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.

Trabajo Final Monográfico

Sede: Patagonia Norte. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Comahue.

Tutora: Echenique, Carla

Tema: ARTICULACION TERRITORIAL DE UNA POLITICA PUBLICA EN PICUN LEUFU:PLAN NACER

Autora: Licenciada en Enfermería Erminda Graciela Barros

Directora Trabajo Final: Lic. Mery Catrileo Salazar- Licenciada en Servicio Social –
Especialista en Derechos del Niño y políticas para la infancia y la adolescencia.

18 de Junio de 2017

Delimitación del tema:

El tema a abordar será, la articulación territorial de una política pública “Plan Nacer”; en la localidad de Picún Leufú en el espacio del Hospital Zonal.

Se intentará a través del documental con que se cuenta ver como fue el proceso de implementación, cuáles han sido los facilitadores o en su defecto obstaculizadores, como también visualizar el impacto que tuvo en el territorio en términos de logros que se obtuvieron hasta su finalización.

Selección de fuentes bibliográficas

El presente trabajo documental fue basado en el trabajo que se realiza como Licenciada en Enfermería, se centrara en la observación y reflexión del devenir institucional que se da en el Hospital de la localidad de Picún Leufú, usando distintas fuentes primarias de trabajo de campo, las secundarias como de recopilación y sistematización de datos; necesarios y fuentes terciarias basadas en reseñas de libro, artículos, informes, entre otras.

Las fuentes bibliográficas permitirán indagar, interpretar, datos e informaciones sobre cómo fue la implementación del Plan Nacer en la localidad.
En la presente monografía, se trabajó desde fuentes bibliográficas y documentales que estuvo orientada con relación a la delimitación del problema.
El criterio para abordar todo el documental estuvo dado de acuerdo a los conceptos y marcos normativos que delimitan el alcance del Plan y su contexto de implementación.
La consulta de las fuentes bibliográficas, fue a partir de documentos; recolectando, seleccionando, analizando los datos con los que se cuenta.

Introducción

El presente trabajo monográfico responde a la ***Especialización de Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia***[1], consiste en una monografía que intenta brindar conocimiento sobre la experiencia de la articulación de una política pública nacional-PLAN NACER- en el territorio-PICUN LEUFU, NEUQUEN en el marco del sistema de protección integral de niños, niñas y adolescentes[2].
Se dará cuenta de su implementación, como fue el proceso de inserción, si hubo obstáculos, facilitadores y cuáles fueron los logros obtenidos hasta su finalización. Se tendrá en cuenta la atención de salud en el marco del sistema de protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes.

Se indagará sobre la repercusión que tuvo la implementación del Plan Nacer en cuanto a brindar accesibilidad al servicio de salud y si se tuvo en cuenta el principio de equidad identificando posibles obstáculos y facilitadores en el proceso de inserción Para ello se busca realizar un análisis desde el material aportado por la especialización en cada uno de los módulos, aportando además bibliografía especifica del tema en cuestión esta política pública.

El desafío del programa fue la articulación a nivel local para revertir la situación actual de la población objetivo hacia donde estuvo dirigida el Plan Nacer, para ello es importante tomar como comienzo del análisis lo aportado por la Lic. Alicia Kirchner:

"…siempre que hablamos de una forma de articulación del estado con la sociedad estamos al mismo tiempo haciendo referencia a la producción misma de lo social, de los actores y de las relaciones sociales que se generan. Si el

[1]La Secretaria nacional de niñez, adolescencia y familia (SENNAF) cumpliendo por lo establecido por la Ley nacional N° 26061, da inicio a la "Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia", en abril del 2013. En convenio con la Universidad de Entre Ríos(UNER) Y ACUERDOS COMPLEMENTARIOS CON Universidad nacional de Tucumán, Universidad del Chaco austral, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de Buenos aires, Universidad Nacional del Comahue, Universidad Nacional San Juan Bosco.
[2]En adelante NNA.

estado articula la política social con criterios de racionalidad económica y eficientista, el resultado será que las personas se transformen en beneficiarios, receptores pasivos e individualizados. En contraste, la articulación desde una perspectiva más global(es decir realmente articuladora), que pueda contener los distintos aspectos y manifestaciones de la sociedad, estará realizando no solo otra política social, sino también otra forma de sociedad, de relaciones sociales y de actores colectivos, es decir, otro proyecto".[3]

[3]Kirchner Alicia, Módulo 1, E, 2013

Desarrollo

A partir de la aprobación de la Convención de los derechos del niño, en 1989[4], cambia la mirada hacia los niños dejando atrás una práctica asistencialista y tutelar, pasando a un lugar de derecho y ciudadanía para ellos.

[4]En adelante la Convención o CIDN.
La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, luego de casi una década de debates acerca de su alcance y contenidos. Su ratificación por veinte países -el número requerido por el instrumento para su entrada en vigencia - ocurrió menos de un año después. En septiembre de 1990, delegados de 159 países asistieron a la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia que tuvo lugar en la oficina de las Naciones Unidas en Nueva York. En esa oportunidad aprobaron un Plan de Acción en el que se afirmó que las aspiraciones de la comunidad internacional respecto del bienestar de los niños estaban reflejadas de manera acabada en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. A la fecha, ciento ochenta y seis países la han ratificado. La Convención resulta entonces el marco mínimo de reconocimiento y respeto a los derechos de los niños en el que deben inscribirse las prácticas y las políticas de los países que la han ratificado. Ello sin perjuicio de que la adecuación de las legislaciones internas de los Estados Parte a la Convención deberá tener en cuenta aspectos culturales propios.

Según refiere Mary Beloff, la Convención implica en América latina, un cambio radical desde el punto de vista jurídico, tanto como político, histórico y fundamentalmente cultural.[5]

La Convención es un contrato en el que toda la comunidad internacional que la ha ratificado, se ha puesto de acuerdo respecto del estándar mínimo de tratamiento de la infancia, y se obliga a respetarlo, de modo que un país que no cumple con el tratado puede ser responsabilizado y sancionado internacionalmente por ello.

Irene Konterllnik dice de la CIDN, "..***Además de traducir en derechos una amplia gama de necesidades de las niñas, niños y adolescentes, lo hace en el marco de principios desde los cuales estas deben ser entendidas y provistas***. [6]

La CIDN está compuesta por una serie de normas y obligaciones aceptadas por todos y que no son negociables. Contiene 54 artículos que se pueden agrupar en torno a 4 grandes temas:

- El derecho a la supervivencia.
- El derecho a desarrollar su capacidad mental y física hasta el máximo de sus posibilidades.
- El derecho a la protección contra las influencias peligrosas para su desarrollo.
- El derecho a la participación en la vida familiar, cultural y social.

El presente trabajo guarda relación directa con el derecho a la supervivencia abarcando los derechos de los niños a la vida, y a tener cubiertas las necesidades más importantes para su existencia entre estas se incluyen un nivel de vida adecuado que comprende albergue, nutrición y acceso a los servicios médicos. (a esta categoría comprenden los siguientes artículos de la CDN 6-10-18-24 Y 26).

[5] Beloff, Mary Ana Los derechos del niño en el sistema Interamericano - -Un modelo para armar y otro para desarmar.1a ed, 3a reirnp, - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto, 2009

[6]Konterllnik Irene, una nueva institucionalidad para la infancia, Diciembre 2005.

Las leyes y las prácticas que existían antes de la aprobación de la Convención en relación con la infancia, respondían a un esquema que hoy se conoce como un "modelo tutelar", "filantrópico", "de la situación irregular" o "asistencialista". La misma tenía como punto de partida la consideración del "menor" como objeto de protección. Quedan atrás años bajo el régimen tutelar de patronato de menores[7].

Con el cambio del paradigma de situación irregular al paradigma de protección integral, se modifica el lugar que ocupan los NNA, dentro de la sociedad, la familia y el estado.

Los NNA pasan a ser titulares de derecho caracterizando al "menor" en un nuevo "sujeto de derecho y "persona" en el sentido jurídico del término". Son sujetos de los mismos derechos que los adultos, más un plus de derechos específicos justificados por su condición de persona en desarrollo.

Cambia también el rol del Estado dejando de ser un estado intervencionista para pasar a ser un estado garante de derechos.

Previo a la reforma de la Constitución Nacional Argentina en el año 1994 y en consonancia con los principios y valores que inspiraron a la CIDN, en la provincia de Neuquén se sancionó la Ley 2302 el día 7 de diciembre de 1999, ley que entró en vigencia en febrero del año 2000.

El Sistema de protección de derechos de la Ley 2302 se organiza en la línea de la Convención Internacional respetando como principio rector de Interés Superior del Niño como principio de aplicación e interpretación otorgando a la convivencia familiar y comunitaria la característica de garantía y desarrollando en especial los derechos

[7]Este régimen establecido estuvo regido por la Ley 10.903 o Luis Agote, donde aparecía la figura del "menor", objeto de derecho y era el Estado quien a través de un juez, disponía el estado de abandono material o moral, decidiendo sobre ellos, sin que los padres o los niños/as y adolescentes, puedan defenderse. Ingresaban al circuito jurídico por tiempo indeterminado, perdiendo las garantías que los adultos tenían.

fundamentales a la salud, a la identidad, a ser oídos, a la igualdad, a la educación y a la atención de las capacidades especiales.

En el año 2005, se sanciona a nivel nacional la Ley Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (reglamentada en 2006). Siendo el artículo 14 el que está dirigido a la atención de salud[8]

Esto reafirma el posicionamiento nacional en cuanto a la concepción de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos.

La CIDN no define a los NNA por sus necesidades o limitaciones, por lo que les falta para ser adultos o lo que limita su desarrollo. Por el contrario, el niño es definido según sus atributos y sus derechos ante el Estado, la sociedad y la familia.

Así la infancia es concebida como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica.

Sistema de Protección Integral de Derechos

Irene Konterllnik lo referencia como: ***"…un conjunto de políticas, procedimientos, instituciones, que, en forma complementaria, desde***

[8] Ley de Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes, año 2005. Titulo II, Principios Derechos y Garantías art. 14. Derecho a la salud: Los Estados 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 las familias; d)campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social. Toda institución de salud deberá atender prioritariamente las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.
Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios de salud y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

respectivos mandatos, se relacionan y controlan mutuamente para contribuir a proteger los derechos de los cuales los niños son titulares"[9]

En esta línea, el Sistema de Protección Integral está formado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan intersectorialmente las políticas públicas de gestión estatal o privada - en todas las instancias: nacional, provincial y municipal - destinadas la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

El Sistema de Protección Integral opera en tres diferentes niveles:

- las políticas públicas,
- las medidas de protección integral y
- las medidas de protección excepcional.

La exigencia del respeto al Enfoque de Derechos se extiende al conjunto del sistema, tanto en el diseño como en la implementación, ejecución y evaluación continua de políticas públicas de aplicación o transferencia directa a toda la infancia, adolescencias y sus familias.

En ello las políticas sociales se convierten en protagonistas en la materialización y puesta en marcha de los mecanismos por parte del Estado para generar las condiciones para que se efectivicen con acciones positivas todos los derechos.

[9]Konterllnik Irene, Una Nueva institucionalidad para la infancia y la adolescencia, Diciembre 2005.

Políticas sociales

Se entiende como políticas sociales a todas las intervenciones del Estado que regulan las formas en que la población se reproduce y socializa como aquellas que protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos e intentan neutralizan efectos no deseados.

La política social es "***la política de servicios universales, es decir, las intervenciones del Estado que establecen un conjunto de servicios mínimos para todos los ciudadanos: educación, salud, infraestructura y provisión de servicios básicos"***.[10]

La existencia o no de un fenómeno llamado política social o políticas sociales está profundamente determinado por el tipo de estado presente en la sociedad y por lo tanto por el modelo de crecimiento adoptado en esa sociedad en el período analizado.

En este sentido tomando como referencia a Andrenacci***…"Las políticas sociales suelen ser identificadas como aquellas políticas públicas que tienen un objeto de intervención común, "lo social", que les otorga cierta especificidad. Cuáles son los confines de lo social es, un aspecto tan debatido como históricamente cambiante. Se abarca bajo el concepto de Política Social a todas aquellas intervenciones públicas que regulan las formas en que la población se reproduce y socializa (sobrevive físicamente y se inserta en el mundo del trabajo y en el espacio socio cultural del estado Nación) y que protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos. Universo del empleo, la salud, la educación, los sistemas de seguridad social y la asistencia social".***[11]

[10]Lic. Evangelina Benassi, "La nueva Mirada de las Politicas Sociales", Modulo 1 Estado, Politicas públicas y Políticas Sociales, ppt, apertura especialización , Bs As, 2013.

[11] Andrenacci L. (comp). Problemas de Políticas Sociales en la argentina comtemporánea. Prometeo/UNGS, Buenos Aires, 2005.

Desde el 2003, se adoptó una mirada de las políticas sociales, reparadora y constructora, pensando a las personas como titulares de derecho, integrantes de la comunidad, de una cultura, convicciones indispensables para la reconstrucción de la ciudadanía.

Desde ese momento se busca hacer el aporte para reconstruir espacios que integren a las comunidades fortaleciendo la organización y la participación.

En concordancia con el modelo de país adoptado, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación apunta a "***reconstruir el sentido de comunidad, con prácticas participativas e integrales, con el compromiso de crear las condiciones materiales necesarias en el pueblo, con cooperativismo, con trabajo, con economía social, y principalmente con la articulación con las provincias, los municipios, organizaciones sociales y comunitarias".***

PLAN NACER – POLITICA PUBLICA DESTINADA A LA NIÑEZ

El Plan Nacer surge como una respuesta de política pública que implementa el Ministerio de salud de la Nación, para disminuir los índices de morbi.mortalidad materno infantil y fortalecer la red pública de servicios de salud[12].

Se inserta en un momento en que el Estado marca presencia, en un proceso de acciones articuladas entre el nivel nacional, provincial y municipal tendientes a llevar las políticas públicas a cada lugar del territorio nacional.

Plan Nacer es una de las estrategias del gobierno nacional para reducir la desigualdad y la pobreza, junto a la ASIGNACION UNIVERSAL POR HIJO.[13]

Se realiza a través de una transferencia monetaria condicionada, se pone en marcha en el año 2005 en la República Argentina, a través del Ministerio de Salud de la Nación como un camino innovador en la gestión sanitaria argentina, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas.

Se busca mejorar la calidad de atención y en profundizar el acceso y el ejercicio de los derechos de la salud de la población de 0 a 6 años, realizando controles de salud en forma regular.

Intenta fortalecer los sistemas provinciales de salud aumentando la inversión para el sector público, desarrollar seguros provinciales de salud y trazar nuevas prioridades y objetivos monitoreados y evaluados de manera sostenida.

Tiene un claro Enfoque de Derechos apuntando a garantizar el acceso a la atención de salud de las niñas y los niños.

Con fecha de enero del 2007, la provincia de Neuquén, suscribe con el ministerio de salud de la nación, un convenio marco orientado a la implementación de un seguro

[12]Ministerio de Salud, lineamientos del Plan Nacer, 2005
[13]Asignación Universal por Hijo.

de salud materno infantil provincial en el ámbito del proyecto de inversión en salud materno infantil provincial (PISMIP).

El 24 de noviembre del año 2010, las partes suscriben un compromiso anual para el año 2011.

A través de la disposición operativa interna UEC Nº53, se dispone ampliar el conjunto de prestaciones que integran el nomenclador único del Plan Nacer para continuar mejorando la detección temprana y la calidad de atención de la hipoacusia, el tratamiento de la diarrea aguda y de patologías respiratorias como la neumonía y el síndrome bronquial obstructivo, el cuidado de la salud bucal tanto de niños como de mujeres embarazadas.

Para acceder a la AUH, las/los niños deben acreditar el cumplimiento de los controles de salud y el plan de vacunación correspondiente, su falta incurre en la perdida de la asignación.

Retomando el Módulo XII de la Especialización[14]…"***se considera que esta política pública responde a la definición de gasto público social como "el esfuerzo en términos de gasto que realiza el Estado a fin de mejorar las condiciones de vida de la población, y promover su bienestar colectivo, a través de múltiples acciones como la redistribución de ingresos, la formación de capital humano y la protección de los grupos más desfavorecidos, permitiéndoles adquirir las capacidades para participar de su propio desarrollo".***

En Argentina, a fines del año 2003 se comienza a realizar un trabajo de seguimiento y protección de la inversión social específicamente dirigida a la niñez y adolescencia, en el marco de los derechos humanos.

Dentro de este proceso se permite cuantificar y analizar el gasto público dirigido a la niñez y adolescencia, como forma de medir el esfuerzo del estado tendiente al pleno

[14] Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia, Módulo XII "*Herramientas de articulación y coordinación de las políticas de niños, adolescencia y familia, a nivel nacional, provincial y municipal" Lic. Graciela Barros, Noviembre del 2014.*

cumplimiento de la CIDN, y a la mejora de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes.

En este sentido la Secretaria de Niñez, adolescencia y familia (SENNAF) cumple un rol central en la utilización y difusión de la inversión para la toma de decisiones de políticas e informes al comité de seguimiento de la CIDN.

PROCESO DE INSERCION DE PLAN NACER A NIVEL TERRITORIAL

Se ha verificado que la inversión en nutrición, inmunizaciones y saneamiento básico tienen mayor impacto sobre la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años. El derecho a la alimentación, la salud y la educación contribuyen a interrumpir el ciclo de reproducción de la pobreza.

En el momento de la inserción del plan nacer el contexto provincial presentaba una tasa de mortalidad infantil del 9,4% y coberturas de vacunación por debajo del 95%[15].

Será conveniente formular la pregunta sobre si con el Plan Nacer se disuelven las barreras que dificultan el acceso a la salud de los niños y niñas de Picún Leufú, teniendo en cuenta las diferentes realidades de estos niños situándonos en que no es lo mismo vivir en el área urbana, que vivir en el área rural, tampoco es lo mismo la vida de un niño que vive en el área urbana en un plan de viviendas con todos los servicios, que otro que vive en la Toma 7 de Mayo (asentamiento), en condiciones de alta precariedad y con múltiples derechos vulnerados.

El Hospital de Picún Leufú con una complejidad III, dependiente de la Zona V del sistema de salud provincial es el referente del área rural, del cual dependen 3puestos sanitarios que están a cargo de agentes sanitarios.

[15]Dirección provincial de estadísticas y censos, Neuquén, 2005

La atención es brindada por médicos generalistas, sin otras especialidades (no hay pediatras ni ginecólogos), no hay dupla psico-social, cuenta con una sala de partos, 14 camas de internación, servicio de enfermería, odontología, rayos x, laboratorio, internación, consultorios externos, vacunatorio.

Ante la complejidad de los cuadros que presenten las personas, se realizan derivaciones a hospitales de mayor complejidad (a75Km. el referente más próximo).

El edificio data de más de 30 años con escasas modificaciones, siendo el espacio adaptado por los propios trabajadores para actividades específicas[16]

El mayor porcentaje de la atención médica se brinda por guardia, debido al déficit del recurso, en virtud de que no siempre está disponible el servicio de consultorio externo.

Por año nacen 100 niños/as, la mayoría de los partos son derivados a otro efector.

La atención se basa principalmente en la modalidad asistencial, con algunas actividades aisladas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el trabajo presentado como "Acercando derechos, una forma de promover el sistema integral de protección de derechos de NNA a nivel local, la especializando manifiesta que ***…"la realidad muestra brechas importantes en las prácticas de la atención de salud, desde el uso de una epistemología dominante, con impronta del modelo médico hegemónico, y que no solo lo mantiene el personal médico, sino que es sostenido por otros actores(trabajadores, usuarios del sistema "pacientes"), con predominio de acciones sobre el daño ya instalado, sobre el derecho vulnerado y nula o mínima actividad preventiva"…***

Hasta la incorporación del Plan Nacer a nivel local, año 2010, el hospital de Picún Leufú llevaba adelante la norma de control del menor de 6 años, que consistía en controles periódicos médicos y de enfermería con actividades de medición

[16]Módulo XI ESTRATEGIAS COMUNITARIAS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA, Lic. Graciela Barros

antropométricas, vacunación, orientación y vigilancia nutricional, prevención de accidentes en el hogar, controles odontológicos y educación para la salud.

Se realizaba en primera instancia, el control periódico a la embarazada (prenatal) el parto y luego se continuaba con los controles al recién nacido, hasta que cumplía los 6 años de edad.

Este grupo etario siempre tuvo prioridad en la atención, teniendo como característica dar los turnos anticipados en cada consulta.

Desde el año 1989, el Sistema de Salud de la provincia de Neuquén pone en vigencia la Norma Provincial de Control del Menor de seis años.[17]

Esta norma es modificada, recibiendo una nueva denominación como "Guía para la atención y cuidado de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años"[18], se pone en funcionamiento el 1° de Julio del año 2011, respondiendo a un cambio de paradigma en cuanto a la atención de salud de los niños, niñas y adolescentes teniendo como referencia que en el año 2000 se reglamenta la Ley 2302 de Protección Integral de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

La iniciativa de este proyecto surgió desde la Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Subsecretaría de Salud y fue llevado a cabo por un grupo multidisciplinario de agentes de salud provenientes de las distintas zonas sanitarias coordinado desde el Departamento de Maternidad e Infancia.

La nueva Guía está estructurada como un cuerpo principal donde se explicita el cronograma de visitas y los contenidos específicos de cada una; y una serie de anexos sobre temas relacionados con la salud infantil (desarrollo, crecimiento, alimentación, vacunas, prevención de lesiones y abuso, límites, etc.).

[17]Norma provincial del control del menor de seis años-Subsecretaria de Salud, Neuquén.

[18]Guía para la atención y cuidado de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años. Subsecretaría de Salud, Neuquén.

Cuando se incorpora Plan nacer, desde el nivel local se lo ve como un programa de nación, nada más, y teniendo la experiencia previa de haber trabajado en la norma del menor de 6 años, no se lo identifica como una política pública ni como oportunidad de acceso a la salud para los niños/as.(en general, los trabajadores de la salud de este Hospital no dimensionan su trabajo con un enfoque de derechos como tampoco relacionan que su trabajo es parte del Sistema de Protección Integral de derechos).

Esta situación remite a lo expresado por Fujimoto:

"Las políticas por si solas no pueden producir los resultados esperados. Las políticas pueden ser técnicamente bien diseñadas, pero producir resultados dependerá de la apropiación (empoderamiento) que se le otorgue a diversas instituciones (formales, no formales, nacionales, locales, privadas y públicas) y personas (padres, cuidadores de niños, docentes), para implementar políticas y programas en vías que alcancen a los beneficiarios objetivo de estas políticas y programas". [19]

Se torna dificultoso incorporar el programa, y es enfermería, quién lo asume como una oportunidad de captar aquellos niños/as que se atrasaban con el control de salud y las vacunas.

Esto es un hecho concreto cuando comienza la demanda que en mayoría son las madres, con la libreta de la AUH.

En principio, las mismas concurren para realizar el "trámite", y si bien se fue trabajando sobre la importancia real de realizar el control de salud y la vacunación, todavía, luego de años de trabajo, hay madres que concurren para llenar la libreta y profesionales médicos que realizan la actividad como un trámite.

[19] Gaby fujimoto desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. Acción pedagógica vol 13, nº2, 2004.

. Además del control de peso, talla, circunferencia cefálica, valoración nutricional, educación para la salud, se incluye en el control de salud otras prestaciones, como el control de tensión arterial (TA) y de agudeza visual en NNA, detectando algunos casos la necesidad de derivación al oftalmólogo.

En cuanto al recurso humano, siempre el responsable fue el Director del hospital, el administrador y un médico.

No se logró que enfermería sea participe de la responsabilidad del programa, siendo que la mayor parte de las actividades fue realizada por esta disciplina.

Por otro lado se capacitó a personal de estadísticas, médico y de enfermería para la confección de planillas y trazadoras. Contando con la disponibilidad de un recurso humano administrativo de estadísticas, una enfermera y una médica.

La articulación inter institucional no se trabajó como tampoco se hizo a nivel intra institución.

Esto pudo visualizarse al abordar el Módulo IX[20] "***donde se muestra el grado de insalubridad que presenta esta institución donde el sujeto al que está dirigida la atención se percibe como una carga, algo que molesta y donde surgen las subjetividades heroicas a diario, donde la persona-trabajador de salud responde con su propia salud, con su integridad".***

Haciendo referencia a los niños, niñas como sujetos de atención se pudo percibir que los mismos en general, acuden con buena predisposición y acceden de buen ánimo a realizar los controles.

En esta oportunidad se les explica que recibir la atención de salud es un derecho que tienen todos los niños y las niñas.

En algunos casos, se puede observar la negación del/la niño/a al mismo, que derivan en alguna situación en particular, surgen crisis de llanto, pataleos, que pueden

[20], Módulo IX "Conformación de equipos de trabajo lo grupal e institucional",Lic. Graciela Barros, Julio del 2014.

evidenciar otra situación que esté viviendo el/la niño/a (un posible maltrato o abuso sexual).

LOGROS

- Se logró realizar controles de salud a los niños y niñas de 0 meses a 6 años continuos y sistematizados.
- Se incorporó a las prestaciones, el control de tensión arterial y agudeza visual.
- Se sumó como una propuesta preventiva la atención de la fonoaudióloga en el hospital para realizar otoemisiones acústicas en el lugar a niños recién nacidos y menores de 1 año.
- Se logró aumentar la cobertura de vacunación antigripal y otras, según calendario nacional de vacunas, a embarazadas, puérperas y niños de 6 meses a 24 meses.
- En cuanto al destino de los fondos, se destinaron a capacitación (compra de un proyector, cursos), mobiliario (sillas para el personal, ficheros, escritorios, arts. librería, etc.)
- Contribuyó a visualizar áreas deficitarias como plantel de recursos humanos, estructura edilicia, capacitaciones, actualizaciones respecto a la forma de atención y la perspectiva de derechos..

OBSTACULOS

Como obstáculo se percibió que se incrementó la demanda de atención. La misma se tuvo que sostener con el mismo recurso humano y físico.

- Si bien existieron espacios de capacitación, no fue suficiente para apropiarse de la política pública, no se le dio la importancia de la política pública que era, que se implementó sin planificación local previa, preparación de la planta física ni del recurso humano.

- Faltó la articulación con otras instituciones, si bien hubo un ligero acercamiento, esta experiencia pudo ser útil para acercar a las diferentes instituciones que tienen a su cargo la protección integral de los derechos de los niños y las niñas.
- Es necesario destacar que a nivel local no existe una red inter-institucional donde las distintas instituciones puedan trabajar articuladamente. Cuando lo hacen, surge por un caso en particular.
- En cuanto a la evaluación, se realizó teniendo en cuenta la cantidad de prestaciones, sin detenerse en evaluar la calidad de las mismas.

Puntualmente, en el hospital de Picún Leufú, se inició en un momento de crisis hospitalaria por el déficit de recurso humano (médicos/as, enfermeros/as), con ausencia de visitas médicas al área rural y con una planta física inadecuada para brindar una atención de salud de calidad.

Los controles de salud en esta etapa fueron realizados por personal de enfermería y agentes sanitarios en el área rural.

Se debe destacar la predisposición de estos agentes de la salud pública de la provincia de Neuquén, quienes, más allá de los déficits que presenta el sistema de salud provincial, llevan adelante su trabajo con dedicación y responsabilidad.

- Un obstáculo importante fue sin duda el déficit de recurso humano en odontología, con escasa o nula atención odontológica en las embarazadas.
- No se logró profundizar una atención integral de salud, la atención se evidenció fragmentada, no se trabaja con enfoque de riesgo. El/la niño/a que requiere atención es visto como un paciente, no se trabaja sobre los derechos vulnerados que pueden presentar (por ej. maltrato, abuso sexual en niños/as).

En el año 2012, el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud de la Nación, pone en marcha el Programa Sumar, una ampliación del Plan Nacer. Con este programa se busca brindar cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años.

A partir del recorrido teórico realizado y de poder ver la articulación del Plan Nacer como una herramienta válida para la efectivizacion de derechos, resta decir entonces que ello requiere de readecuar estructuras, actividades, y la participación en todo el proceso para que se den verdaderos procesos participativos en la implementación, más aun uno como el que se trabajó que apunta a los primeros años de vida, fundamentales para el desarrollo pleno de muchos niños y niñas.

La implementación de políticas efectivas implica importantes cambios cualitativos y cuantitativos en las instituciones públicas que propendan no solo a la mejora de la atención, sino a materializar en hechos concretos y con acciones positivos la efectivización real de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Conclusiones

La implementación del Plan Nacer en el Hospital de Picún Leufú, responde al cumplimiento de una estrategia del Gobierno Nacional para reducir la pobreza y la desigualdad, se amplía la posibilidad de diferentes prestaciones de salud y se modifica la calidad de atención.

En cuanto al acceso a la salud este es más equitativo e igualitario.

Surgieron diversos inconvenientes ya que no se consideró la expansión en la demanda de salud como resultado de la implementación del Plan.

No hubo un fortalecimiento previo en el efector de salud para poder satisfacer la demanda.

La implementación del plan en este hospital, se dio en un contexto sumamente crítico debido al déficit de recurso humano, edilicio y del escaso acompañamiento institucional en cuanto a la aplicación de llevar esta política pública al territorio.

Se evidencian problemas de articulación y de apropiación del plan, debido a que por el contexto deficitario presente, la atención brindada no fue suficiente.

Cumplió como un recurso para acceder al cobro de la AUH.

En base a esta experiencia, se considera que es necesario al incorporar una política pública nacional, tener en cuenta no solo la capacitación referente a lo administrativo tendientes a dar respuestas de los fondos enviados, sino brindar mayor acompañamiento en el proceso de inserción y sobre todo, tener en cuenta los recursos con que se cuenta (humanos, edilicios, mobiliarios, etc.).

De manera indirecta, con este trabajo se pudo identificar que el personal de salud desconoce su rol dentro del sistema de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.

Pensando como proyección que los NNA de Picún Leufú reciban atención de salud en el marco de protección integral de derechos, que sean escuchados y valorados como sujetos de derechos se trabajará teniendo como referencia la Ley Nacional Nº 26061, la Ley provincial N º 2302.

Para lograrlo será necesario reflexionar críticamente sobre las prácticas, e instalar el planteo con una perspectiva de derechos teniendo en cuenta:

- El pasaje de la necesidad a los derechos.
- La responsabilidad que se asigna a las familias, a la comunidad y al estado en la efectivización, el disfrute y protección de los derechos de NNA(corresponsabilidad),
- la derivación permanente que desdibuja las responsabilidades y fragmenta las visiones y las responsabilidades.
- Incorporar la opinión de los NNA, respecto de todas las situaciones que los involucran, en la formulación de proyectos en su comunidad (participación).
- superar las miradas construidas desde las viejas prácticas: fragmentadas, que condicionan y limitan las intervenciones (articulación interinstitucional, interdisciplinar).
- De los servicios aislados a los servicios en red, construcción de los mecanismos de protección.
- De las relaciones de dependencia sostenidas desde los recursos económicos (años con medidas proteccionales y con subsidios) hacia sentidos de autonomía, de emancipación.[21]

[21](cuadernillo n°3.MDS)

Bibliografía

- Arito Sandra, Entramados conceptuales en trabajo social. “Cuando la subjetividad se torna heroica”.
- Andrenacci L. (comp.) Problemática de Política social en la Argentina contemporánea. Prometeo/UNGS, Buenos Aires, 2005.
- Benassi Evangelina “La nueva mirada de las políticas sociales”. Módulo 1, Estrtado, Políticas Públicas y Sociales, apertura de Especialización, año 2013. ppt
- Convención Internacional de Derechos del Niño.
- Cuadernillo n° 3 prácticas y metodologías de abordaje. Ministerio de desarrollo social de la nación. Mg. Mario Siede, Lic. Graciela Beutel
- Firpo Isola, Lic. Salazar Laura, “cuadernillo n° 1 Estado, Política y niñez” , Ministerio de Desarrollo Social, presidencia de la nación, Universidad de entre Ríos, FTS, Construcción socio-histórica de la infancia, pte 3.
- Gaby fujimoto desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. Acción pedagógica vol. 13, nº2, 2004.
- “Guía para la atención y cuidado de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años”, Subsecretaría de Salud, Provincia de Neuquén. 1° de Julio del año 2011.
- Kirchner Alicia, módulo 1 E, 2013.
- Konterllnik Irene, una nueva institucionalidad para la infancia, diciembre 2005.
- Laura Pautassi-el cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos-CEPAL serie mujer y desarrollo Nº87.

- Ley N°26.061 de Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes. Argentina, año 2005.
- Ley N° 2.302 de protección Integral de Derechos del Niño, Provincia de Neuquén,, año 2000.
- Mary Beloff “Un modelo para armar y otro para desarmar”, Los derechos del niño en el sistema interamericano, 1ra ed. 3ra reimpresión, ciudad autónoma de Buenos Aires, 2009.
- Ministerio de salud de la Nación, PLAN NACER, LINEAMIENTOS GENERALES.
- MODULO III “EL ENFOQUE DE DERECHOS Y LA PROTECCION INTEGRAL EN NNA” especialización…julio 2013 docentes Lerner, Burgues y otros
- Módulo Sistema de Protección Integral de derechos de NNA, Septiembre 2013.
- Módulo IX Conformación De equipos de trabajo, lo grupal e institucional, julio 2014.
- Modulo XI Estrategias comunitarias en infancia y adolescencia.
- Módulo XII herramientas articulación y coordinación de las políticas de Niñez, adolescencia y Familia, a nivel nacional, provincial y municipal.
- Moreno E, Niremberg O, Perrone N Y colab, “Desarrollo de un nivel evaluativo en sistemas locales de salud”. informe final apoyo financiado por la ciid/idrc, Otawa, Canadá, 1992.
- Norma del Control del Menor de seis años, Subsecretaria de Salud de la provincia de Neuquén, año 1989.
- Proyecto “Acercando Derechos una forma de promover el sistema de protección integral de derechos de NNA a nivel local. Lic. Graciela Barros

INDICE

Delimitación del tema 2

Selección de fuentes bibliográficas 2

Introducción…… 3

Desarrollo..... 5

Sistema de Protección Integral de derechos..... 8

Políticas Sociales 10

Plan Nacer política pública destinada a la niñez……..12

Proceso de inserción de plan nacer a nivel territorial…….14

Logros……..……...19

Obstáculos……..…..……19

Conclusiones……..22

Bibliografía………..24