

UNIVERSIDAD FEDERAL DE PELOTAS
Facultad de Enfermería
Programa de Posgraduación en Enfermería

Tesis



Representaciones sociales acerca del control de salud a niños y niñas por parte del personal del primer nivel de atención en Salto-Uruguay

María Leticia Benelli Rodríguez

Pelotas, 2023

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

R696r Rodríguez, María Leticia Benelli

Representaciones sociales acerca del control de salud a niños y niñas, del personal del primer nivel de atención de Salto-Uruguay [recurso eletrônico] / María Leticia Benelli Rodríguez; Michelle Mandagará de Oliveira, orientadora; Alejandro Noboa, coorientador. Pelotas, 2023. 140 f.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2023.

1. Personal de Salud. 2. Primer Nivel de Atención. 3. Lactante. 4. Pre escolar. 5. Investigación cualitativa. I. Oliveira, Michelle Mandagará de, orient. II. Noboa, Alejandro, coorient. III. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Simone Godinho Maisonave CRB: 10/1733

María Leticia Benelli Rodríguez

Representaciones sociales acerca del control de salud a niños y niñas por parte del personal del primer nivel de atención en Salto-Uruguay.

Tesis presentada al Programa de Posgraduación en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas, como requisito parcial para la obtención del título de doctor en Ciencias: Prácticas sociales en Enfermería y Salud. Línea de investigación: Salud mental y colectiva, proceso de trabajo, gestión y educación en enfermería y salud.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Michelle Mandagará de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Alejandro Noboa

Pelotas, 2023

María Leticia Benelli Rodríguez

Representaciones sociales sobre el control de salud de niñas y niños del personal del primer nivel de atención.

Tesis aprobada, como requisito parcial para la obtención de grado de doctora en Ciencias.

Fecha de defensa: 31 de agosto de 2023

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Michele Mandagará (orientadora), doctora en Enfermería en Salud Pública por la Escuela de Enfermería Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

Prof. Dr. Alejandro Noboa (coorientador), doctor en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid (2002).

Prof.^a Dra. Valeria Coimbra, doctora en Enfermería Psiquiátrica por la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

Prof. Dr. Alvaro Díaz, doctor en Enfermería por el Programa de Posgraduación de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas.

Prof. Dr. Marcos Lemoes, doctor en Ciencias con énfasis en Enfermería por Programa de Posgraduación de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas.

Prof.^a Dra. Poliana Farias, doctora en Ciencias en la línea de Salud Mental y Salud Colectiva con foco en la Evaluación de Servicios de Salud, por Doctorado sándwich en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Waterloo, Ontario, Canadá.

Agradecimientos

A todo el personal de salud que aceptó participar de la investigación con gran disposición, al igual que a la Lic. Natalia Gimenez por su total disposición para facilitar información para poder contactar al personal.

A la dirección de la RAP de ASSE de Salto por autorizar la realización de la investigación.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República por la oportunidad ofrecida y apoyo.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas por apostar a la interinstitucionalidad académica entre países.

A la profesora Michelle Mandagará Oliveira por su guía comprometida, apoyo en lo académico y en lo personal.

Al profesor Alejandro Noboa por su disposición y acompañamiento.

A los y las compañeros de generación, en especial a Raquel Díaz, Lucía de Pena, Claudia Morossi y a Alejandra Girona por su compañerismo, solidaridad, guía y gran apoyo.

A mis compañeras/os del departamento de Administración de Facultad de Enfermería de Salto: Luján, Jacqueline, Ruth, Juan Pablo y a nuestra compañera y coordinadora Andrea por la flexibilidad, el entendimiento y el apoyo que han hecho posible la dedicación a la tesis.

A mis compañeras/os de la Unidad Regional de Extensión por permitirme dedicarme a la tesis, gracias a su gran compromiso y compañerismo.

A la Udelar, mi casa de estudios y trabajo, por habilitarme la posibilidad de desarrollo y crecimiento personal y profesional.

A Ernestina, mi hija, que sobrellevó con mágica alegría mis ausencias, a Yolanda, mi mamá, a Marta, su abuela paterna, y a Guillermo, su papá, porque cuidan y han cuidado a Ernestina amorosamente, dándome la tranquilidad necesaria para poder abocarme a la realización de este trabajo.

Un agradecimiento inmenso a todas y todos quienes fueron parte de este camino de aprendizaje.

Resumen

BENELLI RODRÍGUEZ, María Leticia. Representaciones sociales sobre el control de salud a niños y niñas del personal del primer nivel de atención. Tutora: Michele Mandagará. 2023. 147 f. Tesis (Doctorado en Ciencias)-Programa de Posgraduación en Enfermería, DINTER, Universidad Federal de Pelotas-Universidad de la República, 2023.

Esta investigación tiene como tema de interés el control de salud a niños y niñas de hasta 3 años de edad que se asisten en el primer nivel de atención del subsector público de salud de Salto-Uruguay. Control que se enmarca en una política pública, existente desde 1974 en el país, que se denomina Programa Aduana, que tiene como finalidad disminuir la morbimortalidad infantil. Programa llevado a cabo por personal de salud, que tienen representaciones sociales que sustentan y moldean sus prácticas profesionales, las que pueden potenciar u obstaculizar la atención integral con perspectiva de derechos. Por ello el objetivo es comprender las representaciones sociales sobre el control de salud a niñas y niños de 0 a 3 años del personal del primer nivel de atención. Con un abordaje cualitativo, descriptivo y exploratorio basado en el enfoque procesual de la Teoría de las Representaciones Sociales, con un enfoque multimétodo para la recolección de datos, combinando la entrevista discursiva y el dibujo-historia con tema. Participando 12 trabajadoras de la salud de diciembre de 2022 a marzo de 2023. Los datos fueron procesados con apoyo de Atlas.ti 9 y se analizaron a partir del análisis de contenido de Bardin. Los resultados más relevantes indican que el control para el personal de salud está constituido por prácticas sostenidas en el modelo biomédico, fragmentado y jerárquico, que prioriza la atención basada en tecnologías leve-duras y duras, con un abordaje más enfocado en las generalidades que presentan niños y niñas, según el rango etario, que en la singularidad de cada caso. Una atención que le asigna a la mujer toda la responsabilidad de la crianza, fundada en la posibilidad biológica de amamantar, sin cuestionamientos desde la perspectiva de género y derechos. Lo que conlleva a que sobre las mujeres recaigan las valoraciones del rol que ejercen como cuidadoras. Mujeres, niños y niñas que viven en contextos de pobreza, en sintonía con el fenómeno de infantilización de la pobreza que viene atravesando Uruguay hace algunas décadas. Por esto, es necesario e imperativo desarrollar procesos formativos para el personal de salud que propicien la reflexión sobre el proceso de trabajo cotidiano en el primer nivel de atención, que aborde la atención a la infancia con un enfoque integral, de derechos, que considere la pobreza como una determinación social de la salud y con perspectiva de género. Asimismo, es preciso revisar y reformular de forma colectiva el reperfilamiento del Programa Aduana, que tiene una fuerte impronta biomédica orientada al “control” de salud por una política pública orientada a garantizar la defensa de la vida.

Palabras claves: personal de salud; primer nivel de atención; lactante; preescolar; investigación cualitativa.

Resumo

BENELLI RODRÍGUEZ, María Leticia. Representações sociais dos profissionais de saúde da atenção primária sobre o controle da saúde de meninos e meninas. Orientadora: Michele Mandagará de Oliveira. 2023. 149 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, DINTER, Universidade Federal de Pelotas, Universidade da República. 2023.

Esta investigação tem como tema de interesse, o controle de saúde de meninos e meninas até 3 anos de idade, que são acompanhados na atenção primária do subsetor público de saúde de Salto-Uruguai. Trata-se de uma política pública existente desde 1974 no país, que se denomina Programa Aduana, que surgiu com a finalidade de diminuir a morbimortalidade infantil. Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde que prestam atenção a esta população, nos permite compreender o conhecimento de sentido comum construído coletivamente por esses trabalhadores, o que pode moldar suas práticas profissionais e que pode ser potencializador ou obstaculizador de uma atenção integral para a perspectiva de direitos. Compreender as representações sociais sobre o controle da saúde de meninas e meninos de 0 a 3 anos, do pessoal assistencial de primeiro nível de atendimento. O estudo envolveu uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, baseada na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais. Com uma abordagem multimétodo, utilizou-se a entrevista discursiva e o Desenho-história com tema, como técnicas de coleta de dados, participando 12 trabalhadoras do primeiro nível de atenção do subsetor público, que são Auxiliares de Enfermagem, Graduados em Enfermagem e Doutores em Medicina. O período de coleta de dados foi de dezembro de 2022 a março de 2023. Os dados foram processados com apoio do Atlas.ti 9 e analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mais relevantes indicam que as representações sobre o controle da saúde de meninos e meninas estão constituídas por práticas sustentadas no modelo biomédico, fragmentado e hierárquico, que prioriza a atenção baseada em tecnologias leves-duras e duras, com uma abordagem mais focada nas generalidades que apresentam meninos e meninas dependendo do intervalo etário, do que na singularidade de cada caso. Foi atribuído à mulher toda a responsabilidade da criação, fundamentalmente pela possibilidade biológica de amar, sem considerar a perspectiva de gênero e direitos. Refletindo sobre esses valores do papel que exercem como cuidadoras. Mulheres, meninos e meninas que vivem em contextos de pobreza em sintonia com o fenômeno e o impacto da pobreza na infância atravessa o Uruguai há algumas décadas, constituindo-se em uma determinação social da saúde de meninos, meninas e mulheres. É necessário e imperativo desenvolver processos formativos para o pessoal de saúde, que propicie a reflexão sobre o processo de trabalho cotidiano na atenção primária, que aborde a atenção à infância com uma abordagem integral, de direitos, que considere a pobreza como uma determinação social da saúde, assim como a perspectiva de gênero. A revisão e reformulação coletiva do perfil do Programa Aduana que ainda tem uma força biomédica implícita voltada para o “controle” da saúde, para se tornar uma política pública voltada para garantir a defesa da vida.

Palavras chaves: profissional de saúde; atenção primária; lactante; pré-escolar; investigação qualitativa.

Abstract

BENELLI RODRÍGUEZ, María Leticia. Social representations about children health control (boys and girls), of first level care staff. Tutor: Michele Mandagará. 2023. 149 f. Thesis (Doctorate in Sciences) Post-Graduation Program in Nursing, DINTER, Pelotas Federal University, Republic University. 2023.

This research has as topic of interest the health control of children up to 3 years old, who are assisted at the first level of care of the public health subsector of Salto-Uruguay, which is part of a public policy that exists in the country since 1974, called Customs Program, which aims to reduce infant morbidity and mortality. Program carried out by health personnel, who have social representations that support and shape their professional practices, which can enhance or hinder comprehensive health care with a rights perspective. Therefore, the objective is to understand the social representations about health control of children from 0 to 3 years old, of the first level of care personnel. With a qualitative, descriptive and exploratory procedure based on the processual perspective of the Theory of Social Representations, with a multi-method approach for data collection, combining discursive interview and theme drawing-story. Participating 12 health workers from December 2022 to March 2023. The data was processed with the support of Atlas.ti 9 and was analyzed using Bardin content analysis. The most relevant results indicate that the control is constituted by sustained practices in the biomedical, fragmented and hierarchical model, which prioritizes care based on light-hard and hard technologies, with an approach focused on generalities that boys and girls present according to their age range, rather than the uniqueness of each case. Health care that assigns all responsibility for parenting to the woman, based on the biological possibility of breastfeeding, without questioning from gender and rights perspective; relying on women assessments of the role they play as caregivers. Women and children who live in contexts of poverty in tune with the phenomenon of infantilization of poverty that Uruguay has been experiencing for some decades, becoming a social determination of their health. It is necessary and imperative to develop training processes for the health care staff, that encourage reflection on the daily work process at the first level of care, that addresses child care with a comprehensive, rights-based approach, and considers poverty as a social determination of health, with a gender perspective. The collective review and reformulation of the "Customs Program" re-profiling, which has a strong biomedical imprint oriented to the health "control", by a public policy aimed at guaranteeing the defense of life.

Keywords: health staff; first level of care; infant; preschool; qualitative research.

Lista de Figuras

Figura 1 - Proceso de selección de artículos en bases de datos	25
Figura 2 - Algunos hitos históricos del Programa Aduana de ASSE en Uruguay, período 1971-2014.....	42
Figura 3 - Síntesis del proceso de recolección de datos	58
Figura 4 - Distribución de categorías, subcategorías y códigos del control de salud a NN de 0 a 3 años, que emergieron a través del DHT	67
Figura 5 – Consulta típica (DHTP10)	72
Figura 6 - El encuentro con el niño (DHTP12b).....	73
Figura 7 - Un día de tantos (DHTP7).....	73
Figura 8 - Control saludable (DHTP9).....	74
Figura 9 - Momento de la valoración del niño (DHTP11)	75
Figura 10 - Diseños de DHT que reflejan prácticas de evaluación del crecimiento de niñas y niños	76
Figura 11 - Día a día en la consulta pediátrica (DHT2).....	77
Figura 12 - Un día de tantos (DHTP7a).....	78
Figura 13 - La entrevista estructurada, valoración y registro (DHTP12a)	79
Figura 14 - Acompañando un nuevo comienzo (DHTP6)	79
Figura 15 - Prácticas de registro en el control de salud (DHTP2, DHTP7, DHTP12a, DHTP6).....	80
Figura 16 - Un día feliz (DHTP8).....	81
Figura 17 - Vínculo de relacionamiento entre el niños y su mamá (DHTP1).....	81
Figura 18 - Un día de trabajo (DHTP3).....	82
Figura 19 - Amanecer en la consulta (DHTP5).....	83
Figura 20 - Prácticas de recepción (DHTP1, DHTP3 y DHTP5)	83
Figura 21 - Acompañando un nuevo comienzo (DHTP6)	84
Figura 22 - Encuentros con contacto visual y sonrisas (DHTP6, DHTP8, DHTP9 y DHTP12a).....	88
Figura 23 - Dibujos de encuentros con sonrisas, sin contacto visual y de pie (DHTP1, DHTP12b, DHTP11 DHTP3 y DHTP4).....	90
Figura 24 - Encuentros con rostro serios, fantasmagóricos o sin rostros (DHTP7, DHTP2 y DHTP5)	91
Figura 25 - Mujeres en el control de salud de niñas y niños	93

Figura 26 - Distribución de códigos, subcategorías y categorías sobre el control de salud de niños y niñas de 0 a 3 años en el PNA, que emergieron de las entrevistas discursivas 95

Lista de abreviaturas y siglas

ACP Atención Centrada en el Paciente
APS Atención Primaria en Salud
ASSE Administración de los Servicios de Salud del Estado
BDEFN Banco de Datos de Enfermería
CENUR LN Centro Universitario Regional Litoral Norte
CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CS Control de Salud
LE Licenciadas en Enfermería
LILACS Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MAS Modelo de Atención a la Salud
MEDLINEMED Lars en línea
MS Ministerio de Salud
NN Niños y Niñas
OPS Organización Panamericana de la Salud
PAP Programa Aduana
PIAS Plan Integral de Atención a la Salud
PIC Práctica Interprofesional Colaborativa
PNA Primer Nivel de Atención
PS Personal de Salud
RISS Redes Integradas de Servicios de Salud
RS Representaciones Sociales
SCIELO Scientific Electronic Library Online
Siembra Sistema de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial
SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud
TRS Teoría de las Representaciones Sociales

Sumario

Agradecimientos	5
Resumen	6
Resumo	7
Abstract.....	8
Lista de Figuras	9
Lista de abreviaturas y siglas	11
Presentación	15
1. Introducción	19
2. Revisión de literatura.....	23
2.1 Prácticas de relación con niños, niñas y su familia	29
2.2 Prácticas centradas en la familia de niños y niñas	31
2.3 Consideraciones finales.....	34
3. Construcción del objeto de estudio.....	36
4. Objetivos	52
4.1 Objetivo general	52
4.1.1 Objetivos específicos	52
5. Referencial teórico: representaciones sociales	52
6. Metodología del estudio	56
6.1 Tipo de estudio	56
6.2 Lugar de estudio	56
6.3 Población de estudio	57
6.3.1 Criterios de inclusión	57
6.3.2 Criterio de exclusión	58
6.4 Fuentes de datos	58
6.5 Procedimientos de recolección de datos.....	58
6.5.1 Dibujo historia con tema	59

6.5.2 Entrevista discursiva	60
6.6 Procedimiento de análisis de datos	61
6.7 Estrategia de difusión de datos	62
6.8 Consideraciones éticas	62
7. Resultados y discusión	64
7.1 Características de la población de estudio	64
7.2 Análisis del contenido de las representaciones sobre el control de salud a niñas y niños de 0 a 3 años en el primer nivel de atención, a partir del enfoque procesual	66
7.2.1.2 Prácticas de acompañamiento	80
7.2.2 Habilidades comunicacionales	87
7.2.2.1 Habilidades cinésicas	87
7.2.2.2 Rol que asume el personal de salud en la entrevista clínica	92
7.2.3 Cuidado infantil desde la perspectiva de género	92
7.3 Análisis del contenido de las representaciones sociales acerca del control de salud a niñas y niños a través de entrevista discursiva, a partir del enfoque procesual	94
7.3.1 Organización del trabajo del PS en el control de NN	100
7.3.1.1 Prácticas de control de crecimiento	100
7.3.1.2 Prácticas de seguimiento	101
7.3.1.3 Prácticas de promoción y prevención	102
7.3.1.4 Prácticas de coordinación interinstitucional UCC y Caif	104
7.3.2 Habilidades comunicacionales	106
7.3.3 Cuidado infantil desde la perspectiva de género	113
7.3.4 La atención a la salud en contexto de pobreza	118
Consideraciones finales	120
Referencias	130
Apéndice	136

Pauta entrevista discursiva	138
Formularios de consentimiento informado.....	140
Anexo.....	144

Presentación

Soy licenciada en Enfermería con trayectoria como docente en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (Udelar) desde el año 2002. Desde el 2003 me desempeño como docente en un curso en el que estudiantes de la Licenciatura en Enfermería desarrollan su última práctica preprofesional, principalmente en el primer nivel de atención (PNA) en la región norte del país. Formo parte del equipo docente de la Cátedra de Administración a la que ingresé como docente ayudante, en la actualidad soy profesora adjunta. Función docente que en sus inicios desarrolle imitando a la coordinadora del curso, con quien trabajaba en conjunto, disfrutando y aprendiendo, pero con escasos espacios de reflexión y problematización sobre la práctica docente.

Durante cinco años trabajé en la asistencia en un servicio polivalente de segundo nivel de atención del subsector privado en Salto, trabajo que decidí dejar en su momento porque me generaba muchas contradicciones con mi función docente. En la actualidad, desde hace 10 años, trabajo en la actual Unidad Regional de Extensión del CENUR LN, en el marco de la cual me he vinculado y nutrido de saberes de otras disciplinas para el desarrollo de la enseñanza, la extensión y la producción de conocimiento. El actual equipo docente de URE está conformado por 13 compañeras/os de diferentes profesiones del área social, del área científico-tecnológica y del área de la salud, la que coordino desde el 2015 con una docente que se encuentra en la sede de Paysandú, que es veterinaria. En este marco, promovemos la importancia de la extensión crítica y la integralidad como procesos necesarios para contribuir a la formación de universitarios más humanos, solidarios y comprometidos con la realidad social.

En el año 2009 inicié el cursado de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud en la Facultad de Enfermería, la que culminé con la tesis denominada: "Procesos locales de construcción del SNS: Organización e integración de efectores públicos de salud del departamento de Salto, Uruguay, en el período 2010-2015", y que defendí en el 2017.

En el período durante el que estaba elaborando la tesis de maestría, cursé una especialización denominada: Especialización Lato Sensu en Docencia en Educación Profesional en Salud, organizada y llevada a cabo entre una cooperación técnica de Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio/Fiocruz y el Centro Universitario

Regional Litoral Norte de Universidad de la República de Uruguay. Esta tuvo una duración de un año, y la cursé concurriendo durante tres días consecutivos, una vez al mes, en la sede de Paysandú (a 120 km de Salto), a participar de encuentros en los que confluimos docentes del CENUR LN de diferentes y variadas disciplinas del área de la salud y los docentes de FIOCRUZ. Esta formación ha significado un antes y un después en el entendimiento de la enseñanza y la formación universitaria en salud, ya que me permitió encontrar muchas respuestas y respaldos teóricos a interrogantes que tenía en cuanto a la complejidad en la formación del licenciado/a en Enfermería y la micropolítica del proceso de trabajo en salud. Esta especialización la culminé con un trabajo de conclusión de curso denominado: “Los procesos de trabajo del equipo de salud y del interno/a de licenciatura en enfermería en la RAP de ASSE de Salto: coproducción de conocimientos para la integración de la formación y trabajo en salud”.

Por otra parte, en el curso Internado, desde hace un tiempo, se intenta propiciar experiencias educativas, donde los estudiantes y el personal de enfermería de la institución sanitaria se constituyan en una comunidad educativa. En este sentido, las dificultades han sido varias, entre las cuales consideramos la escasa cultura de construcción colectiva, participación, reflexión y problematización de las prácticas de cuidado. Esta realidad en la que se hace lo que se puede y ese hacer se naturaliza termina legitimando un modelo de atención centrado en el profesional médico y un modelo de gestión centrado en la tarea, en el hacer sin reflexionar sobre el cómo y para quiénes estamos haciendo el trabajo. Por otro lado, debemos mencionar que el estudiante inmerso en el mundo académico trabaja conceptualmente un modelo de atención integral que en su experiencia clínica no podrá reproducir, dado que el modelo que los servicios asistenciales aplican dista demasiado de ese marco conceptual en el que se basa la formación del profesional de enfermería. El plan de estudio de la carrera de la Licenciatura en Enfermería determina que este profesional sea capaz de conducir el proceso de atención que realiza el equipo de enfermería en los diferentes niveles de atención a través del desarrollo de las funciones propias.

En este sentido, para lograr una formación y una prestación de salud integral es necesario e indispensable que el accionar de cada uno de los sujetos involucrados sea integrado, que realmente se articulen saberes, disciplinas, prácticas y las funciones de asistencia, gestión, enseñanza, extensión e investigación. En el trabajo cotidiano de los internos se ha percibido que su integración con el equipo reproduce la dinámica de los servicios, donde todo gira en torno a satisfacer las necesidades y

el uso del tiempo del profesional médico. En este sentido, el discurso de una prestación de atención centrada en el usuario como un ser integral y la salud como un derecho no siempre se evidencia en la práctica, por lo que tanto licenciados como estudiantes, por distintas cuestiones, son funcionales a esta lógica predominante.

La salud como un derecho es uno de los temas que me generan mayor interés y pasión. Principalmente, desde un enfoque integral, es decir, tanto en la atención en salud como en la formación de universitarias/os y la necesidad de que esos procesos se sustenten en vínculos dialógicos para contribuir a la construcción de ciudadanía. Lo que me estimula y motiva a desarrollar este tema de investigación es, por un lado, poder conocer esa realidad, cómo son esas relaciones institución-sociedad desde una mirada profunda y rigurosa de la participación de la familia en el proyecto de cuidado en salud de niños y niñas que permita confirmar o derribar mis presupuestos. Por el otro, la posibilidad de producir conocimiento, considerando que esta es una realidad que casi no se investiga, por lo que puede ser el punto de partida para generar procesos de transformación de las prácticas del personal de salud. En mi práctica docente cotidiana cada vez me convengo más de que si la relación con la otredad no es simétrica, desde el respeto, la horizontalidad, con un vínculo dialógico en el que se produzca construcción del conocimiento con la participación de quienes son parte del proceso, todo el posicionamiento teórico del plan de estudio y el mío personal se vuelve un discurso vacío, una especie de charlatanería. Lo que considero que vuelve inconsistente mi práctica docente, la enseñanza que pretendo generar con los y las estudiantes, básicamente, para que realmente podamos construir conocimiento en cada encuentro, para lograr que se comprometan socialmente, que sean solidarios/as y críticos/as.

Finalmente, para introducir el contenido del proyecto, a continuación detallo los capítulos que lo componen: capítulo 1- Introducción; capítulo 2- Revisión integrativa sobre lo que se ha estudiado en los últimos diez años sobre la relación personal de salud-familia; capítulo 3- Construcción del objeto de estudio, en el que se desarrollan algunos hitos relevantes de la organización de los servicios de salud en el mundo y en particular en Uruguay. Luego continuo con una descripción de los aspectos más relevantes del Programa Aduana; capítulo 4- Objetivo general y objetivos específicos; capítulo 5- Referencial teórico haciendo un recorrido sintético de la concepción, la finalidad, la metodología y las funciones de la Teoría de las Representaciones Sociales; capítulo 6- Metodología de la investigación: tipo de estudio, población,

técnicas de recolección de datos, fuentes de información, procesamiento y análisis de los datos, difusión de la información y aspectos éticos; capítulo 7- Resultados y discusión, desarrollo la discusión de los resultados del estudio, y capítulo 8- Consideraciones finales.

1. Introducción

Esta investigación pretende abordar las representaciones sociales del personal que trabaja en el Primer Nivel de Atención de Salud del subsector público de Salto, específicamente sobre el control a niños y niñas de 0 a 3 años. Este control de salud se enmarca en el Programa Aduana (PA), una política pública que se creó en Uruguay en el año 1971, y que comenzó a funcionar como programa piloto en 1974, con la finalidad de incidir en la disminución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años. El valor de esta tasa en el período 1970-1974 era de 49,32 por mil niños/as nacidos vivos (MACCIÓ; DAMONTE, 1996), desde el año 2000 la tasa ha oscilado entre 16,5 y 17,3, su pico máximo, en 2003, manteniendo fluctuaciones, pero con tendencia a la baja (Mides, 2023). En el año 2021 se tuvo como causas más prevalentes la prematurez, con un 46,1 %, seguido de un 33,8 % por malformaciones congénitas y un 8,2 % por síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte (msp, 2021a).

A partir de una evaluación del programa del período 2008-2012, realizada durante el año 2013, y considerando la creación en 2008 del Sistema Nacional Integrado de Salud, se construye su reperfilamiento con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida, promover un adecuado crecimiento y desarrollo infantil para continuar disminuyendo los índices de morbimortalidad. Este proceso se realizó a través de encuentros del personal de salud del programa en los que se generaron intercambios y se llegaron a consensuar las estrategias propuestas en el reperfilamiento. Además, se definió como propósito lograr que niños y niñas entre 0 a 3 años usuarios/as del subsector público de salud mejoren su crecimiento y desarrollo integralmente, mediante la implementación de prestaciones adecuadas según el nivel de riesgo a través de la identificación, captación, seguimiento y control por parte del equipo de salud. Para ello, se define una estructura de funcionamiento con un componente central con responsabilidades a nivel nacional y componentes departamentales como el hospitalario, el del primer nivel de atención y los equipos de seguimiento de alto riesgo. Además, se definieron una serie de protocolos de actuación para el personal de salud con el objetivo de superar la falta de unificación de criterios en procesos comunes (ASSE, 2014). Este programa persiste como una

política pública en Uruguay para poder continuar disminuyendo la morbimortalidad infantil, ofreciendo servicios sanitarios que respondan a la necesidad de niños y niñas, y garantizando la salud como un derecho humano fundamental a un grupo poblacional que vive el fenómeno de infantilización de la pobreza, como lo revela el informe del Observatorio de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes:

Niños, niñas y adolescentes en Uruguay siguen siendo la población mayormente afectada por la situación de pobreza. En el año 2020, de cada 1000 niños, niñas y adolescentes, 202 se encontraban bajo la línea de la pobreza (20,2 %); un total de 176.375 estimados. Este último movimiento indica respecto a 2019 un incremento estimado de 35.345 niños, niñas y adolescentes más, residiendo en hogares bajo la línea de la pobreza (OBSERVATORIO DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. URUGUAY, 2021, p. 3).

En el reperfilamiento del programa se ha definido que el modelo de atención a la salud se centre en las necesidades biopsicosociales de niñas y niños, y en la participación activa del núcleo familiar en la construcción del plan de cuidados integral (ASSE, 2014). Una política pública que en su escritura utiliza el término *control*, *controles* o *controlado* más de ciento cincuenta veces, en alusión a las acciones a realizar con niños y niñas de 0 a 3 años. Esto evidencia la fuerte impronta de un modelo de atención en el que el personal de salud supervisa la salud de niños y niñas desde un lugar de jerarquía, pero que, de todas formas, plantea a los usuarios/as como sujetos de derecho con capacidad de propuesta, aporte y toma de decisiones.

Esta temática resulta relevante como tema de investigación para poder conocer las representaciones sociales del personal de salud que moldean sus prácticas cotidianas, las que posibilitan u obstaculizan la atención integral a niñas y niños, la participación activa de la familia y el enfoque de derechos.

En este sentido, los hallazgos obtenidos en la revisión integrativa revelan que las prácticas del personal de salud de Brasil, principalmente, producen y reproducen el modelo de atención biomédico, individualista, fragmentado y jerárquico (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; FAVARO et al., 2020; SILVA et al., 2021, 2011; SOUSA et al., 2013), y que la relación que establece el personal de la salud con la familia de niños y niñas es coherente con ese modelo, con interrelaciones inexistentes, débiles, frágiles, discontinuas y jerárquicas (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; RAMOS et al., 2018; SANTOS, 2015; SILVA et al., 2021; SILVA; SILVA; SILVA, 2019; SOUSA et al., 2013).

Estas prácticas se asemejan a las del personal que realiza el control en centros de salud del PNA en Montevideo, como lo plantean (CROSA et al., 2013), que revelan que hay incompreensión y desconfianza en la relación personal de salud-madres de niños y niñas, además de un modelo de educación con una impronta imperativa y autocrática. Existen hallazgos parecidos en una investigación realizada del PA en centros de salud en cuatro departamentos de Uruguay (Montevideo, Artigas, Maldonado y Florida), en la que (DE LEÓN GIORDANO; GIRONA, 2016, p.31) se identifica que “en todos los casos los discursos relacionados con el control se vinculan con los aspectos de la salud del niño, y no como un espacio de participación activa, de empoderamiento, de enfoque más integral para las madres y las familias”.

Por otra parte, en la investigación realizada en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud, en el PNA del subsector público de Salto, se identificó “una fragmentación en la prestación de asistencia, en el proceso de trabajo, donde el profesional médico es el propietario de la historia clínica del usuario/a” (BENELLI, 2017, p. 191). La historia clínica electrónica, que se denomina Sistema de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial (Siembra), está disponible para el personal de salud solo cuando se le haya agendado una consulta médica al usuario/a (BENELLI, 2017). Estos procesos se dan en el marco de un PNA, que aún no se ha legitimado como puerta de entrada al sistema; el hospital sigue siendo el centro al cual el usuario debe recurrir para completar exámenes paraclínicos o retirar medicación (BENELLI, 2017).

Por otro lado, en mi ejercicio docente desde hace veinte años, he podido visualizar que los servicios de salud de primer nivel de atención tienen como centro las consultas médicas en la atención a niñas y niños, los que previo a la consulta médica reciben atención por parte de auxiliares de enfermería y en algunos casos, con menor frecuencia, por licenciadas/os en enfermería, que fundamentalmente realizan una valoración antropométrica. Luego pasan a sala de espera, para posteriormente acudir a la consulta médica, que es la que motiva la asistencia de usuarios/as a la policlínica, esto coincide con la organización de la atención a los niños y niñas del PA en servicios de PNA en Montevideo, Bella Unión, Maldonado y Florida, relevado por (DE LEÓN GIORDANO; GIRONA, 2016).

Estas características de esa atención en salud que obstaculizan la construcción de un vínculo dialógico entre personal de la salud-familia coinciden con Franco y

Merhy (2023, p. 2), que establecen que

desde el punto de vista del usuario, podemos decir que, en general, no se quejan de la falta de conocimiento tecnológico en la atención que reciben, sino más bien, la falta de interés y responsabilidad de los diferentes servicios hacia su persona y su problema en particular. Los usuarios se sienten inseguros, desinformados, indefensos, desprotegidos, irrespetados, despreciados.

Esto revela cómo los modelos actuales de ordenamiento de las prácticas clínicas y sanitarias ya perdieron el rumbo mayor: que es el de la defensa radical de la vida individual y colectiva (FRANCO; MERHY, 2023). Estas prácticas del personal de salud están determinadas por sus representaciones sociales, motivo por el cual se vuelve imprescindible responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las representaciones sociales del personal del primer nivel de atención del subsector público de salud del departamento de Salto sobre el control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años?

2. Revisión de literatura

Los servicios de salud del primer nivel de atención deben ser el primer contacto del usuario sano o enfermo con el complejo de servicios de salud, que deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presenta. Son la puerta de entrada al sistema de salud de cada país, en donde se deben resolver los problemas de menor dificultad técnica (diagnóstica y terapéutica) y, en caso de ser necesario, deberá derivar a la población usuaria a los restantes niveles de atención. Para ello es necesaria una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de información pertinente, que ordene la circulación interna de los pacientes en el sistema. También implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que siga con disciplina las normas de ingreso y circulación, a cargo de personal muy bien calificado para responder adecuadamente a las exigencias de la población, ya que debe ser un eficiente orientador del recorrido del usuario en el sistema (TESTA, 2020).

Según Testa (2000) la forma de organización de este primer nivel de atención se diseña con la finalidad de disminuir el gasto social en salud, aunque ello produzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema. En los países subdesarrollados agrega la existencia de servicios diferenciados según grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de servicios para toda la población, sino para aquella que se encuentra en situación menos favorecida, dejando de lado las necesidades de los usuarios.

De modo que existen diversas razones que dificultan la instalación de una atención primaria que sirva a las necesidades de la población. En países que no han conseguido establecer un sistema de esas características, esto es, regionalizado y con un adecuado sistema de referencia, la atención primaria de salud se transforma en atención primitiva de salud, en un servicio de segunda categoría para la población" (TESTA, 2020, p. 151).

En lo cotidiano, en estos servicios se desarrollan procesos de trabajo, por parte del personal, que constituyen el conjunto de intervenciones asistenciales, en los que se ponen en juego, según Merhy (2023), el uso de tres tipos de tecnologías. Por un lado, las tecnologías duras: los instrumentos, las máquinas y herramientas que sirven

para valorar, diagnosticar o cuidar a quien es usuario/a. Por otro, las que se articulan con las tecnologías leve-duras: los saberes y conocimientos disciplinares estandarizados. Y, por último, una tercera configuración tecnológica a la que llamamos leve: el proceso de relaciones donde hay un encuentro entre dos personas en el que se desarrolla un juego de expectativas y se crean intersubjetividades en los momentos de habla, escucha e interpretación. En estos momentos se genera la producción o no de una aceptación de las intenciones que estas personas depositan en estos encuentros, instancias de complicidad en los que se produce una responsabilidad en torno al problema que debe ser enfrentado, momentos de confianza y esperanza en donde se producen relaciones de vínculo y aceptación (MERHY, 2023, p. 15).

En cuanto al proceso de trabajo del personal de salud en la atención a la niñez, es imprescindible considerar la afirmación del preámbulo de la convención sobre los derechos del niño y la niña que expresa que están

convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesaria para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad. Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión (UNICEF, 2006, p. 8).

La familia es valorada como una “institución primordial” para la sociedad porque acoge, sostiene y apoya a quienes la integran, sobre todo a niños y niñas que están construyendo en su seno instrumentos materiales y simbólicos para transitar la vida (KAZTMAN; FILGUEIRA, 2001), aun reconociendo los cambios que la familia en el mundo y, en particular, en Uruguay viene desarrollando, sobre todo en las esferas económicas, de constitución familiar y en cuanto a transformaciones culturales y de valores, dice Revilla (1998 *apud* CROSA et al., 2013).

En el caso de la atención a la niñez es necesario que el relacionamiento del personal de salud sea con la familia de la que el niño o la niña forma parte, esta necesita ser apoyada y acompañada, como lo expresa el preámbulo de la convención de los derechos de niños y niñas, para que pueda cumplir el rol de “institución primordial” que le asignan (KAZTMAN; FILGUEIRA, 2001). Esto es lo que motiva a realizar esta revisión, con el objetivo de conocer qué es lo que se ha estudiado desde la perspectiva del personal de salud sobre la relación que estos establecen con las familias de niños y niñas en la atención en salud en organizaciones sanitarias del primer nivel.

Para esto se realizó una revisión integrativa de la literatura; la búsqueda de artículos se desarrolló entre enero-marzo de 2022 en Scientific Electronic Library Online (SCIELO: <https://www.scielo.org/>); Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS: <http://lilacs.bvsalud.org/es/>) y en Públíc Medline (PUBMED: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Los siguientes descriptores se utilizaron en idioma español en SCIELO y LILACS: Familia, Niños, Atención a la Salud, Percepción y Participación. Y los mismos términos traducidos al idioma inglés en PUBMED. Combinaciones que además fueron filtradas seleccionando el período 2011-2022 en lengua inglesa, española y portuguesa. Se incluyeron artículos que estudiaron la percepción o perspectiva del personal de la salud sobre la relación que establecen con niños, niñas y sus familias en organizaciones sanitarias del primer nivel de atención.

De esta forma, utilizando estos criterios de inclusión en la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 97 artículos (35 de LILACS, 14 de SCIELO y 48 de PUBMED), de los que se realizó una lectura completa, y de los que se escogieron 30 (9 de SCIELO, 16 de LILACS y 5 de PUBMED), entre los cuales 5 estaban duplicados, por lo que quedó un corpus final para la revisión de 25 artículos científicos.

Figura 1 - Proceso de selección de artículos en bases de datos

<p>TOTAL DE ARTÍCULOS EN LAS BASES DE DATOS UTILIZANDO DESCRIPTORES Y OPERADORES BOOLEANOS Y FILTROS</p> <p>Scielo: Familia and Niños and Atención a la Salud and Participación or Percepción= 63 Pubmed: Family and Children and Health Care and Participation or Perception= 260</p> <p>Pubmed: Family and Children and Health Care and perception patient and personnel health and qualitative research=129</p> <p>Pubmed: Family and Children and Health Care and participation patient and personnel health and qualitative research:54</p> <p>Lilacs: Familia and Niños and Atención a la Salud and Percepción= 99 Lilacs: Familia and Niños and Atención a la Salud and Participación=81 n= 686</p>
--

ARTÍCULOS ELIMINADOS POR DUPLICACIÓN O TRIPLICACIÓN EN BASES DE DATOS

n= 61

NÚMERO DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA LECTURA DE TÍTULO Y RESUMEN

n= 625

ARTÍCULOS ELIMINADOS LUEGO DE LECTURA DE TÍTULO Y RESUMEN, POR NO CUMPLIR CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Scielo= 14 Pubmed=183 Lilacs=35

n=232

ARTÍCULOS EN LOS QUE SE HACE LECTURA DE TEXTO COMPLETO

n=393

ARTÍCULOS ELIMINADOS LUEGO DE LA LECTURA DE TEXTO COMPLETO

n=368

ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA CORPUS DE REVISIÓN

Que el estudio fuera sobre la percepción o perspectiva del personal de la salud.

Que hayan sido realizados en servicios de primer nivel de atención a la salud infantil.

n=25

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las características de las veinticinco investigaciones, se destaca que veintiuna fueron realizadas en Brasil, una en Estados Unidos, una en Australia, una en Suecia y una en Francia. El 80% desarrollaron un abordaje cualitativo como diseño metodológico, de tipo descriptivo-exploratorio. Y quince de ellos tenían como

objetivo relevar la percepción del personal de salud, mientras los demás buscaban conocer abordaje, actuación, práctica, acciones, avances, desafíos, estrategias, experiencias y sentidos. Dentro de estos, diecisiete utilizaron como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada. En cuanto a la técnica de análisis, once utilizaron la técnica de contenido temático de Bardin, cuatro usaron el análisis temático de Minayo y un artículo combinó ambas técnicas. Ocho de los estudios definieron como criterio de selección de los sujetos de investigación el tiempo que hacía prestaban asistencia en la Unidad Básica, de ellos la mitad definió como tiempo mínimo seis meses y los otros cuatro, un mínimo de doce meses de actuación. En nueve de los estudios la temática, si bien era vinculada a la atención a la salud infantil en primer nivel de atención, tenía foco en algunas problemáticas como violencia, trastorno del espectro autista, enfermedades crónicas, necesidades especiales, seguimiento a recién nacidos pretérmino y con usuarios que tienen dominio limitado del idioma inglés.

En cuanto a las características de los sujetos de investigación, se resalta que en 24 de los artículos participaron enfermeras/os o técnicos de enfermería, por lo que 10 estudios se realizaron exclusivamente con personal de enfermería, 2 con personal médico y los demás incluyeron, además de enfermeras, médicos y técnicos en enfermería, agente comunitario de salud, odontólogo y auxiliar de salud bucal. Personal que conforma, en la organización del Sistema Único de Salud de Brasil, los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia. Lo que tiene analogía con que 16 de las investigaciones se realizaron en Unidades Básicas que tenían equipos de la Estrategia de Salud de la Familia. En 14 de los estudios se presentó la distribución de los sujetos de investigación según su sexo, por lo que se contó con la participación de 287 profesionales de salud de los 625. De esos 287 profesionales, 247 (86 %) eran del sexo femenino.

Con respecto a los hallazgos de los estudios, estos se distribuyen en tres dimensiones que hacen referencia a las características de las prácticas del personal de salud:

- 1- Prácticas basadas en el modelo biomédico.
- 2- Prácticas de relación con niños, niñas y su familia.
- 3- Prácticas centradas en la familia, niños y niñas.
- 1- Prácticas basadas en el modelo biomédico.

Tanto en la atención a niñas y niños con problemas como en quienes se realiza un seguimiento de crecimiento y desarrollo se percibe la prevalencia y vigencia en los diferentes escenarios de primer nivel de atención, aun en aquellos donde se desarrolla la estrategia de salud de la familia del modelo biomédico (SILVA et al., 2011; BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; SOUSA et al., 2013; FAVARO et al., 2020; SILVA et al., 2021).

Las prácticas de los profesionales en el cuidado a niños, niñas y a sus familias se describen como insuficientes (SANTOS, 2015), fragmentadas (SANTOS et al., 2019; SILVA et al., 2021, 2011), deshumanizadas y omisas (SILVA et al., 2021), caracterizadas por el tecnicismo y la discontinuidad (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012), curativas, individuales, de producción y reproducción de procedimientos (SOUSA et al., 2013). Se orientan a la familia solo cuando hay una alteración en la salud del niño, se centran en la enfermedad, en la asistencia individual y restringida a la demanda. En la perspectiva de este modelo, se desvaloriza la escucha y el diálogo con los niños y las familias, se excluye la palabra, lo que supone apartar la condición de sujeto, humano y singular, lo que se distancia del principio de integralidad (LINO et al., 2020).

“[La] cultura de que cuidar de las emociones es responsabilidad de profesionales especialistas en salud mental” (BLANCO, MELLO DE FALLEIROS e GAÍVA MUNHOZ, 2015). Concepciones de los enfermeros limitadas a la vigilancia epidemiológica tradicional, la que se distancia de la perspectiva de cuidado integral (NASCIMENTO, CASTRO SOAREZ CRUZ, et al., 2018) con poco o ningún proceso de construcción de vínculo (FAVARO, MARCON, et al., 2020).

El distanciamiento del enfermero de la asistencia por la demanda burocrática es valorado como un aspecto negativo, debido a que reconocen que este profesional tiene una visión integral del usuario, enfocada a la promoción de salud que amplía el vínculo con este, mediante el desarrollo de acciones que tienen coherencia con la integralidad (SILVA; RAMOS, 2011).

En una de las investigaciones se destaca la preocupación del equipo porque no pueden hacer el proceso de acogimiento de la familia (SILVA; RAMOS, 2011). En otra, el acogimiento se identifica como factor limitante para la práctica integral de atención a la salud de la niñez por parte de enfermería (SANTOS, SILVA FEITOZA BORGES, et al., 2019).

En un mismo escenario de investigación, por un lado, “no se están estableciendo momentos y espacios para reflexión, planificación colectiva de las necesidades de los sujetos” (ARAGÃO, CARVALHO FERRIAN, et al., 2013; NASCIMENTO, CASTRO SOAREZ CRUZ, et al., 2018). Pero “en determinados momentos la práctica de enfermería con niños/as y familia, se mostró alineada con el modelo de vigilancia en salud y de atención integral” (NASCIMENTO, CASTRO SOAREZ CRUZ, et al., 2018).

La educación en salud se desarrolla de forma vertical, con una posición autoritaria del personal, detentando el saber, por lo tanto, el poder, sin considerar el saber popular. El usuario/a debe acatar las orientaciones y cambiar su comportamiento, sin que se consideren las condiciones que posee para su autocuidado ni sus conocimientos sobre la mejor forma de hacerlo (FAVARO, MARCON, et al., 2020).

2.1 Prácticas de relación con niños, niñas y su familia

El vínculo con las familias es frágil (ARAGÃO, CARVALHO FERRIAN, et al., 2013; FAVARO, MARCON, et al., 2020), débil o inexistente en casi todas las investigaciones, donde lo describen como flaco, restringido (FONSECA-MACHADO, DIAS MIRANDA PARREIRA, et al., 2015), con atención a la demanda, con un abordaje frágil, con una comunicación insuficiente que no permite la inclusión de la familia (BARBOSA, FERREIRA GOMES BALIEIRO e MANDETTA PETTENGILL, 2012). Existiendo además según GAIVA; DIAS; SIQUEIRA; (2012) dificultades para establecer un vínculo entre el personal de salud y las familias.

Las acciones, acogimiento y orientación del personal la realizan al cuidador principal del niño o la niña (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012), aunque el equipo de salud expresa su preocupación porque no realiza el acogimiento de la familia (SILVA et al., 2011), y considera que la relación con esta es central para acompañar el cuidado de niñas y niños (YAKUWA et al., 2015).

En los dos estudios sobre violencia infantil se hace mención al rol de la familia como sujeto agresor, ya que muchas veces sus integrantes son quienes violan los derechos de niños, niñas y adolescentes. En estos casos, para el personal de salud abordar a estas familias se constituye en un desafío mayor (GAIVA; DIAS; SIQUEIRA, 2012).

Algunas de las causas que condicionan la relación con las familias son la infraestructura, que no permite atender adecuadamente a los niños y a las familias (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012). Además, la rotación de los profesionales dificulta el establecimiento del vínculo con la comunidad (RAMOS et al., 2018).

Los procesos de interrelación entre profesionales y usuarios vienen siendo pautados por concepciones donde el trabajador es el portador de un saber y el usuario se encuentra alienado de ese saber (ARAGÃO et al., 2013). Además, estudios brasileiros e internacionales revelan debilidades en cuanto a las orientaciones que se le ofrecen a los padres sobre la salud de sus hijos (LINO et al., 2020).

En la atención en salud es histórico que no se estimule la participación de las madres y familias en la evaluación del crecimiento y desarrollo infantil, lo que puede ser una de las causas por las cuales estas no valoran necesaria su participación (LINO et al., 2020). Los profesionales admiten poca adhesión de los padres o responsables de niños y niñas en el seguimiento de las consultas agendadas (SOUSA et al., 2013), y falta de participación activa en las acciones propuestas por las unidades básicas de salud (NASCIMENTO et al., 2018).

Aun habiendo utilizado como descriptor familia en dos de los artículos sobre la salud infantil, no incluyen a esta como actor fundamental en la atención (MONTEIRO et al., 2011; SANTOS et al., 2019), valorándose como un hallazgo que denota cómo aun en quienes desarrollan investigación en salud no se valora la centralidad que tiene la familia en el cuidado de la salud infantil.

SANTOS (2015) y SILVA et al. (2011) refieren a que la falta de un contacto próximo entre la familia y el equipo de salud, genera un vínculo frágil, que intercepta la construcción de un cuidado ampliado y continuo con esas familias. La falta de vínculo entre profesionales de la estrategia de salud de la familia, niños, niñas, adolescentes y familia se muestra contraria a lo previsto por el Ministerio de Salud de Brasil (FAVARO et al., 2020), revelando la brecha entre la norma y la práctica de los profesionales.

En uno de los estudios se destacan los relatos de un cambio en las perspectivas de los equipos en cuanto a la participación de las familias, así como la creación de formas de uso del manual más adecuadas a la propuesta de atención integral (SILVA et al., 2018), y, en otro, la realización de orientaciones de promoción de salud a la

familia (MONTEIRO et al., 2011).

Las relaciones que se establecen con las familias son vistas como el elemento central de ese cuidado, que se sustenta en el vínculo que se establece entre el equipo y la familia. La capacidad de los equipos para escuchar a la familia es una herramienta importante para acceder a la experiencia, necesidades y demandas de la familia relacionadas con la enfermedad crónica del niño (SOUSA et al., 2013, p. 1369).

Cuando los padres deciden no vacunar a niños y niñas, el personal de salud adopta diferentes estrategias, desde escuchar con respeto y evitar el lenguaje crítico hasta presionar a los padres y ofrecer más tiempo para lograr constituirse como aliados. Otros buscaron hacer sentir culpables a los padres, mencionando que estos deben preocuparse por el bienestar de sus hijos, otros informaron que desestimaron por completo las preocupaciones de los padres e intentaron motivarlos para que aceptaran la vacunación, apelando para ello al miedo. La noción de reciprocidad también fue importante, a través de una relación sólida con la familia, ya que le resultó más fácil abordar el tema de la vacunación y luego persuadir a la madre para que considerara la vacunación. Mientras, otros decidieron explorar e informar, movilizar la relación clínica y proteger la relación terapéutica, lo que se entendió como una aplicación del mandato ético de priorizar no hacer daño (BERRY et al., 2017).

Las relaciones de médicos con niños, niñas y familias que tienen limitaciones para hablar el idioma inglés propició la creatividad para vincularse con estos a través del lenguaje no verbal y de lo lúdico (GUERRERO et al., 2018). Se reconocen dinámicas familiares complicadas, se interesan por las historias y la cultura de las familias (GUERRERO et al., 2018). Para abordar este problema la mayoría de los médicos se esforzaron por hablar más despacio, evaluaron la comprensión a través de la repetición y crearon instrucciones escritas para las familias (GUERRERO et al., 2018).

En los casos en que las personas involucradas no llegan a establecer una relación, el profesional se dirige hacia el niño o la niña mediante invitaciones, brindándole información y dándole instrucciones, quedando en evidencia la asimetría entre el profesional y este o esta (MONTEIRO et al., 2011).

2.2 Prácticas centradas en la familia de niños y niñas

Se evidencia que la finalidad de las prácticas del personal deben ser atender

las necesidades y cuidar de niñas, niñas y familia con un enfoque biopsicosocial de buen vínculo (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; FONSECA-MACHADO et al., 2015). Algunas herramientas o tecnologías para el cuidado del crecimiento y desarrollo de niños y niñas que se plantean son escuchar a la familia (YAKUWA et al., 2015) y realizar la visita domiciliaria (SILVA et al., 2011), ya que estas favorecen el vínculo con la comunidad, además, con los padres se plantea la agenda de consultas (MONTEIRO et al., 2011).

Por otra parte, como otra tecnología, se propone el uso del cuaderno de registros de apoyo para mediar en el diálogo con la familia y desarrollar prácticas educativas (LINO et al., 2020). Se pretende usar este sistema de registro como instrumento de educación, comunicación, vigilancia y promoción de la salud infantil para respetar, proteger y efectivizar los derechos de la infancia de modo integral (SILVA et al., 2018).

Por otra parte, se propone realizar actividades educativas dialógicas que incluyan acciones para la concientización y movilización, en busca de propiciar el empoderamiento de la familia en la promoción de salud de niñas y niñas (LINO et al., 2020), además del desarrollo de actividades educativas que valoren la importancia de la camaradería activa entre los padres y profesionales (NASCIMENTO et al., 2018). Mantener identificados a niños y niñas a través de registros posibilitó una interacción más frecuente con usuarios y familias, y habilitó más oportunidades para la realización de actividades educativas (LINO et al., 2020).

El vínculo, la visita domiciliaria y la continuidad del cuidado a largo plazo de las familias se destacan como recursos que determinan un espacio diferenciado de interacción mediada por la escucha, donde la sinceridad con la familia es fundamental para el cuidado y el mantenimiento del vínculo (GUERRERO et al., 2018). En uno de los estudios se revela que hay una alianza entre el profesional enfermero y la familia, la que es necesaria para garantizar la salud de la niñez (LINO et al., 2020).

En este sentido, resulta necesario promover acciones que empoderen a las familias, además de ampliar los momentos de intercambio y realización de planes de cuidados que atiendan sus singularidades (MONTEIRO et al., 2011). Resignificar a la familia como sujeto de cuidados (YAKUWA et al., 2015) y la importancia de establecer relaciones afectivas, además del apoyo y vínculo entre servicios y familia (GAIVA; DIAS; SIQUEIRA, 2012). También concientizar a profesionales y gestores sobre la

importancia de la participación de la familia en todo el proceso de cuidado (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

En estos estudios la familia está identificada como unidad de cuidados, como un agente envuelto en la asistencia, como la principal protagonista en la identificación de riesgos y como una de las piezas determinantes para contribuir con la perspectiva de la atención integral y con la estrategia de la atención básica (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; MONTEIRO et al., 2011).

De esta forma, cabe a todos los profesionales reconstruir sus prácticas con relaciones de proximidad, acogimiento e interacción con los niños o las niñas y la familia (LINO et al., 2020) con una mirada sensible en el acogimiento (MONTEIRO et al., 2011). Transformar habitus superando el paradigma biomédico y utilizar nuevas referencias epistemológicas que hagan inteligible la violencia (LIMA et al., 2013).

Una propuesta como referencial teórico y práctico puede ser “la filosofía de cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF), que considera a la familia como miembro del equipo, enfatiza en la participación de la misma en la planificación de los cuidados y en la toma de decisiones” (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012, p.198). Otra perspectiva es la de la vigilancia de la salud que considera al niño o la niña, a la familia y a la comunidad como sujetos de ese proceso (NASCIMENTO et al., 2018).

Las acciones conjuntas con las familias favorecen el intercambio de saberes, contribuyen a mejorar los indicadores de salud infantil y estrechan relaciones entre salud y derechos de la niñez (MONTEIRO et al., 2011).

La familia debe considerarse un sujeto activo en el proceso de construcción y significación del autocuidado, valora el diálogo y los conocimientos que tienen de la enfermedad crónica, con la finalidad de promover responsabilidad y participación activa en la implementación de cuidados (FAVARO et al., 2020).

En la atención en salud a la niñez toda la familia debe ser incentivada e incluida en la elaboración y manutención eficaz de buenas prácticas de salud, especialmente cuando se trate de prevenir posibles agravios (SOUSA et al., 2013). La participación de la familia debe ser motivada a través del diálogo, la escucha y el vínculo, para posibilitar la atención integral (LINO et al., 2020). La construcción de la corresponsabilización con la familia y el establecimiento de alianza familia-profesional para ejercer responsabilidad continua y conjunta puede disminuir riesgos para niños y

niñas (LINO et al., 2020), o alianza terapéutica, que recupera la reciprocidad mutua y simétrica (BERRY et al., 2017).

Los hallazgos de uno de los estudios confirman el potencial de la estrategia de salud de la familia, sin embargo, los discursos del personal de salud no tenían sustento teórico sobre sistemas, funcionamiento y dinámicas familiares (GUERRERO et al., 2018).

Las prácticas del personal de la salud producen y reproducen el modelo de atención biomédico, biologicista, centrado en la enfermedad y en el saber-poder médico, individualista, fragmentado y jerárquico, que no considera la relación de horizontalidad con niños, niñas y familias, donde dialoguen todos los saberes para la coconstrucción de proyectos de cuidado. Prácticas centradas en la enfermedad, en la demanda, en la vigilancia tradicional con un profesional de enfermería que se enfoca en las actividades burocráticas. En el marco de las cuales el acogimiento no se constituye como parte del cuidado que se debe realizar, aun siendo todos servicios del PNA que deben oficiar como puerta de entrada al sistema. Prácticas que, en la relación con la familia de niños y niñas, son coherentes con ese modelo biomédico son inexistentes, pasan por características débiles, frágiles, discontinuas y jerárquicas. Características de esa relación que no permiten construir un vínculo dialógico de complicidad y confianza, prácticas que, como dice Merhy (2023), no están centradas en la resolución de los problemas de usuarios y usuarias ni en la conquista de su autonomía:

De este modo, podemos afirmar que los principales parámetros para analizar el sentido de un modelo asistencial son aquellos que expresan cómo opera la tecnología leve al interior del sistema de salud, e incluso cómo es comandante o comandada, de las (por las) otras tecnologías, en la mediación entre la tecnología leve-dura y las duras, con un sentido nítidamente marcado por la búsqueda de la resolución del problema y de la conquista de autonomía (p. 50).

2.3 Consideraciones finales

A través de dos estudios sobre violencia infantil, la revisión evidenció el rol de la familia como sujeto agresor, en la que muchas veces son sus integrantes los que violan los derechos de niños, niñas y adolescentes. En estos casos el personal de salud enfrenta un mayor desafío, ya que el abordaje debe estar centrado en la familia

y no únicamente en el niño o la niña (GAIVA; DIAS; SIQUEIRA, 2012). En estas situaciones se vuelve aún más necesaria una relación de confianza a largo plazo con la familia, para que los servicios de salud puedan, de alguna forma, garantizar la defensa de la vida (MERHY, 2023).

Las prácticas del personal de salud deben asumir posicionamientos teóricos y metodológicos en la perspectiva de la integralidad, con una concepción de sujeto de derecho, como un ser biopsicosocial, en el que la atención debe centrarse en sus necesidades de salud que son singulares y están determinadas socialmente. En este sentido, es preciso desarrollar una relación de confianza sostenida en el tiempo con la familia de niños y niñas, para cuidar también a la familia. Algunos autores plantean que es necesario coconstruir un proyecto terapéutico en el que el diálogo con la familia (de la que el niño o la niña es parte) sea sostenido, horizontal, dialógico y que tome parte en las decisiones sobre ese proyecto junto al personal de salud.

De esta forma, queda muy clara y visible la brecha que aún persiste entre el posicionamiento teórico-discursivo y las prácticas concretas que desarrolla el personal de salud en el cotidiano de los servicios de primer nivel de atención, aun en aquellos que se está desarrollando la estrategia de salud de la familia en Brasil. Brecha que aleja al PNA como un actor institucional que debería ofrecer protección y asistencia a las familias para que estas puedan seguir siendo ese grupo fundamental responsable del crecimiento y bienestar de niños y niñas, como se expresa en el preámbulo de la Convención de los Derechos de los Niños.

3. Construcción del objeto de estudio

En el proceso de construcción del objeto de estudio al utilizar la TRS como enfoque teórico y metodológico, Cuevas (2016) plantea que “hay que articular el objeto, el sujeto y el contexto de representación, para así tejer los nodos del problema de investigación, y lograr describir, detallar y sobre todo presentar la problemática de investigación con agudeza y claridad” (p. 117).

En este estudio el objeto de representación social es el control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años, los sujetos son el personal de salud que presta atención a esta población, y el contexto sociohistórico que determina la construcción de las RRSS se constituye con los hitos históricos y actuales vinculados a la atención en salud en general y del Programa Aduana en el subsector público, en particular.

Por ello, se desarrollan aquí algunas características relevantes de la infancia en Uruguay, y también se desarrollan, con menor profundidad, algunos de los hitos históricos de la atención en salud en el mundo. Luego se hace una descripción sobre el PA de la Red de Atención Primaria (RAP) de Salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en Uruguay.

3.1 Algunos hitos históricos de la atención en salud en el mundo y en Uruguay

Entre el siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX, según Young et al. (2011), los hospitales, además de pasar de la gestión de la Iglesia a la órbita del Estado, pasaron a ser un espacio para enfermos y médicos atraídos para estudiar y mejorar su práctica clínica. La salud del cuerpo sustituyó progresivamente la salvación del alma como objetivo del hospital.

A inicios de la segunda mitad del siglo XIX, la teoría bacteriológica de Pasteur y Koch produjo un brutal cambio de paradigma en el cual las enfermedades tenían como causas las bacterias, los agentes infecciosos, esto determinó el abordaje de los médicos y demás profesionales de la salud con un nuevo lenguaje creado para describir las enfermedades y las prácticas. En este contexto, el médico depende de los laboratorios, los que se instalan en los hospitales, permitiendo reducir

drásticamente las muertes por infecciones. En esta etapa solo las bacterias eran las causas de las enfermedades, dicen Silva, Junior y Alvez (2007): es en el microscopio y no en la organización de la sociedad que se encontraban las causas y la historia natural de la enfermedad. Muchos años van a pasar para volver a asociar la enfermedad con la pobreza y las formas de organización de la sociedad, basta observar la anamnesis de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud, el diminuto espacio que ocupa la historia social de los usuarios, observándose hasta el día de hoy ese fenómeno.

A mitad del siglo XIX, entre 1854-1856, Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, durante la guerra de Crimea, en la que trabajó como enfermera jefa del ejército en Scutari, Turquía, aún sin contar con los hallazgos de la teoría de Koch, constató que la falta de higiene y las enfermedades mataban a los soldados. Esto la llevó a desarrollar un trabajo de asistencia a los enfermos en la que organizó la infraestructura hospitalaria y logró disminuir la tasa de mortalidad del 40 % al 2 %, contribuyendo a la reforma del sistema de salud militar (YOUNG et al., 2011).

El período 1970-1973 fue de evolución de los hospitales, según Steudler (1973) y Friedson (1970 *apud* FARIA, 2009), con el reconocimiento del derecho a la salud y de la medicina como profesión. En esa asociación entre hospital, medicina y una determinada visión científica, se va a constituir el pensamiento hegemónico de la segunda mitad del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX. Desde ese momento, las expresiones “hospitalo-céntrico”, “médico-céntrico” y “visión biológica” comienzan a tener sentido. Esa visión fue común en prácticamente todos los países de occidente, inclusive en países socialistas, y fue la causante de una amplia variación de la forma de organización de los servicios desde inicios del siglo XX.

Entre 1970-1980 en casi todos los países de Occidente la salud pasó a ser un derecho garantizado constitucionalmente prestado por el Estado o por seguros públicos o privados de salud, con un marcado acceso a médicos y a la hospitalización. Esto trajo consigo un aumento de los costos producidos por la medicina hospitalaria, cada vez más especializada y dependiente de equipamiento, que no se acompañó con la mejoría de los indicadores sanitarios. En este período se comienza a cuestionar la legitimidad de los hospitales en la contribución a la mejora de la calidad de vida y los indicadores de salud. El uso abusivo de antibióticos y de psicofármacos, el exceso de exámenes complementares, algunos invasivos, pasibles de provocar

complicaciones y, en algunos casos, la muerte, llevó a autores como Illich (1975 *apud* FARIA, 2009) a denunciar iatrogenia y cuestionar la eficacia de esa medicina tecnicista y hospitalo-céntrica.

En 1978, en la Conferencia de Alma Ata (Kasaquistán), la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Programa Salud para Todos en el año 2000, basado en el concepto de cuidados primarios en salud, abordado por americanos e ingleses a comienzo del siglo xx. Esta propuesta implicaba otra filosofía y toda una reorientación de la organización de los servicios de salud. El énfasis estaba en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, incluyendo la participación comunitaria y la intersectorialidad para el abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades, la actuación en equipos multidisciplinares y la incorporación de toda una racionalidad en el uso y dispensación de servicios de salud que revaloriza al conjunto de profesionales que presta servicios en la atención primaria.

En estas tres últimas décadas, todos los países de occidente vienen intentando reorientar los modelos de organización de los servicios, y también sus prácticas asistenciales. La racionalización o reducción de gastos en los hospitales para mejorar los servicios de salud de atención básica ha estado presente en todas las discusiones. Según Almeida (1999; 2002), Viana (2002) y Cohn (2002 *apud* Faría, 2009), en esas décadas se inició una reducción o estancamiento de los pagos para la protección social en varios países, lo que trajo disminución en la expansión de los gastos en salud.

3.2 Uruguay: siglo xvii al siglo xix

En Uruguay en el año 1768 existían tres hospitales militares en la ciudad de Montevideo. Las sucesivas batallas produjeron una demanda de la práctica médica orientada a la protección sanitaria de la tropa. En 1779 se creó el protomedicato que organizaba y controlaba la profesión médica de cirujanos y boticarios (PORTILLO, 1995). Así, la medicina adoptó un rol importante en la salud pública; se comenzó a producir la medicalización del Estado (PORTILLO, 1995). Y a fines del siglo xviii se creó el primer hospital civil, liderado por la Iglesia y destinado a los pobres. El proyecto político-social y cultural de la modernidad, respaldado por la medicina científica, se fue imponiendo a lo largo del siglo xviii.

En Uruguay en los primeros años del siglo xix comenzó a extenderse la medicalización de la sociedad y el espíritu del capitalismo, determinando el momento

histórico (BARRÁN, 1992). Y el gran desarrollo de la investigación bacteriológica y parasitológica en el país generó grandes méritos a los médicos uruguayos, y produjo el avance del positivismo y el desplazamiento de la religión con su función normalizadora y controladora. Se comenzó a gestar en ese momento el modelo higienista o medicina preventiva, que luchaba contra las epidemias mediante la normatización y el disciplinamiento de la vida social, que presuponía medicalizar por entero a la sociedad. Evitar la enfermedad significaba vigilar, preservar la salud y convertir a los sanos en objeto de la medicina, no solo a la minoría enferma (BARRÁN, 1992, p. 227).

Al final del siglo XIX y primera mitad del XX, el hospital se tornó en una organización compleja, además del laboratorio clínico, incorporó el block quirúrgico, los rayos X y la patología clínica, con la finalidad de restablecer la salud del cuerpo. Y por primera vez en toda la historia de los hospitales, sus servicios empezaron a ser utilizados por los ricos. De esta forma, se convirtió en el centro más importante de investigación, enseñanza-aprendizaje y dispensación de cuidados en salud para la medicina.

3.3 Siglo XX hasta la actualidad

En Uruguay en 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública con funciones normativas y asistenciales dirigidas a los indigentes. En este escenario, todos los hospitales que hasta ese momento dependían de la Iglesia pasaron a depender del Estado. A partir de 1940 se crearon los centros de salud de primer nivel de atención y se definieron a los de segundo nivel de atención. Simultáneamente, se iba produciendo una consolidación de la medicina científica, configurándose a los hospitales no solo como espacio para prestar atención a los indigentes, sino como como un instituto de formación médica y de creación del saber médico. Este proceso contribuyó a la creación del hospital universitario en 1953. En esa época de revolución industrial, en Uruguay se acompañó de la revolución científica médica, y se produjo una medicalización de la sociedad civil, “una permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico” (PORTILLO *apud* 1993 PORTILLO, 1995, p.16), asumiendo, al decir de Barrán (*apud* 1993, Portillo, 1995, p.16), “un carácter burgués e iluminista”. El “alma”, refugio de la religión, fue alcanzada por la medicina, en una época en la que los pecados se transformaban en enfermedades, el médico con todo el apoyo del Estado producía la cura. Según Barrán en Portillo (1995, p.16),

hay una “moralización de la medicina y una medicalización de la moral” que se interaccionan recíprocamente. La atención médica y el hospital se constituyeron en herramientas básicas para contribuir a mejorar la producción y la rentabilidad.

En 1987 se creó la Administración de los Servicios de Salud del Estado como un organismo desconcentrado, con la finalidad de mejorar la gestión de la asistencia pública y poner en marcha un programa llamado Prestación Integral de Atención Médica (Ley 15.903; 1987).

En el 2005, con la asunción del Frente Amplio en el gobierno nacional, se comenzó a gestar una de las reformas fundamentales del sistema de salud uruguayo, la que tomó como referencia la Conferencia Sanitaria Panamericana, que en el año 2002 establecía la necesidad de garantizar a todos los ciudadanos protección social universal en materia de salud. En la Ley 18.211 de 2007 se estableció a la salud como un derecho humano esencial, un bien público y de responsabilidad indelegable del Estado. A través de esta normativa se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (SNIS). Es importante mencionar que hasta esa fecha la salud era más un deber para los habitantes de este país que un derecho, como se establece en el artículo 44 de la Constitución vigente. En ese marco, al Ministerio de Salud (MS) se le asignó la función de rector del sistema, y a ASSE la de constituirse como el prestador integral del subsector público (PODER LEGISLATIVO, 2007).

Los hitos históricos antes mencionados muestran de forma somera cómo se fueron organizando los servicios de salud en el mundo y en particular en Uruguay desde el siglo XVIII hasta la actualidad. Estos hechos permiten vislumbrar el desarrollo de distintas formas de concebir el proceso salud-enfermedad, la finalidad que persigue la atención en los servicios de salud y la concepción de usuario/usuario, configurándose en distintos modelos de atención de salud en diferentes momentos de la historia

3.4 Programa Aduana en la RAP de Salud de ASSE de Uruguay

El principal prestador de salud del subsector público de Uruguay es ASSE, organismo descentralizado del Ministerio de Salud que con la Ley 18.161 se constituyó como un prestador integral del SNIS, el que se organiza como una Red Integrada de servicios de Salud (RISS) con base regional y que tiene la finalidad de favorecer la accesibilidad, la continuidad asistencial, la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud en el marco del SNIS. Tiene 1.266.034 de usuarios a los que da

cobertura a través de su red instalada en todo el país con 833 puntos de atención, con una gran extensión del primer nivel de atención, con centros de salud y policlínicas en zonas urbanas, suburbanas y rurales de todo el país (ASSE, 2014). El territorio fue dividido en cuatro regiones, el departamento de Salto pertenece a la región norte y tiene 287.534 usuarios, de los cuales 72.286 son del departamento. En todas las regiones más del 75 % de los usuarios de ASSE pertenecen al primer y segundo quintil de ingresos. En la región norte un 62 % de los usuarios pertenecen al primer quintil, que es el de menores ingresos, y 1 de cada 4 usuarios está bajo la línea de pobreza (ASSE, 2014).

Este prestador, además, juega un rol relevante en la formación de los profesionales de la salud, por sus servicios pasan 7000 estudiantes de diferentes carreras por año. A nivel país en el año 2013 contaba con 32.340 contratos de trabajo, de los cuales 9295 (5738 son especialistas) son médicos/as, 8810 corresponden a auxiliares y licenciadas/os en enfermería, y el resto son profesionales de otras disciplinas y funcionarios/as que trabajan en áreas administrativas y de mantenimiento (ASSE, 2014). Por otra parte, debe ofrecer el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), que es un catálogo de prestaciones y programas que deben brindar a los usuarios los prestadores que integran el SNIS. En este marco, se desarrollan los siguientes programas prioritarios: Enfermedades NO Transmisibles, Violencia Basada en Género y Generaciones, Salud Sexual y Salud Reproductiva, Nutrición, Control del Cáncer, Adolescencia y Juventud, Control del Tabaco, ITS/VIH-SIDA, Adulto Mayor, Cuidados Paliativos, Salud Bucal, Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación y Salud de la Niñez, en el que se enmarca el Programa Aduana.

El PA es una política pública que se instrumenta en Uruguay desde el año 1971 con la finalidad de incidir en la disminución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la que en el período 1970-1974 era de 49,32 por mil niños/as nacidos vivos (MACCIÓ; DAMONTE, 1996). Desde el año 2000 la tasa ha oscilado de 16,5 a 17,3 (su pico máximo, en 2003), manteniendo fluctuaciones, pero con tendencia a la baja (MSP, 2021a). En el año 2018 alcanzó una tasa de 8,3 de mortalidad que tuvo como causas más prevalentes la prematuridad, con un 46,1 %, seguido de un 33,8 % por malformaciones congénitas y un 8,2 % de síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte (MSP, 2021a).

A continuación, se comparten algunos hitos históricos del PA de ASSE en

Uruguay.

Figura 2 - Algunos hitos históricos del Programa Aduana de ASSE en Uruguay, período 1971-2014

Año	Sucesos
971	Creación del Programa Aduana, en Área Materno Infantil del MSP. Inicia con piloto en Hospital Pereira Rossel. Finalidad original: incidir en la disminución de la tasa de mortalidad infantil.
974	Comienza a funcionar en Montevideo como Programa Piloto. Referencia del Hospital al Primer Nivel de Atención. Control y seguimiento hasta el año de vida.
006	Se define como programa prioritario para Ministerio de Salud Pública y se determina fortalecer en subsector público y exigir se implemente en subsector privado. Ampliándose a todos los prestadores de salud de Montevideo.
007	Cobertura etaria hasta los 2 años de niños/niñas.
008	Se comienza a desarrollar en Salto, Paysandú y Maldonado. Luego en todo el país. Se define Meta 1: control del niño, embarazo y parto como estrategia para contribuir al cambio de modelo de atención desde el financiamiento.
010	Creación de Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña Menores de 5 años (GNVD).
011	Ampliación de población objetivo hasta los 3 años. Se organiza en 3 componentes. Sistema Gestión Asistencial Nacional. No llegó a todos los servicios de Primer Nivel de Atención.
012	Capacitación e intercambio de experiencias para cuidados del embarazo y primera infancia en el marco del fortalecimiento del Programa Aduana, capacitando a 319 técnicos. Amplia participación de licenciadas y auxiliares de enfermería.

013	Evaluación de diseño, implementación y desempeño del Programa Aduana. La evaluación externa tomó como referencia el período 2008-2012 y se desarrolló entre los meses de febrero-julio de 2013.
014	Reperfilamiento del Programa Aduana Revisión y ajuste de la GNVD, se generó la GNVD versión 2.

Fuente: elaboración propia.

A partir de una evaluación del diseño, implementación y desempeño del período 2008-2012 del PA, durante el año 2013 se construyó su reperfilamiento, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de niños y niñas, promover el adecuado crecimiento y desarrollo y disminuir los índices de morbilidad infantil. En el artículo 36 del SNIS (PODER LEGISLATIVO, 2007) se define que la atención buscará satisfacer las necesidades básicas de salud y mejorar la calidad de vida de niñas y niños con la participación del núcleo humano involucrado y considerando el contexto social. El PA propone, específicamente, un cambio de modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria en coherencia con las definiciones del SNIS. La propuesta metodológica de reperfilamiento del PA posee como ejes centrales:

Una visión sistémica (integración de niveles asistenciales en redes asistenciales y de sistemas de información), una visión integral (atención integral a la salud: promoción, prevención, asistencia y rehabilitación), el cambio de modelo de atención (centrada en el usuario como ser integral: bio-psico-social) y un diseño participativo (ASSE, 2014, p. 32).

Esta propuesta tiene como propósito lograr que niños y niñas entre 0 a 3 años usuarios/usuarias de ASSE mejoren su crecimiento y desarrollo integral, brindando prestaciones adecuadas según nivel de riesgo a través de la identificación, captación, seguimiento y control por parte del equipo de salud. Se define una estructura con un componente central con responsabilidades nacionales y otro componente a nivel departamental con un nivel hospitalario y otro en el primer nivel de atención, junto a los equipos de seguimiento a los casos de alto riesgo. Además, se definen una serie de protocolos de actuación para superar la falta de unificación de criterios para la actuación en procesos comunes que lleva a cabo el personal de la salud en el cotidiano de los servicios en todo el país (ASSE, 2014).

La atención a niñas y niños de 0 a 3 años en los centros asistenciales de primer

nivel de atención se realiza a través de consultas programadas en las que el equipo asistencial (medicina en sus subdisciplinas, enfermería profesional y auxiliar, salud mental y trabajo social) desarrolla los controles de salud. Este incluye instancias en los servicios asistenciales con el objeto de realizar actividades de promoción de hábitos saludables, detección precoz de enfermedades prevalentes, así como el seguimiento de crecimiento y desarrollo (ASSE, 2014, p. 65).

Martell (1990 *apud* CROSA et al., 2013, p.31) refiere a que “el control de salud de niñas y niños es un hecho importante, considerando que el crecimiento y desarrollo implica la síntesis ordenada de biomoléculas complejas y la diferenciación celular que llevan a que los sujetos de la misma especie presenten ESTRUCTURAS y funciones similares”. “Es en el control de salud en el que el personal de servicios asistenciales del PNA desarrolla un conjunto de actividades, con el propósito de vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo, evitar o minimizar enfermedades prevenibles y detectar signos y síntomas que permiten el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno” (CROSA et al., 2013, p. 58).

Las prioridades del programa están definidas en una de las metas asistenciales definidas por la Junta Nacional de Salud para así orientar a los prestadores a conseguir los objetivos del snis. La meta uno es la referida al niño o la niña y a la embarazada. Los siguientes indicadores son los que tienen que ver con la población específica del pa: 1) Captación del recién nacido.1.1) Emisión otacústica (eoa). 2) Recién nacido (rn) de riesgo. 2.1) Visita domiciliaria de rn de riesgo 2.2) Seguimiento del RN de riesgo. 2.3) Seguimiento de RN con EOA alterada. 3) Control del niño en primera infancia. 3.1) Control de desarrollo del niño de un año 3.2) Control de desarrollo del niño de dos años (MSP, 2021). Esta meta asistencial constituye una de las formas de pago del Fondo Nacional de Salud a las instituciones, y busca ser una de las herramientas para contribuir al cambio de modelo de atención desde el financiamiento.

En este modelo de atención persiste el enfoque biomédico, donde el centro sigue siendo el hospital, el médico y su saber, con foco en la enfermedad por sobre la promoción de salud, aún en los servicios de PNA, y a pesar de los 13 años de vigencia del SNIS. Como plantea Gorski en (2006):

Un *habitus asistencial* en los servicios de salud del subsector público, donde persiste una modalidad en que predomina el autoritarismo en la relación médico paciente, una relación jerárquica, de liderazgo y dominación. El que

lo ejercen además distintos profesionales de la salud, ya sean hombres o mujeres y a su vez este alcanza a los y las funcionarias/os dentro de la institución. Afirma que la existencia de un *habitus asistencial* autoritario se vincula con la permanencia en el imaginario de la profesión y de las instituciones médicas de una autovaloración que establece insistentemente jerarquías o vínculos asimétricos en la relación médico paciente, y por extensión en las relaciones entre población e institución. Lo que evidencia la permanencia y objetivación de dicho *habitus*, mostrando la continuidad del modelo médico hegemónico y «sobre todo forma parte de condiciones de inequidad y disfunciones dentro del proceso de atención» «El sistema gratuito o público es el lugar donde se ejerce más ampliamente, sin que sea efectivo el control social o la protesta de los usuarios (p.51).

En este sentido, características similares fueron identificadas en una investigación cualitativa que exploró las causas del incumplimiento al control de salud de niños y niñas menores de 3 años realizada en centros de salud de la red del PNA de ASSE y en policlínicas del servicio de atención a la salud de la Intendencia de Montevideo en el año 2011. A través de entrevistas a mujeres y personal de salud se identificó que hay una relación usuarias-personal de salud de incompreensión y desconfianza: “Con un modelo educativo que de forma implícita tiene una matriz autocrática e imperativa” (CROSA et al., 2013, p. 68). Se plantea la necesidad de generar estrategias que mejoren la comunicación y el relacionamiento entre integrantes del equipo de salud y de estos con los usuarios/usuarias (CROSA et al., 2013). Además, Crosa et al. (2013) afirman que

el control como proceso de valoración del crecimiento y desarrollo y como herramienta de empoderamiento para la madre, no se visualiza; parece ser una instancia de verificación, que incluso puede ser una forma de valorar cuán buenas madres son (p. 49).

Estos hallazgos se asemejan a los de De León Giordano; Girona (2016), en una investigación realizada con mujeres y personal de salud del Programa Aduana del sector público de salud en cuatro departamentos de Uruguay:

En todos los casos los discursos relacionados con el control se vinculan con los aspectos de la salud del niño, y no como un espacio de participación activa, de empoderamiento, de enfoque más integral para las madres y las familias. Los discursos denotan una actitud más observadora, especialmente la valoración del control es sobre las acciones que se realizan sobre el niño (2016, p. 31).

En mi ejercicio docente he podido visualizar que los servicios de salud de primer

nivel de atención tienen como centro las consultas médicas para la población usuaria, sobre todo en la atención a niñas y niños, los que, previo a la consulta médica, reciben atención por parte de auxiliares de enfermería y, en algunos casos, con menor frecuencia, por licenciadas/licenciados en enfermería, donde principalmente se les realiza una valoración antropométrica. Luego pasan a sala de espera, y posteriormente a la consulta médica, que es la que motiva su asistencia a la policlínica. Esto coincide con lo relevado por Girona e de León (2016) sobre cómo es la organización para la atención a los niños y las niñas en servicios de PNA en Montevideo, Bella Unión, Maldonado y Florida. Inclusive la historia clínica electrónica, que se denomina Sistema de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial (Siembra), está disponible para el personal de salud solo cuando se agendó una consulta médica, lo que genera “una fragmentación en la prestación de asistencia, en el proceso de trabajo y posiciona al profesional médico como el propietario de la historia clínica del usuario/a” (BENELLI, 2017, p. 191). Esto ocurre en el marco de un PNA que aún no se ha legitimado como puerta de entrada al sistema: el hospital sigue siendo el centro al cual el usuario/usuario debe recurrir para completar exámenes paraclínicos o retirar medicación (BENELLI, 2017).

Esta realidad también se asemeja a los hallazgos de revisión integrativa, en los que se evidencia que las prácticas del personal de salud producen y reproducen el modelo de atención biomédico, biologicista, centrado en la enfermedad y en el saber-poder médico, individualista, fragmentado y jerárquico, que no considera la relación de horizontalidad con niños, niñas y familias, es decir, el diálogo de todos los saberes para la coconstrucción de proyectos de cuidado (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; FAVARO et al., 2020; SILVA et al., 2021, 2011; SOUSA et al., 2013).

Estas prácticas, en la relación con la familia de niños y niñas, son coherentes con ese modelo biomédico: cuando no son inexistentes, son débiles, frágiles, discontinuas y jerárquicas (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012, 2012; RAMOS et al., 2018, 2018; SANTOS, 2015; SANTOS et al., 2019; SOUSA et al., 2013). Características de esa relación que muestran, como dice Merhy (2023), la no producción de espacios de intercambio de charlas y escucha, de complicidad y responsabilizaciones, de vínculos y aceptaciones, lo que determina que en esos encuentros entre niños, niñas y familias, el personal de salud desarrolla un accionar

en el que se evidencia que “no hay trabajo clínicamente implicado” (TERENZI et al; 2016, p.122).

Esto muestra la brecha que aún persiste entre el posicionamiento teórico discursivo y las prácticas concretas que desarrolla el personal de salud en el cotidiano de los servicios de primer nivel de atención, aún en aquellos que se está desarrollando la estrategia de salud de la familia en Brasil. Esta brecha aleja al PNA como un actor institucional que debería estar ofreciendo protección y asistencia a las familias para que puedan seguir siendo ese grupo fundamental responsable del crecimiento y bienestar de niños y niñas, como se expresa en el preámbulo de la Convención de los Derechos de los Niños (Unicef, 2006).

Para lograr posicionar como centro al niño-familia/personal, es necesario cambiar las lógicas de funcionamiento de los servicios de salud determinadas por el modelo biomédico y considerar otras metodologías y posicionamientos.

Merhy (2023) propone la noción de que el trabajo en salud debe estar conformado por una interrelación de las tecnologías leves, las leve-duras y las duras para producir calidad en el sistema y defender la vida de usuarios/usuarioas con mayor control de sus riesgos de enfermar o empeorar su problema, y el desarrollo de acciones que permitan producir un mayor grado de autonomía para el usuario/usuarioa estar en el mundo. Merhy (2023) afirma que todos los trabajadores de la salud hacen clínica, campo principal en el que operan las tecnologías leves como articuladoras de otras configuraciones tecnológicas.

Primero, porque entendemos que los usuarios buscan en sus encuentros con los trabajadores de la salud — particularmente en los establecimientos—, la producción de espacios de acogimiento, responsabilización y vínculo. Segundo, porque entendemos que la clínica no es solo saber diagnosticar, pronosticar y curar los problemas de salud como una disfunción biológica, sino que también es un proceso y un espacio de producción de relaciones e intervenciones que se da de un modo compartido, y en el cual hay un juego entre necesidades y modos tecnológicos de actuar. Tercero, porque no habría producción de espacios de conversación y escucha, de complicidades y responsabilizaciones, de vínculos y aceptaciones, si no hubiera un trabajo clínicamente implicado. Pero entendemos que, a pesar de que todos hacen clínica, hay focos de acciones entre los profesionales que marcan los modos de trabajar las distintas conformaciones de las tecnologías en salud y sus competencias para responder a los problemas planteados. Así, no basta con que exista un servicio con un excelente acogimiento si no consigue responder con los exámenes necesarios para detectar un determinado

problema de salud, o incluso su gravedad. De este modo, es necesario, pero no suficiente, que un médico esté totalmente comprometido e involucrado con la producción de un espacio receptivo, en sus relaciones y en los servicios, pues no contribuirá plenamente a conformar una intervención eficaz si, al mismo tiempo, no coloca toda su sabiduría clínica al servicio del usuario/paciente y en defensa de su vida. Más aun, creemos que esta idea vale para cualquier profesional de la salud en lo que se refiere a su núcleo central de saber estructurado (2023, p. 49-50).

Para Agreli et al. (2016) la atención centrada en el paciente (ACP) integra tres dimensiones: la perspectiva ampliada del cuidado a la salud; la participación del paciente en el cuidado y participación social, y la relación interprofesional y profesional/paciente.

En cuanto a la participación del paciente en el cuidado, se reconoce principalmente su singularidad, comprendido como un ser único y un ser de competencia moral, que debe participar con su familia en la toma de decisiones sobre su proyecto de cuidado junto al personal de salud. Esto problematiza la necesidad de que los usuarios y las usuarias se informen y reflexionen para que la toma de decisiones sobre su propia salud se torne realidad (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Por su parte, la relación profesional-paciente abarca la interacción y el vínculo con el usuario, la familia y la comunidad, y entre los profesionales o personal de la salud que prestan atención. La construcción de vínculos de confianza es reconocida como fundamental, con potencial impacto tanto en la calidad de los cuidados como en los costos de la atención en salud. En el análisis de la relación profesional-paciente se observa la relación de poder discutida por Foucault (*apud* OPS; OMS, 1978), la relación conocimiento y poder, en que el médico usa su saber para ejercer control del “cuerpo” de sus pacientes. Para poder cambiar este vínculo asimétrico Foucault (*apud* OPS; OMS, 1978) plantea la necesidad de volcar la mirada para los ciudadanos y su autoridad sobre sí mismos y el control de sus conductas, para empoderarlos y que se vuelvan concedores de su cuerpo, de sus condiciones patológicas, para que estén aptos para tomar decisiones en salud, lo que puede ser comprendido como un acto de ciudadanía, en que los pacientes, muñidos del derecho a la defensa a su favor, también se tornen responsables por mantener su salud (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Y plantean que el grado de participación de los pacientes en el cuidado está relacionado a cuan confortables se sienten para cuestionar la autoridad profesional y la calidad de la relación, lo que está en las esferas de la interacción y comunicación

entre pacientes y profesionales. El plano de las interacciones y comunicación también es decisivo en las relaciones interprofesionales de colaboración (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

También el programa aduana podría tomar de referencia la propuesta de una clínica del sujeto ampliada y reformulada que parte de la concepción de usuario/usuario como sujeto de derechos y ser singular, considerado el centro, que este sea coconstructor con el personal de salud de su proyecto de cuidado. Es decir, que se genere una propuesta terapéutica acordada y pactada con el personal de salud para que el usuario/usuario se sienta protagonista de su propia vida, contribuyendo así a su autonomía (CAMPOS, 2021).

Estos son posicionamientos teóricos y metodológicos que buscan romper con

la endogamia paradigmática y metodológica a la que muchas veces se ve conminada la salud pública por cuenta de la disciplinarización e institucionalización constituye un obstáculo no solo epistemológico, sino también político y ético para lograr un impacto significativo sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, los grupos y las comunidades, pues ninguna disciplina aislada puede dar respuesta de manera satisfactoria a la complejidad de los problemas relacionados con la salud y sus determinantes (OCHOA, 2012, p. 2).

Y además de prestar una atención interdisciplinaria es imprescindible la participación del usuario/usuario, familia y comunidad, para contribuir en el rompimiento de esa endogamia, y que la relación institución de salud-sociedad contribuya realmente a una mayor autonomía de las personas y garantice el derecho a la salud y a la defensa de su vida.

En el marco del Programa Aduana se constituye el control de salud a niños y niñas, un objeto central para poder comprender las representaciones sociales del personal de salud, que, por sus características, según (JODELET, 2003b), sería un objeto de representación de tipo ideal: el que construye y es construido a través de las prácticas profesionales que lleva a cabo el personal de salud, en el cotidiano de la atención a la población del PA, haciendo parte de la micropolítica del proceso de trabajo, de la que se suscitan intercambios, diálogos e interacciones. Objeto que está presente y es relevante para el personal de salud, lo que lo hace un objeto de RRSS para estos sujetos. Esas prácticas que realiza el personal de salud para la prestación de asistencia están sostenidas por valores que los llevan a la toma de decisiones que orientan su accionar en ese encuentro con los otros trabajadores que brindan

atención, así como con los usuarios y las usuarias del programa, en esa organización de relaciones en el cotidiano de los servicios de salud.

Jodelet (2003b) plantea dos condiciones que debe tener un objeto de RRSS: estar presente en las conversaciones de todos los días y, a su vez, dar cuenta de los valores sociales. Las prácticas del personal de salud para prestar atención a niños, niñas y sus familias se desarrollan en espacios de trabajo donde convergen conversaciones y encuentros, que están determinados por los valores personales y colectivos del personal que allí trabaja. Las decisiones que se toman sobre el lugar que ocupa el usuario/usuario en ese espacio de encuentro están condicionadas por esos valores que el personal en ese contexto sociocultural tiene. Son los sujetos que, en su cotidianeidad laboral, comparten espacios de diálogo, interacción y comunicación en el que construyen sus RRSS, las que a su vez determinan sus prácticas profesionales, y viceversa. Estas se construyen además en un contexto institucional y cultural común: el subsector público de salud, que está sostenido en una sociedad que tiene sus valores y su cultura también.

Merhy; Onocko consideran que el centro de salud como contexto institucional es una “arena” en la que trabajadores y trabajadoras actúan con diferentes perspectivas de acción e intencionalidades, “los que hacen una mezcla poco visible entre sus territorios privados de acción y el proceso más público, constituido por la presencia conjunta de los trabajadores, sus intervenciones e interacciones” (2007, p. 114). Sujetos que son, según Merhy (2023), los agentes que, con su intencionalidad, mediada por tecnologías (leves, leve-duras y duras), llevan a cabo acciones dirigidas a transformar el objeto/sujeto de trabajo.

Las tecnologías leves son consideradas como las relaciones involucradas en la producción del vínculo, de la acogida, de escucha y conversación, así como la gestión como forma de gobernar los procesos de trabajo; las tecnologías leve-duras son los conocimientos bien estructurados que operan en el proceso de trabajo en salud, como la clínica médica, la clínica psicoanalítica, la epidemiología, las directrices clínicas; y las tecnologías duras son los equipamientos tecnológicos, como las máquinas, las normas, las estructuras de gobierno fijadas en organigramas (MERHY, 2023, p. 15).

Merhy (1998) afirma que los modelos de atención en salud actuales que organizan las prácticas del personal de salud perdieron el rumbo mayor, que es la defensa radical de la vida individual y colectiva. El trabajo médico, dice Merhy, por ser

un dispositivo estratégico, es paradójico porque, por un lado, puede desarrollar un modelo de atención en salud descomprometido con el usuario y centrado en los procedimientos, y, por otro, puede constituirse como herramienta para desarmar ese modelo y producir una nueva forma de actuar en salud (1998, p. 1).

En los servicios de salud la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios/usuarios es atendida con una cierta mirada del trabajador que contiene un proyecto de transformación, con una finalidad, que representa la intencionalidad de las prácticas del personal de la salud en el proceso de trabajo o proyecto previo a alcanzar, que es el producto deseado en la mente del trabajador.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Comprender las representaciones sociales sobre el control de salud a niñas y niños de 0 a 3 años del personal del primer nivel de atención.

4.1.1 Objetivos específicos

Describir el proceso de atención en salud a niñas y niños de 0 a 3 años en el PNA.

Identificar las principales características de niños, niñas y sus familias.

Identificar los estilos de comunicación que establece el personal con la población.

5. Referencial teórico: representaciones sociales

La Teoría de las Representaciones Sociales surge en los años 60, a partir de la investigación sobre el psicoanálisis, su imagen y su público, realizada en Francia, por el rumano, psicólogo social Serge Moscovici, quien fundamenta la teoría oponiéndose al paradigma científico dominante, así como a su ahistoricismo, individualismo, a la mirada dicotómica entre sujeto/objeto, estímulo/respuesta y al reduccionismo de la realidad, constituyéndose en una teoría crítica que cuestiona el paradigma positivista dominante. La que trajo luz a la tensión entre el pensamiento científico y profesional, por un lado, y el pensamiento cotidiano de las personas comunes, por otro. Mostró al psicoanálisis adecuado para explorar esa tensión, promovió la perspectiva de un desenvolvimiento continuo del pensamiento del sentido común para la ciencia, así como el pensamiento científico se difunde en el pensamiento cotidiano. Fue vital en el desenvolvimiento de la TRS, la idea de transformación del pensamiento científico en sentido común (MOSCOVICI, 1979).

Para Jodelet (1986) el concepto de RS designa una forma de conocimiento específico: el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de

procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Moscovici (2004) afirma que las representaciones no se pueden confundir con la imagen, ya que esta es la impresión que los sujetos tienen de un objeto, mientras que la representación requiere reconstrucción. Estas son una noción constituyente, dinámica, construida en la interacción entre sujetos, que tiene un carácter constructivista, a diferencia de la noción de la representación colectiva de Durkheim, que es considerada como una realidad constituida, externa al sujeto y que se impone a él.

La representación para Moscovici (2004) implica reconstituir, recolocar, cambiar el objeto de representación, no repetirlo, replicarlo o reproducirlo. Y toda representación es representación para un sujeto, porque cada persona tiene una información y una actitud singular, las que pueden variar entre actitud de aceptación, rechazo o neutralidad. Representaciones que son sociales no porque sean de un sujeto social, sino porque funcionan como organizadoras de las conductas y de la comunicación social.

Para Perera (2003) las funciones de las RS son de conocimiento, porque posibilitan conocer y explicar la realidad; identitaria, porque aportan al sentido de pertenencia grupal, y de orientación, porque guían las prácticas y los comportamientos. Banchs (2000) dice que hay dos modos de apropiación de la TRS, un enfoque procesual y un enfoque estructural.

Se pueden así investigar los procesos de manera mecánica en términos de estructura, o dinámica, en términos de dialécticas de intercambio. Y por su lado los contenidos pueden ser enfocados como estructuras organizadas o como procesos discursivos (BANCHS, 2000, p. 34).

El enfoque procesual considera que para acceder al conocimiento de las RS se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos. Estos buscan comprender hechos particulares que dan lugar a la elaboración de una representación específica, donde los significados que se asignan a un hecho, persona u objeto, están íntimamente ligados a la historia, el contexto y a la cultura. Enfoque que emplea el método cualitativo y la triangulación de múltiples técnicas (BANCHS, 2000). Los mayores exponentes fueron Moscovici y Jodelet, con un posicionamiento socioconstruccionista que parte del interaccionismo y tiene influencia de la literatura de Michelle Foucault, sobre todo en términos de análisis de

discurso (BANCHS, 2000).

Por otro lado, el enfoque estructural se enfoca en la estructura de las RS, utiliza el método experimental y el análisis multivariado. Estos diseños metodológicos buscan identificar las jerarquías entre los componentes centrales y los componentes periféricos de la representación, y buscan conocer también la función de esa estructura. Sus máximos exponentes son Abric, Codol y Flament.

En ambos enfoques es necesario que el objeto de estudio a investigar con la TRS se componga de un objeto de representación, un sujeto que construye la representación social y un contexto particular en el que surge la representación Cuevas (2016). El objeto de representación, dice Jodelet (2003b), puede ser humano, social, ideal o material. Y para que un tema sea considerado objeto de RS es necesario que sea relevante para los sujetos, se encuentre relacionado con sus prácticas y sea central en las conversaciones de los grupos. Por consecuencia, provoca alteración, discusiones y debates entre los sujetos sociales. Es esencial que el objeto cuente con presencia y relevancia como tema recurrente de comunicaciones (conversaciones, medios de comunicación masiva). Flament y Rouquette (2003 *apud* CUEVAS, 2016) agregan que el objeto de representación debe tener un grado de implicación con los sujetos de elaboración que consiste en una relación histórica asociada a sus prácticas.

Estas RS son elaboradas por un sujeto social que está situado en un tiempo, un espacio particular y establece relaciones con otros, así construye la RS. La pertenencia a un grupo es un rasgo para la elaboración de las RS. Jodelete (2003a) dice que es tarea del investigador construir y delimitar la noción de sujeto que asume y su relación con la sociedad mediante la pertenencia a grupos, redes, clases sociales, asociaciones, ciudadanía: un sujeto con pertinencia cultural y social que interactúa con los otros (acuerdos, divergencias) mediante la comunicación.

Estas representaciones sociales son producto de un tiempo y un espacio, de la historia y la cultura que se constituyen en los cimientos que le dan forma, contexto en el que son elaboradas por el sujeto.

Ibañez (2001 *apud* CUEVAS, 2016) dice que las fuentes de determinación de las RS se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que caracterizan a una sociedad determinada y el sistema de valores que circulan en su seno.

Es preciso delinear el contexto donde surgen las RS con la finalidad de aportar

elementos que posibiliten entender su origen, ya que estas se construyen en un espacio y momento particular. En el proceso de construcción del objeto de estudio es necesario articular el objeto, sujeto y contexto de representación para tejer los nodos del problema de investigación, para así describir, detallar y sobre todo presentar la problemática de investigación con agudeza y claridad.

Moscovici (2004) plantea que para poder llegar a conocer las representaciones sociales es necesario desarrollar la objetivación y el anclaje. Por medio de la objetivación se logra materializar o hacer concreto lo social, lo abstracto, la palabra, la que puede considerarse, dice Jodelet (2003b), en una operación formadora de imagen y estructurante.

Para Moscovici (1976 *apud* Jodelet, 2003a) “objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos” (p. 481). Este proceso se realiza a través de tres fases: construcción selectiva, esquematización estructurante y naturalización. Y el anclaje trata de integrar las informaciones aportadas por la objetivación al sistema de pensamiento preexistente, integrando las nuevas representaciones con las representaciones existentes, y así ir reconstruyendo continuamente la visión de la realidad, Perera (2003).

El control de salud que desarrolla el personal en la prestación de asistencia a niños y niñas de 0 a 3 años sería un objeto de representación de tipo ideal, al decir de Jodelet (2003b). Este está construido a través de las prácticas profesionales que lleva cabo el personal de salud, en el cotidiano de la atención a la población del PA, formando parte de la micropolítica del proceso de trabajo, en la que se suscitan intercambios, diálogos e interacciones. Este objeto que está presente y es relevante para el personal de salud, lo que lo hace un objeto de RS para estos sujetos. Esas prácticas que desarrolla el personal de salud en la prestación de asistencia están sostenidas por valores que sustentan la toma de decisiones que orientan su accionar en ese encuentro con la población usuaria del programa, en esa organización de la micropolítica del cotidiano de los servicios de salud.

Jodelet (2003b) plantea que un objeto de RS debe cumplir con dos condiciones: 1- aparecer en las conversaciones diarias y en los medios de comunicación y 2- dar cuenta de los valores sociales. El control de salud a la niñez está determinado por los valores de la cultura organizacional del SNIS, del subsector público de salud, del PA y de la sociedad en la cual se lleva a cabo.

6. Metodología del estudio

6.1 Tipo de estudio

La investigación tuvo un abordaje cualitativo, descriptivo y exploratorio basado en el enfoque procesual de la Teoría de las Representaciones Sociales, utilizando la triangulación de técnicas para la recolección de datos.

La investigación cualitativa o social designa un particular tipo de hacer estratégico, con el cual el investigador se abre a una experiencia, con el objetivo de elaborar una respuesta (a veces más de una) a una pregunta relativa a un determinado fenómeno social (CARDANO, 2017).

Para Jodelet (2003b) el concepto de RS designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Por otra parte, el enfoque procesual se caracteriza por considerar que para acceder al conocimiento de las RRSS se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas de los significados del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos constituimos el mundo en que vivimos. Estos se interesan por comprender hechos particulares que dan lugar a la elaboración de una representación específica, donde los significados que se asignan a un hecho, persona u objeto están íntimamente ligados a la historia, el contexto y la cultura. Generalmente, se emplea el método cualitativo y la triangulación de múltiples técnicas (BANCHS, 2000).

6.2 Lugar de estudio

El estudio se realizó en la Red de Atención Primaria de Salud (RAP) de ASSE de Salto, perteneciente a la región norte del país, que tiene como objetivos: optimizar procesos asistenciales asegurando la equidad, oportunidad y continuidad de atención; avanzar en el desarrollo de servicios adecuados a las necesidades de la población de cada región del país; mejorar la resolutividad y eficiencia de los servicios asistenciales

regionales mediante la complementación de los recursos existentes en su región y la descentralización de la gestión de los procesos administrativos (ASSE, 2014).

La RAP de ASSE de Salto está descentralizada como unidad ejecutora con autonomía presupuestal desde el año 2014. Se ha organizado realizando una división geográfica del departamento, con cinco áreas de salud en la zona urbana y suburbana, siete Unidades Básicas Asistenciales con la responsabilidad total del área asignada y siete policlínicas de menor complejidad con territorios más pequeños dentro de las áreas.

6.3 Población de estudio

El personal de salud que diariamente presta atención en el control de salud a niñas y niños de 0 a 3 años en las policlínicas urbanas, suburbanas y rurales de la RAP de ASSE de Salto está integrado por 30 trabajadores y trabajadoras, 9 licenciadas/os en enfermería, ocho auxiliares de enfermería y trece médicas/os pediatras.

Se contactó a 14 trabajadores de la salud, de los cuales 2 eran médicos de género masculino, con quienes no fue posible concretar encuentro. La muestra estuvo compuesta por 12 participantes seleccionados por conveniencia, de forma intencional y no probabilística, la que se delimitó por criterio de saturación (COSTA PEREIRA, 2001), porque comenzaron a repetirse las respuestas y no emergía contenido nuevo sobre el tema. Esta decisión fue de la investigadora y se validó en un encuentro con la tutora y cotutor de la investigación. Los criterios de inclusión utilizados se nombran a continuación.

6.3.1 Criterios de inclusión

Licenciadas/os en enfermería que hace 2 años¹ o más prestan atención en el control a NN de 0 a 3 años de la RAP de ASSE de Salto.

Auxiliares de enfermería que hace 2 años o más prestan atención en el control a NN de 0 a 3 años de la RAP de ASSE de Salto.

¹El criterio de dos años es definido porque, por un lado, puede suceder que en las policlínicas de la RAP se incorpore personal que provenga de segundo nivel de atención o sin experiencia de trabajo en el Programa Aduana (PA). Con un mínimo de dos años de trabajo de forma sostenida en el cotidiano del PA asegura la construcción de las representaciones sociales sobre el objeto de estudio de esta investigación.

Médicas/os pediatras que hace 2 años o más prestan atención en el control a NN de 0 a 3 años de la RAP de ASSE de Salto.

6.3.2 Criterio de exclusión

Personal de salud que está ausente porque está gozando algún tipo de licencia.

Personal de salud con quien no se logra coordinar la entrevista, luego de una tercera llamada, aunque cumple con los criterios de inclusión.

6.4 Fuentes de datos

La fuente de datos primaria, De Souza Minayo (2008), fue el personal de salud que cumplió con los criterios de inclusión y participó de las entrevistas semiestructuradas y elaboró el dibujo historia con tema.

6.5 Procedimientos de recolección de datos

Para construir las RRSS desde el enfoque procesual se privilegió la multitécnica y la triangulación en la recolección de datos, se utilizó la técnica proyectiva dibujo-historia con tema y entrevistas discursivas, lo que según Flick aporta “el potencial de triangular diferentes enfoques metodológicos reposa en la combinación de diferentes perspectivas de investigación y en la focalización sobre aspectos del objeto de estudio lo más diferentes posibles” (1992, p. 47), en concordancia con Banchs (2000), que afirma que la triangulación da garantías para alcanzar niveles de profundización sobre el fenómeno que nos permiten acceder a las RS.

Figura 3 - Síntesis del proceso de recolección de datos

	Dibujo-historia con tema	Entrevista discursiva
Participantes	12 (12 dibujos, 12 historias y 12 títulos)	12
Duración promedio	7,30 minutos (mínimo: 1.09-máximo: 15)	30 minutos (mínimo: 16-máximo 54)
Período de implementación	11 de diciembre de 2022 al 7 de marzo de 2023	11 de diciembre de 2022 al 7 de marzo de 2023
Procedimiento de	Presencial, cara a cara,	Presencial cara a

recolección de datos	consentimiento en papel, dibujos realizados de puño y letra de cada participante. Historia y títulos hablados que se graban.	cara, consentimientos en papel y grabación.
----------------------	--	---

Fuente: elaboración propia.

El proceso para llevar a cabo la recolección de datos se inició con el envío de una nota a la dirección de la RAP de ASSE de Salto. Inmediatamente de contar con la autorización para realizar el estudio, se solicitó a licenciada responsable de la gestión del PA los nombres y datos de contacto de los trabajadores que realizan el control de salud a NN de 0 a 3 años en PNA en zona urbana, suburbana y rural del departamento (Apéndice 11.1).

Luego de contar con el listado y los datos de contacto de cada trabajador/a del programa, se inició la coordinación telefónica con licenciadas/os en enfermería de cada Unidad Básica Asistencial. A través de ellas/ellos se hicieron las primeras coordinaciones de encuentros, continuando con las coordinaciones con auxiliares de enfermería y médicas pediatras. Este proceso se fue realizando sin inconvenientes. La única excepción fue la imposibilidad de concretar encuentro con dos médicos hombres, a quienes no se insistió porque se lograba la saturación de los datos. El relevamiento se realizó desde el 11 de diciembre de 2022 al 7 de marzo de 2023. En este participaron 12 trabajadoras que desarrollan el control de salud en el marco del Programa Aduana de la RAP de ASSE de Salto.

6.5.1 Dibujo historia con tema

El dibujo historia con tema es una técnica proyectiva proveniente de la psicología clínica creada por Vaisberg Tania, a partir de la propuesta dibujo-historia que crea Walter Trinca en 1972, que es un procedimiento psicodiagnóstico o psicoterapéutico que surgió para aportar una mirada diferente a la que generaban los test de la personalidad en la psicología clínica de aquella época. Este procedimiento tiene como objetivo facilitar la comunicación emocional y los elementos inconscientes en contextos intersubjetivos individuales o colectivos, el que se constituye como una “estrategia investigativa con potencialidad heurístico que aborda los sentidos afectivo-emocionales de cualquier acto humano,” según Visintin, Ambrosio y Aiello-Vaisberg (2023, p.103). A lo que se agrega lo que plantea Trinca:

La investigación sobre la psicodinámica de las representaciones sociales, que tiene como objetivo captar el inconsciente relativo, o sea, las determinaciones lógico emocionales estructurantes, puede ser productivamente realizada a partir del uso de procedimientos proyectivos (2020, p. 3793).

Esta técnica aporta al conocimiento y comprensión de las representaciones sociales del personal de salud.

En cada encuentro se comenzó realizando el proceso de consentimiento informado para el dibujo-historia con tema, luego, considerando la propuesta de Coutinho et al. (2011), se les realizó la siguiente propuesta: “Dibuje cómo es el encuentro entre usted, el familiar y el niño/a en el control de salud del Programa Aduana en la UBA”. A cada participante se le entregó una hoja en blanco tamaño legal, lápices de colores, lápiz de escribir y una goma. Una vez que el dibujo estaba terminado, se procedía a solicitar que se explicara el dibujo que se realizó, mediante el desarrollo de una historia con inicio, desarrollo y fin. Este relato fue grabado con el consentimiento de cada participante. Una vez terminado el relato, se les solicitó que asignaran un título, lo que concluía el DHT.

6.5.2 Entrevista discursiva

Luego de culminado el DHT se solicitaba el consentimiento informado para realizar la entrevista, técnica por excelencia de conversación y comunicación entre dos o más personas utilizada en la investigación cualitativa. Esta tiene el objetivo de recolectar información pertinente para la construcción de información sobre un objeto de estudio (DE SOUZA MINAYO, 2008).

Cardano hace referencia a la entrevista discursiva como la que “es una técnica que genera la interacción social para la cual dirigir la atención; una interacción en la cual los entrevistados están (necesariamente) conscientes de estar interactuando con un investigador” (2017, p. 168). La entrevista contenía preguntas guías sobre el tema de interés de esta investigación, estas se iban realizando según cómo se fuera desarrollando la conversación con cada participante, por lo que la escucha atenta del discurso de cada entrevistada era la que orientaba el abordaje de cada tema (CARDANO, 2017). Las entrevistas tuvieron una duración que osciló entre los 16 y los 57 minutos, y todas fueron grabadas.

6.6 Procedimiento de análisis de datos

Para analizar el corpus de información ofrecido por la técnica proyectiva dibujo-historia con tema se comenzó por la transcripción de cada de DHT, que fue realizado exclusivamente por la investigadora, que digitó de forma textual todo lo expresado por cada participante en un documento de Word. De esta forma, se reunió todo el material necesario para realizar el análisis con los pasos propuestos por Coutinho et al. (2011): 1. Observación sistemática de los dibujos, manteniéndolos esparcidos en una mesa donde diariamente los miraba para poder encontrar en ellos códigos, similitudes, diferencias. En simultáneo se retomaron las lecturas de autores que han construido teoría sobre el DHT como técnica de recolección de datos para investigaciones, además, se realizó la búsqueda de tesis doctorales que usaron la técnica, las que sirvieron de apoyo para procesar lo que emergía de los dibujos, fundamentalmente.

Este proceso permitió ir vislumbrando los códigos que emergían de los dibujos, los que se complementaron con los códigos que emergían de la historia y del título de cada DHT, archivo que luego se subía a Atlas.ti9, junto con la foto del dibujo y el título. Ese proceso de codificación que se realizó de los DHT fue compartido en un encuentro virtual por Zoom con un grupo de estudio de doctorado sobre RS, con el objetivo de analizar en forma conjunta, fundamentalmente, la validez de esos códigos sobre los dibujos. Ese encuentro permitió validar el proceso de codificación que se venían realizando, constituyéndose en un hito esclarecedor para dar continuidad al procesamiento y análisis de los datos.

Luego se continuó con el paso dos, en el que se seleccionaron y agruparon los dibujos por similitud gráfica. Se siguió con la lectura flotante de las unidades temáticas de la historia en integración con el dibujo y el título, y se continuó con el recorte y categorización de todo el corpus, que incluía título, historia y dibujo, y con el análisis e interpretación de contenidos temáticos y de los dibujos agrupados por categorías. Este proceso se detalla en la Figura 4, en el capítulo de resultados.

Por otro lado, la transcripción de las entrevistas fue realizada por la investigadora con apoyo de una persona que se contrató exclusivamente para esa tarea. El procesamiento se inició con una lectura de familiarización de la transcripción de cada una de las entrevistas. Luego se realizó otra lectura en la que se generaron las citas abiertas, y después se hizo una nueva lectura de las citas abiertas. Finalmente, a partir de los conceptos, al decir de Coutinho et al. (2011), se crearon los

códigos arraigados en la cita, con el apoyo del software Atals.ti9.

El análisis de contenido se realizó considerando la siguiente definición de Bardin (2002):

Un conjunto de técnicas de análisis de comunicación que apuntan a obtener, a través de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores (cuantitativos o no) que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes (2002, p. 42).

Esos códigos luego fueron agrupados en categorías de análisis, que son las que se presentan en la Figura 5, en el capítulo de resultados. En cuanto al análisis de los datos aportados por las entrevistas discursivas, se realizó a través de la técnica de análisis de contenido temático propuesta por Minayo (2009), siguiendo las etapas de preanálisis, exploración del material y la de tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. Los códigos, las subcategorías que emergieron de las dos técnicas procesadas con el apoyo de Atlas.ti, produjeron las categorías de análisis que se desprendieron de las dos técnicas de recolección de datos. Como resultados de la investigación se presentaron las que surgieron de la triangulación, que se constituyeron en las RRSS del personal de salud que participó en el estudio.

6.7 Estrategia de difusión de datos

La estrategia de difusión de datos buscó generar encuentros y documentos para llegar a las trabajadoras que participaron en la investigación, a las autoridades del PA en el departamento de Salto, a la población que asiste y a la comunidad científica. La difusión inició con un encuentro de intercambio sobre el proceso investigativo, y los hallazgos con las trabajadoras que participaron. Por otro lado, se informó a las autoridades del Programa Aduana en Salto sobre los hallazgos de la investigación. Se elaborará un documento sintético en el que se compartirán los resultados a la población general y del PA en particular. Y se hará difusión de los resultados en revista científica arbitrada, así como las gestiones para ingresar la tesis en el repositorio de la Udelar y UFPEL.

6.8 Consideraciones éticas

El siguiente proyecto consideró el Decreto 158/19 que regula la investigación con seres humanos en Uruguay, por lo que fue inscripto en el registro de

investigaciones con seres humanos del Ministerio de Salud. A continuación, se realizó la presentación para su evaluación ante el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, el que el 20 de octubre de 2022 aprobó el proyecto para su implementación.

El personal de salud que integró la muestra hizo lectura y consintió su participación en la investigación mediante la firma del consentimiento informado por cada técnica de recolección de datos.

Este estudio mantuvo la confidencialidad de los sujetos de investigación, iniciando la codificación de cada técnica, asignándole la sigla LE con numeración ascendente a licenciadas/os en enfermería, AE a auxiliares de enfermería y M a médicas/os pediatras con numeración ascendente, por lo que desde ese momento se omitieron los nombres de los sujetos de investigación. Esta codificación se utilizó para resguardar aún más la identidad de los sujetos de investigación: utiliza el código P seguido del número, antecedido por E en caso de que sean resultados de la entrevista o DHT si eran resultados de la técnica proyectiva utilizada. La caracterización del personal se generó en base de datos en Excel, desvinculada de los documentos donde están las transcripciones.

Los resultados de la investigación aportan información pertinente y de interés para la academia y la sociedad en general, producen conocimientos sobre las representaciones sociales del personal de la salud sobre el control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años en el PNA del subsector público de Salto.

7. Resultados y discusión

El siguiente apartado contiene la presentación de los resultados y su discusión, con el objetivo de comprender el contenido de las RS del personal de salud sobre el control de niñas y niños de 0 a 3 años del PNA. Este proceso se realizó a la luz del enfoque procesual del referencial teórico.

Está compuesto de cuatro subcapítulos, comienza con las características de la población de estudio, continúa con los resultados y el análisis del contenido de las representaciones sociales a cerca del control de salud a niñas y niños, arrojadas a través de la técnica dibujo-historia con tema, y culmina con el subapartado sobre resultados y análisis del contenido de las representaciones sociales acerca del control de salud a niñas y niños, arrojadas a través de la entrevista discursiva. El capítulo finaliza con la discusión de los resultados a partir de la triangulación del dh-t y de la entrevista discursiva.

7.1 Características de la población de estudio

Las representaciones son construidas por un grupo de personas en un contexto determinado por un espacio y un tiempo. Este contexto, a su vez, ha sido construido históricamente a partir de la cultura de la sociedad en la cual está inmerso. Por lo tanto, conocer algunas características de la población de estudio colabora en la comprensión del contenido de esas RRSS.

De la investigación participaron 12 trabajadoras de la salud, de los 30 que prestan atención en el control de salud del Programa Aduana de la RAP de ASSE de Salto, con las cuales se alcanzó la saturación de la información. El total de los sujetos de investigación fueron mujeres, en coincidencia con el informe de González et al. (2011), en el que se constata una feminización en el sector salud y en particular en el personal de enfermería, ya que el 89 % de las licenciadas y el 82 % de las auxiliares son mujeres. Gorski (2006) afirma que hay una feminización muy alta en la formación de pediatras, y que estas profesionales se han adaptado al “poder” de la profesión en lugar de desactivar el modelo autoritario de asistencia. En cuanto a la distribución por edad, 5 se encuentran comprendidas entre 35 a 45 años, 6 entre 46 a 55 años

inclusive y una de ellas, de 61 años; 8 se perciben de raza blanca y 4 mestizas; 4 son auxiliares de enfermería, 4, licenciadas en enfermería y 4, doctoras en medicina especialistas en pediatría. Las doctoras en medicina han cursado la carrera de grado en Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay, que tiene una carga horaria de 7400 horas, en la cual han cursado también la especialidad en Pediatría, que tiene una carga horaria de 5184 horas. Las licenciadas en enfermería se han formado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República de Uruguay, con una carga horaria de 5400 horas, que posee la Especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria, que también han cursado en esa institución. Por otro lado, las auxiliares de enfermería se han formado en escuelas privadas, de las que actualmente existen 30 en Uruguay, con un programa común de entre 1300 a 1800 horas, a las que pueden ingresar con ciclo básico de secundaria terminado.

Por otra parte, 10 de ellas hace 10 años o más que trabajan en el Programa Aduana en el Primer Nivel de Atención de ASSE, algunas superan los 20 años de antigüedad, una de ellas, 9 años, y la otra trabaja hace 5 años en el programa, lo que muestra una trayectoria histórica de prácticas de las trabajadoras implicadas con el objeto de investigación, en concordancia con lo que plantea Jodelet, Flamen y Roquete (1989b, 2003 *apud* CUEVAS, 2016), como una condición relevante para la construcción colectiva de las RRSS.

Respecto a su estado civil, 7 están casadas o en concubinato estable y las 5 restantes, solteras o divorciadas. Entre ellas, 11 son madres. Todas hacen referencia a que asumen roles de madres, esposas, amas de casa, hijas, tías, abuelas, madrinas, amigas, profesoras, trabajadoras, artesanas, doulas. Exclusivamente en policlínicas de la zona urbana y suburbana del departamento de Salto trabajan 9, una de ellas exclusivamente en zona rural, y 2 prestan atención a población de zona urbana, suburbana y rural, además trabajan en el subsector privado de salud del departamento.

A continuación, se presenta la discusión de los resultados que han sido arrojados por cada técnica de recolección de datos por separado, es decir, los resultados obtenidos por la técnica dibujo-historia con tema y la técnica de entrevista discursiva. El capítulo finaliza con la discusión a partir de la triangulación del DH-T y de la entrevista discursiva.

7.2 Análisis del contenido de las representaciones sobre el control de salud a niñas y niños de 0 a 3 años en el primer nivel de atención, a partir del enfoque procesual

La recolección de datos realizada a través de la técnica DHT al personal de salud permitió conformar un corpus constituido por 12 dibujos, 12 títulos y 12 historias, sobre el que se realizó un proceso de observación sistemática de todos los dibujos. Luego se continuó con una lectura flotante de las unidades temáticas de la historia, y después, con apoyo del software Atlas.Ti 9 para el análisis inductivo, se identificaron códigos que permitieron la construcción de categorías emergentes y subcategorías de análisis.

Estos análisis de datos permitieron acceder a la comprensión del contenido de las RS en torno al control de salud. El control de salud como punto de partida y eje temático permitió la identificación de 3 categorías de análisis y 4 subcategorías. La primera categoría de análisis se define como organización del trabajo del PS en el control a niños y niñas, de la que se desprenden dos subcategorías: prácticas de evaluación del crecimiento y prácticas de acompañamiento. La segunda categoría de análisis se define como habilidades comunicacionales, de la que se derivan dos subcategorías: habilidades cinésicas y habilidades del PS para realizar la entrevista clínica. Y la tercera categoría de análisis se define como cuidado infantil desde la perspectiva de género. En la Figura 4 se presentan los códigos que emergieron de la técnica, a partir de los que se construyeron las subcategorías y las categorías de análisis.

Figura 4 - Distribución de categorías, subcategorías y códigos del control de salud a NN de 0 a 3 años, que emergieron a través del DHT

Tema	Categoría	Subcategoría	Códigos
Control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años en primer nivel de atención	Organización del trabajo del PS en el control de NN	Prácticas de control del crecimiento	<p>Controles, peso, talla, perímetro cefálico, antropometría, valoración, percentil, control de enfermería, examen físico (piel, columna, caries, cardiovascular, pulsos, abdomen, genitales, que no haya tumoración), balanza, tallímetro, centímetro, cinta métrica, niño, clínica, auscultar, niño en balanza, estetoscopio, niño en camilla, camilla, computador, escritorio, carné de control, carné de salud, registro, trabajo, consulta típica, encuentro con el niño, toco al niño, un día de tantos, control saludable, mediciones, anoto, medidas, observar, valoración del niño, exploración, control niño sano, registrar todo, nos dividimos, un día de tantos, entrevista estructurada, ingresando información, nos dividimos las tareas, trabajamos mi compañera y yo, siempre nos dividimos las tareas, nosotros los recibimos, AE siempre me está ayudando, somos dos en el control, lo peso y lo tallo todo yo.</p>

		Prácticas de acompañamiento	Amable, ayudar, ayudarlos, guiarlos, acompañando un nuevo comienzo, apoyar, acompañamiento y apoyo, un día como todos los días, ayudarlo en todo.
Habilidades comunicacionales	Habilidades cinésicas		De cada persona que integra el dibujo: postura corporal, expresión facial, distancia, establece contacto visual, no establece contacto visual, distancia entre PS y M, distancia PS-N, distancia M-N, boca horizontal recta, boca arqueada hacia arriba, boca vertical, boca difusa, sin boca, sin cara, parada, sentada, de espalda, postura brazos, brazos abiertos 180 grados, posando para la foto, sonrisa, alegría.
		Habilidades del PS para realizar la entrevista clínica	Intercambiamos, preguntar, interrogar, pregunto las cosas normales, cantamos, bailamos y jugamos con los niños, alegría, resaltamos cosas lindas del niño/a, un día feliz, conversando, diálogo, explicando dudas, preguntando y examinando, vaya sacando la ropa y se le va preguntando, charlamos con el niño, conquistar al niño, consulta con niño es un juego, sentada en el escritorio charlamos con la madre, día a día en la consulta pediátrica, frente a computadora pregunto y miro solo al familiar,

			registrando en computadora estoy ciega ahora, empatía.
--	--	--	--

Cuidado infantil desde la perspectiva de género	Mamá, ponerme en el lugar de la mamá, recibo a esa mamá, vínculo entre el niño y su mamá de relacionamiento, conversamos con la madre, recibimos a la mamá, apoyar a la mamá, mamá sentada, voy explicando a la mamá, cuando llega la mamá, dialogando con la madre, charlamos con la madre, ver vínculo madre con niño, como lo tiene, niño aseado o no, cariño con el niño, atención que demuestra al niño, carné vienen bien cuidadito, carne todo roto, chorreado, algunos quemados y le faltan hojas, algunas traen carne de vacunas otras no, desde que entran ya estamos diagnosticando, un día de tantos, dialogando con la madre, con la mamá intercambiamos, las madres no los bañan, madre no da importancia, mamás no saben cs es importante, sentido de pertenencia y protección al RN.
---	--

Fuente: elaboración propia.

7.2.1 Organización del trabajo del PS en el control del NN de 0 a 3 años

En 11 de los 12 DHT, se observa que el control de salud se desarrolla en un espacio físico tipo consultorio con escritorio con computador, silla, camilla, balanza, cuna, tallímetro, cinta métrica, estetoscopio, lápices, sistemas de registro como carné de salud del niño o la niña,² carné de vacunas y ficha verde.³ Esto coincide con lo que plantea ASSE sobre el PNA:

Cada consulta de control en salud en la niñez actualmente, requiere del llenado de varios sistemas de registro, incluyendo como mínimo: historia clínica de la niña o del niño, carné de la niña o del niño, planilla de parte diario de ASSE, planilla de Programa Aduana y tarjeta de seguimiento mencionando que teniendo un tiempo acotado para ello deben hacerlo (2014, p. 23).

En ese espacio de encuentro los dibujos muestran, además, al personal de salud que elaboró el DHT, el niño o la niña y la madre; en un solo dibujo hay un papá con su niño en el control. Y en algunas de las figuras dibujadas hay otro profesional de salud en el mismo espacio, el padre como acompañante y niñas/niños que son hermanos de quien consulta. Esto denota la presencia de la institucionalidad de la clínica en los servicios de salud con los recursos materiales necesarios para valorar el crecimiento del niño o la niña y registrar el proceso asistencial en los distintos instrumentos que el control tiene pautado.

La atención a niñas y niños de 0 a 3 años en los centros asistenciales de primer nivel de atención, se realiza a través de consultas programadas en las que el equipo asistencial (medicina en sus subdisciplinas, enfermería profesional y auxiliar, salud mental y trabajo social), desarrollan los controles de salud. El que incluye actividades de promoción de hábitos saludables, detección precoz de enfermedades prevalentes y seguimiento de crecimiento y desarrollo (ASSE, 2014, pp. 65-66).

² El carné consta de 12 secciones: calendario de controles periódicos; datos personales; datos del embarazo, parto y recién nacido; calendario de vacunas; control en salud; patrones de crecimiento (peso, talla y perímetro cefálico); presión arterial, interconsultas y hospitalizaciones; conductas a observar y acciones para estimular el desarrollo; prácticas de alimentación, prevención de accidentes y síndrome de muerte súbita del lactante; salud ocular y salud bucal; constancia de aptitud física y teléfonos importantes. Es obligatoria su expedición desde 2008, para todos los niños y las niñas desde que nacen hasta los 12 años.

³ Ficha o tarjeta verde en la que se registran los principales datos de seguimiento del control de niños y niñas. Es un instrumento en formato papel, cuyos datos luego se ingresan al sistema informático SGA.

Esto es catalogado por Crosa et al. como importante, porque se vigila el adecuado crecimiento y desarrollo, se evitan o minimizan enfermedades prevenibles y detectan signos y síntomas que permiten el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno (2013, p. 31), que viene colaborando con la disminución de la morbimortalidad de niños y niñas de 0 a 5 años en nuestro país. Está organizado a partir de la división del trabajo según saberes profesionales, recibiendo la díada (es lo más frecuente la madre-niño/a) en el momento del control de salud, dos consultas. La primera consulta que reciben es la que realiza el personal de enfermería en duplas con distintas combinaciones que involucran a auxiliares de enfermería y a licenciadas/os en enfermería, donde se dividen las tareas, una de ellas realiza la antropometría y la otra la entrevista y los registros. Luego de esta consulta, la díada espera ser llamada por el médico/a pediatra, quien le realiza entrevista y examen físico, considerando los registros que enfermería realizó en la consulta previa.

7.2.1.1 Prácticas de control del crecimiento

Los DHT como técnica proyectiva implican elaborar una figura a través del dibujo y contar una historia que lo explique, lo que genera una interacción entre el individuo y las figuras que diseña, permitiendo así que emerjan emociones, además de fenómenos ocultos y difusos de la esfera mental, afirma Trinca (2020). Estas figuras proyectadas por el PS, complementadas con las historias y sus respectivos títulos, muestran la jerarquización de la evaluación o control del crecimiento del niño o la niña, centradas en el control antropométrico, examen físico y el registro de la información arrojada por esas acciones.

En estos DHT queda en evidencia el uso de la palabra *control* para describir el momento en que enfermería realiza las mediciones pautadas según la edad del niño o la niña, para valorar el crecimiento (peso, talla y perímetro cefálico).

En el DHTP10 se observa a una mujer sentada en una silla, que es la madre del niño que se encuentra acostado en la camilla a la espera de que lo examinen. La madre se visualiza alejada de la otra mujer, que es la profesional de salud, con su estetoscopio colgado en el cuello, quien está de espaldas al niño, la que considera que esta es una consulta típica.

“Lo que traté de representar es la consulta, yo estoy parada al lado de la camilla, tengo al niño acostado. La mamá está sentada al lado observando y participando de todo, de las preguntas, del

examen, y bueno, más o menos yo voy explicando a la mamá lo que voy viendo, si encuentro algo...” (DHTP10).

Figura 5 – Consulta típica (DHTP10)



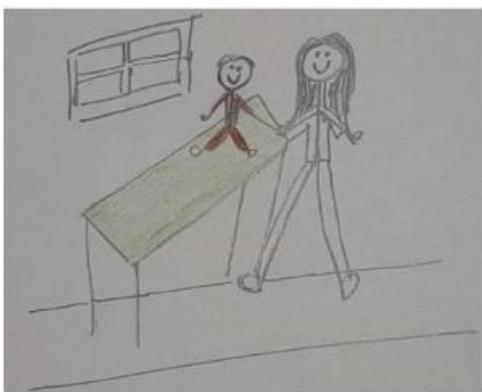
En la historia se plantea que la mamá observa y participa, sin embargo, en el dibujo la madre está alejada del niño o niña y de la profesional de la salud, además de estar sentada como en una posición fija, sin movimiento, como en un rol de espectadora pasiva. Por otra parte, el título hace referencia a que hay muchos encuentros que se comportan de la misma forma, en sintonía con lo estandarizado, donde la prioridad es el examen físico del niño o la niña, que sin dudas tiene un gran valor para la salud infantil.

A continuación, se muestran otras expresiones textuales que evidencian la realización de este examen físico:

En el caso de la boca miro si encuentro caries, miramos un poquito la piel, miramos la columna, le voy explicando a la mamá si tiene alguna duda, yo le explico siempre a la mamá, auscultamos, hacemos la parte cardiovascular, buscamos los pulsos, en el abdomen buscamos que no haya ninguna tumoración, en el varón más que nada buscamos en los genitales (DHTP10).

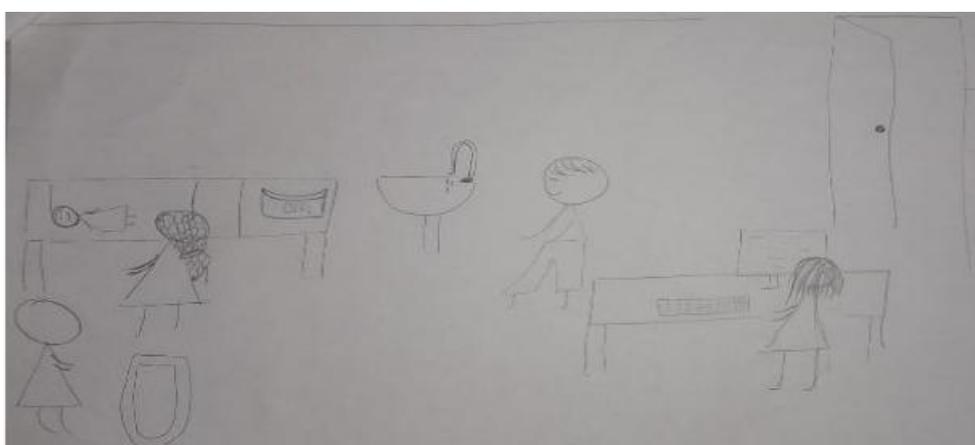
En el DHTP12b se observa una mujer parada, la profesional de salud que está dándole la mano a un niño que se encuentra parado sobre una camilla. Ambos con la boca arqueada hacia arriba, sonriendo. Este dibujo es un recorte de uno de los momentos que realizó DHTP12, el que también pone foco en la valoración antropométrica del niño o la niña, agregando la potencialidad de ese encuentro de intersubjetividades para la utilización de tecnologías leves.

Figura 6 - El encuentro con el niño (DHTP12b)



El dibujo DHTP12b es un recorte del dibujo de DHTP12, en el que se observa una mujer parada de frente a una cuna, esta es una profesional de la salud mirando a la niña que está acostada en la camilla, sobre la que hay una balanza. Detrás de esta hay otra mujer, la madre de la niña. Y a la derecha de la profesional de la salud hay un hombre parado, el papá de la niña. También se está proyectando una figura que pone foco y jerarquía en la valoración antropométrica o control de peso y talla, como lo llaman el PS.

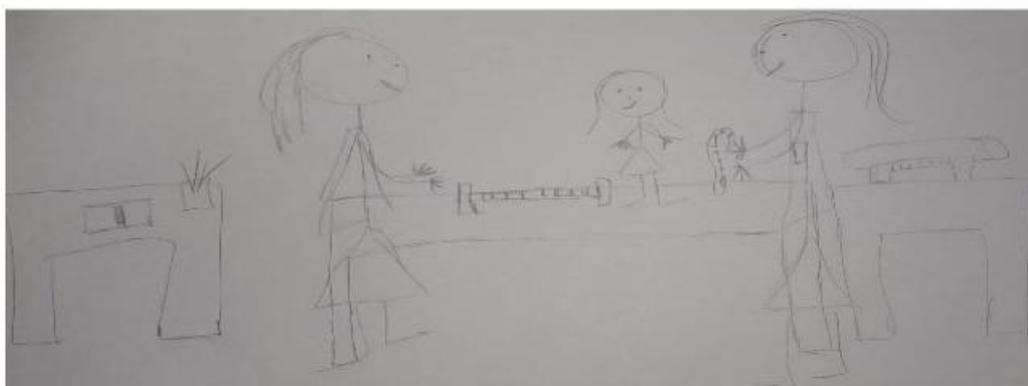
Figura 7 - Un día de tantos (DHTP7)



La enfermera con el niño, el papá que espera, la mamá al lado de la cunita..., pero siempre (nombre de enfermera) dice “dejá que yo controlo...”. Ella está de espalda, la madre está atrás, el padre está acá... (DHTP7).

En el control de peso y talla, principalmente, la profesional de la salud se enfoca en el niño o niña que está en un rol pasivo en la camilla, como de entrega y confianza. Dándole la espalda a la madre, quien está más alejada de la niña, como expectante. En este dibujo se puede observar el lugar de dominio del encuentro por parte de las profesionales.

Figura 8 - Control saludable (DHTP9)



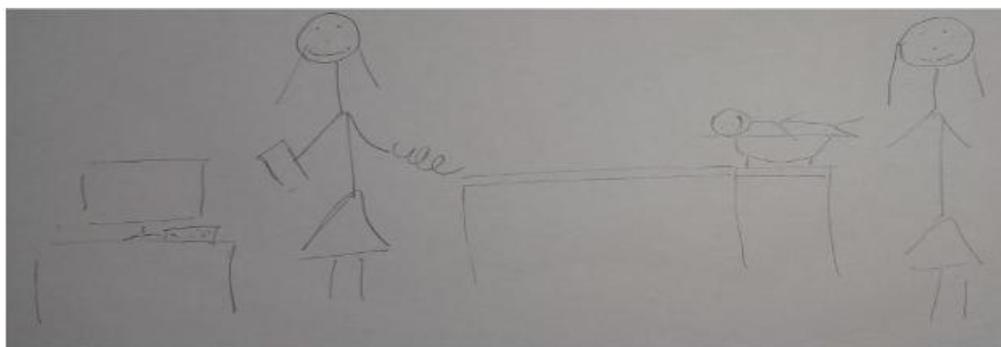
En la figura DHTP9 se observa en un consultorio de atención a la salud a una mujer con brazos extendidos, la madre de la niña, que se encuentra sobre una camilla al lado del tallímetro. Y la otra mujer es la trabajadora de la salud que tiene en sus manos una cinta métrica, en un control saludable, enfocado en el control antropométrico, en un clima de alegría ante el encuentro.

Cuando llega así le decimos a la mamá que la coloque ahí arriba, que le vaya sacando toda la ropa hasta el pañal, y ahí se le va preguntando [...], siempre se le hacen todas las medidas [...] (DHTP9). Cuando vienen al control de desarrollo y crecimiento vienen solo a pesarse, a medirse y a observarlo [...] (DHTP1).

En este momento se realiza la valoración antropométrica al niño o niña, un accionar central en el control de salud, tipo núcleo central, el que es dominado por tecnologías duras como el tallímetro, centímetro, camilla, balanza y carné, que hacen la captura de las tecnologías leves y del trabajo vivo, al decir Merhy (2023). Esta es una acción naturalizada y estructurante del quehacer cotidiano del PS, que se constituye en una representación del control a niñas y niños.

En el dibujo de DHTP11 se vuelve a proyectar la centralidad del control de peso y talla, inclusive con el lactante en la balanza y la trabajadora con centímetro en mano, además del carné para el registro y la madre al lado de su hijo, sin contacto visual con la trabajadora de salud. Se muestra la captura del trabajo vivo en acto con esa madre y ese lactante, por la imperiosa necesidad de tallar y pesar para registrar.

Figura 9 - Momento de la valoración del niño (DHTP11)



Recreé el momento donde le estamos haciendo los controles, por eso el tema del bebé en la balanza, el centímetro y, bueno, el carné en la mano, que es el documento del niño en el momento del control, y sería más o menos eso (DHTP11).

Los niños antes de entrar con nosotros (pediatra) están siendo pesados, medidos, controlados por el personal de enfermería que le hacen todos los controles. Acá la mayoría viene por control de crecimiento, peso y talla del niño sano [...] (DHTP2).

Y yo le hago todo el percentil (dhtp5).

Me gusta, lo subo yo a la camilla, no tengo ningún problema, los desvisto, los visto, charlamos de la vida..., tratamos de

conquistar al niño (dhtp8).

Estos fragmentos de relatos refuerzan la centralidad en el control de peso y talla y el examen físico. Estas prácticas son imprescindibles para el abordaje de niñas y niños, y deben ampliarse para que sean parte de un abordaje integral.

Las prácticas que realiza el PS para evaluar el crecimiento del niño o la niña tienen una representación fuerte como componente rutinario, tecnoasistencial, estandarizado y homogéneo, como lo afirma Battyany et al.:

No se enfatiza en la singularidad de cada niño/a, ni en los procesos individuales, sino en las generalidades que presentan todos/as los niños/as según su edad, por lo que tampoco se observa énfasis en el proceso de construcción del sujeto (2014, p. 43).

Esta práctica estructurante del control de salud a niñas y niños es una gran fortaleza para contribuir a la disminución de la morbimortalidad infantil. A su vez, en algunos DHT tiene la capacidad de autogobierno del PS, lo que permite ampliar ese encuentro para también contribuir a un proceso de construcción de sujeto, como afirma Battyany et al. (2014).

Figura 10 - Diseños de DHT que reflejan prácticas de evaluación del crecimiento de niñas y niños

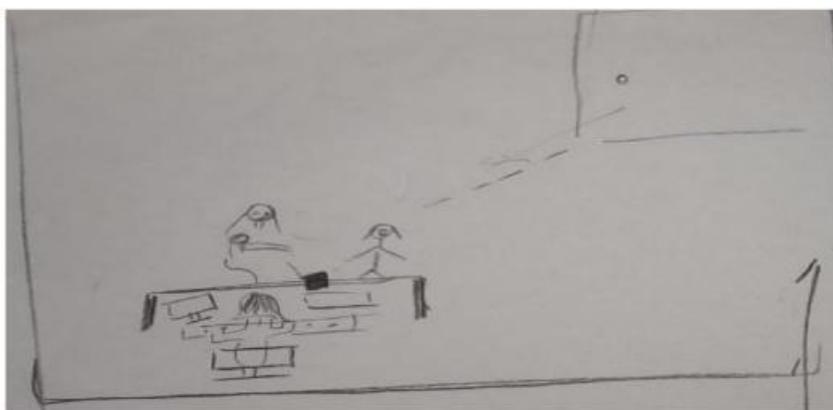


Como se mencionó anteriormente, el registro de la valoración antropométrica y el examen físico son parte de las prácticas de evaluación de crecimiento. Esto se evidencia en los siguientes DHT, donde emerge la proyección de figuras y discursos que muestran la prioridad que el personal de salud le asigna al registro, el que, a pesar de ello, según ASSE y el Sistema de Gestión Asistencial,

presenta un elevado porcentaje de variables “sin datos” dada la dificultad para el correcto registro de datos en el sistema visualizada a nivel de efectores periféricos agravada por la sobrecarga de trabajo cotidiano (2014, p. 23).

En el dibujo DHTP2 se observa una mujer sentada con un rostro como fantasmagórico, con un lactante en brazos y con un niño parado a su lado, que vienen de hacer un recorrido que se marca desde la puerta hasta cerca de la ubicación actual. Enfrente a ellos, con la mediación de una mesa con un teclado, un computador, un celular y un carné de salud, está la profesional de salud sentada, a la que no se le ve su cara. Tanto el título como el fragmento de la historia muestran este momento como un proceso que prescinde de la construcción de vínculo, donde el objetivo de la trabajadora está puesto en el registro

Figura 11 - Día a día en la consulta pediátrica (DHT2)



Yo sentada en el escritorio [...]. En la computadora que tenemos tratamos de registrar todo [...]. Tenemos una puerta de acceso enfrente para ver cómo ingresan, porque desde el momento que entran ya estamos diagnosticando [...]. Uno mira desde el aspecto en el momento que entran, por eso te dibujo acá la puerta de acceso (DHTP2).

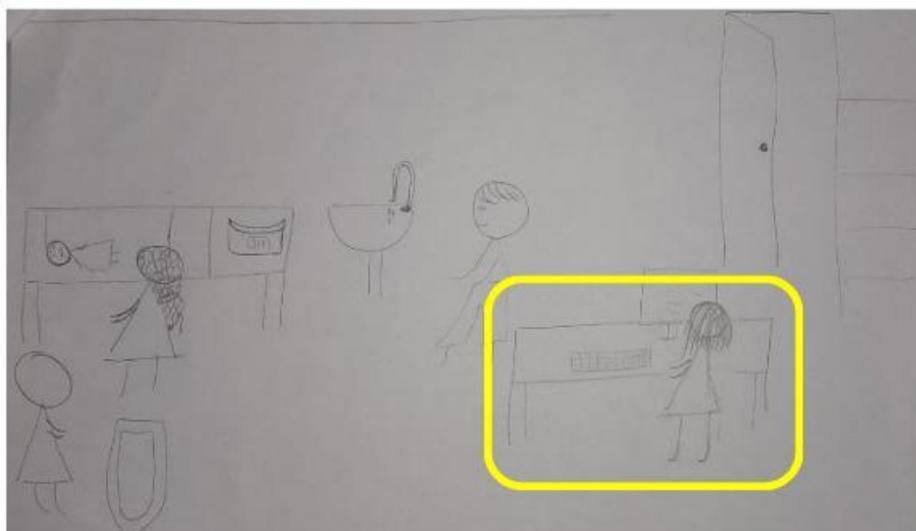
En este dibujo la profesional de la salud está en un posicionamiento de tipo fiscalizador, mirando y diagnosticando; desde un paradigma tradicional de causa-efecto y desde la objetividad de lo que veo con mis lentes del saber científico. Es que solo a través de la observación de cómo esa madre se vincula con el niño o la niña, viendo el estado de higiene y las condiciones en que se encuentra su carné de control ya se pueden identificar problemas.

En el momento que entran en la consulta, yo ya los estoy mirando, estoy mirando, mirando, y mientras lo está desvistiendo (DHTP8).

También puedo ver de qué forma se vincula con el niño, cómo lo

tiene, cómo entra, si está aseado, si no lo está, el vínculo que la madre tiene con el niño, el cariño que le demuestra y todo lo demás [...], la atención que le demuestra. Y después, acá, ver el carné [...], ver con qué aspecto vienen [...] (DHTP2).

Figura 12 - Un día de tantos (DHTP7a)



Acá es la enfermera con el niño, el papá que espera, la mamá al lado de la cunita y yo que en realidad registro, nos dividimos. Porque yo me siento y miro, ella no lo ve, miro la actitud de la madre, miro al recién nacido, miro el trato, miro cómo lo mira, miro cómo lo sostiene, miro cómo le saca la ropa (DHTP7).

En el DHTP7 se muestra la jerarquía que se le asigna al registro, además de adoptar, como en la historia anterior, un posicionamiento de fiscalizadora del accionar de la mujer madre. Se observa desde el saber científico para diagnosticar sobre todo cómo esa mujer ejerce el rol de madre.

El siguiente dibujo también jerarquiza el registro en el marco de la entrevista estructurada y la valoración, proceso que se hace mediado por un computador y un escritorio, los que ofician de barreras para el contacto visual y una distancia habilitadora de interacción comunicacional.

Figura 13 - La entrevista estructurada, valoración y registro (DHTP12a)



[...] Estoy frente a la computadora [...], ingresando información, o les estoy haciendo preguntas y miro solo al familiar... Estoy entrevistando al familiar, que le miro a la cara y luego la computadora, solo al familiar... Estoy registrando en la computadora y no los estoy mirando, les digo yo estoy ciega ahora, no los miro, ¿entendés? No me gusta esa parte (DHTP12).

En el dibujo DHTP6 se observa a una mujer sentada frente a una computadora que está sobre una mesa, esta es la otra enfermera que se ocupa del registro en el control de salud del niño o la niña que realiza P6, el que muestra el alejamiento de esa profesional con la familia, realizando una tarea determinada por las tecnologías duras (MERHY, 2023).

Figura 14 - Acompañando un nuevo comienzo (DHTP6)



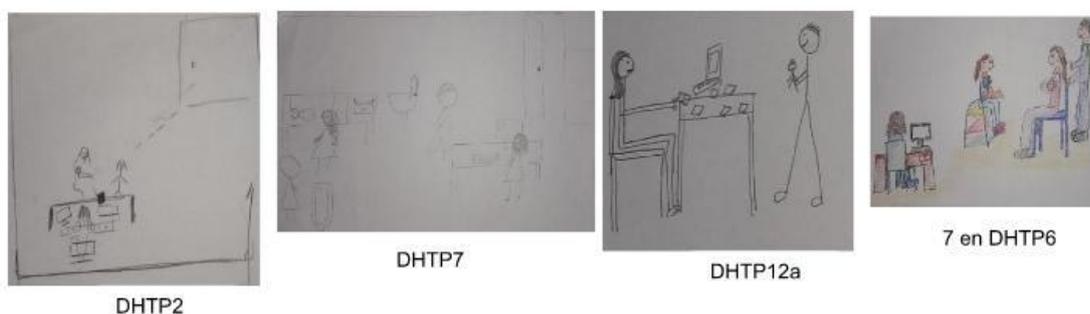
Acá trabajamos mi compañera y yo, siempre nos dividimos las tareas, una escribe y la otra hace la parte clínica, de valoración [...]. (DHTP6).

Porque hoy por hoy el tema exigirme sentarte a escribir hace que pierdas el posicionamiento, la gente te mira a la cara y vos estas mirando la computadora, en definitiva, es eso (DHTP4).

Entonces si vos de entrada te pones con que vos sos el doctor y te pones una pared por medio del escritorio, ellos allá y yo acá, para poder llevar adelante y que ellos se abran a vos (DHTP4).

La práctica vinculada al registro en la computadora es la que se aprecia como más alejada del relacionamiento con el niño o la niña, e inclusive cuando hay dos profesionales en el consultorio, la que se dedica al registro está alejada también de la madre. En los casos que están enfrentados el profesional con el adulto, este encuentro es mediado por el escritorio y el computador: se menciona que no hay contacto visual, se vuelve como un interrogatorio donde el foco está en el registro y no en el encuentro singular de intersubjetividades.

Figura 15 - Prácticas de registro en el control de salud (DHTP2, DHTP7, DHTP12a, DHTP6)



7.2.1.2 Prácticas de acompañamiento

En estos DHT el personal de salud proyecta figuras y narraciones que dan cuenta de la potencialidad del encuentro con la otra y el otro a través de recibirles con amabilidad, desde el respeto y la horizontalidad. Buscando combinar el trabajo instituido con prácticas que privilegian la pertinencia con respecto a la realidad de esos otros y otras, además de generar vínculos empáticos. Según Castro (*apud* CSE, 2015), la empatía

es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, entrar a su mundo y también poder manifestar ese entendimiento, favoreciendo así que se genere entre el profesional y el

paciente un vínculo de confianza (2015, p. 80).

En el dibujo DHTP8 se puede observar que una mujer llega a la consulta de una profesional de la salud con su hijo en brazos, un lactante que está con chupete. La trabajadora de la salud tiene brazos estirados como para recibir en brazos al lactante que llega al control de salud. Ambas mujeres se encuentran con la expresión de la boca arqueada hacia arriba, mostrando ambas una gran sonrisa y haciendo contacto visual.

Figura 16 - Un día feliz (DHTP8)



Figura 17 - Vínculo de relacionamiento entre el niños y su mamá (DHTP1)



La consulta se plantea como un juego con los niños y las niñas, generando un encuentro de intersubjetividades sustentado en la diversión y la alegría con la finalidad

de guiar y ayudar a esa díada desde la empatía, aunque en el discurso se deja entrever que la “formalidad” hay que cumplirla, lo estandarizado e institucionalizado determinado por el contexto del control de salud de NN en el PNA.

En el DHTP1 se observa una mujer que es una trabajadora de la salud, un niño y otra mujer, que es la madre del niño, en ese orden. La trabajadora de la salud es más corpulenta y alta que la madre del niño. Las tres personas están mirando hacia adelante, no hay contacto visual entre ellas y el niño, se encuentran de pie, ambas mujeres a los lados del niño y muy cerca entre ellas. El niño está con brazos extendidos, como buscando contacto con ambas mujeres. Las tres personas tienen la expresión de la boca arqueada hacia arriba, esbozando una sonrisa que es más visible en la trabajadora de la salud.

La recepción de la mujer y el niño ocurre con amabilidad, alegría y halagos hacia el niño o la niña.

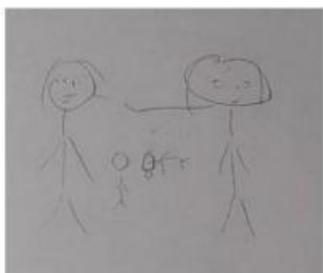
En el dibujo DHTP3 se puede ver a una mujer con un lactante en brazos que está ingresando por una puerta al interior de un espacio expresando un «buenos días». En el espacio tipo consultorio de atención en salud los recibe una mujer, la trabajadora de la salud, que se encuentra parada, con brazos extendidos, como recibiendo a esa díada, y expresa: “Buen día, madre”. No establecen contacto visual entre ellas, ambas mujeres presentan la boca arqueada hacia arriba, están sonriendo y la boca del lactante está en posición recta.

Figura 18 - Un día de trabajo (DHTP3)



En este fragmento de la historia y en el título se refleja también una impronta de actividad estandarizada y repetitiva, con un recibimiento a la díada en un clima de alegría y bienvenida, lo que constituye potencial para lograr un clima que habilite a usuarios/as expresarse para ser escuchados/as sin ser juzgados/as.

Figura 19 - Amanecer en la consulta (DHTP5)



En el dibujo DHTP5 se puede observar que hay dos mujeres de pie y dos niños entre ambas, uno en posición horizontal en el aire y otro parado. La mujer de cabeza más grande es la profesional de salud, se visualiza que sale algo de su boca, como que está expresando algo. Las mujeres tienen la expresión de la boca recta, que aparenta seriedad en el encuentro. Y los niños no tienen caras.

El dibujo muestra un encuentro en un clima de seriedad, donde la palabra emerge de la profesional de la salud, y va como dirigida a la zona del oído de la mujer, que no tiene coherencia con el relato que refiere diálogo y conversación.

Se puede visualizar en los cuatro diseños la práctica de recepción entre mujeres.

Figura 20 - Prácticas de recepción (DHTP1, DHTP3 y DHTP5)



En el DHTP6 se observa una mujer sentada frente a una computadora sobre una

mesa, que es una de las profesionales que realiza los registros del control de salud. Y en el mismo espacio a la derecha hay una mujer sentada sobre una escalera, que es la profesional de la salud que hace el dibujo (P6), enfrentada a otra mujer más alta sentada en una silla, con un lactante en brazos, que son la díada que viene a control. Detrás hay un hombre con brazos extendidos, como sosteniendo la mujer que está sentada en la silla, quien es el padre del lactante. Ambas mujeres están haciendo contacto visual y tienen la expresión de la boca arqueada hacia arriba, mostrando una sonrisa, mostrando alegría en el encuentro.

Figura 21 - Acompañando un nuevo comienzo (DHTP6)



Este dibujo revela que esa profesional dispone de un espacio, de un tiempo que se expresa en la disposición de sillas para sentarse, también con sus habilidades cinésicas que propician el encuentro con esa tríada para acompañarla y apoyarla, mostrando coherencia entre el dibujo y el discurso.

*Yo en realidad siempre trato muy bien (a mis madres iba a decir)
a las madres de mis pacientes (HDTP4).*

La organización del trabajo del PS, según los significados y sentires proyectados en el DHT, revela RS sobre prácticas fragmentadas en el control del niño o la niña según saber disciplinar. En cuanto a la atención de enfermería que recibe la díada, en la mayoría de los casos la realizan dos auxiliares de enfermería, dos licenciadas en enfermería o una auxiliar de enfermería y una licenciada en enfermería. Una de ellas realiza la valoración antropométrica y la otra la entrevista a la madre y realiza el registro carné de control del niño o la niña, carné de vacunas, historia clínica y ficha verde. En ese encuentro cada trabajadora realiza tareas concretas y pautadas con anterioridad.

Luego, la diada pasa a la consulta con médica/o pediatra, que considera los valores antropométricos registrados por enfermería, realiza entrevista clínica a madre y niña o niño, examen físico, valoración de desarrollo y registra en el carné de salud del niño o la niña e historia clínica. Esto tiene sintonía con lo planteado por Pires:

La división técnica o parcial del trabajo es la forma de organización y producción de la atención prestada por diversos grupos profesionales a los seres humanos con necesidades de salud. Se refiere a la forma de organización del trabajo colectivo en salud en el que se identifican la fragmentación del proceso de cuidar; la separación entre diseño y ejecución; la estandarización de tareas distribuidas entre los diferentes actores, por lo que el cuidador es responsable del cumplimiento de la tarea, alejándolo de la comprensión y el control del proceso (2009).

[...] La jerarquización de las actividades con la asignación de valores diferentes a la remuneración de la fuerza laboral, yo que en realidad registro... Nos dividimos, pero siempre [nombra a la otra enfermera] dice "deja que yo controlo, porque yo estoy acá, vos registra", y bueno, como que ya nos acostumbramos (DHTP7).

Acá trabajamos mi compañera y yo, siempre nos dividimos las tareas, una escribe y la otra hace la parte clínica, de valoración, y estamos ahí igual juntas cuando hay que valorar algo más específico. Generalmente una está en la parte más operativa y la otra en la parte de escribir la historia clínica, pero sin que se deje de hacer valoración (DHTP6).

[...] Porque si no (nombra a la auxiliar de enfermería de policlínica) siempre me está ayudando, por lo menos en la medición, después yo me encargo de ir preguntando y registrando (DHTP9).

Pero muchas veces las madres te dicen cosas a vos que al médico no le dicen, [...]. A veces uno escribe en la parte de la historia lo que ellas te dicen, porque muchas veces pasa en esto de la consulta, o se ponen nerviosas, o están apuradas [...]. Porque siempre surge que se olvidan de preguntar, pasan a la consulta y se olvidan [...], no se animan (DHTP5).

En el siguiente relato la división de tareas permite hacer el control de enfermería en menor tiempo.

¿Qué pasa?, nosotros somos dos en el control, generalmente, entonces como una hace toda la parte antropométrica, estamos en contacto, y la otra la parte de registro, [...] a veces no dan los

tiempos, si somos dos por un lado es mejor, porque lo llevas más rápido... (DHTP12).

Esa división de tareas está sustentada en la falta de tiempo, las que llevan a prácticas fragmentadas y burocráticas, con una prevalencia de la evaluación del crecimiento por sobre la educación para promocionar la salud.

[...] Capaz que siempre lo que limita un poco es el factor tiempo (DHTP12).

[...] A veces uno no tiene tiempo, [...] antes nosotros, yo por ejemplo hacía más educación, que era lo que me gustaba y me gusta hacer educación grupal... (HDTP1); porque te adelanta cantidad, ¿no?, te adelanta, te adelanta, con un niño nomás que controles el día antes cuando llega el médico ya tenés uno avanzado (DHTP5).

Pero mientras yo le voy preguntando ya lo voy examinando. No para acortar tiempos, solo que en salud pública es importante, porque no tenemos todo el tiempo del mundo... (DHTP8).

Pero acá todos sabemos que no dejan números libres, por ejemplo, no dan 12 números y dejan 4, no está siendo posible y entonces qué pasa, después vienen los enfermos y sobrecargan la consulta. Es la realidad, tenemos que ver volando más niños... (DHTP2).

Son tantos registros en el momento y no dan los tiempos... A veces no dan los tiempos, si somos dos por un lado es mejor, porque lo llevas más rápido... (DHTP12).

Los siguientes relatos, de DHTP12 y DHTP8, develan que cuando un solo profesional hace todo el control, este es integral, más rico con mayor interacción.

Cuando estoy sola es mejor, a veces, porque interactúo mucho más, lo toco al niño, todas esas cosas que a mí me gustan, ¿viste? Estando solo es mucho más, más rico ese encuentro (DHTP12).

Que si no hay enfermería, los peso y tallo todo yo, que no tengo ningún problema, me encanta, porque haces todo en lo mismo, todo integrado (DHTP8).

Estas prácticas del personal de salud están basadas en RS que producen y reproducen el modelo de atención biomédico, individualista, fragmentado y jerárquico (SILVA ALBS et al., 2022; SILVA RVG, RAMOS FRS, 2011; FAVARO, MARCON, ARCAIN, 2020; SOUSA, DE OLIVEIRA COSTA, et al., 2013; BARBOSA, BAILEIRO, PETTENGULL, 2012).

7.2.2 Habilidades comunicacionales

Las habilidades comunicacionales se enmarcan en la interacción comunicacional, que incluye la dimensión verbal y la no verbal de ese proceso. Estas desafían al personal de salud a desarrollar encuentros en los que usuarios y usuarias sean el centro. Para esto se debe partir de un estilo comunicativo asertivo, que privilegie la escucha activa-reflexiva, no juzgadora, que busca entender desde el vínculo empático, generando un rapport con la población que contribuya a un hacer sostenido en todos los preceptos teóricos mencionados (CSE, 2015).

7.2.2.1 Habilidades cinésicas

El DHT como técnica proyectiva permite hacer visible los elementos inconscientes, facilita la comunicación emocional y aporta información sobre los imaginarios colectivos (VISINTIN; AMBROSIO; AIELLO-VAISBERG, 2023) de las trabajadoras de la salud sobre el control en PNA. Además, permiten proyectar a través del diseño de figuras, los sentimientos, creencias, pensamientos y fantasías del PS sobre el CS como afirman VISINTIN; AMBROSIO; AIELLO-VAISBERG (2023; p.104). Las imágenes producidas a través de esta técnica hacen emerger realidades emblemáticas, no comunicables de otra manera. Además, permiten a los sujetos proyectar objetos que son importantes para caracterizar cómo ellos se relacionan con su entorno (MIRANDA; FUREGATO, 2006).

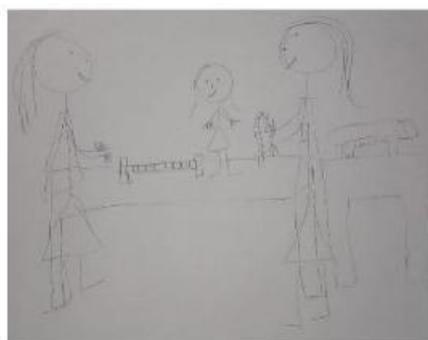
Uno de los axiomas del enfoque interaccional de la comunicación, refiere que las personas utilizan siempre tanto la comunicación digital como la analógica. Siendo el componente digital el contenido a través de símbolos lingüísticos o escritos y el analógico es el que conduce la relación a través de la conducta no verbal que la conforman la dimensión cinésica que es el lenguaje corporal y los gestos (expresión facial, movimientos del cuerpo, postura, movimientos de manos y pies, apariencia física, olores, conducta visual, arreglo persona conducta táctil) y lo paralingüístico que es el contenido emocional y relacional (tono de voz, timbre, fluidez verbal, claridad del mensaje, velocidad de habla, pausas, silencios) (CSE, 2015, p. 26).

Los DHT, elaborados por el personal de salud, muestran algunas características de la dimensión cinésica de la comunicación no verbal entre quienes son parte del encuentro en el control de salud. Este componente puede apoyar, complementar, contradecir o sustituir la comunicación verbal. Y según Van der Hofstadt (1999 *apud* CSE, 2015) refiere, lo no verbal junto a lo paraverbal posee un peso del ochenta por

ciento respecto a lo verbal en la interacción comunicacional.

En los dibujos se puede observar la existencia o no de contacto visual entre los sujetos, la distancia entre ellos, la expresión facial y la postura que toman en ese encuentro, imágenes que han sido dibujadas por los sujetos participantes en la investigación, que provienen de su esfera inconsciente.

Figura 22 - Encuentros con contacto visual y sonrisas (DHTP6, DHTP8, DHTP9 y DHTP12a)



En estos cuatro dibujos se observa que el personal de salud hace contacto visual con la madre o el padre del niño o la niña, se encuentran a una distancia que permitiría el intercambio y están con expresión de la boca arqueada hacia arriba, mostrando alegría en el encuentro. Todas estas son características de la comunicación cinésica que están en sintonía con la generación de un buen rapport y un vínculo empático entre personal de salud-usuario/a, porque hay contacto visual y una postura relajada frente al usuario o la usuaria, se busca una adecuada cercanía. Vínculo empático como refiere DHTP4:

Yo nunca los recibo con cara de "yo soy el médico", nunca

levanto pared en el medio, siempre trato de ponerme... Viste que ahora se usa mucho la palabra "empatía", existe y es así (DHTP4).

Un hallazgo importante de Levenson y Ruef (*apud* en CSE, 2015) es que un gesto tan simple como la sonrisa posee la facultad casi universal de inducir la sonrisa en el otro; ver a alguien sonreír nos induce a hacer lo mismo de modo casi irresistible y automático, lo que resulta esencial para el establecimiento de confianza y vínculo en la relación personal de salud-usuarios/as. Este clima emocional se evidencia también en las historias que acompañan los dibujos, como refieren P4 y P8:

[...] Es fundamental la sonrisa porque no te mostrás de una manera hosca ni distante con la gente... (DHTP4).

Pero es una interacción, el niño te cuenta, te hace chistes y baila, tenemos unos cuantos que bailamos, y bailan, hemos hecho tiktok con los niños (DHTP8).

En cuanto a la postura corporal, en dos de los dibujos están todas las mujeres adultas paradas, en otro de los dibujos la profesional de la salud está sentada y el padre con el niño parado. Esta postura da cuenta de los tiempos que están pudiendo destinar para el encuentro con los usuarios y las usuarias, constituyéndose en la dimensión cronémica de la comunicación no verbal, que hace referencia a la actitud respecto a cómo se distribuye el tiempo en la actividad cotidiana.

Por otra parte, en otro de los diseños está la profesional de salud y la madre con el niño sentadas, mostrando una postura corporal que permite permanecer más tiempo en el encuentro.

En todos los dibujos las personas están a la misma altura, a excepción de los dos hombres que están parados enfrentados a mujeres sentadas, con una disposición en el espacio que facilita la comunicación. Estos se constituyen en obstáculos para la comunicación entre el personal de salud-usuarios/as, la mediación del escritorio y la computadora en el dibujo DHT12a, en el que la profesional de salud está seria.

Figura 23 - Dibujos de encuentros con sonrisas, sin contacto visual y de pie (DHTP1, DHTP12b, DHTP11 DHTP3 y DHTP4)



En estos dibujos se puede observar que hay una postura como de pose para la foto. Las personas que se representan están a una proximidad que permitiría el intercambio, a excepción de DHTP10, en que la madre del niño está alejada de la profesional de salud, sentada con una postura de pasividad y con una expresión facial de seriedad. Por otro lado, está el dibujo que es una boca roja que significa la empatía para P4. En los demás dibujos todas las personas están sonriendo, sin contacto visual y en posición erguida a una distancia que permitiría el intercambio.

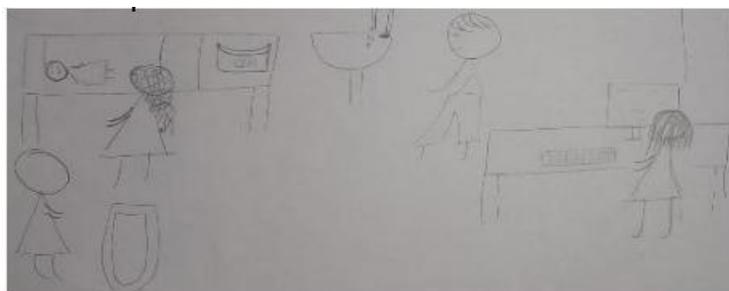
La prevalencia de sonrisas propone un clima emocional de alegría y entusiasmo por el encuentro, favoreciendo así la interacción en la comunicación. Sin embargo, se observa la ausencia de contacto visual, que es otra característica de la comunicación no verbal, central para el rapport y el vínculo empático.

En los dibujos agrupados a continuación se ven dibujos con expresión facial de seriedad, rostros fantasmagóricos o sujetos sin rostros o de espalda, en los que no se observa contacto visual. En cuanto a la disposición de las personas en el espacio,

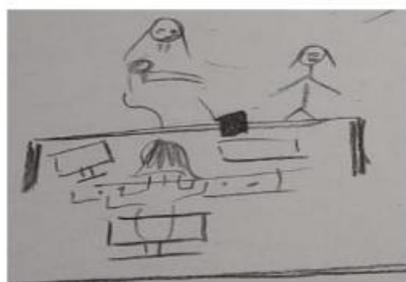
están todas a la misma altura, en los DHTP2 y DHTP5 están a distancias que permitirían el intercambio. La ausencia de contacto visual impide llevar a cabo un estilo comunicacional asertivo, que es el que posiciona en el centro al usuario o la usuaria con su singularidad.

Por otro lado, en DHTP7 y DHTP2 el personal de salud está detrás del escritorio con computadora, tecnologías duras que se consideran obstaculizan la comunicación, porque están mediando entre personal de salud y usuario/a.

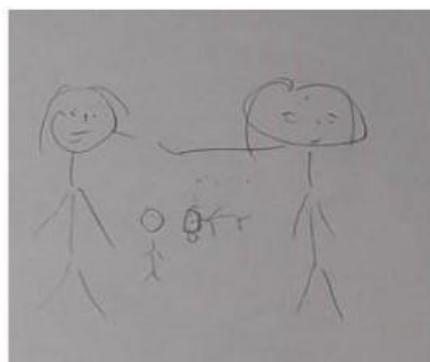
Figura 24 - Encuentros con rostro serios, fantasmagóricos o sin rostros (DHTP7, DHTP2 y DHTP5)



DHTP7



DHTP2



DHTP5

7.2.2.2 Rol que asume el personal de salud en la entrevista clínica

La pregunta de tipo estructurada como parte de la entrevista clínica es uno de los dispositivos comunicacionales que todas las trabajadoras de la salud utilizan, principalmente dirigida a la adulta referente, pero también al niño o la niña, con la finalidad de valorar las condiciones de salud de la díada, las condiciones vida, el crecimiento y desarrollo del niño o niña.

Interrogando, preguntando, conversando; dialogando con la madre (DHT5).

Y después de la charla, del diálogo, del interrogatorio... (DHTP2).

Bueno con la mamá intercambiamos, también en esa consulta se le pregunta esas cosas, entonces preguntarle y ayudarla en todo (DHT1).

7.2.3 Cuidado infantil desde la perspectiva de género

A nivel de los diseños elaborados por el personal de salud, de los 11 que contenían personas, 10 dibujaron a la mujer como la referente adulta que asiste siempre al control de salud del niño o la niña de 0 a 3 años. Es la mujer para el personal de salud quien asume y debe asumir el rol de cuidadora principal de ese niño o niña. En las historias se refuerza la naturalización de la responsabilidad de la mujer en el cuidado infantil, y es, fundamentalmente, quien tiene la responsabilidad de llevar al control de salud del niño o niña.

Los DHT que se presentan en la página siguiente muestran RS basadas en el enfoque médico al que hacen mención Batthyani; Genta; Perrota, sobre el que ellas afirman que promueve la permanencia de niños y niñas en el hogar, lo que determina que este enfoque sea más “familista” y menos habilitador para la perspectiva de género y derechos, porque refuerza los roles tradicionales de género, otorgándole a la mujer la responsabilidad como principal cuidadora. Y jerarquiza el rol del cuidador desde un lugar de posesión de un saber a ser transmitido al niño o niña, sin hacer foco en la afectividad (2014).

Y hemos tenido madres que quedan en la sala de espera y no entran, entra el padre, son los menos, pero son cosas que te llaman la atención porque vos en ese momento como que vos querés tu hijo, vos estas con tu hijo, vos atendés a tu hijo, nadie lo toca, nadie lo mira, como que tenés ese sentido de pertenencia y de protección hacia el recién nacido (DHTP7).

Y las mamás no los bañan cuando vienen a la consulta... A veces vemos niños obesos, y entonces como que la madre no le da importancia a eso... Las mamás no saben que el control de salud es importante. ¡Es importante!, ¿no? (DHTP1).

Figura 25 - Mujeres en el control de salud de niñas y niños



Estos dibujos y relatos muestran un posicionamiento del personal de la salud de tipo fiscalizador del accionar de la mujer, mirando y diagnosticando, desde un paradigma tradicional de causa-efecto y desde la objetividad de lo que veo con mis lentes del saber científico, ya que solo a través de la observación de cómo esa madre se vincula con el niño o la niña, verificando el estado de higiene y las condiciones en que se encuentra el carné de control de salud del niño o la niña identifica problemas.

En el momento que entran a la consulta, y ya los estoy mirando, estoy mirando, mirando, y mientras lo está desvistiendo (DHTP8).

También ver de qué forma se vincula con el niño, cómo lo tiene, cómo entra, si está aseado, si no está aseado, el vínculo que la madre tiene con el niño, el cariño que le demuestra y todo lo demás..., la atención que le demuestra. Y después, acá, ver el carné..., ver en qué aspecto vienen... (DHTP2).

7.3 Análisis del contenido de las representaciones sociales acerca del control de salud a niñas y niños a través de entrevista discursiva, a partir del enfoque procesual

En este subcapítulo se desarrolla la presentación de resultados y el análisis del contenido de las RS sobre el control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años en el PNA. Estos emergen a partir del análisis de contenido temático de las entrevistas discursivas propuesto por Bardin (2002), que plantea partir de la identificación de códigos para construir las subcategorías y categorías de análisis.

Partiendo del control de salud como eje temático se identificaron cuatro categorías de análisis y ocho subcategorías. La primera categoría de análisis se define como **organización del trabajo del PS en el control a NN**, de la que se desprenden seis subcategorías: prácticas de control del crecimiento; prácticas de seguimiento; prácticas de promoción de salud y prevención de enfermedad, prácticas de coordinación interinstitucional. La segunda categoría de análisis se define como **habilidades comunicacionales** de la que se derivan tres subcategorías: rol que asume el PS en la entrevista clínica; rol que el personal de salud les asigna a las mujeres en la entrevista clínica y a niños y niñas de 0 a 3 años en la entrevista clínica, la tercera categoría de análisis se define como **cuidado infantil desde la perspectiva de género**, y la cuarta categoría es la **atención a la salud en contexto de pobreza**. En la Figura 5 se presentan las categorías de análisis con las respectivas subcategorías y los códigos a partir de los cuales emergieron.

Figura 26 - Distribución de códigos, subcategorías y categorías sobre el control de salud de niños y niñas de 0 a 3 años en el PNA, que emergieron de las entrevistas discursivas

Tema	Categoría	Subcategoría	Códigos
Control de salud a niñas y niños de 0 a 3 años en el primer nivel de atención	Organización del trabajo del PS en el control NN	Prácticas de evaluación del crecimiento	Parte clínica, controla, peso, talla, perímetro cefálico, mediciones, examen físico (buscamos en genitales, buscamos pulsos, cardiovascular, columna, piel, caries, respiración), examinamos al niño, balanza, tallímetro, escuela, niño, clínica, auscultar, medición, examinamos al bebé, valoración, antropometría, exploración, diagnosticando, toco al niño, contacto con el niño, evaluar, todas las medidas, percentil, dividimos tareas, dos enfermeras más rápido, adelanta controlar un niño el día antes, anotando, historia clínica, ingresando información, registrar, sentada registrando, carné del niño/a, carne vacuna, cinta métrica, centímetro, sentarte a escribir, controlar, controlados, control de enfermería, una enfermera controla, cupo números control, desvistiendo, escritorio, estado del niño, ficha verde, historia clínica, números, escribo, muchos papeles, no tiene tiempo, no tenemos todo el tiempo del mundo, mucha demanda poco número, limita el factor tiempo, niños por enfermedad vienen sin número,

			<p>no dan los tiempos, rápido, sobrecarga la consulta, son tantos registros, tenemos que ver volando más niños, ya que preguntan por hermano, carné bien cuidado, carné chorreado, quemado, despegado y le faltan hojas, cefalocaudal, mido, dermatitis, examino, mido la cabeza.</p>
		Prácticas de seguimiento y control	<p>Llamar, solucionar, fecha control, coordinación, persigue, seguimiento, agenda, fecha, mirar relación madre/hijo, miro actitud madre, observación, aspecto vínculo, veo madre como agarra al niño, mamá hace ajo, besa y mima al niño, mamá que tira el gurí en la camilla, niño en brazos de la madre.</p>
		Prácticas de promoción y prevención	<p>Educación, enseñar, vacuna, vacunación, importancia higiene, enseñar, alimentación, amamantamiento, sueño niño, signos de alarma.</p>
		Prácticas de	<p>Coordina, asistente social, Caif, derivó, pregunta de rutina, si va a Caif,</p>

		coordinación interinstitucional	UCC.
Habilidades comunicacionales	Rol que asume el personal de salud en la entrevista clínica	Entrevista semiestructurada, entrevistar, explicar, preguntar, interrogatorio, lograr confianza para que no te mientan, pregunto cosas normales, comunicando, comunicación fluida, consulta típica, indaga sobre la casa, investiga la familia.	
	Rol que el personal de salud asigna a las mujeres en la entrevista clínica	Conversamos, charla, diálogo, transamos, tranzar con lo que tengan, diálogo con la madre, obligar.	
	Rol que el personal de salud asigna a niños y niñas de 0 a 3 años, en la entrevista clínica	Preguntar al niño, cuando entiende el niño le vas hablando, juego, tiktok, entretener.	

	<p>Atención infantil desde la perspectiva de género</p>	<p>Gran mamá, madre cómo agarra, madre cómo trata, predomina mamá, madre angustiada, madres nerviosas, mamá me peiné, mamá no me da importancia, madre acompañada, mamá situación abandono por adicción a drogas, mis madres, siempre es la mamá, llama la atención si la madre no está, acompañante ayudar a cuidarse a la mamá, clásico mamá, bebé, papa, madre lo upa, la madre es la que está, la mayoría siempre son mamá, papá nos apoya con la logística de la mamá, las mamás no los bañan, llama la atención cuando madre queda en sala de espera, madre no sabe leer ni el carné, madres del barrio ni lavan, madres no saben que el control es importante, madres tienen que motivar a los niños, niños pueden más que la mamá, vínculo entre niño y su mamá de relacionamiento, las madres que pongan atención a los niños, algunas madres no prestan atención, otras no traen carné de vacunas, madres concurren bien al control.</p>
<p>Atención a la salud en contexto de pobreza</p>		<p>Tema social, conseguir ropa, dar y solucionar vestimenta, económico no puedo solucionar, asentamiento, clase social baja, zafral, hacinamiento, gente problemática, vulnerabilidad, pobreza, humilde, población carente de</p>

		mucha cosa, extrema pobreza, ranchitos.
--	--	---

Fuente: elaboración propia.

7.3.1 Organización del trabajo del PS en el control de NN

Las prácticas del personal de salud que se describen a continuación se vinculan con la evaluación del crecimiento, seguimiento y control, promoción de salud y prevención de enfermedad y coordinación intersectorial. Estas están sostenidas por representaciones que se evidencian a través de los relatos de las entrevistas, mostrando valores, sentimientos e ideas del PS. Y, además, construyen colectivamente, a la vez que determinan la toma de decisiones que orientan su accionar en ese encuentro con las usuarias y los usuarios del control en el cotidiano de los servicios de salud.

7.3.1.1 Prácticas de control de crecimiento

Esta subcategoría, a través de los relatos de las entrevistas, confirma y refuerza lo encontrado en los DHT. Constituye a la evaluación del crecimiento en una práctica estructurante del control de salud al niño y a la niña, con un accionar fuertemente orientado a lo biológico y el cuerpo.

[...] Ahí empieza la valoración cefalocaudal, perímetro cefálico, talla, toda la antropometría, el peso y siempre indagamos la parte de la lactancia, ¿no? que es una de las cosas clave en los puntos claves (EP6).

Le mido la cabeza, lo tallo, lo peso, le observo la piel como está, si está sana, si está con alguna dermatitis del pañal... (EP1).

Que tiene que ponerlo en la camilla, sacarle la ropa y le explico lo que le voy a hacer al niño, medirlo, pesarlo (EP3).

Después es obvio que yo pido el carné, me fijo cómo ha crecido, si crece bien, si crece mal, si hay algo que lo detuvo, que no crece bien... (EP4).

El control del peso y la talla continúan siendo los predictores por excelencia del crecimiento y del desarrollo de los menores, son considerados como la base para identificar y mantener niños sanos, afirman Sguassero et al. (2008).

El siguiente relato muestra lo que el personal de salud intercambia en las conversaciones cotidianas sobre el control de salud a niños y niñas, reforzando lo determinante y estructurante del control del peso y la talla.

No es solamente pesar, medir..., como a veces dicen, ¡si es rapidito! ¡Peso, mido y sale pa afuera! Pero está en el colectivo, ¿no? Que enfermería pesa y talla y hace papeles (EP6).

7.3.1.2 Prácticas de seguimiento

El seguimiento del niño y la niña con la frecuencia propuesta en el Programa de la Niñez propicia la continuidad del cuidado a largo plazo, constituyéndose, como plantea Guerrero et al. (2017), en un espacio de oportunidad para la interacción mediada por la escucha, donde la sinceridad con la familia es fundamental para el cuidado y el mantenimiento del vínculo.

Llevar a cabo el seguimiento programado en salud es una práctica considerada como una fortaleza para ASSE (2014), porque promueve, tanto en la población como en el personal de salud, una cultura preventiva y de promoción de hábitos saludables. Y, a su vez, contribuye a garantizar la continuidad asistencial de niños y niñas.

Los siguientes fragmentos de relatos dan cuenta de que el PS se ocupa de supervisar la asistencia a los controles programados llamando para recordar a la madre sobre fecha, horario y lugar. Para los casos de no asistencia buscan contactar a la madre para recoordinar la fecha.

Lo agendábamos sí antes, pero con tal de que ellos no falten, yo lo llamaba, por ejemplo, esta semana para la que viene. Nosotros tenemos la planilla del Programa Aduana, donde yo anoto todo, a tal hora, a tal día la llamé... A los niños, menos de un año sí, eso sí, los seguimos, los perseguimos. Y siempre le digo dos o tres veces, fulanita de tal, te llamo por..., tá, le toca tal día, tal hora, de acá de La Tablada, el control, ¿te acordás?, te esperamos tal día de acá de La Tablada (EP9).

Hay otras que vienen porque las citas, como que medio la perseguís para que vengan y vienen (EP2).

Y después viste que nosotros a veces cuando no vienen, por ejemplo, lo pasamos a la planilla, ¿no? Para después volverlo a llamar a ver por qué no vino... (EP1).

Está bien, está bueno porque ellos [se refieren al componente central del Programa Aduana en ASSE de Salto] tienen un seguimiento del niño cuando nace y vienen también a domicilio (EP5).

El Plan Aduana ha ayudado mucho en el tema de esto del control del niño, de que no se nos queden atrasados, sobre todo los niños más chiquitos (EP3).

En los casos de niños en situaciones de riesgo o derivación a segundo nivel de atención se hace un seguimiento más cercano.

Corroboramos el niño cómo está, cómo no está, si quedó

internado o no, viste, llamamos y eso es importante para nosotros (EP1).

[...] Después algún que otro niño sospecha de abuso, sí que le damos mucho seguimiento (EP10).

Y sí, por ejemplo, algo no te gusto mucho, les decís tráemelo mañana, o tráemelo el viernes que lo quiero volver a ver (EP4).

7.3.1.3 Prácticas de promoción y prevención

La promoción, la educación para la salud y la vacunación deben desarrollarse en todos los niveles de atención en salud, pero con mayor énfasis en el primer nivel de atención y, sobre todo, en el control de salud infantil que aborda población sana. En los relatos se evidencia la promoción de sueño seguro, baño, higiene bucal, prevención de accidentes, detección de signos de alarma, desarrollo esperado para la edad y enseñar estrategias para calmar los cólicos del lactante. Pero es la promoción de la lactancia materna y una alimentación adecuada para la edad la temática sobre la que todo el personal de salud pone énfasis. Además, se focaliza en mantener el esquema de vacunación al día.

[...] Uno los recibe para que tomen la leche materna hasta los seis meses, que cuiden los pezones, que, aunque no puedan darle de un pecho, se saquen la leche, cómo amamantarlo, cómo cuidarlo, cómo acariciarlo, cómo cuidarle la piel, cómo charlar..., porque es su bebé, ¿no? (EP1).

Si vemos que con el niño está todo bien, por lo menos lo mínimo que nosotros pedimos acá es vacunas al día, la alimentación se viene dando correctamente (EP3).

Si el niño tiene que vacunarse, yo ya lo vacuno (EP5).

[...] Hablar un poco el tema de lactancia, de promover un poco, bueno, se le explica los beneficios, todo lo que podemos lograr con el tema de la lactancia y, bueno, si no se puede, obviamente, hablamos un poco de los derivados de la leche. Respecto a la alimentación, a los seis meses arrancábamos con la alimentación complementaria, cómo introducir los alimentos de a un alimento por vez para que el niño no se confunda con los sabores..., pero básicamente es enseñarle a la mamá cómo, porque me ha pasado de mamás que vienen y me dicen: “No, me escupe, me vomita, no le gusta”, bueno, a ver, pero ¿cómo arrancaste? (EP10).

Con respecto al cuidado se le consulta si tiene dudas y, sobre

todo, se intenta sacar alguna duda de algún mito, por ejemplo, que los pechos duros significan que hay leche y los pechos blandos significan que no hay, que es una de las preocupaciones más grandes. ¿Y qué le va a pasar de la semana a los quince días?, ¿se va a regular la producción a los quince, veinte, y va a sentir un cambio! Todos los cambios como que asustan bastante. Por ejemplo, un bebé alimentado solo a pecho que no movilice a diario el intestino después de los quince o veinte días puede ser normal. [...] Cómo estar atento a los signos de alerta cuando es normal, cuándo no... (EP6).

Les enseñamos a hacerle masaje abdominal [...], enseñamos a hacerle masajes en los piecitos... O sea, estrategias. Le explicamos por qué el tecito no. Lo importante que es que no tome tecito..., todas esas cositas que son insignificantes, pero que a la larga en la salud del niño hace. [...] Y también lo que tiene que hacen a la confianza de la mamá (EP6).

Hablamos un poquito del desarrollo, saber si el niño tiene sostén cefálico a los tres meses, si sigue con la mirada, la sonrisa social, si toma objetos con la manito, ver qué tanto lo estimulan en su casa (EP10).

La prevención de accidentes también, cuando arrancan a caminar. O cuando arrancan a desplazarse a través del gateo. Que no se cuelquen de los manteles, ojo con la cocina con el tema de las hornallas, las ollas, con los alimentos calientes, las tasas con bebidas calientes, ojo con los productos de limpieza, ojo con los medicamentos, con las escaleras, los portones, las ventanas, todo a lo que se pueda trepar y tocar, bueno, siempre hablamos de la prevención de accidentes (EP10).

En cuanto a que duerma solo, le remarcamos siempre el sueño profundo y el sueño de la mamá, que no duerma entre medio de los padres, que siempre en la cunita, que uno se despierte y lo toque, ellos están seguros ahí, pero no en la cama con la mamá. [...] En cuanto al baño, que es importante [...]. También de hacerle desde que comienzan a tomar el pecho... de observarle la boquita, de limpiar también para el futuro, porque ellos ya tienen marcaditos, vamos a decir, como una marquita, los dientitos, para que cuando tengan que salir ya salgan sanitos, limpiarle la boca (EP1).

Es importante el cepillado de dientes, también acá en la institución hay atención (EP1).

Se hace educación para la salud y del tema de la higiene dental (EP2).

El siguiente relato revela cómo la promoción de la lactancia materna es un tema de conversaciones e intercambio del personal de salud:

Yo me acuerdo que una vez discutía con otra compañera, a veces decía me encanta trabajar con la lactancia, pero cuando tenés una negativa de la madre se te hace redifícil, porque te desgasta, porque tratás de explicarle de todas las maneras y no es así tampoco. Entonces, yo ahora como que, en ese sentido, cuando veo mucha negativa me rindo (EP12).

Por otra parte, el factor tiempo es una limitante que impide un abordaje para identificar las necesidades de salud, para luego cuidar en consecuencia.

El tema es el factor tiempo... Ella era más como que insistía, y trabajaba mucho, porque está buenísimo, pero yo necesitaría cuánto tiempo para trabajar y lograr eso, que estaría buenísimo, pero ta. Y no es decir como que no me importa, ¡no! (EP12).

En el relato anterior, el tiempo se identifica, como en los DHT, como una limitante para un abordaje ampliado, que identifique, capte y decodifique necesidades de salud y un abordaje integral considerando la singularidad de niños, niñas y sus familias.

7.3.1.4 Prácticas de coordinación interinstitucional ucc⁴ y Caif⁵

Ante la realidad de muchos de los contextos familiares que son atendidos por el PS del PNA de ASSE, existe una coordinación intersectorial entre programas del Ministerio de Desarrollo Social a través de Uruguay Crece Contigo y con el Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay a través del Plan Caif. Esta coordinación se

⁴Uruguay Crece Contigo (ucc) es una política pública de cobertura nacional que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años desde una perspectiva de derechos, género y generaciones. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/uruguay-crece-contigo-ucc>

⁵El Plan Caif (Centros de Atención a la Infancia y la Familia) es la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia, de alianza entre el Estado (bajo la responsabilidad del Inau) y las Organizaciones de la Sociedad Civil, que se desarrolla desde 1988, cuyo objetivo es garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza o vulnerabilidad social, a través de las modalidades urbanas y rurales. <https://caif.inau.gub.uy/plan-caif/que-es-plan-caif>

evidencia a través de los siguientes relatos:

Viene el programa de Uruguay Crece Contigo [explica de qué trata]. Están viniendo los martes y los viernes, viste que siempre hay una mamá que te dice: “Sí, porque yo necesito, no tengo ayuda”, o está sola o no recibe ayuda del papá, la asistente social, entonces hablamos con ella, tratamos de ayudarla, porque hay un montón de ellas que son solas (EP9).

Esta madre con cinco o seis, no te lo van a llevar a oportuno [de Caif]. Ellas quieren a los dos años meterlos pa adentro, que ya no conseguís el lugar. Acá con las de Uruguay Crece contigo (EP9).

Vigilando y viendo a la madre van viendo el desarrollo del niño, le van enseñando a las madres, ellos detectan cosas y nos envían [...] (EP4).

Entonces, tanto lo social, lo económico y con esto de los Caif y las escuelas, como que los ayudan muchísimo, ¿no? (EP5).

Es una red que estamos con el Plan Aduana, Caif, escuela y policlínica, como que ellos también se hacen cargo (EP5).

Es importante llevarlo al Caif, a atención oportuna, a los diferentes niveles [...], no quedarse ahí estancado. A veces nosotros sabemos que ellos no pueden acceder por diferentes situaciones, una porque no hay lugar, porque el Caif o la escuela que está más cerca no tiene lugares, pero que quedan anotados para el próximo año (EP1).

[...] Hay algunas que te dicen que tienen problema económico [...], “no me puedo alimentar”, que perciben ayuda. Hay otras que te dicen: “Sí, come bien, va al Caif, todo, y después de noche yo me arreglo” (EP2).

Y si tenemos adolescentes, la mayoría va con la derivación de UCC. Que tienen esa posibilidad de hacer el acompañamiento más de la comunidad, y después la derivación al Caif. El Caif del barrio es fundamental (EP6).

También asistimos a niños que los traen del Inau, que vienen con un historial bien complejo (EP10).

Las políticas públicas territoriales buscan integrarse y complementarse para contribuir a un crecimiento y desarrollo integral de las infancias. Estas acciones tienen sintonía con la propuesta de atención primaria en salud, que considera a la salud como una noción con múltiples determinaciones sociales, por lo que resulta necesario integrar las acciones territoriales para aportar a la complejidad del fenómeno.

7.3.2 Habilidades comunicacionales

7.3.2.1 Rol que asume el personal de salud en la entrevista clínica

El concepto de rol adquiere especial interés en la entrevista clínica, es conveniente que el PS adopte un rol de comunicador con estilo asertivo. Y se recomienda que la entrevista clínica siga los pasos del Consenso de Kalamazoo, para adoptar un enfoque integral y llevar a cabo las habilidades comunicacionales. El consenso de Kalamazoo definió siete pasos esenciales para la entrevista clínica: 1) construir la relación; 2) abrir la conversación; 3) recoger la información; 4) comprender la perspectiva del paciente; 5) compartir la información; 6) alcanzar acuerdos; 7) realizar un cierre (CSE, 2015, pp. 112-114).

La escucha reflexiva es una de las habilidades comunicacionales que se espera del personal de salud para poder llevar a cabo una entrevista clínica efectiva.

En una entrevista, como en cualquier relación interpersonal, se establece un proceso de comunicación entre dos o más personas. En dicho proceso interviene la palabra, pero también los gestos, las actitudes, los sentimientos y emociones. De este modo, se constituye la interrelación verbal y no verbal entre los participantes, ya que la conducta de uno es estímulo para el otro. La calidad de la comunicación que se establece durante la entrevista se relaciona con la apertura y la disposición que manifieste el entrevistado para su realización, y con las habilidades que tenga el entrevistador para la escucha reflexiva (CSE, 2015).

La práctica más frecuente para llevar a cabo el control de salud del niño y la niña en las policlínicas es la comunicación que el personal de salud establece en el encuentro con la adulta referente, niños y niñas. Esta comunicación, de acuerdo con los relatos, está dominada por la palabra de las trabajadoras de la salud, con un fuerte predominio de “la pregunta” en el marco de la entrevista clínica para conocer la realidad de esa díaada, sobre todo de ese niño o niña.

En ese marco, el personal de salud asume un rol de entrevistador, realizando preguntas estructuradas sobre temas que considera de interés sobre el niño o la niña que asiste al control, como son la alimentación (lactancia, hierro, vitaminas e incorporación de alimentos a partir de los 6 meses), sueño y descanso, eliminación, higiene en general y bucal, vigencia de vacunas, si toma medicación, si está con algún tratamiento, signos de alarma, uso de pantallas, asistencia a Caif, a jardín, en cuanto al contexto familiar del niño o niña, valorando sobre todo para detectar signos de

violencia o abuso.

Los fragmentos de los relatos del personal de salud que comparto a continuación dan cuenta de los temas que priorizan, sobre los que hacen foco, en la comunicación que establecen con la adulta y, a su vez, del tipo de pregunta semiestructurada y estructurada con que buscan relevar la información, lo que no evidencia claramente la afirmación de Varela en CSE (2015) sobre plena libertad de expresión que tienen los entrevistados en la entrevista semidirigida.

Se le pregunta la edad del niño. Se indaga un poquito en el tema de las vacunas, si están vigentes (EP3).

Pregunto si estuvo enfermo, o si hay algo por lo cual el niño no se está [...].

Una de las preguntas que siempre hago es si está yendo al Caif... (EP12).

¿Por qué viene esa persona?, suelo preguntar, ¿con quién vive todo eso?, ¿descansa a la noche el niño?, ¿dónde duerme?, ¿con quién? (EP12).

Le preguntamos si toman alguna medicación, si están en tratamiento o no, y con respecto a la alimentación, el tema de la higiene bucal, también el tema de las vitaminas, del hierro... (EP11).

Cuántos pañales mojan por día, si moviliza el intestino todos los días o no, si se le hace higiene bucal o no, si toma vitaminas, si toma hierro, cuándo es que toma [...]. Lo otro que preguntamos es el uso de las pantallas... (EP11).

Tratamos de preguntarle todo, desde con quién vive, con quién no vive, lo que recibe... Tratamos de entrar en confianza y preguntarle (EP9).

Preguntamos dónde están viviendo, con quién. Qué es lo que están recibiendo..., más que nada por cómo está viviendo el niño (EP9).

Normalmente preguntamos con quién vive, si trabaja, si no trabaja, cuándo trabaja, con quién queda, la mayoría de las veces... Y, ta, ver el contexto en el que viven (EP8).

Yo trato de interrogar un poquito más y de sacar alguna cosa, más que nada por el cuidado del niño, por la seguridad, vamos a decir. Tratar de sacar que no haya consumo, que no haya violencia, que no haya abuso y esas cosas, más que nada, que hemos tenido. (EP10).

Siempre les pregunto por los signos de peligro, ¿el niño tiene

tos?, ¿el niño tiene fiebre?, ¿el niño vomitó?, ¿el niño tiene diarrea?... Bueno, tratamos de tener un diálogo (EP5).

Yo generalmente le pregunto ¿dónde vive, con quién vive? O sea, ¿quién más integra el núcleo familiar? ¿Quién más vive en su casa? Y de ahí, bueno, sacás las conclusiones. ¿Alguien más vive en el terreno? (EP2).

Lo primero que le pregunto es cómo pasó el bebé desde el último control hasta ahora: ¿cómo pasó?, ¿se está alimentando bien?, ¿estuvo enfermo? Y si estuvo enfermo, le pido que me describa exactamente qué es lo que tuvo, si estuvo internado le pido un resumen de alta, si no estuvo internado, bueno, cómo pasó, y, después, más o menos, le haces las preguntas del desarrollo del niño, los bebés, de acuerdo a la edad del bebé (EP4).

Le preguntamos todo, de qué viven, qué hacen, a veces cuando las madres refieren a que han sido adictas en el embarazo o antes, le preguntás si vuelve a consumir (EP4).

La mayoría de los profesionales la anamnesis que le hacen a la mujer en su rol de madre es fundamentalmente sobre el crecimiento y desarrollo del niño o la niña, pero hay personal de salud que se interesa por recabar información sobre el estado psicoemocional de la madre también, quien asume el rol de responsable de su cuidado.

Le preguntamos, ¿cómo te sentís?, ¿cómo te estás sintiendo?, ¿cómo vas con la teta?, ¿cómo vas con la cesárea?, ¿tenés puntos?, ¿te hicieron puntos en el parto?, ¿cuándo tuviste tu bebé?, ¿con quién vivís? ¿Y cómo te llevas con tus suegros? ¿Alguna consulta con respecto a tu cuidado y el cuidado de tu bebé? (EP6).

Cómo se siente la madre también, que es importante (EP1).

Y ahí siempre preguntarle a la madre cómo está, porque no es solamente el niño, a la madre también hay que hacerle la contención (EP5).

El rol que asume el entrevistador constituye una de las dimensiones comportamentales que son singulares de cada profesional, y, a su vez, es la que tiene la potencia de cambio y transformación.

En el momento en que el personal de salud comparte información con usuarios o usuarias lo hace a través de la explicación de indicaciones en un modo imperativo, como se evidencia en los siguientes fragmentos:

Entonces ahí a explicarle que no puede, nunca, dejar los restos

de alimento en la mema (EP4).

Entonces yo le explico [...] le vas a dar el zapallo hervido, solamente con aceite, tres días [...] (EP10).

Yo le expliqué: “Mirá, tenés que desvestirlo vos [...], sacarle la ropa, porque eso te va a ayudar en tu casa, a que vos tengas mejor relacionamiento con el niño (EP3).

Y le explicamos: “Hasta tal hora en el hospital, vos tenés que levantarlo hoy, tenés que darle así, asá” (EP9).

Y igual lo tenés que guiar y explicarles por qué eso no es normal y lo otro sí, y ellos entienden (EP8).

Estos relatos coinciden con lo encontrado por Girona & de León (2016):

En todos los casos los discursos relacionados con el control se vinculan con los aspectos de la salud del niño, y no como un espacio de participación activa, de empoderamiento, de enfoque más integral para las madres y las familias. Los discursos denotan una actitud más observadora, especialmente la valoración del control es sobre las acciones que se realizan sobre el niño (p. 31).

En el siguiente fragmento de relato se evidencia que a la explicación se agrega el alarmar a los padres con una postura de tipo impositiva que no contempla la perspectiva de esa familia tratando de comprender, si no manifestando lo que deben hacer porque es lo que el saber profesional determina.

[...] Si se duerme con el bebé en la cuna, no, no puede —“¿Pero por qué si es mejor? Lo cuido mejor si duerme con nosotros, con los papás, en su cama. —No, no es lo mejor.” Pero explicarle por qué. Y si la explicación implica que la tengas que asustar un poquito, en realidad es para resguardar el bienestar de los niños. Los niños que duermen con los papás se mueren. Hay más riesgo de muerte súbita que en los que duermen en su cuna. Entonces, ¿vos lo querés a tu bebé?, sí, bueno ponelo en la cunita por amor (EP8).

Acá establecimos todo lo que ellos pueden llevar en la canasta, porque si no llevan demasiada ropa, porque la abuela le dice esto, la tía le dice esto, la otra. Entonces, ellos tienen que llevar la ropa adecuada y no llevar de más (EP5).

Relato que muestra que hay personal de salud que escucha de tal manera que la mujer siente confianza para expresar sus vivencias, sentires, etcétera.

A veces, si quieren hablar nomás, se sientan y hablan y hablan y te cuentan y, tá, vos las escuchas, y, sí, a veces es lo que quieren, y están dando la teta acá adentro y se quieren quedar

sentadas (EP7).

7.3.2.2 Rol que el personal de salud asigna a las mujeres en la entrevista clínica

En la entrevista clínica las entrevistadas, que fundamentalmente son mujeres, por los relatos del personal de salud, asumen un rol pasivo/inhibido, donde la mayoría de los casos toman la postura de aceptar el saber experto, no cuestionarlo, asumiendo un rol de sumisión. En cuanto a la pregunta realidad en la entrevista discursiva sobre si hay toma de decisión conjunta, la respuesta desviaba a estos relatos que aquí se comparten.

La mayor parte de las veces te aceptan y dicen que sí (EP2).

Ninguna madre te cuestiona [...] (EP5).

En general aceptan, la mayoría acepta (EP4).

[...] En un setenta, ochenta por ciento hay buena recepción, sí, entienden, comprenden, lo aplican (EP10).

A través del intercambio sostenido, como lo manifiesta EP10, se plantean alcanzar acuerdos de cómo llevarán a cabo los cuidados y tratamientos propuestos por el personal de salud, negociar considerando la realidad de cada familia, como propone EP2, y también corroborar el entendimiento de lo indicado.

“¿Entendió, mamá?”, por ejemplo [...], “¿usted podría repetirme más o menos a ver cómo le va a hacer?”. “¿Cómo era que le íbamos a dar este remedio?”. Entonces te dice: “Esto le voy a dar así, así y asá”. “¿Usted sabe leer?”, “Sí”. “Bueno, yo le voy a escribir igual, porque vio que todos nos olvidamos, entonces yo le dejo escrito o por las dudas si usted tiene que salir y hay una tía o una abuela que vaya a quedar con el niño para que lea y sepa cómo hacerlo”. Corroborar que entendió lo que tiene que hacer (EP2).

Transar que es lo que tenés, y, bueno, vamos a arreglar sobre lo que tenés, que es lo mejor para el bebé (EP8).

A veces tuvimos que negociar y explicarle, hablar un poco más de todos los beneficios que tiene la otra leche [...], ha llevado dos o tres consultas, y, bien, después lo entendieron (EP10).

Los siguientes relatos dan cuenta de la búsqueda de comprensión de la situación de esa familia para poder proponer cuidados pertinentes, buscando acuerdos también, pero sobre todo desde un vínculo empático.

“¿Por qué no lo pudiste traer a vacunar?”. Si me decís una vez,

me dormí, dos veces, me dormí, tres veces, me dormí, ahí vamos a tener un problemita. Ahora, si llueve a cántaros y vive relejos y no tienen manera, no tiene quince, veinte pesos para el ómnibus, porque a veces no lo tienen, vos tenés que adecuarte, que en la siguiente consulta que vengan lo hagan, ¿tá? (EP8).

[...] Tenés que preguntarle primero los medios que ella tiene, siempre. Porque no podés decirle tenés que darle fruta, verdura... si la mamá no va a poder. O tratar de que dentro de lo que ella tenga, preguntarle, ver qué le puede dar, porque también tenés gurisas de doce a trece años a las que tenés que hablarle medio a lo criollo para que ellas te entiendan (EP9).

Tratamos de darle ese tema de confianza, tanto el médico como enfermería, para que ellos vengan acá y puedan hablar tranquilamente, lo que se habla acá es confidencial [...] Tratamos de darle lo mejor posible [...], la calidad humana (EP5).

Es simplemente ser empáticos, esa es la palabra. Empatía y no prejuizar, (EP8).

Desde con quién vive, con quién no vive, lo que recibe, porque a veces podemos ayudarla a conseguir más cosas (EP9).

Tratamos de ayudarlos siempre, dentro de lo que podemos y más también, creo [se ríe]. Sí, claro, uno trata de ayudarla... Tratamos siempre de ayudarlas en todo: "Mirá que te vamos a solucionar, te tratamos de ayudar, tratamos solucionarle para el niño, para que vos estés tranquila. Hasta la medicación, viste que a veces no tenemos acá." Y le explicamos: "Hasta tal hora en el hospital vos tenés que levantarlo hoy, tenés que darle así, asá..." (EP9).

CASTRO (en CSE, 2015) afirma que establecer un vínculo empático es uno de los elementos centrales en la relación médico paciente.

En los siguientes fragmentos de relatos se puede percibir que si bien la madre es como la responsable principal del cuidado de niñas y niños, hacen un abordaje para que se sienta acompañada y apoyada en la crianza.

Con la mamá, si está el papá también conversamos, sobre todo tratando de que el padre o el que está al lado, a veces la hermana, la tía, el que venga de referente emocional, también maneje los mismos conocimientos, cosa de que pueda apoyar a la mujer en sus decisiones (EP6).

La otra vez vinieron dos adolescentes, más o menos ella tenía veinte, con la hermana vino. Y dice: "Bueno, ¡preguntale! ¡Preguntale si lo podés agarrar cuando llora!", y yo "obvio que lo

podés agarrar”, “sí, porque mi madre le dice que se está malenseñando y que si llora desarrolla los pulmones”. Y entonces todas esas cositas al otro también le llega y el otro se empodera en decir “¡no!, yo te apoyo en esta decisión”. Entonces es importante para la mujer tener a alguien que la apoye en esas decisiones. Entonces tratamos, en mi personal, trato de que la comunicación sea, los que vengan, integrar, siempre haciendo énfasis en la mujer, porque me parece que es la que más a veces queda relegada (EP6).

7.3.2.3 Rol que el personal de salud asigna a niños y niñas de 0 a 3 años en la entrevista clínica

Algunas profesionales desarrollan la entrevista con el niño o niña con distintos objetivos, algunas para evaluar el desarrollo, otras para intentar integrarlos al encuentro y hacerlos partícipes del control, considerándolo como un ser biopsicosocial, que, aunque no se comunique con palabras, percibe, escucha y siente el clima del encuentro.

Y aparte vas evaluando el desarrollo, porque a un niño de dos años y medio vos le preguntas: “¿Cómo te llamas?”. Entonces te dice, capaz le falta alguna palabra, pero te dice. “¿Cuántos años tenés?, a ver mostrame con los deditos” (EP4).

Bueno, cuando ellos llegan, por ejemplo: “Buenos días, ¿cómo están?”. Siempre le digo al niño: “Qué lindo que estás”. Si viene con un pantalón lindo, le resalto: “¡Los zapatos hermosos!”, porque muchos vienen con alguna ropita que resalta [...], su pelo, le preguntamos su nombre. Tratamos de que ellos, que él sea, que participe en la conversación [...], que a veces le hacemos un tick así con los dedos [] (EP1).

Trato de comunicarme con el niño, le doy chiches y veo, le doy hojas para que dibuje [...] (EP4).

Yo desarrollo una comunicación con el niño, yo tengo la idea de que el recién nacido es un ser humano, entonces, desde chiquito... Yo hice curso de masaje infantil. Y se trabaja eso de apropiar el niño desde el momento de nacimiento de su cuerpo, de su ser, de pedir permiso para tocarlo. De explicarle lo que le vamos a hacer. “Hola, buen día, bebé, ¿cómo estás?, ¿cómo pasaste?, te voy a medir la cabeza, mamá te va a sacar la ropa”. Cosas así. “Ya sé que no te gusta la balanza, porque todos lloran en la balanza, porque no es linda, es fría, es dura”. Entonces,

también es como esa conversación que yo tengo con el bebé, ingresa a veces la mamá o el papá, y es una manera también de establecer comunicación con ellos, porque a mí me importa el bebé. ¡Le importa mi bebé! Entonces, bueno, ahí empezamos a conversar (EP6).

El último relato muestra prácticas desde un abordaje ampliado, con una visión integral del niño y la niña, constituyéndose en potencialidades para hacer la transición del modelo de atención.

7.3.3 Cuidado infantil desde la perspectiva de género

Por los relatos del personal, cuando describen el control de salud a niñas y niños, está fuertemente arraigado que la mujer es la responsable de la gestión e implementación de los cuidados en la vida cotidiana de sus hijos e hijas. Y es quien fundamentalmente lleva al control de salud a niños y niñas, por lo que para el personal es lo normal, lo adecuado, lo instituido en los servicios de salud y socialmente. Esta representación social del personal que determina sus prácticas en el cotidiano del control de salud asigna esa responsabilidad a la mujer, y, además, oficia como evaluador de su desempeño como cuidadora. Coincidiendo con los hallazgos de CROSA et al., (2013) que afirman que

el control como proceso de valoración del crecimiento y desarrollo y como herramienta de empoderamiento para la madre, no se visualiza; parece ser una instancia de verificación, que incluso puede ser una forma de valorar cuán buenas madres son (p. 49).

En este sentido, se refuerza la construcción social histórica del rol que la mujer debe asumir, hasta el punto de que en caso de que la madre esté ausente es la abuela materna, principalmente, la que asume el cuidado infantil.

Generalmente la que está siempre atenta es la abuela. Y generalmente quedan con la abuela materna, es lo más común ver la abuela materna haciéndose cargo de lo que viene, hay algunos casos que han venido la abuela paterna, pero la mayor parte de las veces está la madre y después de la madre vienen las abuelas. Las abuelas maternas, y hay algunas tías ahí en la vuelta también que ayudan con la crianza y eso (EP2).

La mamá, pero hemos tenido tías, abuelas, padres solos. Padres con abuelas. Cuando la mamá está en una situación de salud que no puede venir, viene la tía con la abuela, el padre con la abuela, ¡el padre con alguien siempre viene! [risas]. Sobre todo

siempre viene una mujer. Tengo creo que un par de padres nomás que no tuvieron, que no tienen acompañante, pero los demás siempre vienen con alguna referente mujer. Que en realidad esa referente mujer se hace cargo del bebé y el hombre: "¿qué necesitas?, ¿pañal?". Bueno, cumple como el rol ese que casi siempre cumple el rol el papá de acompañante. Son muy pocos los papás al cien por ciento. Son muy poquitos, pero siempre hay alguno [risas], ¡algún valiente! [risas] (EP6).

Las abuelas, las suegras. Siempre mujeres, la mayoría (EP6).

Porque es la mamá la que siempre está ahí presente (EP1).

A la consulta siempre es la mamá o la abuela o la tía (EP10).

En general no tenemos grandes dificultades, son pocas a las mamás que tenemos que escribirles, anotarles, preguntarles si entendieron, que ella me explique, son pocas, la mayoría como que bien, tienen un nivel de instrucción por lo menos de primaria o el primer año de liceo, la mayoría (EP10).

Pero si las mamás no saben administrar, ese es creo que una de las cosas y también de los cuidados. De enseñarle a bañarlo, de ayuda hasta cierta etapa a bañarlo. Y los niños vienen con las uñas sucias, no les cortan... Hasta cierta edad no son grandes, son chicos, por eso siempre la madre y el padre deben estar, porque no es solo de la madre, es también de padre (EP1).

Dentro de todo se preocupan, no es que no se preocupen, es una de cada diez o dos de cada diez que vos digas esta no sé cómo va a cuidar a este gurisito (EP1).

Y hay madres que no, a veces dicen, sí, yo ya crie seis hijos, pero no los seis hijos son iguales totalmente (EP7).

Para el personal de salud la capacidad biológica del embarazo y la lactancia en la mujer es una condición que la posiciona, sin cuestionamientos, en la obligación de asistir al control para poder valorar cómo ejerce en la esfera privada el rol de madre con ese niño o niña.

En los controles primeros de los bebés chiquititos la madre tiene que venir, porque vos tenés que saber cómo le está dando la teta, si no le está dando, por qué no se la está dando, ver a las mamas cómo están, ver cómo succiona el niño (EP4).

[..] No saben, no están continuamente, y ves un padre allá en un caso en mil, que el padre se preocupa, que el padre sabe mucho más que la madre, la mayoría es la madre. Yo siempre le digo que si va a venir el padre que traiga todo anotado, qué es

lo que va a preguntar (EP5).

Los siguientes relatos confirman lo que dice Batthyani (2010), que en Uruguay las mujeres que viven en hogares con niños menores de 12 años dedican 18 horas semanales al cuidado infantil, mientras que los varones dedican 10 horas semanales. Lo que ha implicado a las mujeres articular esfuerzos para cumplir con las tareas del hogar y las del trabajo remunerado. Hecho al que se le denomina doble jornada o doble carga de las mujeres, obligadas a asumir el trabajo productivo y reproductivo (LAN, 2001). Doble jornada que afirman las mujeres salteñas que es habitual, sin disminuir su intensidad por el trabajo afuera.

La mujer siempre es la que más viene, sí, y ha aumentado los dos también, vienen cantidad de los dos padres... Se ve más la madre que trabaja o estudia y la participación, digamos, del padre o los abuelos en el control, que antes no lo veías tanto... Como te digo, a veces no tienen mucha idea del cuidado, porque viste que seguimos siendo las principales cuidadoras (EP12).

Madre o padre, ahora se ven muuuchos padres. Muchos padres, a mí me ha asombrado bastante, sí, me ha llamado la atención, la concurrencia de padres solo con niños. Bueno, abuela, tía, eso se ve, ahora hay muchos motivos, que la madre está trabajando: "No, la madre está trabajando, por eso lo traigo yo". Sí, se ve muchísimo, pero antes era solo la madre (EP12).

La madre, muy poco padre, me sobran los dedos de la mano para contar qué padre viene a la consulta, viene la madre y también muy pocas abuelas, porque acá todo el mundo trabaja, desde la abuela, la madre, el padre. Entonces, en ese sentido, las mamás siempre están, y los papás muy pocas veces, muy contadas (EP5).

La tasa de actividad femenina (TAF) disminuye a medida que hay más niños en el hogar, aunque esta tendencia no se confirma en el caso de los varones. Y cuando hay tres o más niños, baja aún más la TAF, lo que se vincula con la imposición social de que las mujeres deben quedarse en el hogar para dedicarse a la crianza de niños y niñas. Esto imposibilita que las mujeres puedan gozar plenamente sus derechos en términos de autonomía económica, como de desarrollo personal y profesional (BATTHYÁNY; GENTA, 2019).

Tenemos un caso de una mamá que tiene cinco gurises, ella tiene 24 años y son todos seguidos (EP9).

Pero como tenés también la mayoría, por ejemplo, acá abajo,

que tienen cinco o seis, siete gurises, que no pueden salir con todos de tiro, es la realidad (EP9).

La mayoría de la familia tiene tres, cuatro, cinco niños en cada casa (EP2).

Lo más frecuente es la madre, muy pocas vienen acompañadas con él, con la pareja, ¿verdad? La pareja actual, que la mayor parte de las veces es padre del último hijo, porque los demás son padres de otros hijos. La mayoría de las veces viene la madre, muy pocas veces viene acompañada... y también otra cosa muy frecuente son las abuelas, que vienen porque la madre o está trabajando o está privada de libertad, hay unas cuantas privadas de libertad (EP2).

La mujer madre carga con todas las valoraciones del personal de salud cuando se trata del control de niñas y niños. Se confirma que es quien asume por completo la crianza de sus hijos, ya que estas dependen únicamente de ellas.

Las madres se preocupan y tratan de que los niños estén bien (EP5).

Y las madres, algunas sí, perfecto, el niño viene divino. Pero hay otras que le ponen un pañal limpio y ni la cola le lavan (EP2).

Pero si la mamá no quiere venir, no va a venir. Salvo que vos lleves una orden judicial (EP8).

Desde que entra ya vamos mirando más o menos el aspecto, el vínculo de la madre con ese niño, cómo lo trae, si lo trae higienizado o no, si lo toma de la mano, si lo trata con cariño, eso ahí ya lo sacamos, ya vamos observando cómo es el relacionamiento de la madre con el niño (EP2).

Es que en realidad a veces solo con ver la forma de la madre de desvestirlo, ya vemos el vínculo que hay entre esa madre y el niño (EP3).

Desde el momento en que entran yo miro cómo va con el niño..., ver cómo actúa, cómo lo desviste, ya te digo, cuando es bebé, cómo lo pone en la camilla (EP8).

Ya te digo, es encaminar, ayudar y ver a esas mamás, si están cumpliendo (EP8).

Y si ellos están cuidándolos realmente, si están con un cuidado o solamente es cuando vienen acá. Si ellos realmente cuidan. No solamente la parte que le den la alimentación, pero también yo siempre le hago el control... siempre buscando los signos de alarma, que puede ser que el niño esté sufriendo castigo, que el

niño no esté recibiendo maltrato, uno observa todo eso. Yo siempre le digo a las madres: "Nosotros estamos acá" (EP5).

El siguiente relato evidencia en el personal de salud el contrato de género vigente, en el cual está naturalizado que la responsabilidad para con el cuidado de niñas y niños es de la mujer, y se agrega lo que refiere Batthyány; Genta; Perrotta (2014), que este trabajo doméstico del cuidado de hijos e hijas está fuertemente moralizado: está presente la idea de lo bueno y el deber, y se observa una mayor carga de responsabilidad sobre las mujeres. Y, a su vez, muestra la imposibilidad que esta inequidad de género supone para la mujer en su realización personal y profesional.

Una mamá que empezó a los doce [...], el niño está divino, ahora con un año. Ella intentó volver a estudiar y todo, pero claro, por un lado, es una gran mamá, ella prefirió quedarse con el niño. Pero vos decís, tá, preferible que estudie, pero ella vio que el nene empezó a enfermarse, que quedaba con otra persona, dijo que no, primero voy a esperar a que se recupere y todo y el año que viene arrancaré de nuevo (EP9).

El siguiente relato deja en evidencia cómo el cuidado de la infancia en algunos hogares monoparentales con mujeres jefas de hogar sigue quedando en la esfera de lo privado de esa mujer, ya que las políticas públicas existentes no le están dando respuestas a su realidad.

En los Caif, por ejemplo, vos tenés que llevarlo a oportuno para tener el lugar. Esta madre con cinco o seis no te lo va a llevar a oportuno. Ellas quieren a los dos años meterlos pa adentro, que ya no conseguís el lugar (EP9).

Esto pasa muchísimo: viene una madre a sacar fecha para control y está retrasado, le tiran toda la responsabilidad a la madre. "No lo trajiste a control, ¿desde cuándo no lo traes?". No digan eso, porque no saben en qué contexto, y siempre la responsabilidad es de la madre. Yo siempre digo "¡pobre mujer, siempre la madre la responsable!, ¿no?". ¿Por qué no están? ¿Por qué no le decías al padre? Que sí, por ejemplo, viene a sacar fecha, le decís "usted no lo trajo a control", por decirte. No soy de decirle yo tampoco, porque no, tengo muy incorporado eso, pero es eso. Ahora como que hay más padres partícipes, ¿entendés? (EP12).

Este último recorte de entrevista refuerza que la construcción sobre género que

tiene este grupo de trabajadoras de la salud está fuertemente orientado al enfoque médico que plantean Batthyani et al. (2014). Y confirma que esa construcción se constituye en las representaciones que tienen colectivamente, y que determinan y moldean sus prácticas cotidianas en el control de salud del niño o la niña de 0 a 3 años.

Una mamá, que se divorció, que está sola, que se fue, que no le ayuda en nada, que esto y que el otro, vos tenés que ver cómo está ese niño, qué es lo que está recibiendo y cómo ella está, ella también puede estar... También tenemos mamá que vienen, que están redepre, deprimidas en el sentido que quedan solas (EP9).

Y, bueno, se separó del marido, ella está viviendo sola con la nena, todo un tema (EP7).

En el caso de hogares monoparentales con mujeres jefas de hogar, estas tienen una mayor carga de trabajo y de cuidado, lo que dificulta su incorporación al mercado de empleo y, por tanto, condiciona su autonomía económica. Además, implica desventajas en términos de capital humano y desarrollo para la población infantil.

7.3.4 La atención a la salud en contexto de pobreza

Este es el contexto de las familias de niños y niñas de 0 a 3 años que tiene sintonía con el estructural y sostenido fenómeno de infantilización de la pobreza que existe en Uruguay (ARMAS, 2017). En el departamento de Salto afecta al 45 % de niños y niñas (MIDES, 2010).

Respecto a la atención es necesario que el personal de salud considere como parte del cuidado de niñas y niños el contexto donde viven, esto es una potencialidad, ya que muestra una mirada que amplía el reduccionismo del modelo biomédico, que hace foco sobre todo en la dimensión enferma del cuerpo para una de las determinantes sociales de la salud.

Estas niñas y niños, fundamentalmente con sus madres, residen en asentamientos irregulares:

Agrupamiento de más de diez viviendas, ubicados en terrenos públicos o privados, construidos sin autorización del propietario en condiciones formalmente irregulares, sin respetar la normativa urbanística. A este agrupamiento de viviendas se le suman carencias de todos o algunos servicios de infraestructura urbana básica en la inmensa mayoría de los casos, donde frecuentemente se agregan también carencias o serias dificultades de acceso a

servicios sociales (MVOT, 2012, p. 2).

Los siguientes relatos dan cuenta de esos contextos en los que se evidencian, fundamentalmente, carencias de infraestructura básica, pero a los que se agregan otras carencias.

Como tenemos de otros lados que vienen, de los asentamientos a veces, ves carencias de muchas cosas (EP5).

La procedencia son muchos de los asentamientos que hay en la zona (EP3).

Ibas en medio de los asentamientos, los ranchos de costanero, chapa, ni chapa, techo de bolsa lleno de agujeros (EP4).

Tengo barrio Andresito, trabajo acá y en Cien Manzanas, son dos clases sociales bien distintas, son las dos humildes, pero acá hay mucho asentamiento (EP8).

Era una cosa, una pobreza tan extrema, tan extrema, tan extrema... (EP4).

Cuando llegás te querés morir, es una casita de chapa, cartón, que no tienen piso, que no tienen baño adentro... (EP8).

Acá vemos muchas situaciones vulnerables... "¿Quieren?, tenemos una canastita para darle, ¿a ustedes le sirve?". "Tengo esta ropita que nos trajeron, están nuevitas, pero hay que lavarlas, pero se puede usar, ¿las quieren? (EP7).

Fuimos a unos lugares supervulnerables, y me decía: "¡No me da la escala!". "¿La escala de qué?". "¡De riesgo social!". "¿En qué escala la pongo?". ¡Y... invéntate una escala nueva! (EP6). la gente que vive ahí en general es de medio socioeconómico bien vulnerable... (EP4).

Son niños de nivel socioeconómico [...], algunos son carenciados... (EP5).

Que esas familias más vulnerables, vamos a decir, o que están con un alto riesgo social... Son más que nada problemas sociales, ¿no?, problemas sociales, sí (EP10).

Las mujeres de menores recursos se encuentran en hogares biparentales, extendidos o trigeracionales, afirma Scuro (*apud* 2009, INMUJERES, 2010), lo que evidencia el siguiente relato, que hace referencia a familias de la zona sur del departamento de Salto.

Igual viven en un en una casa donde viven muchos, viven adultos, viven niños, son familiares, son parejas actuales, parejas viejas..., la mayoría no tiene al papá, la mamá y los hijos.

La familia clásica son muy pocos que la tienen, la mayoría viven hacinados y viven con casas en el fondo que van construyendo, van sumándose y se suma gente fuera del núcleo familiar y viven ahí y bueno, ¡y ta! (EP2).

El siguiente relato tiene sintonía con el desafío que se plantea el Sistema Nacional de Cuidados: priorizar los hogares donde las vulnerabilidades se superponen, como es el caso de los hogares pobres con madres a cargo.

Han venido abuelas porque las mamás están trabajando... Son pocas niñeras, en este medio no tenemos, tenemos más que nada mamás o abuelas que las cuidan. En las clases sociales más bajas no trabajan las mamás. Clases sociales media, las clases sociales altas acá no tenemos, tenemos media en todo caso. Esas mamás trabajan y la mayoría quedan al cuidado de las abuelas... (EP8).

Y, bueno, y se separó del marido, ella está viviendo sola con la nena, todo un tema, ¿no? Yo digo: "Qué difícil sola para criar una hija en un país que no es el tuyo, con una cultura totalmente diferente a la tuya, sin dinero" (EP7).

Consideraciones finales

Algunas de las limitaciones han sido el aprender haciendo sobre la teoría de las representaciones sociales, que aparece para mí como enfoque teórico y metodológico en el doctorado. Asimismo, se constituye como fortaleza el conformar un grupo de trabajo para estudiarla, aprendiendo juntas, junto a la decisión, con la tutora, de utilizar la técnica dibujo-historia con tema, la que me ha desafiado desde que recogí la información, pasando horas y horas observando los dibujos para poder visibilizar lo que el PS quiso proyectar de sus sentimientos y su dimensión inconsciente. Fue apoyándome en la lectura, en la búsqueda de asesoramiento que pude ir procesando y analizando. Se realizó un análisis junto a sus títulos y a las historias que los explicaban, fundamentalmente. La mayor limitante ha sido no poder llevar a cabo, por cuestiones de tiempos, el análisis triangulando de las técnicas de recolección de datos.

Para poder comprender las representaciones del personal de salud desarrollé un proceso metodológico sistemático, riguroso, mediante la utilización de multitécnicas para la etapa de recolección de datos, así como para el análisis inductivo, el que permitió que emergieran las categorías y subcategorías de análisis a partir de los

códigos identificados en las citas abiertas de Atlas.ti9. Pude identificar categorías de análisis que emergen de las dos técnicas de recolección de datos, que reveló dimensiones emocionales del inconsciente y del PS. El análisis triangulando de los datos arrojados por las dos técnicas de recolección de datos, al igual que el proceso de objetivación y anclaje, resultó una limitante para desarrollar, por lo que se sugiere realizarlo en próximas investigaciones. De todas formas, sí se realizó un proceso investigativo sistemático y consistente, en sintonía con el enfoque procesual de la TRS, el que permitió acceder a categorías de análisis que se aproximan a representaciones del PS sobre el control.

Los objetivos específicos se alcanzaron, pudiendo identificar representaciones del PS en cuanto a las prácticas que son priorizadas en la atención en salud desde un abordaje tecnoasistencial sostenido en el modelo biomédico, conociendo algunas características de la comunicación que establecen con las mujeres, niños y niñas, el rol que asumen y el que les asignan a las usuarias y usuarios en esa interacción comunicacional. En ella se destaca el predominio de la asunción de un rol de tipo autocrático, unidireccional y jerárquico por parte del PS, pero con autogobiernos que priorizan la escucha atenta y el vínculo empático, y también el rol pasivo de las mujeres en esa comunicación, que aceptan casi sin cuestionamientos el saber experto. Asimismo, se observa una atención que naturaliza la tradicional asignación social de roles a las mujeres como cuidadoras por la condición biológica de sostener un embarazo y amamantar, generando en ese accionar una perspectiva que profundiza la desigualdad de género.

Se logró comprender las representaciones del PS sobre el proceso de atención, sobre la comunicación que establecen con mujeres y niños y niñas que realizan, con prácticas con fuerte arraigo en el modelo biomédico, en lo tecnoasistencial, con predominio de acciones de prevención por sobre las de promoción de salud, con un abordaje estandarizado por grupo etáreo que no prioriza la atención de la singularidad.

Se logró comprender representaciones del PS sobre el proceso de atención que realizan, con prácticas con fuerte arraigo en el modelo biomédico, con un abordaje estandarizado por grupo etario que no prioriza la atención de la singularidad, con acciones de promoción de salud a través de una pedagogía bancaria, de transmisión de conocimientos, jerarquizando el saber experto validado científicamente. Prácticas fragmentadas a través de distribuciones de tareas según saberes disciplinares,

separando el pensar del hacer, que detenta con la posibilidad de un abordaje integral.

Persiste en el control de salud una «forma de organización del trabajo colectivo en salud en el que se identifican la fragmentación del proceso de cuidar; la separación entre diseño y ejecución; la estandarización de tareas distribuidas entre los diferentes actores, por lo que el cuidador es responsable del cumplimiento de la tarea, alejándolo de la comprensión y el control del proceso; la jerarquización de las actividades con la asignación de valores diferentes a la remuneración de la fuerza laboral (PIRES, 2009).

La fragmentación de las prácticas, que se materializan en pesar, medir, registrar de forma automatizada, separando el hacer del pensar, perdiendo de vista la singularidad e integralidad de cada caso están sustentadas en una organización institucional basada en la administración tradicional de la época de la revolución industrial del siglo XIX, en la que la finalidad era la producción en cadena de productos y una mecanización de los procesos y de los trabajadores (CHIAVENATO, 2006). Esta se trasladó y aún se mantiene en la gestión de los servicios de salud.

En la administración tradicional persiste una organización fuertemente arraigada que debe ir transformándose y ampliándose hacia una gestión como práctica social, técnica y arte, la que sintoniza con el tan anhelado cambio de modelo de atención en salud con abordaje integral en todas sus dimensiones.

La categoría vinculada a pobreza emerge fuertemente de las entrevistas discursivas, en vínculo con el cuidado que asume fundamentalmente la mujer, la que transita su día a día con una sobrecarga de vulnerabilidades de género en contextos de pobreza y fragmentación social.

En cuanto a las características de la población, emerge fuertemente la pobreza vinculada con vivir en asentamientos irregulares, determinando carencias en cuanto a necesidades básicas de vivienda, alimentación, abrigo, a las que se suman las del proceso de fragmentación social por la debilidad de las relaciones sociales e institucionales de estas familias. En esta población se visualiza la privación de libertad que involucra muchas veces a la familia como una consecuencia de esa fragmentación, como refiere el grupo interdisciplinario de estudios psicosociales GIEP (2009). Esto coincide con el proceso de infantilización de la pobreza existente en Uruguay de forma sostenida desde hace algunos años. La estimación de pobreza que realizó el INE de Uruguay para 2022 reveló que la pobreza sigue afectando con mayor prevalencia a niños, niñas y adolescentes, con una incidencia mayor para el tramo de

menores de 6 años, que asciende a un 19,7 %.

La infantilización de la pobreza y los factores socioculturales que afectan el desarrollo de NN, generan una brecha de desigualdad presente y futura, afirma GIEP, tanto en el desarrollo psicomotor afectando a más del 50 % de NN pobres, tres veces más que los niños de otros sectores. También afectando el desarrollo emocional, con trastornos disruptivos que interfieren en su desarrollo y socialización (2009, p. 30).

Por otra parte, el Grupo Interdisciplinario de estudios psicosociales afirma que

la pobreza económica en Uruguay, por la fragilidad en la dimensión relacional y de vínculos institucionales, vuelve a estas familias vulnerables a la fragmentación social. Las que sufren muchas veces de desorganización familiar y debilitamiento de la figura paterna, con mala calidad de vínculos de pareja y el mal clima familiar, junto con la ausencia de soporte social, que afectan el desarrollo infantil en las familias pobres (2009, p. 22).

Leal (2007 *apud* GIEP, 2009): “Aumento de la desconfianza pública... los individuos tienen miedo al otro, a la pobreza y al diferente... rechazan tener como vecinos o integrantes de su familia a diversos grupos de personas: los que viven en asentamientos...” (p. 23).

Y la privación de libertad de madres o padres de esos NN por la participación en el sector “criminal” se constituye en otra característica de la fragmentación social que afecta a familias pobres en Uruguay. Queda por valorar el impacto en el crecimiento y desarrollo de NN ante las ausencias de las figuras materna o paterna, junto a todo lo que conlleva ese cambio en la estructura y funcionalidad familiar (GIEP, 2009).

En cuanto a la valoración sobre las redes familiares, en los casos más extremos de privación de libertad y consumo problemático de sustancias es cuando se evidencia el soporte familiar que se hace cargo de la crianza de niñas y niños, que es siempre una mujer, por lo general, la abuela materna. Se identifica, además, que las mujeres madres en algunas situaciones encuentran apoyo para la crianza a través de redes intersectoriales, fundamentalmente a través de políticas públicas como Uruguay Crece Contigo y Centro de Atención a la Infancia y a la Familia.

En cuanto a la dimensión sobre la familia en las respuestas, esta se reduce a la mujer madre como la referente principal de la crianza, con el apoyo de su propia madre para el cuidado infantil, sobre todo en situaciones extremas de consumo problemático o privación de libertad. Se hace énfasis en el control de salud, sobre todo en la valoración y seguimiento del crecimiento del niño o la niña: se promocionan

cuidados sobre las necesidades básicas, fundamentalmente sobre la alimentación y la vacunación, en forma imperativa, mediante la transmisión de un saber científico que es casi incuestionable. La entrevista clínica está sustentada en preguntas estructuradas y semiestructuradas enfocadas al crecimiento y desarrollo del niño o la niña, y en algunos casos sobre la salud psicoemocional, social y económica de la mujer, la que se amplía a la familia en casos de alto riesgo. El abordaje familiar en el control de salud a niños y niñas no se constituye en un eje estructurante. El control que realiza el personal de salud posiciona a la mujer como la principal responsable de la crianza de NN, reforzando los roles tradicionales de género, lo que lo vuelve un abordaje poco habilitador para la perspectiva de derechos y de género, perspectiva que, por la legitimidad social que tiene el discurso del personal de salud, sobre todo del personal médico, refuerza prácticas de crianza que aumentan la brecha de desigualdad entre los géneros.

El cuidado infantil desde la perspectiva de género es una dimensión que no surgió en la revisión integrativa realizada, ya que estuvo invisibilizada, tanto para la investigadora como para el personal de salud, aun cuando la atención en el control de salud está fuertemente feminizada, con trabajadoras con múltiples roles, que tienen la doble carga de trabajo y son vulneradas en sus derechos por esa construcción social de género. El modelo biomédico también penetra ahí. Con el enfoque familista, refuerza las desigualdades para mantener la reproducción social en manos de quienes sostienen un embarazo y amamantan en la esfera de lo privado, de lo gratuito e invisible para el sistema socioeconómico que se alimenta del modelo biomédico.

En el control, el personal de salud posiciona a la mujer como la principal responsable de la crianza de NN, reforzando los roles tradicionales de género, lo que lo vuelve un abordaje poco habilitador para la perspectiva de derechos.

Perspectiva que se vuelve un desafío para ser transformada, ya que por la legitimidad social que tiene el discurso del personal de salud, en especial el del médico, está reforzando prácticas de crianza que aumentan la brecha de desigualdad entre los géneros.

La interacción comunicacional es una dimensión central en el proceso de trabajo en salud que está determinada por el factor tiempo y la organización de las instituciones. Hay un dominio de un estilo comunicacional de tipo unidireccional, jerárquico e imperativo, con una población usuaria que fundamentalmente no

cuestiona y acepta pasivamente las sugerencias del saber experto. Está ausente el proceso de toma de decisiones conjuntas en cuanto al proyecto terapéutico para niño o niña, al igual que la escucha como una habilidad comunicacional que atraviese el control de salud, la cual es central para construir vínculos. Por otro lado, se visualizan potencialidades a través de algunos relatos para la escucha, una comunicación bidireccional y empática. Tipo de entrevistas que muestran cómo se viene dando una la transición del modelo biomédico de la salud al modelo integral, aún incipiente pero alentador.

Una de las potencialidades es la contribución que el control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años viene realizando a la morbimortalidad infantil, con este modelo de atención en salud, haciendo foco en el control del crecimiento, su evolución, así como en la promoción de salud sobre lactancia materna y alimentación adecuada a la edad, el mantenimiento del esquema de vacunación vigente, y el desarrollo de un seguimiento de tipo fiscalizador. Todo esto en articulación con políticas públicas territoriales como Caif y UCC, a través de la derivación y la coordinación. Estas se constituyen en potencia, ya que amplían y desbordan el modelo biomédico, mostrando la transición hacia el enfoque integral. Las prácticas de control del crecimiento junto al registro continuado constituyen un elemento base para un abordaje integral de niños y niñas (CASTAÑO CASTRILLÓN; VILLEGAS ARENAS, 2012), el que considero necesario pero insuficiente para una perspectiva integral. Aun con ese modelo de atención, el control de salud viene colaborando con la disminución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años en el país: para el período 1970-1974 era de 49,32 por mil niños/as nacidos vivos (MACIO & DAMONTE s/f); desde el año 2000 ha oscilado entre 16,5-17,3, en 2003 (MS, 2021), alcanzando en el año 2021 una tasa de 7,5 de mortalidad en menores de cinco años por cada mil nacidos vivos (MS, 2021).

Una de las potencialidades ha sido la valoración y consideración de la dimensión social de las familias, la que es considerada por el PS como una determinante para el crecimiento y desarrollo de niñas y niños. Esto muestra una mirada que se amplía para la dimensión social de esos niños y niñas, que en estos casos está determinada por contextos de pobreza, lo que coincide con el proceso de infantilización de la pobreza existente en Uruguay de forma sostenida desde hace algunos años. La estimación de pobreza que realizó el INE de Uruguay para 2022 reveló que la pobreza sigue afectando con mayor prevalencia a niños, niñas y

adolescentes, con una incidencia mayor para el tramo de menores de 6 años, ascendiendo a un 19,7 %. Esto convierte a Uruguay en un caso extremo en la región de América Latina por la inequidad entre grupos de edad en cuanto a pobreza, con una alta incidencia en niñez y adolescencia, y un abordaje estandarizado por grupo etario que no prioriza la atención de la singularidad (DE ARMAS, 2017).

Asimismo, sus prácticas de recepción y de acompañamiento evidencian acciones con predominio de tecnologías leves (acogimiento, escucha, vínculo), que muestran la posibilidad de autogobierno que tiene el PS y posibilitan la ampliación de ese modelo a un abordaje integral de las singularidades, aportando a la construcción de los sujetos. Estas prácticas son instituyentes como potencia para transitar la transformación del modelo de atención en salud dominante.

En cuanto a los hallazgos se recomienda desarrollar investigaciones que recojan las RS de las familias, mujeres y NN sobre el control de salud, para poder ampliar el conocimiento sobre el fenómeno. Producir conocimiento sobre las prácticas del PS sobre su proceso de trabajo implica reflexionar sobre lo que se hace, cómo se hace, para qué y para quiénes se hace. Proceso que permite repensar el quehacer cotidiano en los servicios de salud, la propia práctica, para poder reinventarla y ampliarla hacia un enfoque integral.

Los hallazgos señalan la necesidad de programas formativos y de capacitación para el personal de salud en torno a habilidades comunicacionales, perspectiva de género, perspectiva de derechos, abordaje psicosocial e integral de la infancia, considerando la infantilización de la pobreza atravesada por la fragmentación social como determinantes en el crecimiento y desarrollo de niños y niñas. También es preciso desarrollar encuentros del personal de salud para intercambiar sobre sus prácticas, dialogar sobre sus saberes, sus experiencias, propiciando que confluyan conversaciones que permitan desbordar el modelo biomédico, ampliarlo a lo social, familiar desde una perspectiva de derechos.

Se recomienda repensar la gestión y organización de los servicios PNA para que esta se convierta en facilitadora del modelo de atención integral, que tenga como centro las necesidades de salud de la población y que propicie condiciones y medio ambiente de trabajo que promuevan el trabajo colectivo, creativo considerando a los trabajadores y las trabajadoras como seres sentipensantes.

El propósito de esta investigación fue comprender las RS sobre el control de

salud a NN de 0 a 3 años desde la perspectiva del personal del PNA, el que no fue posible alcanzar dado el limitado tiempo que se dispuso para la etapa de análisis. De todas formas, se realizó un proceso investigativo sistemático y consistente, en sintonía con el enfoque procesual de la TRS, que permitió acceder a categorías de análisis que se aproximan a representaciones del PS sobre el control.

Se logró comprender representaciones del PS sobre el proceso de atención que realizan con prácticas con fuerte arraigo en el modelo biomédico, con predominio de acciones de prevención por sobre las de promoción de salud, con un abordaje estandarizado por grupo etario que no prioriza la atención de la singularidad. Prácticas fragmentadas a través de distribuciones de tareas según saberes disciplinares, separando el pensar del hacer, que detenta con la posibilidad de un abordaje integral.

Una de las potencialidades es la contribución que el control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años viene realizando sobre la morbimortalidad infantil, con este modelo de atención en salud, haciendo foco en el control del crecimiento, su evolución, así como la promoción de salud sobre lactancia materna y alimentación adecuada a la edad, el mantenimiento del esquema de vacunación vigente, y desarrollando un seguimiento de tipo fiscalizador.

El control que realiza el personal de salud posiciona a la mujer como la principal responsable de la crianza de NN, refuerza los roles tradicionales de género, lo que lo vuelve un abordaje poco habilitador para la perspectiva de derechos y de género. Perspectiva que, por la legitimidad social que tiene el discurso del personal de salud, sobre todo del personal médico, refuerza prácticas de crianza que aumentan la brecha de desigualdad entre los géneros.

Una de las potencialidades ha sido la valoración y consideración de la dimensión social de las familias, la que es considerada por el PS como una determinante para el crecimiento y desarrollo de niñas y niños, que muestra una mirada que se amplía para la dimensión social, de esos niños y niñas, la que en estos casos está determinada por contextos de pobreza. Esto coincide con el proceso de infantilización de la pobreza existente en Uruguay de forma sostenida desde hace algunos años. La estimación de pobreza que realizó el INE de Uruguay para 2022 reveló que la pobreza sigue afectando con mayor prevalencia a niños, niñas y adolescentes, con una incidencia mayor para el tramo de menores de 6 años, ascendiendo a un 19,7 %, lo que convierte al país en un caso extremo en la región de

América Latina por la inequidad entre grupos de edad en cuanto a pobreza, con una alta incidencia en niñez y adolescencia. Los estudios sobre los determinantes indican que uno de los motivos es la concentración de la reproducción en los sectores más bajos de ingresos (ARMAS, 2017).

La interacción comunicacional es una dimensión central en el proceso de trabajo en salud, la que está determinada por el factor tiempo y la organización de las instituciones. Hay un predominio de un estilo comunicacional de tipo unidireccional, jerárquico e imperativo, con una población usuaria que fundamentalmente no cuestiona y acepta pasivamente las sugerencias. Está ausente el proceso de toma de decisiones conjuntas en cuanto al proyecto terapéutico para el niño o la niña, al igual que la escucha como una habilidad comunicacional central para construir vínculos. Por otro lado, se visualizan potencialidades a través de algunos relatos para la escucha: una comunicación bidireccional y empática, tipo de entrevista que se vincula con la transición del modelo biomédico de la salud al modelo integral.

En cuanto a la valoración sobre las redes familiares, en los casos más extremos de privación de libertad y consumo problemático de sustancias es cuando se evidencia el soporte familiar que se hace cargo de la crianza de niñas y niños, que es siempre una mujer, por lo general la abuela materna. Se identifica además que las mujeres madres encuentran apoyo para la crianza a través de redes intersectoriales, fundamentalmente a través de políticas públicas como Uruguay Crece Contigo y Centro de Atención a la Infancia y a la Familia.

A continuación, desarrollaré algunas recomendaciones que surgen de los hallazgos que emergieron del estudio. En cuanto a la utilización de la TRS como enfoque teórico y metodológico, se sugiere considerar un lapso de tiempo amplio para la etapa de análisis de los datos.

En cuanto a los hallazgos, se recomienda desarrollar investigaciones que recojan las RS de las familias, mujeres y NN sobre el control de salud, para poder ampliar el conocimiento sobre el fenómeno. También se sugiere producir conocimiento sobre las prácticas del PS, sobre su proceso de trabajo. Esto implica reflexionar sobre qué se hace, cómo se hace, para qué y para quiénes se hace; proceso que permite repensar el quehacer cotidiano en los servicios de salud, la propia práctica, para poder reinventarlo y ampliarlo hacia un enfoque integral.

Los hallazgos señalan la necesidad de programas formativos y de capacitación

para el personal de salud en torno a habilidades comunicacionales, perspectiva de género, perspectiva de derechos y el abordaje psicosocial e integral de la infancia, considerando la infantilización de la pobreza como un determinante social de esta población.

Se recomienda repensar la organización de los servicios PNA para que esta se convierta en facilitadora del modelo de atención integral; es decir, que tenga como centro las necesidades de salud de la población y que propicie condiciones y medio ambiente de trabajo que promuevan el trabajo colectivo y el desarrollo de los trabajadores y las trabajadoras como seres sentipensantes.

Referencias

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 59, p. 905-916, 13 maio 2016.
- ARAGÃO, A. DE S. et al. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev. latinoam. enferm.*, v. 21, n. spe, p. 172-179, fev. 2013.
- ARMAS, G. DE. Poner fin a la pobreza infantil en Uruguay: un objetivo posible para la política pública. Primera edición ed. Montevideo, Uruguay: UNICEF Uruguay, 2017.
- ASSE. Manual de Procedimientos del Programa Aduana. Reperfilamiento del Programa Aduana. 2014. Disponível em: <<https://www.asse.com.uy/contenido/Manual-de-Procedimiento-de-Reperfilamiento-Programa-Aduana-7903>>
- BANCHS, M. A. Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. 2000.
- BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 194-199, mar. 2012.
- BARDIN, L. El análisis de contenido. 3° ed. Madrid: Akal, 2002.
- BARRÁN, J. P. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: El poder de curar. Montevideo, Uruguay: EBO, 1992.
- BATTHYÁNY, K. El cuidado infantil en Uruguay y sus implicancias de género. 2010.
- BATTHYÁNY, K.; GENTA, N. Estrategias de cuidado infantil y trabajo en Uruguay: desafíos para la perspectiva de género. 2019.
- BATTHYÁNY, K.; GENTA, N.; PERROTTA, V. La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil. 2014.
- BENELLI, M. L. Procesos locales de construcción del SNIS: organización e integración de efectores públicos de salud del Departamento de Salto, Uruguay, en el período 2010/2015. Uruguay: Universidad de la República, 2017.
- BERRY, N. J. et al. When parents won't vaccinate their children: a qualitative investigation of australian primary care providers' experiences. *BMC pediatrics*, v. 17, n. 1, p. 19, 17 jan. 2017.
- CAMPOS, G. W. DE S. Gestión en salud. Cuadernos del ISCo, 2 abr. 2021.

- CARDANO, M. Manual de pesquisa qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.
- CASTAÑO CASTRILLÓN, J. J.; VILLEGAS ARENAS, O. A. Curvas antropométricas de los niños Controlados en crecimiento y desarrollo en una entidad de salud de primer de nivel en Manizales (Colombia) años 2005 a 2010. Archivos de Medicina (Manizales), v. 12, n. 1, p. 18-30, 30 abr. 2012.
- CHIAVENATO, I. Introducción a la teoría general de la administración. séptima ed. México: mcGraw-Hill Interamericana, 2006.
- COSTA PEREIRA, C. Análise de dados qualitativos aplicados ás representações sociais. 2001.
- COUTINHO, M.; SERAFIM, R.; ARAÚJO, L. A aplicabilidade do desenho-estória com tema no campo da pesquisa. Joao Pessoa: Editora Universitaria, 2011. (Nota técnica).
- CROSA, S. et al. ¿Por qué faltan los niños y niñas menores de tres años al control de salud? Centros de salud y policlínicas del sector público. Montevideo, Uruguay: [s. n.].
- CSE, U. Manual de habilidades comunicacionales para estudiantes de medicina del primer trienio. Uruguay: [s. n.].
- CUEVAS, Y. Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. Cultura y representaciones sociales, 2016.
- DE LEON, C.; GIRONA, A. VINCULOS FAMILIA-SERVICIOS DE SALUD: Creencias y hábitos de las familias en relación a las consultas de salud en la primera infancia. Uruguay: [s. n.].
- DE LEÓN GIORDANO, C.; GIRONA, A. VINCULOS FAMILIA-SERVICIOS DE SALUD: Creencias y hábitos de las familias en relación a las consultas de salud en la primera infancia. Uruguay: RUANDI, 2016.
- DE SOUZA MINAYO, C. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar, 2009.
- DE SOUZA MINAYO, M. C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. [s. l.: s. n.].
- FARIA, H. P. D. Modelo Assistencial E Atenção Básica À Saúde. [s. l.] Coopmed, 2009.
- FAVARO, L. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. REME rev. min. enferm, v. 24, p. e-1277, fev. 2020.
- FLICK, U. Combining methods lack of methodology: discussion of Sotirakipoulou & Breakwell, 1992. (Nota técnica).

- FONSECA-MACHADO, M. DE O. et al. Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Enf. Ref.*, v. ser IV, n. 5, p. 85-92, 30 jun. 2015.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud. 1. ed. [s.l.] De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2023.
- GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. DA S.; SIQUEIRA, V. DE C. A. Atenção ao neonato na Estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. *Cogitare enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 730-737, dez. 2012.
- GIEP. Desarrollo infantil y fragmentación social en el Uruguay actual, 2009.
- GONZÁLEZ, L. P.; LANGONE, D.; SUÁREZ, A. La Enfermería en el Uruguay. Características actuales y perspectivas de desarrollo. p. 45, 2011.
- GORSKI, S. R. Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. 2006.
- GUERRERO, N. et al. Informing physician strategies to overcome language barriers in encounters with pediatric patients. *Patient Education and Counseling*, v. 101, n. 4, p. 653-658, abr. 2018.
- HRDER, M., SODERBÄCK, M., & RANHEIM, A. (2018). Health care professionals' perspective on children's participation in health care situations: encounters in mutuality and alienation. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1555421>
- INMUJERES. Diagnóstico sobre la situación de las mujeres en el departamento de Salto, 2010.
- JODELET, D. Aperçus sur les méthodologies qualitatives, 2003a.
- JODELET, D. Représentations sociales : un domaine en expansion: Em: *Sociologie d'aujourd'hui*. [s.l.] Presses Universitaires de France, 2003b. p. 45-78.
- KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, F. Panorama de la infancia y la familia en Uruguay, 2001. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/250.pdf>>
- LAN, D. Doble jornada laboral e invisibilidad del trabajo de las mujeres. Notas a partir de un caso, 2001.
- LIMA, K. Y. N. DE et al. Visão de mães sobre a humanização no atendimento da criança na atenção primária à saúde. *Cogitare enferm*, v. 18, n. 3, p. 546-551, set. 2013.
- LINO, I. G. T. et al. Desafios para o cuidado às famílias de crianças com deficiência na

- atenção primária à saúde. REME rev. min. enferm, v. 24, p. e1340-e1340, fev. 2020.
- MACCIÓ, G. A.; DAMONTE, A. M. La mortalidad de la niñez y en la adolescencia en el Uruguay, 1996.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. 1998.
- MERHY, E. E. Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones. [s. l.] Editora Rede Unida, 2023.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MIDES. Estadísticas de género 2010. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/900.pdf>>. Acesso em: 11 maio. 2024
- MIRANDA, F. A. N. D.; FUREGATO, A. R. F. Instrumento projetivo para estudos de representações sociais na saúde mental. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 2, n. 1, p. 01-15, 1 fev. 2006.
- MONTEIRO, A. I. et al. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Rev. enferm. UERJ, v. 19, n. 3, p. 426-431, set. 2011.
- MOSCOVICI, S. La psychanalyse, son image et son public. [s. l.] Presses Universitaires de France, 2004.
- MSP. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal cada mil nacidos vivos. Total país. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/tasa-mortalidad-infantil-neonatal-posneonatal-cada-mil-nacidos-vivos-total-pais>>. Acesso em: 28 abr. 2024a.
- MSP. Instructivo Meta 1. Abril 2019-Marzo 2021b.
- MVOT. Informe técnico: Relevamiento de asentamientos irregulares. Primeros resultados de población y viviendas a partir del censo 2011, 2012. Disponível em: <https://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2012/noticias/NO_G241/piai-2011.pdf>. Acesso em: 11 maio. 2024
- NASCIMENTO, Y. C. M. L. et al. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DETECÇÃO PRECOCE PELO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Rev. baiana enferm, v. 32, 2018.
- OBSERVATORIO DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

- URUGUAY. Incidência de la pobreza en niños, niñas y adolescentes. Uruguay, 2021. Disponível em: <<https://www.cdnuruguay.org.uy/wp-content/uploads/2021/05/Pobreza-por-Ingresos-Monetarios-.docx-1.pdf>>
- OCHOA, D. A. R. La salud pública como escenario para el diálogo de saberes. CES Salud Pública, v. 3, n. 1, p. 1-3, 18 maio 2012.
- OPS; OMS. Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault. Washington DC: [s.n.].
- PERERA, M. A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. 2003.
- PIRES, D. Divisão Técnica do Trabalho em Saúde. Institucional. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html>>. Acesso em: 11 maio. 2024.
- PODER LEGISLATIVO. Ley N° 18211. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>>. Acesso em: 29 abr. 2024.
- PORTILLO, D. J. Historia de la medicina estatal en Uruguay. 1995.
- RAMOS, J. F. C. et al. Pesquisa participativa e as estratégias de promoção da saúde integral da criança no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu, Online), v. 22, n. 67, p. 1077-1089, dez. 2018.
- SANTOS, R. O. M. DOS. O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: saúde da família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro. p. 111-111, 2015.
- SANTOS, L. F. et al. Experiências de profissionais de saúde no manejo da violência infantil. Rev. baiana enferm., v. 33, p. e33282-e33282, 2019.
- SGUASSERO, D. Y. et al. Validación clínica de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS: análisis de los resultados antropométricos en niños de 0 a 5 años de la ciudad de Rosario, Argentina. 2008.
- SILVA, A. L. B. S. et al. Abordagem da violência infantil na estratégia saúde da família: fatores intervenientes e estratégias de enfrentamento. Rev. baiana enferm., v. 35, p. e42348-e42348, 2021.
- SILVA, E. M. B.; SILVA, M. J. M.; SILVA, D. M. Perception of health professionals about neonatal palliative care. Rev. bras. enferm, v. 72, n. 6, p. 1707-1714, dez. 2019.
- SILVA JUNIOR, A.; ALVES, C. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Disponível em:

- <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/8459/modelosassistenciaisemsa%c3%bae.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 abr. 2024.
- SILVA, M. E. DE A. et al. Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da família na rede de atenção à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 2, 3, maio 2018.
- SILVA, S. A. et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no psf e dificuldades em romper o modelo flexneriano. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*, v. 1, n. 1, p. 30-39, 2011.
- SOUSA, E. F. R. et al. [Continued care for families of children with chronic diseases: perceptions of Family Health Program teams]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, v. 47, n. 6, p. 1367-1372, dez. 2013.
- TERENZI S. C. et al. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva [en linea]*. 2016, 12(1), 113-123[fecha de Consulta 5 de Febrero de 2025]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73144643009>
- TESTA, M. *Pensar en salud*. 1. ed. [s. l.] De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020.
- TRINCA, W. *Formas lúdicas de investigação em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. [s. l.] Vetor Editora, 2020.
- UNICEF. *Convención sobre los derechos del niño*, 2006.
- URUGUAY. Ley N° 15.903, de 18 de noviembre de 1987. *Rendicion de cuentas y balance de ejecucion presupuestal*. Montevideo: Presidencia de la República, 1987. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/15903-1987>. Acesso em: 05 feb. 2023.
- VISINTIN, C. D. N.; AMBROSIO, F. F. E.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em pesquisas qualitativas sobre imaginários coletivos. *Estilos da Clinica*, v. 28, n. 1, p. 98-114, 30 abr. 2023.
- YAKUWA, M. S. et al. Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros. *Rev. bras. enferm*, v. 68, n. 3, p. 384-390, jun. 2015.
- YOUNG, P. et al. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista médica de Chile*, v. 139, n. 6, p. 807-813, jun. 2011.

Apéndice

A- Instrumentos de recolección de datos.

Pauta de dibujo historia con tema.

Dibuje cómo es el encuentro entre usted, el familiar y el niño/a en el control de salud de 0 a 3 años, aquí en la unidad básica asistencial.

Explique el dibujo que realizó desarrollando una historia con un inicio, un desarrollo y un fin.

Ahora asígnele un título a la historia.

Pauta entrevista discursiva

Título de la Investigación: Representaciones sociales sobre el control de salud a niñas y niños de 0 a 3 años del personal del primer nivel de atención.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Fecha/Género:

Edad:

Raza:

Estado civil:

Profesión:

Ocupación:

Años de antigüedad trabajando en el control a niños y niñas:

Posgrados y/o capacitación en el área:

¿Puedes contarme cómo es la atención que realizas a niños y niñas de 0 a 3 años en el control de salud en el marco del Programa Aduana cotidianamente, aquí en la institución?

¿Cómo es la comunicación que estableces con ese familiar y el niño/a? ¿Y con la familia? ¿Puedes relatar algún ejemplo?

¿Cuáles son los familiares que participan del control de salud con mayor frecuencia?

¿Qué observas de ese familiar?

¿Qué sabes de ese familiar, de esa familia?

¿Valoras diferencias en el cuidado del niño/a según quien sea su principal cuidador?

¿Qué valoras de la familia del niño/a en ese control de salud? ¿Qué te interesa saber?

¿Qué pensás de esas familias?

¿Qué características tiene el familiar de los niños que atendés en el PA aquí en la UBA?

¿Y las características de esos niños/as?

¿Cómo se organizan esas familias para el cuidado de niños/as? ¿Quiénes conforman esa red de cuidado?

En cuanto al tratamiento y cuidados que le ofreces a cada niño/a: ¿cómo

responde el familiar? ¿Quiénes deciden sobre el tratamiento que debe seguir el niño?
¿Ese familiar toma decisiones contigo para definir el tratamiento del niño/a? ¿Y la familia toma decisiones conjuntas contigo sobre esos cuidados?

¿La familia ha tomado decisiones contigo en cuanto al tratamiento o cuidados a niños/as? ¿Puedes relatar algún caso?

¿Qué pensás del Programa Aduana?

¿Cuál es la situación actual del programa?

Formularios de consentimiento informado

Formulario de consentimiento informado para personal de salud para la participación en entrevista.

Título de la investigación: Representaciones sociales del personal de salud sobre el control de salud de niños y niñas de 0 a 3 años en la Red de Atención Primaria de la Administración de los servicios de Salud del Estado del departamento de Salto.

La presente investigación se enmarca en un estudio de posgrado del Doctorado en Ciencias con Énfasis en Enfermería: Prácticas Sociales en Enfermería y Salud, de la Universidad Federal de Pelotas, desarrollado en el marco del convenio DINTER con Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Entendemos que usted, como trabajador/a de la salud que realiza intervenciones con niños y niñas en el marco del Programa Aduana, puede brindarnos información fundamental para indagar acerca de las representaciones sociales sobre el control de salud a niños y niñas.

El valor social de esta investigación radica en la importancia de relevar, a través de una entrevista discursiva, las representaciones sociales que sostienen nuestras prácticas profesionales.

Para ello, se le invita a participar de una entrevista individual, en modalidad presencial, para indagar a través de preguntas sencillas, cuáles son las representaciones que usted tiene sobre el control de salud a niños y niñas con la edad mencionada en el control de salud que realiza en la institución. La totalidad de la reunión durará alrededor de cuarenta minutos y será grabada si usted lo consiente. Y, luego, será analizada con la metodología de análisis de contenido.

Se considera que esta investigación tiene riesgos mínimos para usted. Estos se vinculan estrictamente con la confidencialidad de los datos, por lo que al proceder a su recolección de datos se anonimizará su nombre. Estos datos que posibilitarían su identificación no serán públicos, es decir, se mantendrá el anonimato en el análisis de las respuestas y en la difusión de los resultados. La información recabada se utilizará solamente para esta investigación.

Los beneficios a obtenerse de la investigación no serán beneficios individuales, sino sociales, en tanto permitirán conocer y visibilizar las representaciones sociales acerca del control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años que se asisten en el Primer

Nivel de Atención del subsector público del departamento de Salto.

En caso de que usted no acepte participar o decida retirarse en algún momento del proceso de recolección de datos, podrá hacerlo cuando lo desee, y no tendrá ningún tipo de consecuencia. Luego de finalizada la investigación se escribirá la tesis de doctorado y se elaborará un informe final con los resultados hallados, ambos disponibles para su lectura.

Yo.....acepto
participar en esta investigación.

Se me ha explicado con suficiente profundidad y he podido preguntar lo que consideré necesario acerca de la investigación en la que se me invita a participar. Y se me ha entregado una copia de este documento.

Ante consultas por su participación en esta investigación, contactar a María Leticia Benelli Rodríguez; correo electrónico: lebenro@gmail.com; número de celular: 099954871.

Salto, de..... de 2022.

Firma

Aclaración

Investigadora responsable:

Mag. María Leticia Benelli Rodríguez

Formulario de consentimiento informado para personal de salud para la participación en dibujo-historia con tema.

Título de la investigación: Representaciones sociales del personal de salud sobre el control de salud de niños y niñas de 0 a 3 años en la Red de Atención Primaria de la Administración de los servicios de Salud del Estado del departamento de Salto.

La presente investigación se enmarca en un estudio de posgrado del Doctorado en Ciencias con Énfasis en Enfermería: Prácticas Sociales en Enfermería y Salud, de la Universidad Federal de Pelotas, desarrollado en el marco del convenio DINTER con Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Entendemos que usted, como trabajador/a de la salud que realiza intervenciones con niños y niñas en el marco del Programa Aduana, puede brindarnos información fundamental para indagar acerca de las representaciones sociales sobre el control de salud a niños y niñas.

El valor social de esta investigación radica en la importancia de relevar, a través de un dibujo con su cuento, las representaciones sociales que sostienen nuestras prácticas profesionales.

Para ello, se le invita a participar de un encuentro presencial para realizar en forma individual un dibujo a partir del cual deberá contar una historia en forma oral, al que luego le asignará un título. Encuentro que se estima tendrá una duración de 20 minutos y será grabada si usted lo consiente. Y, luego, será analizada con la metodología de análisis de contenido.

Se considera que esta investigación tiene riesgos mínimos para usted. Esos riesgos se vinculan estrictamente con la confidencialidad de los datos, por lo que al proceder a la recolección de datos se anonimizará su nombre. Estos datos que posibilitarían su identificación no serán públicos, es decir, se mantendrá el anonimato en el análisis de las respuestas y en la difusión de los resultados. La información recabada se utilizará solamente para esta investigación.

Los beneficios a obtenerse de la investigación no serán beneficios individuales, sino sociales, en tanto permitirán conocer y visibilizar las representaciones sociales acerca del control de salud a niños y niñas de 0 a 3 años que se asisten en el Primer Nivel de Atención del subsector público del departamento de Salto.

En caso de que usted no acepte participar o decida retirarse en algún momento del proceso de recolección de datos, podrá hacerlo cuando lo desee, y no tendrá

ningún tipo de consecuencia. Luego de finalizada la investigación se escribirá la tesis de doctorado y se elaborará un informe final con los resultados hallados, ambos disponibles para su lectura.

Yo.....acepto
participar en esta investigación.

Se me ha explicado con suficiente profundidad y he podido preguntar lo que consideré necesario acerca de la investigación en la que se me invita a participar. Y se me ha entregado una copia de este documento.

Ante consultas por su participación en esta investigación contactar a María Leticia Benelli Rodríguez; correo electrónico: lebenro@gmail.com; número de celular: 099954871.

Salto, de.....de 2022.

Firma

Aclaración

Investigadora responsable:

Mag. María Leticia Benelli Rodríguez

Correo electrónico: lebenro@gmail.com/ cel.: 099954871

Anexo

A- Inscripción del protocolo de Ministerio Salud Pública en el registro nacional de investigaciones con seres humanos.

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>Dirección General de la Salud División Evaluación Sanitaria</p> <p>Solicitud de registro/autorización de proyectos de investigación en seres humanos</p>
--	--

Montevideo, 11-10-2022.

Constancia de Solicitud de Registro de Proyecto

El presente documento hace constar que el proyecto: Representaciones sociales del personal de salud sobre la participación de las familias en la atención a niños y niñas, Salto-Uruguay, 2022. fue ingresado el día 11-10-2022, bajo el Nro. 7550304 con los siguientes datos:

Datos del Investigador coordinador del proyecto

Nombre: María Benelli Rodríguez
Documento de identidad: cedula : 32842585
Institución a la cual pertenece: Facultad de Enfermería-Universidad de la República
Función en el proyecto: Investigadora principal
Correo electrónico: lbenelli@fenf.edu.uy
Teléfono de contacto: 099954871

"Esta constancia no implica la aprobación del protocolo registrado ni la autorización para su realización"

B- Aval del protocolo de investigación por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Enfermería de Udelar.



Universidad de la República
Facultad de Enfermería



Montevideo, 20 de octubre de 2022

De: Comité de Ética de la Investigación. Facultad de Enfermería

A: Lic. Mag. Leticia Benelli

Estimada investigadora:

El Comité de Ética ha evaluado el trabajo de investigación “Representaciones sociales del personal de salud sobre la participación de las familias en la atención a niños y niñas, Salto-Uruguay, 2022” por usted presentado. El proyecto ha sido identificado de gran relevancia por la temática que aborda.

Este comité aprueba el proyecto para su implementación. Atentamente.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Inés Umpiérrez', is written over a horizontal line.

Prof. Inés Umpiérrez

Prof. Adj. Claudia Morosi

SEDE CENTRAL: JAIME CIBILS 2810. TEL: (598) 2487-00-50 /2487-00-44 FAX: (598) 2487-00-43 SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Avda. Italia s/n 3er piso TELE-FAX: (598) 2480-78-91/2487-69-67 C.P.: 11600 página web: www.fenf.edu.uy correo electrónico: secretaria@fenf.edu.uy Montevideo-República Oriental del Uruguay