones.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es equivalente a un primer nivel de atención, lo que se traduce habitualmente como “puerta de entrada al sistema”. Es decir, como la zona de contacto inicial de individuos y comunidades con el sistema de salud, cuyo carácter descentralizado está destinado a aumentar las posibilidades de acceso de la población a los recursos disponibles en cada área sanitaria.

Esta zona inicial implica establecer una comunicación continua y sistemática con:

a. La población cubierta, ya se trate de aquellas personas incluidas en la población de alto riesgo como aquellas consideradas como sanas o asintomáticas.

b. Con referentes ubicados en otros niveles del sistema, para efectuar su

adecuada derivación.

La APS sostiene que, si bien las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad horizontal en el acceso a los servicios básicos de salud, es cierto que la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obliga a satisfacer prioritariamente sus necesidades. Esto no implica que la atención deba limitarse solamente a grupos focalizados mediante el suministro de un paquete básico de servicios, sino que es necesario ampliar o extender la cobertura de los programas y servicios de salud.

Una herramienta fundamental para la implementación de una estrategia de APS es la intersectorialidad. Ella permite incorporar y sumar recursos, actividades, iniciativas que habitualmente existen y se desarrollan más allá del sistema formal de salud, a través de otras agencias sociales: escuelas, instituciones barriales, centros de recreación, organizaciones laborales, etc. (Ministerio De Salud, 2015)

A partir de lo anterior podemos afirmar que los CAPS son los encargados de llevar adelante la estrategia de APS como parte del sistema de protección integral de los derechos de los NNA en el ámbito local, tal como se plantea en La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que han establecido las bases para el diseño de una nueva institucionalidad para la infancia. Este diseño se asienta sobre la noción de Sistema de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, definido en el art. 32 de la Ley 26.061 que contempla los organismos que lo integran, sus funciones, objetivos y medios para lograrlos.

Otra categoría de análisis relevante es la niñez como sujeto de derechos y cómo se llegó en nuestro país a concebir a los NNA como sujeto de derechos y diseñar un sistema de protección.

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, como lo cuentan (Murga, 2011), Dicha convención significó una ruptura radical con el enfoque jurídico de la infancia, a partir de la idea central de la consideración y afirmación de las/os niñas/os como sujetos de derechos, proyectando sus efectos sobre los lineamientos de políticas públicas y promoviendo un proceso de transformación social, de construcción de ciudadanía para niñas/os y jóvenes, y de modificación de prácticas de actores gubernamentales y no gubernamentales. Llevó a una evolución del pensamiento jurídico permitiendo afirmar que, tras la noción de derechos humanos, subyace la idea de que todas las personas, incluidas/os niñas/os, gozan de los derechos consagrados para los seres humanos y que es deber de los Estados promover y garantizar su efectiva protección igualitaria, para lo cual se reconoce la existencia de protecciones jurídicas y derechos específicos de ciertos grupos de personas, entre los cuales está la niñez. El enfoque de derechos constituye la perspectiva central que atraviesa todo el modelo de protección integral instituido por la Convención, reconociendo a las/os niñas/os como sujetos de derechos, a diferencia del paradigma anterior en el que aparecen como objeto de acciones tutelares del Estado.

En nuestro país, desde el año 1994, la convención está dotada de jerarquía constitucional, en los términos del artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional. Sin embargo, se mantuvo durante más de quince años la vigencia simultánea de la Ley de Patronato 10.903 del año 1919 (que recogía el viejo modelo de la situación irregular) y de leyes provinciales que han sido su consecuencia; incluso algunas que si bien fueron sancionadas con posterioridad a la Convención, no recogen sus principios ni el modelo de protección que la misma instituye. A partir de la ratificación de la Convención, es posible clasificar los países de América Latina en tres grupos: uno en que se ubican aquellos en los que la ratificación careció de impacto o el mismo fue político, superficial o retórico; un segundo en que se llevó a cabo la adecuación "formal" de las leyes internas a los postulados del documento internacional; y el tercero en que se realizó un proceso de adecuación sustancial de tales leyes a dichos postulados. La Ley Nacional 26.061 se ubica en este último grupo, ya que contiene un renovado cuerpo de normas adjetivas y sustantivas que importa la traducción -largamente reclamada en el ámbito doméstico de la Convención de los Derechos del Niño, dando cuenta del cambio en la forma de conceptualizar e implementar la protección a los niños y adolescentes, y para ello al mismo tiempo una reforma institucional que contiene nuevos mecanismos y formas organizacionales para garantizar y proteger sus derechos. La Nación Argentina responde así al ya mencionado compromiso asumido en la protección de los derechos humanos de las/os niñas/os, a través del diseño y ejecución de políticas públicas y medidas de protección que, contemplando formas de participación comunitaria, reconocen el protagonismo esencial de las/os niñas/os y sus familias y promueven el efectivo respeto y satisfacción de sus derechos.

Esta nueva legislación permitió incorporar: la perspectiva de derechos en la atención y asistencia de las/os niñas/os y sus familias, desjudicializar los problemas sociales que pasan a ser abordados en forma prioritaria por las políticas públicas, evitando la estigmatización y exclusión de los grupos sociales vulnerables, profundizar el diseño, la planificación y la ejecución de políticas públicas para la infancia en clave de derechos humanos promoviendo la construcción de ciudadanía y la inclusión social para las/os niñas/os y familias argentinas. Se logró otorgar sustentabilidad al proceso de descentralización de programas y recursos para la atención de la infancia, adolescencia y la familia y promover la gestión asociada y corresponsable entre los Estados Nacional, Provincial y Municipal, en sus diferentes áreas y las organizaciones de la sociedad civil (ONG, comisiones vecinales), generando así el Sistema de Protección Integral que está integrado por: organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan, supervisan políticas públicas de gestión estatal o privada de nivel nacional, provincial y local, destinados a la prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes. (Murga, 2011) Ahora bien cada territorio dotara de su impronta según el compromiso de las instituciones y sus recursos destinados a la protección de los derechos de las infancias.

En este “sistema de protección integral” el Estado es el principal garante tanto

de las políticas públicas básicas universales (salud, vivienda y educación), como de las de protección especial de derechos. Familia y sociedad somos corresponsables en la promoción, protección y defensa de esos derechos (programas especiales) que aseguren el cumplimiento efectivo de los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes. Este sistema puede graficarse como una pirámide: su base es la planificación y el diseño de grandes líneas a nivel federal. Y sobre ella, se levantan tres instancias: a) políticas públicas y programas que realizan provincias y municipios; b) medidas de protección integral cuando falte el acceso a esas políticas; c) y medidas de excepción como la separación de las/os niñas/os de su familia, que se adoptan en sede administrativa con control de legalidad en la Justicia.

Como en todo sistema, los actores que lo integran, tanto estatales como de la sociedad civil, interactúan entre sí. En este caso se trata de un sistema de naturaleza política y social que bien puede definirse como un conjunto de interacciones que se estructuran y fluyen en torno a corresponsabilidades que tienen todos los actores, debiendo respetar las competencias de cada actor y sabiéndose corresponsables del funcionamiento del sistema. (CASACIDN, 2008)

Desde allí, se entiende a los CAPS como parte de este sistema a nivel local, donde se llevan adelante a través de la estrategia de APS diferentes políticas públicas en salud para los NNA en un territorio determinado. Desde el año 2002 aproximadamente, se han sucedido en nuestro país la creación de planes, programas y leyes desde una perspectiva de derechos, y salud no fue la excepción. Podemos nombrar algunos como el Programa Médicos Comunitarios, que tiene como objetivo el fortalecimiento de recursos humanos para el Primer Nivel de Atención, cuyo propósito es la consolidación en los Sistemas Locales de Salud desde la estrategia de Atención Primaria; el Plan Remediar, que es un programa que contribuye a garantizar el derecho al acceso y cobertura a los medicamentos esenciales a través de la distribución directa a los Centros de Salud, entre otros. En el año 2002 se sanciona (Ley Nacional N° 25,673, 2002) de salud sexual y procreación responsable, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual, y en el 2006 se sanciona la Ley de Educacion sexual Integral (Ley NacionaL 26150, 2006), que establece que todas/os las/os educandas/os tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, por lo que se crea un programa nacional a tal fin.

La Ley del Paciente N° 26.529 regula las relaciones civiles entre el paciente con las/os médicas/os y con las instituciones de la salud, que se desarrollen en todo el territorio de la Nación Argentina donde especifica que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. La ley de salud mental 26.657 a su vez, dice en su artículo 1 “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de

derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". La ley de identidad de género N° 26.743, del año 2012, convierte a la Argentina en el primer país que garantiza el derecho de todas las personas al reconocimiento de su identidad de género.

Todo este andamiaje legal y las acciones para su cumplimiento, a través de diferentes programas propuestos por las políticas publicas son imprescindibles para el cuidado y protección de la salud de niños, niñas y jóvenes, conocer sus derechos e incorporarlos en su vida cotidiana forman parte de su desarrollo integral. En este sentido, los y las integrantes de los equipo de salud de los CAPS son actores fundamentales para dicho cumplimiento. Cuando se refiere al cumplimiento de los derechos de los niños y de las niñas, se piensa en algunas acciones desde los equipos de salud a desarrollar tales como:

• El afianzamiento de vínculos positivos entre el equipo de salud y los NNA de la comunidad donde están insertos los CAPS, generando espacios para escuchar la palabra de estos NNA.

• La promoción de la participación de los niños, niñas y adolescentes en actividades destinadas al cuidado de su salud.

• La promoción de igualdad de trato entre varones y mujeres.

• La generación de condiciones de escucha, contención y articulación intersectorial para la asistencia a los niños, las niñas y adolescentes ante situaciones de vulneración de derechos o ante situaciones que implican imposibilidad para el ejercicio de sus derechos, que supone la articulación de las instituciones presentes en el territorio.

• La promoción de prácticas de autocuidado y cuidado hacia los otros y las otras para identificar y denunciar situaciones de maltrato o abuso, apuntando a construir formas colectivas de cuidado.

Adscribiendo a una mirada antropológica de la infancia, Colangelo pone el acento en la diversidad, y afirma "que eso que nosotros llamamos infancia no representa lo mismo ni es vivido de la misma manera en todos los grupos humanos, esta perspectiva de la diversidad nos lleva a ver a en la infancia una categoría socialmente construida en la que se conjugan por lo menos tres dimensiones de lo social: variabilidad cultural, desigualdad social y género. Esta perspectiva hace posible las diferentes concepciones de niño, vínculos familiares". Niño, niña, adolescente en el territorio Lamas San Atilio, tiene particularidades que trataremos de mostrar a lo largo del trabajo. (Llovet, 2011)

Se puede afirmar que los NNA del territorio Lamas San Atilio deberían de encontrar en los CAPS, en ese primer acercamiento al sistema de salud, ser parte de la estrategia de APS a través no solo de su atención sino desde su propia participación. Los centros de atención primaria de la salud Favaloro CIC Lamas y San Atilio deberían contar con las herramientas para brindar

información, asistir, capacitar y acompañar el desarrollo de la salud de los NNA del territorio. Pero el deber ser y lo que pasa en el territorio no siempre es de la misma manera; en los próximos capítulos podremos conocer cómo se desarrolla el cuidado de las salud a través de los Caps en el territorio Lamas San Atilio.

Capitulo 2

Conociendo el territorio

En el presente capitulo, se conocerá el territorio Lamas San Atilio retomando la voz de las/os que allí transitan, vecinas/os, equipos de salud y la propia experiencia como parte del equipo de salud de ambos CAPS donde me desarrollo como trabajadora social desde el año 2005 en San Atilio y desde el 2012 en Favaloro, para profundizar el conocimiento acerca de cómo se desarrolla allí el cuidado integral de la salud a la niñez.

Este territorio es parte del partido de José. C. Paz, que actualmente tiene como intendente a Mario Ishii, siendo uno de los 135 partidos de la Provincia de Buenos Aires. Se fundó el 20 de octubre de 1994, y lleva este nombre en homenaje a un diplomático y periodista, fundador del diario “La Prensa”. Según el censo de 2010 cuenta con 265.981 habitantes, el 50.6% son de sexo femenino y el 49.4% masculino. Posee un total de 71.722 viviendas, con un 12% de las necesidades básicas insatisfechas y una tasa de desocupación del 7,1%. El partido posee 75 barrios con nombres destacados como Barrio Frino, La Paz, El Ombú, Vucetich, Sol y Verde. Limita con los partidos de Pilar, Moreno, San Miguel y Malvinas Argentinas.

En el distrito existen pocos edificios de altura considerable, ya que gran parte de la ciudad tiene viviendas de nivel medio y nivel bajo, solamente en la zona céntrica se encuentran edificaciones de nivel medio alto y alto. En lo que refiere a estructura, el municipio posee un 48% de sus calles pavimentadas, donde en la actualidad el porcentaje va aumentando lentamente, siendo más notable en algunos barrios. También se están realizando cordones, obras hidráulicas y capas asfálticas. La mayoría de asfaltos se conectan con la ruta provincial 8 y ruta provincial número 24. Con respecto al suministro de agua potable y

cloacas, la cobertura es deficiente. En José C. Paz solamente hay un country que junto a los barrios denominados “de las casitas” cuentan con otros servicios.

Por otra parte, las principales industrias con que cuenta el partido son de cerámica, textiles, alimentos y heladeras. Además, cuenta con numerosos medios de transportes como ómnibus de corta, media y larga distancia, y con líneas de colectivos como por ejemplo el 741, 749, 182, 303, 365, 53, entre otros, y el ferrocarril San Martín. Tiene medios de comunicación como “Periódicos para todos”, acceso a internet, teléfono y la Universidad Nacional de José C Paz.

Según datos del Indec analizados por Instituto del Conurbano en el año 2016, a pesar de haber descendido en el último periodo intercensal, el partido presenta un porcentaje de hogares con al menos un indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI) que es superior al promedio del Gran Buenos Aires. José C. Paz se encuentra en el grupo de los cuatro partidos del Gran Buenos Aires que tiene menor porcentaje de población con cobertura de obra social o seguro privado (52,24%). En relación a las condiciones de vida, los datos del censo de 2010 muestran distintas situaciones de vulnerabilidad socio sanitaria: un 5,88% de población que vive con hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto), sólo un 17,3% de población que accede a servicio de agua de red y sólo un 6,1% que tiene conexión a cloacas. La tasa de mortalidad infantil registra una tendencia descendente entre 2005 y 2014, no obstante continúa siendo mayor a la del Gran Buenos Aires y a la de la provincia de Buenos Aires.

Las consultas por habitante según nivel de atención mostraron (en la salida de la crisis de principios de siglo) una tendencia contraria: se duplicaron en los establecimientos del primer nivel (CAPS municipales) y descendieron en un tercio aquellas realizadas en el hospital provincial. A lo largo del periodo, los CAPS fueron espacio de implementación de programas nacionales y provinciales y lugar desde el cual se distribuyeron insumos críticos. (UNGS, 2016)

El territorio Lamas San Atilio se encuentra en la periferia del distrito, siendo los últimos barrios, ya que limitan con Moreno y Pilar, a 11 Km del centro donde se encuentra el centro comercial, municipalidad y el hospital provincial Domingo Mercante. Esta realidad hace que la comunidad genere sus propios espacios, en particular San Atilio es el barrio más viejo y en él se encuentran la mayoría de las instituciones y organizaciones que dan respuesta a las políticas para garantizar los derechos de la población en general y de los NNA en particular, tales como escuela primaria N°16, escuela secundaria N° 15, Jardín de infantes N° 923, escuela primaria de adultos, centro comunitario Belén (donde se brinda ayuda y contención desde lo educativo, alimentario y recreativo desde la educación popular a niñas/os y adolescentes entre 0 a 15 años, contando con servicio de guardería, y acompañamiento en sala de 3, 4 y 5 años, apoyo escolar para nivel primario y grupo de jóvenes), Radio comunitaria Tinkunaco, una iglesia catolica, varias evangélicas y 2 comedores comunitarios, programa ENVION que está destinado a adolescentes entre 12 y 21 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad social (siendo su objetivo esencial la

inclusión, la contención, el acompañamiento y el diseño de estrategias que fortalezcan su estima, reparen y brinden igualdad de oportunidades) y el CAPS ubicado en la calle Miller y San Blas.

Sus calles en su mayoría son de tierra, no posee red cloacal, ni gas natural, llegan los colectivos 449, 365, 749, sus límites son Calle Ayacucho que linda con el barrio Urquiza, calle San Salvador lindero al barrio Lamas, calle Saavedra Lamas límite con el partido de Moreno y el arroyo Pinazo límite con el partido de Pilar. Podemos decir que es un barrio de características obreras, casas bajas de construcción muchas veces mixta (material y madera y chapa).

El Barrio Saavedra Lamas o "Las Casitas" como lo suelen llamar es uno de los tantos complejos habitacionales que se construyeron en José C. Paz desde el año 2005. Éste tuvo la característica de que fue realizado a través de cooperativas de trabajo integradas por las personas que luego residirían en las viviendas; para el año 2010, aunque no se habían finalizado, comienzan a vivir las familias, y una parte de este barrio fue tomado por familias que no eran las destinatarias, por lo que esa parte no se finalizó. Está compuesto por 1500 viviendas, de las cuales unas 300 no están terminadas hasta el día de hoy. El mismo cuenta con agua de red, cloaca, no así red de gas, la única institución que se creó fue un CIC (centro integrador comunitario) donde se ofrece algunas actividades recreativas y el programa FINES (de terminalidad educativa) en el año 2012, el Centro de Salud Favaloro que se encuentra dentro del CIC, y el jardín de infantes N 919.

Las familias que allí arribaron debieron recurrir a las instituciones y organizaciones de barrios vecinos, por lo que las mismas se vieron sobrepasadas por la demanda, observándose sobrepoblación en escuelas, centros comunitarios, comedores, etc. especialmente del barrio San Atilio. Jezabel, promotora del CAPS Favaloro Cic de Lamas, cuenta en entrevista que "*Costó mucho recorrer Lamas sin que te agredan, que nos reconozcan como parte del barrio, al principio cuando nos acercábamos o venían a pedir algo al centro era de mala manera, debe ser por la propia historia de cómo se constituyó el barrio, la toma de parte de las viviendas fue a mano armada, la parte del fondo, ahí las casas no están terminadas porque las tomaron antes, hay como dos barrios en uno: los del fondo y los de adelante, los de atrás -lo dice sonriendo como con nostalgia- no tienen calles transitables en muchos tramos, ni conexión al agua, costó mucho que nos aceptaran… ahora estamos bien*". También se puede observar lindando ambos barrios un asentamiento, según nos comenta Gladis- vecina del Barrio Lamas- éste avanzó luego de que se instalaran las familias del barrio en espera de poder acceder a una "casita".

Conociendo un poco la historia de cómo estos barrios llegan a ser un solo territorio, en entrevista con referentes de los CAPS y vecinas/os varias anécdotas son relatadas haciendo referencia al inicio de la inclusión de los habitantes de ambos barrios, que trajo aparejado peleas que se fueron superando con el pasar del tiempo. Cuenta la promotora de salud del CAPS San Atilio -Patricia- que al inicio de la convivencia "*cuando recién fueron a vivir las familias a Lamas, los vecinos de San Atilio tapaban con barricadas de cosas la*

entrada del barrio que conecta a la calle que da directamente a la sala para que tardaran más en llegar para los turnos…"; en el mismo relato comenta "*... las veces que tuvimos que separar a chicas y chicos por agarrarse a piñas en la plaza, antes era menos frecuente, como que los de San Atilio sintieron que los de Lamas vinieron a sacarles sus cosas, la escuela, la sala, el Belén* (por el Centro Comunitario del Barrio)", "*la gente viene a las 2 de la mañana para poder conseguir un turno, aunque esté la sala en el barrio, allí no tienen médico, así que todos vienen acá…*".

El equipo del CAPS San Atilio está conformado por:

- Un médico clínico
- Un médico pediatra
- Una ginecóloga.
- Una Lic. en Obstetricia
- Una enfermera.
- Trabajadora Social.
- Promotora de salud.
- 3 administrativas

Allí funciona el Plan Sumar, que es una política pública que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. Por cada persona bajo programa y por cada consulta y control que se realice, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados a toda la comunidad, cuenta Andrea -administrativa del CAPS-, *"...con el plan sumar logramos acondicionar mucho el centro, ahora hace rato no nos mandan nada…*".

También se implementa el Plan Materno Infantil, que está destinado a contribuir al crecimiento y desarrollo adecuado e integral de las/os niñas/os comprendidas/os entre 0 y 5 años de edad. Comprende atención pediátrica y la entrega de 2 kg de leche mensuales por niña/o. En la misma charla con Andrea nos dice que *"...la leche tratamos de entregarla también a personas mayores y a familias que sabemos que aunque no tengan hijos menores de 5 años la necesitan porque son muchos…*".

Otros Programas son el de Salud Sexual y Reproductiva, por el que se entregan los métodos anticonceptivos y se realizan papanicolau a las mujeres; Programa Médicos Comunitarios; Plan Remediar, de medicamentos, que fue suspendido por lo que los usuarios concurren al Caps Favoloro Cic de Lamas en busca de ellos. Antes contaban con más profesionales, pero en estos últimos años con la creación de los Hospitales Municipales el gobierno local dejó de priorizar a los centros de salud por lo que los mismos se vieron desabastecidos. El equipo de

salud coincide que se trata de dar respuesta con lo que se tiene, y que el trabajo con las otras organizaciones es fundamental. Dice Patricia: "*si llega algún niño o adolescente con algún derecho vulnerado, en conjunto con la trabajadora social tratamos de hacer red, ya que los chicos o van a la escuela, la de enfrente, o al Belén, o a Envión, así que desde allí tratamos de ayudarlos, ya si es muy grave se articula con la DINAF (Dirección de Niñez Adolescencia y Familia, que funciona como Servicio Local)...*" En la misma charla, el equipo de salud comenta que se brindan muchos talleres en la comunidad, que a lo largo de la historia se han generado muchas actividades, desde una charla en la escuela, o el Belén, Envión, hasta una jornada para pintar los juegos de la plaza, o un proyecto de promotores de salud adolescentes y que ésto disminuye cuando se acota el horario de atención, ya que anteriormente era de 8 a 17, y luego de 8 a 14, sumado a la precarización de las/os trabajadoras/es, por lo que si bien se continúa con la promoción en el cuidado integral de la salud, el mismo disminuyó. A pesar del vaciamiento, el Caps San Atilio trata de dar respuesta al cuidado de la salud de los vecinos del territorio Lamas San Atilio, ya que el CAPS Favaloro cuenta con muy pocos servicios, según nos comenta María -administrativa de este desde hace siete años-: "*El CAPS tuvo distintas etapas, hubo un momento en el que se ofrecían muchos servicios y prestaciones (médico clínico, ginecología, vacunación, enfermería, pediatría, odontología), pero en la actualidad contamos con obstetricia , Lic. en psicología, Lic. En Trabajo Social, promotoras de salud. Nuestro fuerte es la consejería en salud sexual, se ha logrado con los años una gran participación especialmente de las adolescentes, entregamos muchos anticonceptivos y se coloca implante subdérmico (método anticonceptivo de larga duración, destinado a mujeres entre 14 y 24 años), que es lo quieren muchas adolescentes...".*

La consejería en salud sexual es llevada adelante por la Trabajadora Social, la psicóloga y la promotora de salud, desde hace 5 años. Allí se brinda información sobre los métodos anticonceptivos, con una charla taller, así lo expresan integrantes del equipo (del que soy parte): "*en el espacio confluyen mujeres adultas, adolescentes, muy pocos varones, pero que se logra el compartir experiencias y saberes, teniendo una concurrencia de 15 participantes por semana aproximadamente*".

En la indagación de cada uno de los Caps se pudo observar que uno se complementa con el otro, entre ambos brindan asistencia, orientación, acompañamiento, actividades de promoción y prevención para el territorio que se analiza, y distan ocho cuadras uno del otro. El Caps Favaloro no tiene médico pero sí medicamentos, San Atilio posee ginecóloga pero no coloca implantes ni tiene consejería en salud sexual, y ambos equipo coinciden en que se atiende tanto usuarios de San Atilio como de Lamas.

Las/os residentes de los dos barrios no solo comparten los centros de salud, sino también las escuelas; Marisel -vecina del barrio San Atilio- comenta "*...cuando llegaron los de Lamas nuestras escuelas no dieron a basto, con el tiempo nos acostumbramos a convivir... lo que pasa que al barrio le tendrían que haber hecho por lo menos escuelas, conseguir un lugar en el Belén (centro comunitario) es muy difícil, cuando antes siempre encontrabas...*". También

comenta "*...eso sí, gracias al barrio (por Lamas) llegan más líneas de colectivos siendo más accesible llegar…*". Marita -vecina del barrio Lamas- se refiere al acceso a las instituciones en su relato: "*... en un principio era muy incómodo ir a la escuela o al centro comunitario, la gente te miraba mal, ahora ya no, por suerte la escuela, el Belén, o el Lagarto (ambos centros comunitarios cercanos), así como los del Envión nos reciben bien, ahí van la mayoría de los pibes, o los que consiguen vacante…*".

En los diferentes relatos se puede observar que las/os NNA del territorio circulan por diferentes organizaciones del ámbito formal, como las escuelas en los diferentes niveles jardín, primaria y secundaria, Caps, programas destinados a los adolescentes como Envión, organizaciones comunitarias como los centros comunitarios; formando parte estas instituciones del sistema de protección integral del territorio. Es allí donde las/os NNA construyen y comparten sus experiencias de vida, donde desarrollan su propia identidad, donde participan. Es allí donde se elaboran las primeras estrategias para la restitución de derechos, en caso de tenerlos vulnerados.

Capítulo 3

Las voces de los actores, análisis de las encuestas y entrevistas

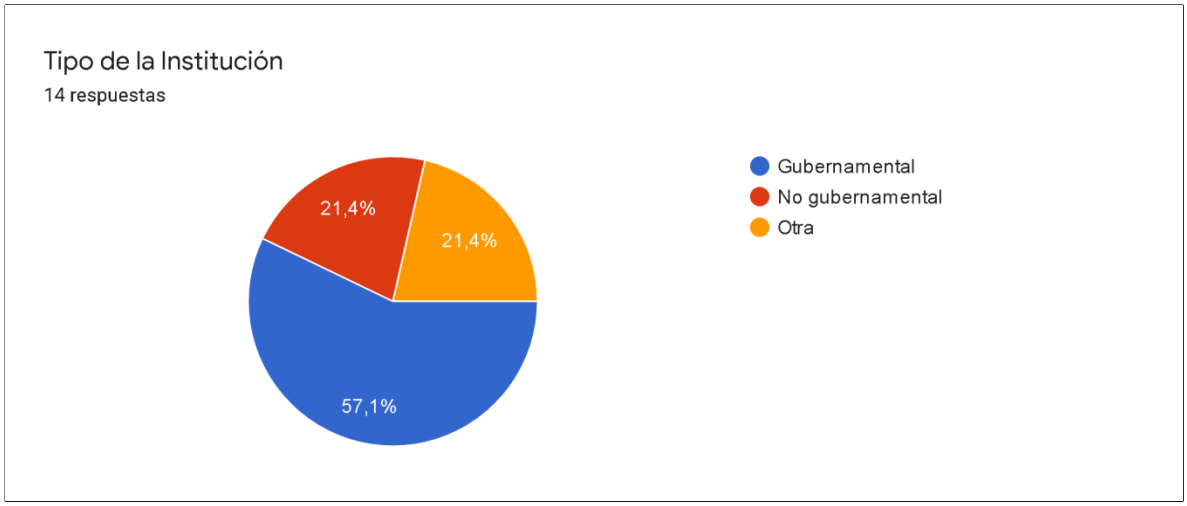
Parte Uno - instituciones del Territorio

A lo largo de los encuentros con diferentes actores del territorio, la recorrida por éste para observar su dinámica, y el conocimiento como trabajadora en el territorio se pudieron identificar diferentes instituciones donde concurren los niños, niñas y jóvenes, para realizar diversas actividades, formales e informales, educativas, recreativas, etc, donde van construyendo su identidad. Allí en su territorio, siguiendo a (Aquin, 2013) el barrio aparece como realidad tangible y material y como parte del imaginario; como práctica y como representación, como valor cultural, como espacio de constitución de identidad colectiva.

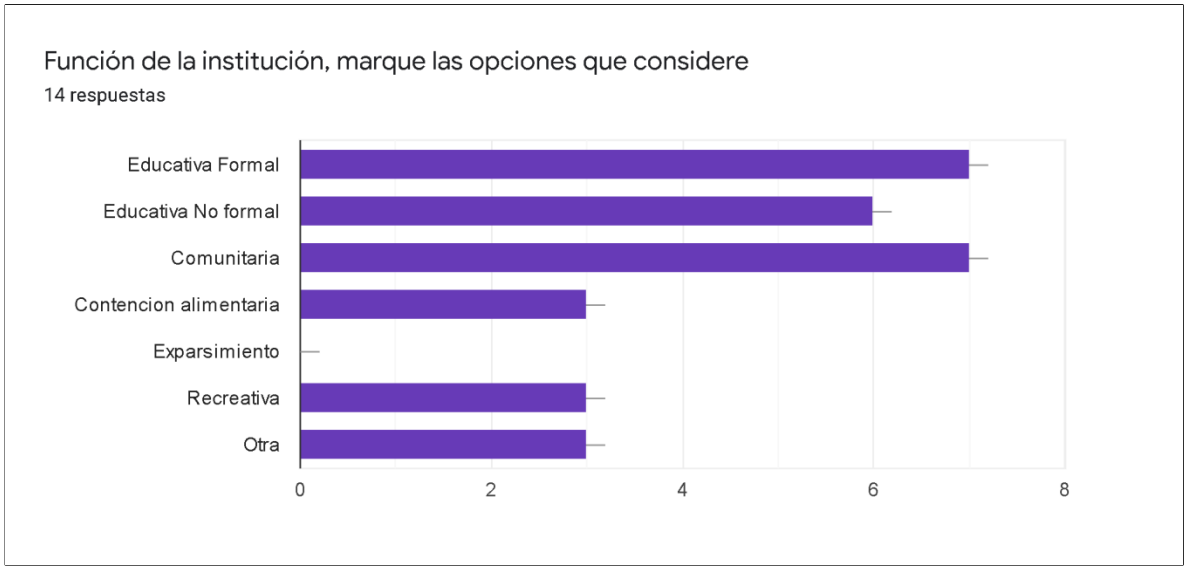
Diferentes organizaciones reciben a niñas/os y jóvenes del territorio, como las Escuelas Primarias N°20 y 16, la escuela secundaria N° 15, Centro Comunitario Belén, Centro comunitario Lagarto Juancho, Envión. Algunos dentro de los límites del territorio Lamas San Atilio y otros a sus alrededores. Fue así que se confeccionó una encuesta para referentes de estas organizaciones, con el fin

de conocer sus miradas hacia los Caps y la estrategia de APS, obteniendo 14 respuestas. Las principales variables a analizar son: tipo y función de las instituciones, conocimiento de las instituciones - CAPS, y participación en estrategias de promoción y prevención en el cuidado de la salud que brindan los CAPS. También se realizaron entrevistas a referentes institucionales: Silvia del Centro Comunitario Belén, Catalina de la escuela N°16 Natalia de la escuela 20.

En primera instancia se conoció el tipo de institución tomando como indicadores la dependencia gubernamental y no gubernamental; así, podemos destacar que hay una fuerte presencia de ambas si tomamos al indicador 'otra dependencia' como si fueran del orden de lo comunitario.

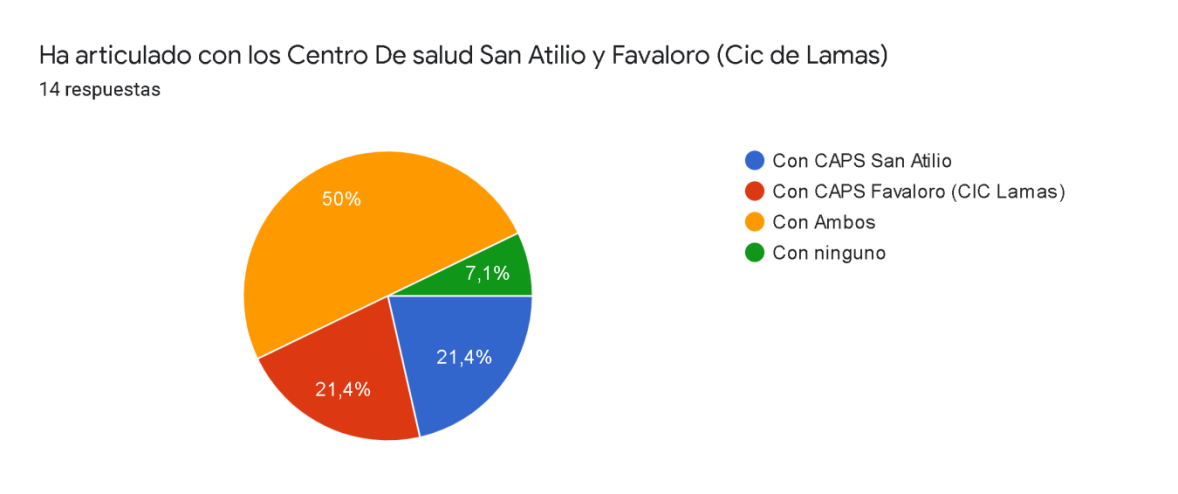


También se creyó importante conocer la función de las mismas, dando la posibilidad de marcar varias opciones ya que por conocimiento desde las entrevistas, se consideró que algunas cumplían varias funciones simultáneamente.

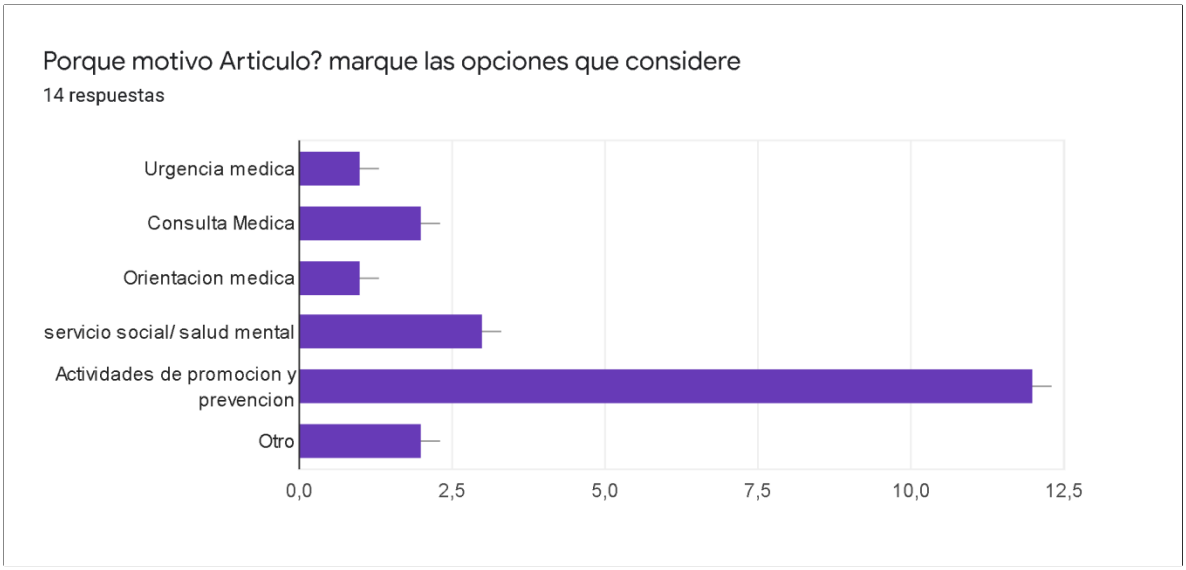


Así se pudo observar que en el territorio convergen diferentes instituciones y la red que se establece ante la presencia de derechos vulnerados. Dice Silvia, del Centro Comunitario Belén: "*Al momento de elaborar estrategias por alguna familia, las instituciones a través de sus actores logran fortalecer la contención y hacer presión para que los derechos de los pibes y las pibas sean respetados, no nos vemos las unas sin las otras, más allá de nuestras diferencias…*". Durante los diferentes encuentros con las/os referentes de las diferentes instituciones y usuarias/os de las mismas, se observa la importancia de la presencia de dichas instituciones en el territorio para hacer frente a las situaciones problemáticas que allí se presentan. Catalina, docente de la escuela 16, manifiesta: "*...los pibes circulan por las instituciones del barrio, si no van al Belén, van a Envión, o ambos, o al comedor, o la iglesia, al estar alejados del centro de José C Paz el núcleo de vida se da acá en el barrio por lo menos hasta los 15, 16 años que empiezan a irse más para el centro…*".

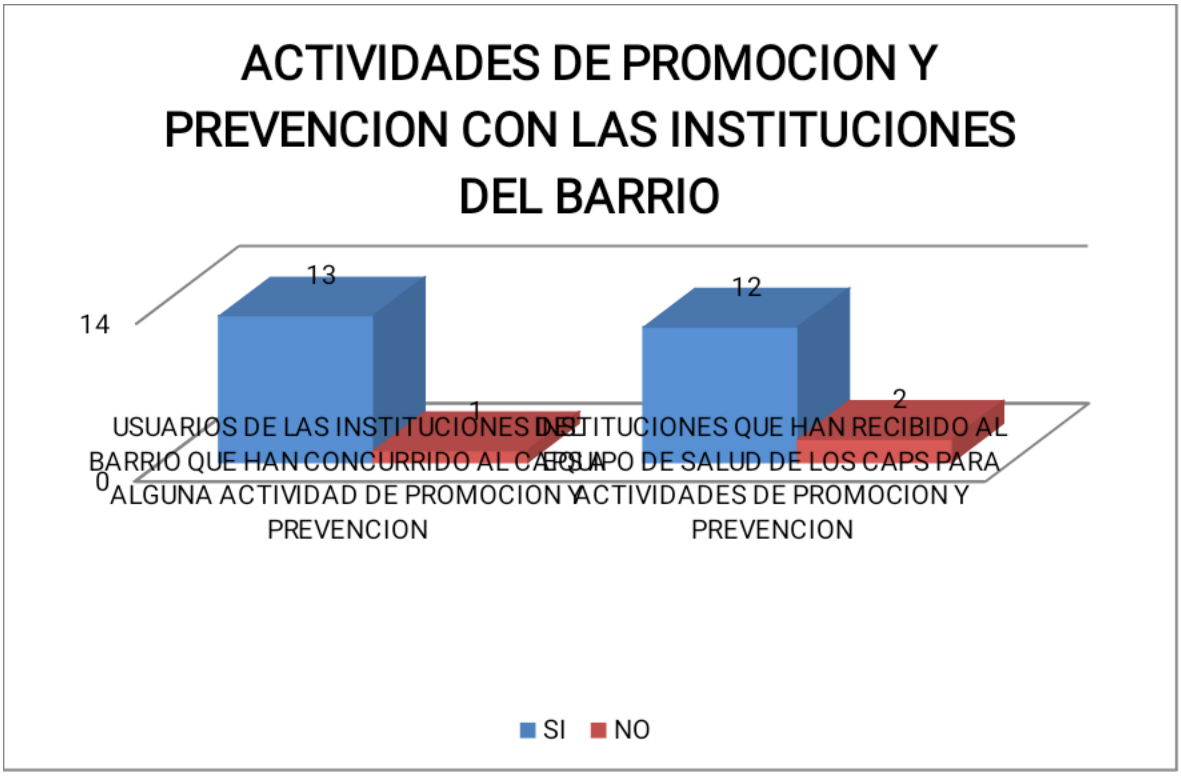
Cuando se llegó a la variable de participación, un indicador importante es la articulación con los Caps, donde 7 referentes manifestaron que articulaban con ambos CAPS, 3 sólo con Favaloro y 3 sólo con San Atilio.



En los motivos podemos ver que las instituciones articulan para actividades de promoción y prevención en el cuidado de la salud, accines fundamentales de la estrategia de APS

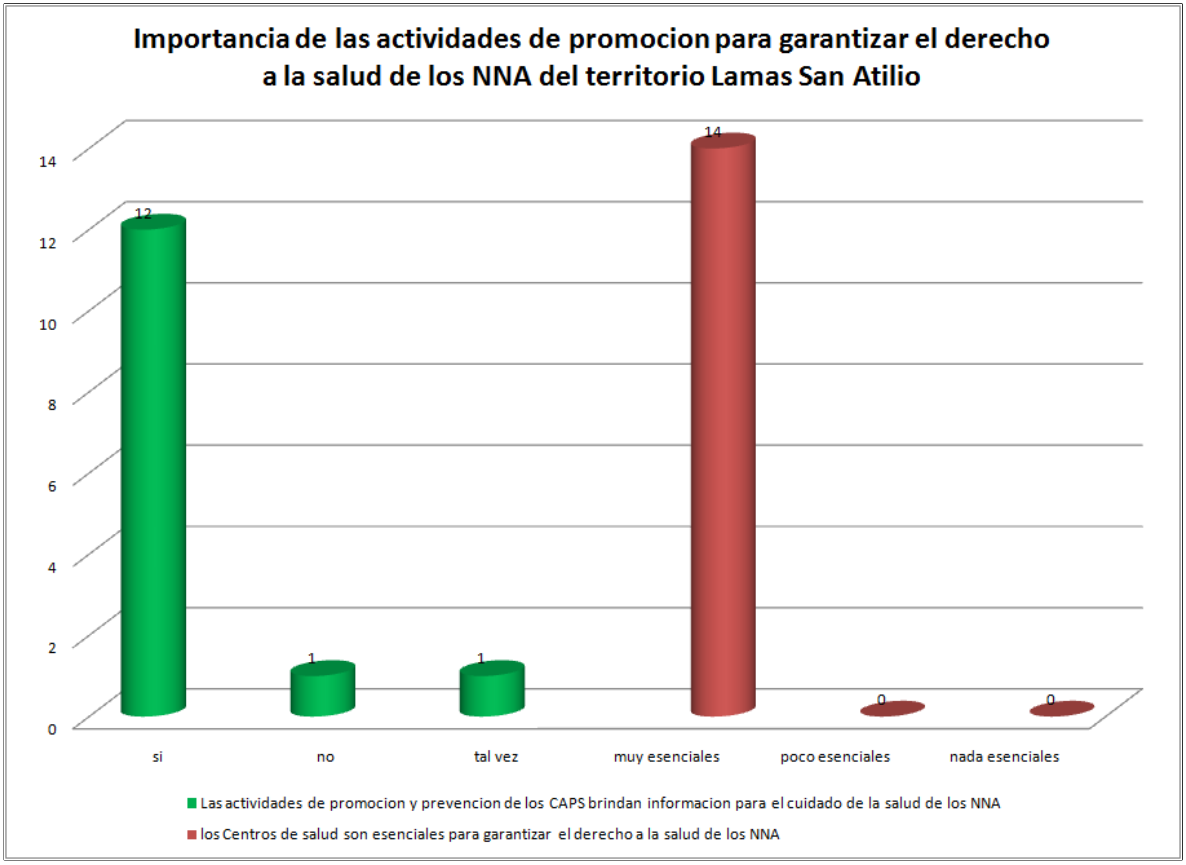


En el gráfico que sigue se podrán observar diferentes indicadores que se tomaron para analizar la participación en actividades de promoción y prevención que brindan los CAPS, como talleres dentro de los mismos, talleres y actividades en las instituciones donde 13 de 14 respuestas son positivas en la participación.



En referencia a la importancia de las actividades de promoción y prevención

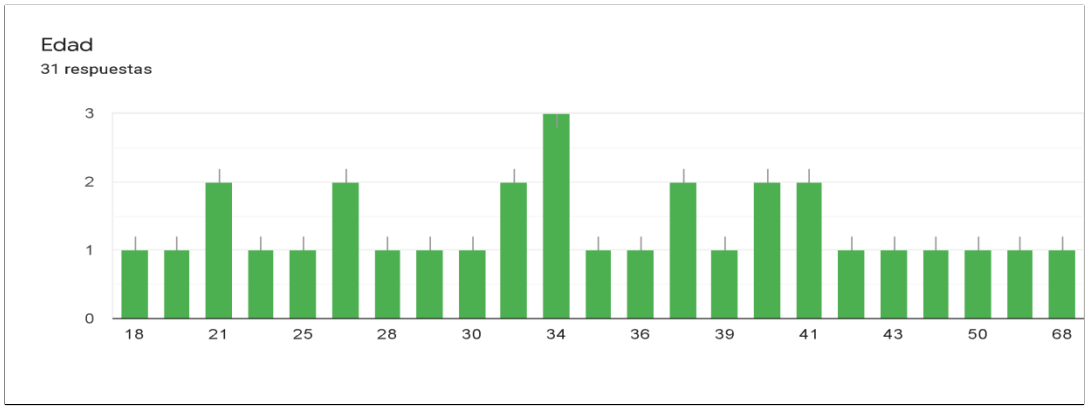
que realizan los CAPS, las instituciones las toman como importantes, ya que las/os 14 referentes afirman que los CAPS son esenciales para garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y jóvenes del territorio y 12 consideran que dichas actividades brindan información para el cuidado integral de la salud. Así lo manifiesta Natalia, integrante del equipo de orientación escolar de la escuela primaria N° 20: "*A través de los talleres y diferentes actividades los chicos y chicas de nuestra escuela aprenden la importancia de lavarse las manos, los dientes, vacunarse, y los más grandes el uso del preservativo, además los saca de la rutina escolar y de escuchar solo a sus seños…*".

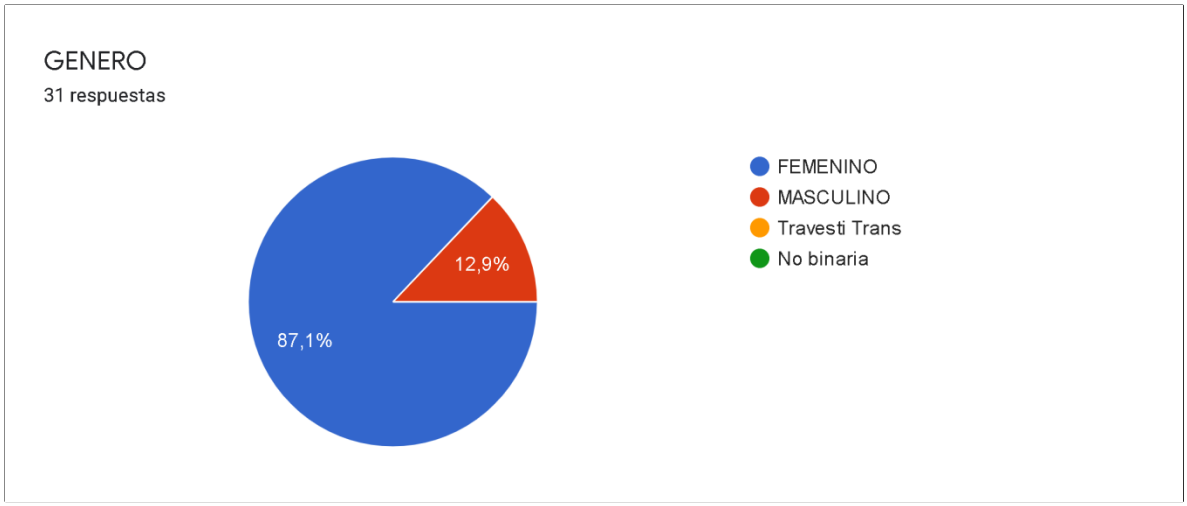


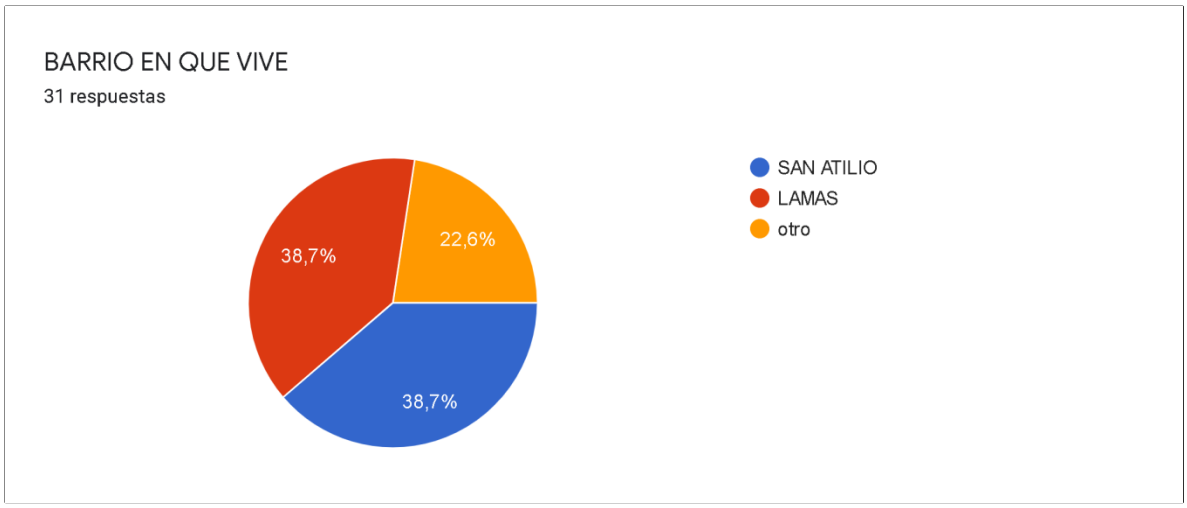
Parte dos: Usuarias/os de los CAPS

Si bien la voz de las/os referentes de las instituciones es importante, se consideró que escuchar a las/os usuarias/os de los CAPS ayudaría a un mejor conocimiento de la realidad. Aquí se tomaron como variables principales conocimiento de los Caps por parte de las/os usuarias/os, y participación en estrategias de promoción y prevención en el cuidado de la salud que brindan los CAPS; contestaron 31 usuarias/os de diferentes edades, en su mayoría mujeres, siendo equitativa la muestra por barrio. Se mantuvieron también entrevistas con algunas/os de ellas/os.

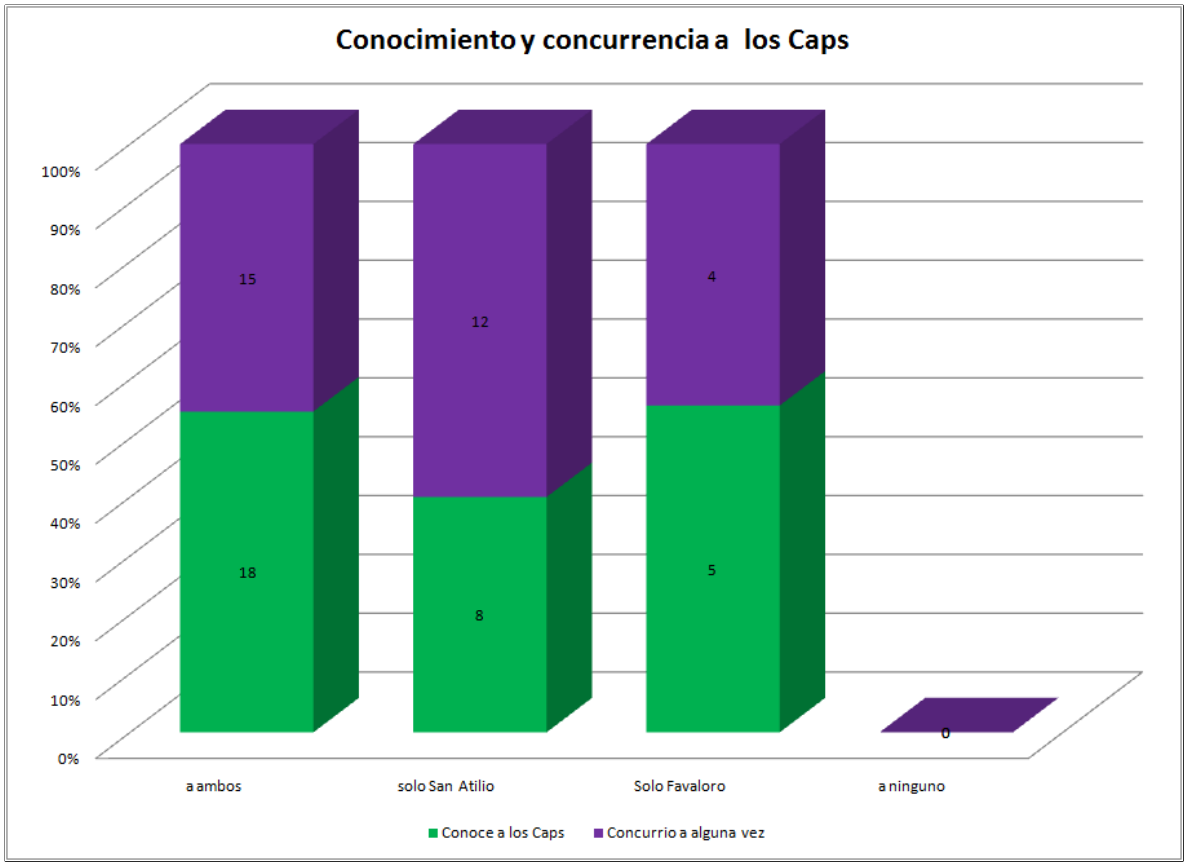
Los tres primeros gráficos muestran la caracterización de las/os participantes.



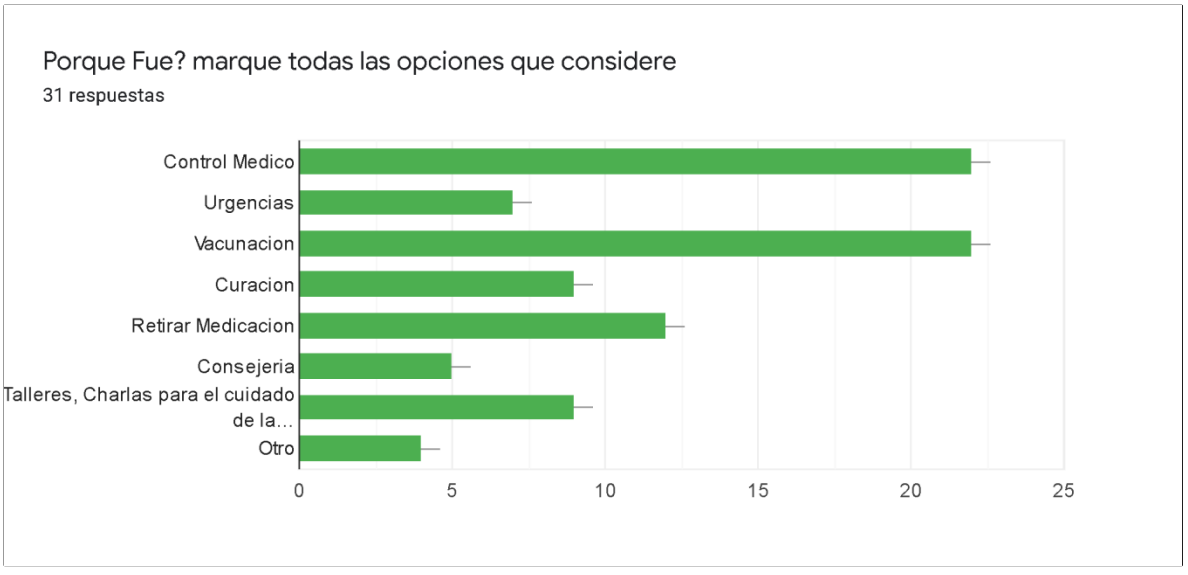




En el grafico siguiente se podrá visualizar el conocimiento de las/os usuarias/os sobre los CAPS, su opinión en relación a sus actividades y su participación, donde 18 encuestadas/os conocen a ambos Caps., 8 sólo a San Atilio, 5 sólo a Favaloro, 15 concurrieron a ambos, 12 sólo a San Atilio, 4 sólo a Favaloro.

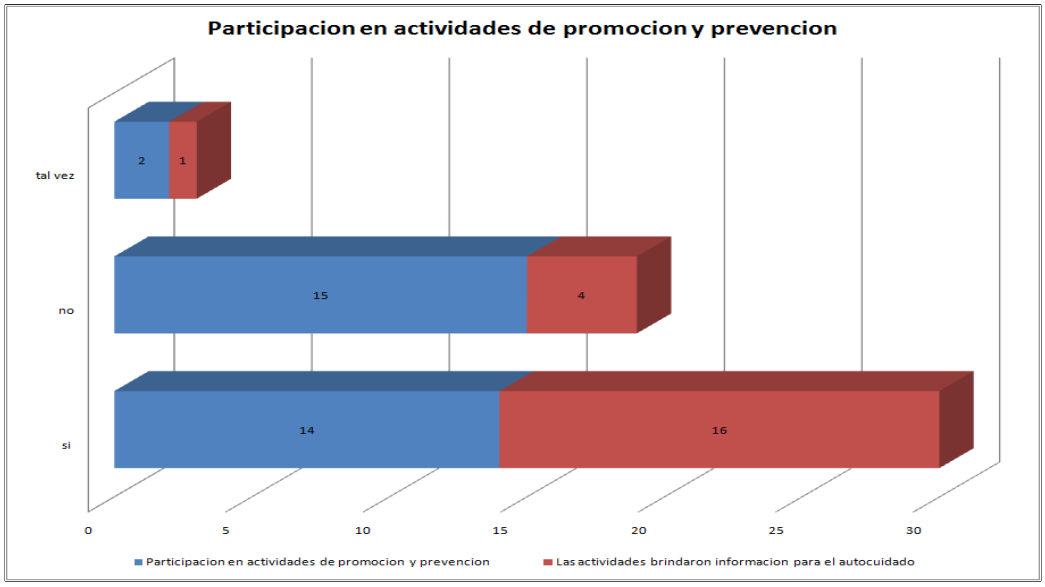


Cuando se preguntó por qué concurría al centro de salud, podemos ver que por



urgencias el porcentaje es bajo, priorizando el control médico y la vacunación, acciones preventivas propias de la APS, sumado a los talleres, consejerías y actividades donde se brinda información.

También se pudo ver que las/os que participaron en actividades de promoción y prevención afirman haber recibido información para su autocuidado.



Se pudo observar que las/os usuarios concurren en su mayoría a ambos centros de salud, conociendo las actividades de promoción y prevención, que se reconoce a los CAPS como primer nivel de atención, entendido como el que da la primera respuesta. Dice Carla, joven de 16 años participante del programa Envión, *"...a la salita siempre me llevaron a vacunar o cuando te caes en la escuela, ahora nos llevan a la consejería para que sepamos cómo cuidarnos, para no embarazarnos y eso..."*. Marisel, vecina de 42 años que se encontraba en la sala de espera de San Atilio, ante la pregunta respecto al motivo por el cual concurre al CAPS responde "*...de todo un poco, a vacunar a los chicos, a control, a buscar la leche, a que firmen la libreta para la asignación, también la llevo al CIC a mi hija de 15 a que le hablen de cómo cuidarse, a todo vengo (ríe)...*".

Se reconoce a los CAPS como parte fundamental del territorio y es por eso que los relatos, tanto en entrevistas como en las encuestas, al preguntar ¿Qué sumarias a los CAPS de tu barrio? surge como eje común la ampliación en su atención no sólo en especialidades sino de actividades de prevención y promoción, perdidas con el paso del tiempo dada la política de salud a nivel local.

Capítulo 4

Análisis de los datos obtenidos

Durante el desarrollo de los capítulos se pudo hacer una reconstrucción de cómo se desarrolla la APS en el territorio Lamas San Atilio, siendo tres los ejes que llamaron la atención, y que se tratarán de analizar: el abordaje integral, la participación de los niños, niñas y jóvenes en las actividades propuestas desde los CAPS, y la política pública local desde una perspectiva de derecho.

El primero es el **abordaje integral** que se plantea en el territorio analizado, donde el trabajo intersectorial entre las instituciones es fundamental para elaborar estrategias destinadas a garantizar los derechos de los NNA que allí viven, en particular el derecho a la salud, ya que los equipos de los CAPS fomentan y elaboran con sus escasos recursos estrategias desde una mirada integral.

Piotti, 2011 en su ponencia [1] plantea que la estrategia integral se fundamenta

[1] ("TRABAJO SOCIAL EN LAS ESTRATEGIAS CON NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES", 2011)

en el Paradigma de la Promoción Social de la Infancia y consiste en llevar adelante procesos de promoción, prevención reparación y articulación. Cada uno de éstos puede definir distintas estrategias y cada uno tiene un sentido diferente que determinan los propósitos de la intervención. Las estrategias son también construcciones, donde las voces y las decisiones de los niñas/os y adolescentes involucrados tienen que informar todos los pasos de transformación de la realidad para alcanzar la ampliación y ejercicio sustantivo de sus derechos. Ellas nos conducen a desactivar los factores de discordia y aumentar las fortalezas en sus centros de vida. (Piotti, 2011)

Asi se puede ver como en conjunto con las diferentes instituciones donde circulan los NNA del territorio las estrategias surgen con el fin de garantizar y/o restituir derechos, es en los CAPS, en las escuelas, en los centros comunitarios, en Envión donde la vulneración de derechos se detecta, a través de una/un maestra/o, profesoras/es, enfermeras/os, pediatras, promotoras, trabajadora social, educadoras/es, cocineras/os. Y a partir de allí comienzan una serie de acciones, de articulaciones, y se pone en marcha la red local como parte de ese sistema de promoción para restituir los derechos de niños, niñas y jóvenes.

De no alcanzar con esas medidas se recurre al Servicio Local (DINAF en José C. Paz); a veces la situación la presenta una sola institución, a veces varias, otras en conjunto, y se va elaborando la estrategia que se evalúe mejor para las/os NNA involucradas/os. Pero estas estrategias se diseñan de manera “casera”, es decir desde la mirada de los actores que piensan las estrategias ante la vulneración de derecho; y cada organización o institución lo hace desde su perspectiva. Pero el termino caseras no significa sin planificar, sin saberes específicos, desorganizadas, sino creadas en el propio territorio, se podrían plantear siguiendo a Piotti (2011) que “Estas estrategias son entendidas en términos de prácticas sociales y prácticas profesionales, que constituyen la articulación de un conjunto de medios, fuerzas y caminos para realizar objetivos generales o proyectos globales, que responden a esos intereses y fines históricos en los cuales están involucrados los niños/as y adolescentes con quienes trabajamos” (Piotti, 2011, pág. 1),

. En esta elaboración “casera” de los actores involucrados, que como pudimos ver en el capítulo anterior, en los resultados de las encuestas realizadas, son principalmente referentes de las instituciones y organizaciones del territorio, la estrategia integral también integra diferentes niveles de abordaje que lejos de ser aislados se combinan y refuerzan entre sí: a) Personalizado al niño o adolescente. b) A su familia, grupo de crianza o matriz familiar por él reconocida. c) Grupal, con sus pares y con familias y asociaciones voluntarias de apoyo. d) Comunitario: como ya señalamos, este abordaje es el punto de partida de la estrategia desde la perspectiva socio-educativa porque considera el arraigo en el espacio territorial y simbólico local, la construcción de la organización como así también el objetivo de resolver y reivindicar en lugares públicos derechos de ciudadanía que son comunes a los niños/as y adolescentes e) institucional, abarcando la acción profesional al interior dela institución y a extramuros de la misma. (Piotti, 2011, pág. 11). Con mayor y/o menor complejidad estos abordajes se reflejan en las intervenciones de las

instituciones, cada una haciendo más énfasis en su objetivo principal sea educación, salud, esparcimiento, participación, etc.

Desde los Caps. Se promueve a través de los talleres, charlas, encuentros, consejerías, etc. estrategias socio educativa para el cuidado de la salud llevando adelante la acción de la prevención, que consiste en "analizar factores de riesgo y factores protectores y de ahí realizar acciones anticipatorias que impidan la futura negación de derechos, el surgimiento de un daño, o su reaparición" (Piotti, 2011, pág. 8) podemos ver que cada organización en general lo hace desde su función específica, y algunas acciones en actividades conjuntas como pudo ser una jornada en la plaza del barrio con radio abierta, , stand con información, folleterías y actividades lúdica y socio educativas donde cada organización participaba, también en las muestras abiertas de las escuelas donde convocan a todos los referentes del territorio a participar, o cuando se realiza un evento cultural que recorres los diferentes barrios de José C. Paz denominado "Mil cuadras culturales", estos y otros eventos similares son generados por las organizaciones que dan cuenta de la mirada integral de estas.

Ahora bien en cuanto a la reparación (como plantea Piotti en su ponencia) que es la que nos lleva a trabajar con todos aquellos niños/as y jóvenes que ya ha vivenciado algún daño o está en situación de alta vulnerabilidad. La recuperación de derechos exige una acción previa, que es la de investigar situaciones ocultas de crueldad y violencia hacia los más pequeños/as. Ante este momento, también los referentes de las organizaciones se reúnen para evaluar posibles intervenciones desde el abordaje más particular con en las/os niñas/os, como trabajadora social del territorio desde el área de salud, recuerdo varias situaciones en donde se han realizados, entrevistas en conjunto con el equipo de orientación escolar de la escuela y alguna familia, alguna visita domiciliaria en conjunto con educadoras del Centro comunitario Belén, acordar que alguno entrevista a la familia y otros hablan con el niño/a y o adolescente involucrado, hasta realizar denuncias en la comisaria de la mujer[2] tres instituciones de manera conjunta.

Si bien lo informal y lo casero prima en el territorio se puede decir que se da lo que se denomina el segundo nivel de articulación que significa poner en marcha un proceso de involucramiento de todas las instituciones que funcionan en la comunidad local y combinar difusión con arraigo comunicativo, capacitación, potencialidades y recursos de la población y de organismos regionales para trabajar con niñas/os y adolescentes.

Como afirma (Villata, Llovet , 2015, pág. 14) "los dispositivos de protección, si bien auspiciosos para procurar transformaciones de las prácticas destinadas a

[2] A través de la Resolución 4570 se crearon las Comisarías de la Mujer en la provincia de Buenos Aires. La fecha del 31 de diciembre de 2004 fue clave ya que se creó la estructura organizativa de la Dirección General de Coordinación de Políticas de Género -a través de Resolución Nº 3435-, en el ámbito del Ministerio de Seguridad, considerando que la complejidad de la temática requiere de intervenciones interinstitucionales e interdisciplinarias. En la práctica concreta en Jose C Paz, es la comisaria que toma las denuncias no solo en cuestiones de género sino en vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes.

la infancia pobre, cobran materialidad en complejos escenarios en los que distintos enfoques sobre los derechos y la protección se encuentran en disputa. En tal sentido, la normativa y la institucionalidad que postula, lejos de ser una suerte de receta que los agentes aplican mecánicamente, son constructos atravesados por una compleja trama de relaciones de poder, relaciones sociales y rutinas institucionales. Las prácticas empleadas para la constitución y protección de los derechos de las/os niñas/os son, en gran medida, producto de las interpretaciones y negociaciones de los agentes estatales y no". Así podemos observar que si bien las instituciones del territorio Lamas San Atilio generan articulaciones, muchas veces hay tensiones propias de la especificidad de cada organismo.

En particular con el derecho a la salud, en general se espera que desde los CAPS surjan las principales estrategias e intervenciones, teniendo éstos como principal barrera la escasez de recursos destinados al primer nivel de atención por parte de la política de salud a nivel local, contando con escaso recurso humano y material para elaborar, acompañar y garantizar estrategias destinadas a restituir y/o garantizar el derecho a la salud de NNA. Un ejemplo claro son los turnos para control de niñas/os, al haber sólo un día de pediatría únicamente en San Atilio; ésto hace que se prioricen las urgencias y no los controles de niño sano, perdiendo así uno de los fundamentos de la APS como es la prevención y detecciones temprana de enfermedades prevalentes, no garantizando lo que plantea el art, 14 de la ley 26061 "...Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud…".

Ante esta realidad las/os profesionales de los CAPS apuestan a la articulación con otros niveles de la salud como el hospital de cabecera o las UPD (Unidades de Pronta Atención), creadas recientemente en el distrito, o con hospitales zonales como el "Eva Perón" de San Martin o el "Posadas" de Haedo. Esto implica que en muchas ocasiones las familias deban trasladarse a otros barrios u otros distritos dificultando así la accesibilidad a la atención de salud.

Otro eje que llamó la atención es el de la participación de los niños, niñas y jóvenes en las actividades propuestas desde los CAPS. La participación es un derecho sustantivo: es una cuestión de principio que las/os niñas/os tengan derecho a ser escuchadas/os y tomadas/os en consideración. Al mismo tiempo, es un derecho procesal, mediante el cual las/os niñas/os pueden intervenir para promover y proteger la realización de otros derechos.

Sin embargo, el interés por la participación de la niñez se limita al nivel consultivo, brindando a las/os niñas/os relativamente pocas oportunidades de intervenir activamente en el proceso de influenciar las decisiones, políticas y servicios que repercuten en sus vidas. (Gerison, 2005)

Retomando lo que surge en el capítulo tres de las encuestas y entrevistas se puede inferir que la población participa de los CAPS no tal vez en la toma de decisiones de la institución de la salud, pero sí en las prácticas de promoción y prevención que proponen los equipos de salud, influyendo en cómo se efectúan

estas prácticas. A través de la intersectorialidad, los CAPS Favaloro CIC de Lamas y San Atilio han logrado generar actividades e iniciativas que influyen en la situación de salud del territorio, sosteniendo un diálogo con la población, en primera instancia a través del acto curativo que se da en consultorio (con frecuencia el primer contacto y diálogo es con la enfermera en la vacunación o curación).

La participación en actividades se da por iniciativa de las instituciones a través de sus referentes, logrando escuchar las necesidades de la población, sus dudas e inquietudes; en numerosas ocasiones es a través de las promotoras de salud que la voz de estas/os referentes llegan a las/os profesionales y se pueden generar cambios en las prácticas, cambiando y adecuando la atención a la necesidades de las y los usuarios, pudiendo brindar una respuesta integral a los problemas de salud, con los recursos existentes.

Estas actividades que se generan desde los equipos de salud, si bien cumplen con lo que plantean los fundamentos de la APS como estrategia de estimular el uso de los servicios básicos de salud, apoyándose en las conductas de autocuidado desarrolladas en el propio núcleo familiar y en estrategias de participación que facilitan la implementación de actividades de promoción y prevención con base en la comunidad a través de los talleres, charlas, consejerías, etc, dan un lugar de relativa participación a NNA, en general son espectadoras/es o interlocutoras/es, sin espacios en los CAPS donde los niños, niñas y jóvenes sean miembros y/o líderes, a diferencia de lo que ocurre en espacios como el Programa Envión, los centros comunitarios o las escuelas, siendo necesario crear espacios donde la participación de los niños, niñas y jóvenes del territorio permita el ejercicio activo de las capacidades de comunicación y de decisión, entendiendo que la participación social contiene las condiciones para hacer posible que ella misma tenga el rango de derecho, como parte de los derechos sociales. Participar socialmente conlleva la decisión sobre las formas de decidir y construir la sociedad, recreando los modos de incidir en la construcción de la agenda pública, siendo uno de sus aportes la consolidación de espacios democráticos.

Dice Repetto “la participación es un proceso que debe ir creciendo con la persona humana y debe ser facilitado y estimulado por las instituciones sociales y políticas. Las/os adolescentes se juntan y despliegan formas de agrupamiento con códigos y estilos propios, transitan por instituciones (familia, escuela, iglesias), encuentran los obstáculos u oportunidades de un mundo ya pautado por otros y los sortean como pueden. En esas interacciones van organizando su mundo interno, su subjetividad. Pensarse y organizar ese mundo interno con percepciones y sentidos que los coloquen como sujetos de derecho depende de la posibilidad que tengan de intervenir en el diseño de pautas y normas del mundo en que viven y serán adultos. "La igualdad de los seres humanos en dignidad y derechos no es algo dado: es una construcción de la convivencia colectiva, que requiere el acceso al espacio público. Ese acceso al espacio permite la construcción de un mundo común a través del proceso de afirmación de los derechos humanos" (Konterllnik, 1999, pág. 74/75). Por ello deviene imprescindible generar dentro de los CAPS, y en articulación con las

organizaciones territoriales, espacios donde NNA puedan ser ellas/os mismas/os y no meras/os receptoras/es de información y así poder fomentar su participación social ya que esta "contiene las condiciones para hacer posible que ella misma tenga el rango de derecho, como parte de los derechos sociales. Participar socialmente conlleva la decisión sobre las formas de decidir y construir la sociedad, recreando los modos de incidir en la construcción de la agenda pública, siendo uno de sus aportes la consolidación de espacios democráticos" (Mg. Mario Siede, Lic. Graciela Beutel, 2011, pág. 18).

Un tercer eje es la **política pública local desde una perspectiva de derecho**, ya que se supone que a nivel local resulta más fácil identificar necesidades, conocer en profundidad los problemas que se enfrentan, y por lo tanto, diagramar las estrategias de intervención más acordes. El Municipio, como ámbito territorial de protección de derechos, asume el espacio privilegiado de las políticas locales de niñez y adolescencia, al ser el sector del Estado más próximo a la ciudadanía. Desde ese lugar, su rol fundamental será conformar e impulsar la unidad de desarrollo local para la construcción del Sistema Local de Protección de Derecho (Mg. Mario Siede, Lic. Graciela Beutel, 2011). Como se mencionó en capítulos anteriores según lo establecido en la ley Nacional N°26061 y en consecuencia la ley de la Provincia de Buenos Aires (13.298, 2007), los Caps. son parte del sistema local de protección, lo que no queda claro si desde las políticas públicas locales tienen en claro esto, dado que aún no ha establecido un servicio local que pueda coordinar las prácticas cotidianas con el resto de las instituciones, José C Paz no escapa a la realidad de la provincia frente a esta temática como plantean algunos investigadores en el área de niñez "la actual configuración que adquiere la atención de la niñez en la provincia de Buenos Aires interpela las reflexiones que se puedan hacer, planteando la necesidad de considerar si las particularidades que adquiere en la actualidad el Sistema de Promoción y Protección (SPPDN) se deben a una transición inconclusa hacia el paradigma de promoción y protección de derechos o se trata de la consolidación de prácticas institucionales, que más allá de los reconocimientos formales en la legislación, apuntan a una intervención estatal residual sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes…" (IMallardi, 2018, pág. 5)

Uno de los aspectos cruciales vinculados a la puesta en marcha del Sistema de ¨Promoción y protección está asociado al andamiaje institucional que supone la conformación de una estructura ejecutiva que articula efectores provinciales y municipales; estructura donde los Servicios Locales (SLPPD) adquieren una funcionalidad sustantiva, en tanto que, además de ser los responsables en la atención de las situaciones concretas vinculadas a la vulneración de los derechos de la niñez, se constituyen en los efectores que coordinan las prácticas cotidianas con el resto de las instituciones presentes en el ámbito local, en el territorio analizado la realidad es que DINAF, que es, como ya se planteó, el que cumple con dicha función como muchos servicios locales de la región se encuentran desarticulados, sobrecargados, con profesionales precarizados (como la mayoría de los que trabajan en el ámbito municipal)

como plantean los investigadores mencionados “más allá de la denominación que adquiera la dependencia en la cual se ubican los Servicios Locales (SLPPD), se destaca mayoritariamente la ausencia de autonomía en la disponibilidad y toma de decisiones vinculadas a la utilización de recursos, sean financieros y/o prestaciones asistenciales, en tanto que los responsables de dichos efectores manifiestan que frente a la necesidad de asignar recursos económicos en los procesos de intervención se debe gestionar en otras instancias administrativas. Operativamente, esta gestión puede darse sobre la base de un presupuesto pre-asignado aunque sin autonomía en la ejecución o la negociación permanente con autoridades administrativas superiores ante cada situación particular.

En términos de financiamiento, se destaca la alusión al Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales por Municipio, centralmente poniendo en tensión su existencia con las dificultades concretas de acceder a su uso y/o administración, en tanto se afirma su dilución en distintos programas o propuestas interventivas municipales, donde la niñez puede ser destinataria indirecta. (lMallardi, 2018, pág. 13) En José C Paz a no haber reconocido a la DINAF como servicio Local los fondos destinados a la niñez no llegan directamente a esta área sino a la Secretaria de Gobierno; todo lo mencionado influye en el abordaje cotidiano de las cuestiones de infancia y garantizar sus derechos. En lo que hace a la salud el gobierno local, desde el 2016 aproximadamente, ha dejado de dar prioridad a los CAPS, generando un vaciamiento de los mismos, por lo que las/os trabajadoras/es del primer nivel de atención llevan adelante la estrategia de atención primaria como pueden, pero una de las acciones que hace que los centros de salud no cierren es la organización de la misma sociedad paceña, las/os vecinas/os reaccionaron, se organizaron y crearon la Asamblea “No al cierre de las Salitas” que reclama, difunde y defienden un derecho de todas y todos con el grito: ¡la salud en los barrios, no se clausura!, frase que engloba la importancia de los CAPS para garantizar el derechos a la salud de las/os ciudadanas/os en general y de los NNA en particular.

Se puede ver en el territorio cómo la decisión de llevar o no una política desde un enfoque de derecho influye directamente en la vida cotidiana de niñas, niños y jóvenes. Si bien en los CAPS existen programas destinados a este grupo etario como el programa materno infantil, Plan Sumar, etc., que se desprenden de las políticas públicas vigentes, ante el vaciamiento, la escasez de profesionales es una de las grandes barreras en el acceso de la población del territorio Lamas San Atilio al derecho a la salud.

Existen, entre los servicios de salud y la comunidad distintos tipos de barreras que se interponen al acceso real, considerando el uso efectivo de los servicios de salud por parte de la comunidad, la disponibilidad y disposición del personal, la calidad y oportunidad de la respuesta, la satisfacción de la comunidad y las personas. Tales barreras económicas, geográficas y culturales constituyen un obstáculo importante para la salud de las personas y acaban potenciando la vulnerabilidad de los sujetos, provocando mayor inequidad. (Ministerio De Salud, 2015) La mayor barrera del territorio que se analiza es la disponibilidad del personal, como escasez de recursos humanos para dar respuesta a los

problemas de salud de la población en general y de los NNA en particular, poder trabajar en esta barrera es el desafío de la política en salud local, y lejos está el territorio Lamas San Atilio de poder garantizar a través de sus CAPS una estrategia de APS de calidad para sus usuarios.

Conclusiones

Derechos, presencia del Estado, organización, accesibilidad, salud, alimentación, educación, vivienda digna, políticas en niñez, son preceptos que en discursos se enuncian de manera recurrente, pero en el momento de hablar de garantías de derechos en el conurbano bonaerense, segundo cordón, distrito más pobre, barrios más alejados, el conurbano profundo como muchos lo llaman, eso es diferente, es necesario, no sólo conocerlo, sino vivirlo, sentirlo, ser parte de ese entramado, para así poder pensar estrategias para restituir y garantizar derechos.

Durante la realización del presente trabajo se han interpelado permanentemente las prácticas cotidianas de los Centros de Salud, pudiendo afirmar la hipótesis planteada: que la estrategia de APS es fundamental para garantizar los derechos de NNA del territorio Lamas San Atilio. No obstante, ésta no se implementa como se manifiesta en el deber ser, ya que los equipos de salud lo hacen con escasos recursos, materiales y humanos, aunque desde una concepción de la salud como derecho que es la que puede garantizar la accesibilidad a la salud de las/os ciudadanas/os pero donde las respuestas se desvanecen ante una política local que no apuesta a esta estrategia.

Eso generan muchos interrogantes al momento de intervenir para garantizar el derecho a la salud de las/os NNA del territorio, tales como ¿Qué se hace para que niñas y niños controlen su salud?, ¿Cómo se llega a brindar información para generar autocuidado?, entre otras que movilizarán al equipo a preguntarse y repreguntarse qué hacer frente a la realidad de este territorio bastante alejado del centro del distrito, donde viajar para muchas/os implica no acceder a alguna

comida y donde muchas veces se pone en juego y en disputa varios derechos a la vez.

¿Cómo se prioriza uno u otro derecho?, será fundamental trabajar hacia el interior de los equipos de salud y de las organizaciones con las que se articula, ‘el interés superior del niño’, como plantea Cillero Bruño, S/D “El interés superior del niño supone la vigencia y satisfacción simultánea de todos sus derechos, descontado el principio de progresividad contenido en el artículo cinco de la Convención. El concepto de interés superior del niño alude, justamente, a esta protección integral y simultánea del desarrollo integral y la calidad o "nivel de vida adecuado".

Generar mesas de discusión local por los derechos de la infancia, promover y participar en la creación y funcionamiento del Consejo de la niñez, como así también el que La DINAF sea Servicio Local, podría ayudar a que la cuestión de la infancia de José C. Paz en general y del territorio Lamas San Atilio en particular sea puesta en agenda de la política local, aspecto fundamental para garantizar derechos y así hacer regir ‘el interés superior del niño’, como plantea el autor “Es materia de resolución de cada Estado el grado de prioridad que otorga a la infancia en un sistema social donde los diversos grupos "compiten" por recursos escasos, sin embargo, la Convención exige considerar con alguna prioridad a la infancia”. (Gruñol, S/D, pág. 12)

En el territorio analizado como ya vimos, la elaboración de estrategias queda a la voluntad y las ganas de los actores que son parte del entramado barrial, las estrategias caseras como se las denomino conlleva una organización que si bien es informal tiene como objetivo principal implícito la práctica social para garantizar los derechos de NNA del territorio, seguir repensando prácticas y abordajes será la puerta para ampliar la participación de Niñas, niños y jóvenes para que no quede como meros receptores de información, que si bien es importante, si se promulga una participación activa de estos se lograra asegurar sus propios derechos.

Bibliografía y fuentes consultadas:

Bibliografía

(copilador), E. T. (1999). *Una Escuela para Adolescentes/ Materiales para el profesor - tutor.* Ministerio de educacion Provincia de Santa Fe.

13.298, L. (2007). Ley Provincial DE LA PROMOCION Y PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

Aquin, N. (2013). VII Jornadas Disciplinares de Trabajo Social. *Contexto y sujetos de la intervención en trabajo territorial: necesidadde revisiones teóricas y lecturas empíricas en la actual coyuntura*. Catamarca, Argentina.

CASACIDN. (2008). *¿QUE ES UN SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES?* BUENOS AIRES.

Gerison, L. (2005). *La Evolucion de las facultades del niño.*

Gruñol, M. C. (S/D). El interes superior del niño en el marco de la convencion internacional sobre los derechos del niño.

Integral, P. N. (2006). Ley NacionaL 26150. ARGENTINA.

Konterllnik. (1999). La participacionn de los adolescentes ¿Exorsismo o

construccion de la ciudadania? En F. Emilio, *Una Escuela para los Adolescentes.*

Lansdown, G. (2005). *La evolucion de las facultades del niño.* Unicef.

Laura, M. (2018). DESAFÍOS EN EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES PROFESIONALES SITUADAS: "Cuestion Social" TERRITORIO Y TRABAJO SOCIAL. *RED SOCIALES*, 16.

LAURELL, A. E. (2019). Politicas de Salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales publicos. En V. R. Laura Paradela, *Salud y Trabajo Social, Procesos de intervencion y Organizacion colectiva por el derecho a la salud* (págs. 23-43).

Ley26061. (2005). Ley de proteccion integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Argentina.

Llovet, V. (2011). las politicas para la infancia y el enfoque de derechos en America Latina.

lMallardi,Adriana Rossi, Maria Paola Musso, Marian Gonzalez, Emiliano Fernandez, Juan Cruz Coll. (2018). *Politicas de Niñez en la Provincia de Buenos Aires.*

Massa. (2018). DESAFÍOS EN EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES PROFESIONALES SITUADAS: "Cuestion Social" TERRITORIO Y TRABAJO SOCIAL. *RED SOCIALES*, 16.

MASSA LAURA,MASSEI VERONICA,AIME ROCIO, BADANO VERONICA, PELLEGRINI NICOLAS. (2015). Aportes de la perspectiva teritorial a la construccion de problemas sociales en el marco del ejercicio profesional del Trabajo Social.

Mg. Mario Siede, Lic. Graciela Beutel. (2011). *Practicas y Metodologias de abordaje, Cuadernillo N °3.*

Ministerio De Salud, E. C. (2015). *Salud y sociedad, Modulo 1.* Bs As., Argentina: Ministerio de Salud.

Murga, A. M. (2011). *Desarrollo de Sistemas de Proteccion Integral de Derechos en el Ambito Local.* Entre Rios.

Oliva, M. M. (2007). *Aportes tacticos operativos a los p´rocesos de intervencion del Trabajo Social.*

Piotti, M. L. (2011). *“TRABAJO SOCIAL EN LAS ESTRATEGIAS CON NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES”.*

Reproductiva, P. N. (2002). Ley Nacional N° 25,673. Argentina.

UNGS, I. d. (2016). *Datos socio Sanitarios de Jose C Paz.*

Villata, Llovet . (2015). Resignificando la proteccion. Los sistemas de

proteccion de derechosde niños y niñas en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*.

Fuentes Consultadas

Ley Provincial 13.298, L. (2007). Ley Provincial DE LA PROMOCION Y PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

UNGS, I. d. (2016). *Datos socio Sanitarios de Jose C Paz*

Ley Nacional N° 25,673. Argentina. Ley de Salud Sexual y procreacion responsable, Programa Nacional de Salud Reproductiva, año 2002

Ley 26.061. (2005). Ley de proteccion integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Argentina.

Ley Nacional 26.743 (2012). Ley de Identidad de Género.

Ley Nacional 26.657 (2010), Ley de Salud Mental.

Ley Nacional N° 26.529, ley de derechos del paciente.

Programa Médicos comunitarios del Ministerio de Salud (2015)

Ley Nacional 26.061, Ley de Educación Sexual Integral.

Plan Sumar

Plan Materno Infantil

ANEXOS

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENCUESTAS Y ENTREVISTAS A REFERENTES DE LAS INSTITUCIONES

1) Nombre
2) Institución a la que pertenece
3) Tipo de Institución: Gubernamental, No gubernamental, Otra
4) Función de la institución: Educativa formal, Educativa No formal, Comunitaria, contención alimentaria, recreativa, otra… (se puede elegir varias opciones).
5) ¿Conoce a los centros de salud San Atilio y Favaloro Cic de Lamas?: A ambos, solo a San Atilio, Solo a Favaloro, a ninguno.
6) ¿Ha articulado con los centro de salud San Atilio y Favaloro Cic de lamas?: Con ambos, con ninguno, con San Atilio, con Favaloro.
7) ¿Por qué motivo articulo?: Urgencia Médica, Consulta médica, Orientación médica, servicio social/ salud mental, actividades de promoción y prevención, otra.
8) ¿Usuarios/as de la institución han concurrido a talleres en los centros de salud?
9) ¿El equipo de salud ha realizado alguna actividad de promoción en la institución a la que pertenece?

10) Si su repuesta es si. ¿Qué le pareció la actividad?

11) ¿Considera que las actividades brindan información para el cuidado de la salud de niños, niñas y adolescentes?

12) ¿Cree que los centros de salud son esenciales para garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes del barrio?

13) ¿Qué actividades sumaría a los centros de salud?

Guia de preguntas para encuesta y entrevistas con usuarias/os de los CAPS

1) Nombre.
2) Edad.
3) Genero
4) Barrio donde vive: Lamas, San Atilio, Otro.
5) ¿Conoce a los centro de salud Lamas y San Atilio? A ambos, A San Atilio, A Favaloro, A ninguno.
6) ¿Concurrió alguna vez? A ambos, a San Atilio, A favaloro, A ninguno.
7) ¿Por qué concurrió? Control médico, Urgencias, vacunación, curación, retirar medicación, consejería, talleres, charlas sobre el cuidado de la salud, otro.
8) ¿Cree que el centro de salud da respuesta a la demanda de la población?
9) ¿Cómo crees que es la atención de los CAPS (Centro de atención primaria de la salud).
10) ¿Conoces si el centro de salud realiza actividades para la comunidad para promover el cuidado de la salud?
11) ¿Participo en alguna charla, taller, consejería, eventos para el cuidado integral de la salud?
12) Si participastes, ¿Qué te pareció la actividad?
13) ¿crees que la actividad te brindo información para tu autocuidado?
14) ¡que sumarias a los centros de salud de tu barrio?