

Negligencia en Niñas, Niños y Adolescentes. Hacia un abordaje desde una perspectiva integral

Por Mariana Herrera y María Eugenia Castellano

Mariana Herrera. Licenciada en Trabajo Social (UBA). Residente de Trabajo Social. Hospital Zonal General de Agudos Simplemente Evita. Región Sanitaria XII. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

María Eugenia Castellano. Licenciada en Trabajo Social (UNLAM). Residente de Trabajo Social. Hospital Zonal General de Agudos Simplemente Evita. Región Sanitaria XII. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

“El derecho a la salud significa reconocer el valor intrínseco e igual de todo ser humano y garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos sin distinción alguna. En cuanto a práctica, se orienta por las necesidades de salud y es parte de la construcción de la ciudadanía social. Expresa una visión del mundo donde el bienestar colectivo, la dignidad y la vida humana son valores básicos”.

Laurell (2019).

Introducción

La siguiente investigación presenta los resultados más destacados del análisis sobre los indicadores que hacen referencia a los determinantes sociales de la salud, los cuales forman parte de las condiciones de vida de lxs niñas, niños y adolescentes (en adelante NNyA) usuarixs del Hospital Zonal General de Agudos¹ Simplemente Evita, ubicado en la Localidad de González Catán (Municipio de La Matanza, provincia de Buenos Aires), con el objetivo de identificar la relación de dichos determinantes sociales con la problemática de negligencia pediátrica.

1 Hospital Zonal es aquel con una capacidad de 150 a 299 camas con un perfil de equipamiento que le permita cubrir las funciones de Pediatría - Obstetricia - Ginecología - Clínica Médica - Clínica Quirúrgica, además de las especialidades que de ellas derivan. Su área de influencia estará determinada por la población de la zona o región sanitaria correspondiente. (...); Hospital General es aquel que se encuentra en condiciones de recibir pacientes con riesgo de sufrir diversos tipos de patología. (...); Hospital de Agudos es aquel destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve, según Decreto 4790/1972. Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires.

(Datos obtenidos en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/18543.html>)

El Hospital Simplemente Evita es un establecimiento hospitalario de tercer nivel de atención (alta complejidad), que se inauguró en febrero de 2003. Está ubicado en la Localidad de González Catán perteneciente al Municipio de La Matanza. Integra la Región I del Municipio de la Matanza y la Región XII del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Cuenta con un total de 163 camas en internación en las áreas de Clínica Médica (40), Ortopedia y Traumatología (20), Cirugía (20), Ginecología (10), Obstetricia (22), Pediatría (12), Terapia Intensiva (12), Neurocirugía (6), Cuidados Intensivos Neonatales (12), Guardia de Adultxs (6) y Guardia de Pediatría (9). Cuenta con consultorios de las especialidades de Cardiología, Cirugía General, Cirugía Torácica, Neurología, Clínica Médica, Neurocirugía, Dermatología, Diabetología, Pediatría, Dermatología Pediátrica, Neonatología, Infectología, Patología Mamaria, Nefrología, Oftalmología, Oncología, Traumatología y Ortopedia, Patología Cervical, Proctología, Urología, Ginecología, Obstetricia de Alto Riesgo, Diagnósticos por Imágenes, Laboratorio - Bioquímica, Farmacia, Hemoterapia, Vacunatorio, Kinesiólogía, Salud Mental (Psicología, Psiquiatría), Servicio Social, Consultorio de Salud Sexual, Consultorio Interdisciplinario de IVE/ ILE y Consultorio Interdisciplinario de Diversidad.

El Hospital cuenta con un equipo interdisciplinario de Estimulación Temprana (C.E.A.T. N°1), dependiente de la Dirección General de Cultura y Educación de Provincia de Buenos Aires. Además, forma parte del Programa Provincial de Trasplante de Órganos.

Según el Censo 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), el partido de La Matanza posee una población de 1.775.816 habitantes. Si bien actualmente no poseemos la actualización del censo, se estableció una proyección del 25% en el crecimiento poblacional.

Gran parte de las personas que asisten al Hospital presenta características poblacionales que se relacionan a condiciones de pobreza, siendo en su mayoría pertenecientes a la clase trabajadora, con empleos precarios y jornadas laborales extendidas. Se caracterizan por realizar “changas” como principal fuente laboral. Asimismo, identificamos población cuyo medio de subsistencia proviene de la mendicidad.

En relación a las viviendas, las mismas pueden ubicarse ya sea en barrios con varios años de antigüedad así como también ubicadas en asentamientos recientemente conformados con falta de acceso a agua potable y de red, a cloacas, calles de tierra, con utilización de gas de garrafa o de combustión. Cabe mencionar que las viviendas se encuentran ubicadas linderas al Río Matanza. La oferta de instituciones educativas en la zona es variada, sin embargo nos encontramos con niños con asistencia irregular o sin escolaridad.

Las personas que se presentan al Servicio Social por demanda espontánea forman parte de la población que circula a diario por el Hospital; se caracteriza por atravesar problemas estructurales que hacen a sus condiciones de vida situadas en el límite de la sobrevivencia y cuyas estrategias se complejizan aún más ante la desprotección, la vulneración de derechos y las desigualdades socioeconómicas que manifiestan. Son familias con dificultades en la organización social de los cuidados, con escasa red sociofamiliar de contención, con diferentes concepciones del Proceso de Salud Enfermedad Atención Cuidados (en adelante PSEAC), atravesadas por múltiples problemáticas sociales, con dificultades en el acceso a servicios básicos, con escasos recursos simbólicos, entre otros.

Este escenario -que se presenta complejo- requiere de un abordaje integral de las personas, entendiendo la salud como un proceso que se construye, que es dinámico, complejo y colectivo. Desde nuestra práctica profesional tenemos el desafío de trabajar en pos de generar accesibilidad de

las personas al Hospital desde una mirada integral y desde la promoción y prevención de la salud, facilitando el acceso de las personas, de su propio saber a los recursos disponibles y al poder de decisión para acceder a una atención integral y articular con otros organismos para la garantía y el ejercicio de los derechos a la salud integral.

En el transcurso del primer año de la Residencia en Trabajo Social en el Hospital Simplemente Evita, nuestra inserción y rotación transcurrió en los Servicios de Pediatría (Guardia e Internación) y Terapia Neonatal. Durante dicho proceso, mediante las intervenciones llevadas a cabo desde el Servicio Social y al entrevistar a los Equipos de Salud de las áreas de Neonatología, Pediatría y Ginecología - Obstetricia y a lxs usuarixs de los servicios mencionados, arribamos a un diagnóstico situacional vinculado a la Negligencia Pediátrica.

Nos encontramos con niñxs recién nacidxs internadx en Ginecología - Obstetricia junto a sus madres, quienes se retiran del Hospital sin el alta médica y por consecuencia, sin las indicaciones y orientaciones médicas de Neonatología correspondientes al momento del egreso. Por otro lado, en el área de Pediatría nos encontramos con niñxs que no cuentan con las consultas pediátricas de “niñx sanx” periódicas desde el egreso del Hospital al momento de su nacimiento y calendarios de vacunación incompletos correspondientes a la edad, así como también escolaridad con asistencia irregular.

En relación a la accesibilidad a la atención de la salud, más allá de las dificultades estructurales nos encontramos con otras dificultades propias de lxs usuarixs del Hospital, como pueden ser el acceso territorial a la institución, dificultades económicas que implican el gasto en boletos para transporte o la pérdida de un día de trabajo/changa para solicitar un turno o concurrir a la consulta, familias numerosas con niñxs pequeñxs, dificultades en la organización familiar de los cuidados de niñxs, escasa red de contención y colaboración familiar, diferentes concepciones del proceso de salud enfermedad atención y cuidados, consideración de atención por guardia como atención integral de la salud, recursos simbólicos escasos, dificultades en el acceso a la educación, violencia de género y familias atravesadas por múltiples problemáticas sociales; es decir, familias en su mayoría numerosas con niñxs pequeñxs en condiciones de vida que pueden ser favorecedoras de enfermedades, que reproducen su vida en el límite de la sobrevivencia y cuyas estrategias se complejizan aún más ante situaciones de enfermedad. Todo ello, entendemos, influye en la Negligencia Pediátrica.

Ante la visualización de la problemática de Negligencia Pediátrica surgió nuestro interés en investigar la relación con los determinantes sociales que se manifiestan en las condiciones de vida de NNyA usuarixs del Hospital.

El interrogante que guía nuestra investigación es:

¿Cómo se vinculan los determinantes sociales de la salud en la problemática de negligencia pediátrica de NnyA usuarixs del HZGA Simplemente Evita?

Los objetivos de la investigación desarrollada son:

Objetivo General

Analizar la relación de los determinantes sociales de la salud y el acceso a la atención de la salud de NNyA y sus familias usuarixs del HZGA Simplemente Evita.

Objetivos Específicos

1. Conocer el acceso a las consultas pediátricas de NNyA usuarixs del HZGA Simplemente Evita.
2. Indagar el acceso a las consultas prenatales de lxs usuarixs del HZGA Simplemente Evita.
3. Conocer el acceso a las vacunas de NNyA según el calendario nacional de vacunación.
4. Analizar las condiciones de vida de NNyA y sus familias usuarixs del HZGA Simplemente Evita.

El presente trabajo de investigación está basado en el método de análisis cualitativo. Uno de los motivos para elegir el diseño cualitativo tuvo que ver con la naturaleza y complejidad del problema de investigación (Strauss y Corbin, 2002), por lo que consideramos pertinente dicha elección ya que nos permite explorar y problematizar diversos aspectos que hacen a las condiciones de vida de lxs usuarixs del Hospital Simplemente Evita en relación al diagnóstico al que arribamos de negligencia pediátrica. Para ello utilizamos entrevistas semiestructuradas. Entendemos que la flexibilidad del instrumento posibilitó captar lo emergente, identificar aquellas ideas y supuestos que subyacen en los relatos, así como los distintos modos de (re)significar las prácticas de cuidado de la población usuaria y las condiciones de vida de aquella población. Para llevar a cabo los objetivos propuestos realizamos 125 entrevistas a usuarixs internadxs en el área de Gineco Obstetricia y 28 entrevistas a referentes acompañantes de NNyA internadxs en el área de Pediatría, en el período mayo - agosto de 2022.

A continuación se presentan los resultados más destacados del análisis de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud que hacen a las condiciones de vida de lxs NNyA y sus familias usuarixs del HZGA Simplemente Evita, buscando identificar la influencia de dichos determinantes en la problemática de negligencia pediátrica, con el fin de sustentar la importancia de llevar a cabo estrategias de intervención situadas y contextualizadas para comprender e intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados desde una perspectiva integral. La investigación se presentará en los siguientes apartados:

- Territorio: Un acceso diferente y desigual al sistema de salud
- La Negligencia Pediátrica como expresión de los determinantes sociales de la salud

Territorio: un acceso diferente y desigual al sistema de salud

Partimos de considerar a la salud y enfermedad como un proceso dialéctico y complejo determinado por los modos de reproducción social de un grupo poblacional. Las diferentes poblaciones desarrollan su reproducción social según las clases sociales, relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interface de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos, característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada una (Breilh 2010; 87). Aquí se ponen en juego las representaciones sociales y las construcciones simbólicas para comprender el PSEAC de los diversos grupos usuarixs.

Menéndez define el PSEA como:

“un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran (...) la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento (...), se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso s/e/a” (1994:71).

En ese sentido, el autor define a dicho proceso como un concepto que adquiere determinado significado dependiendo del momento histórico, social y cultural en el que se encuentra cada grupo social, atravesado a su vez por las políticas públicas que implementa cada Estado. Es decir que como cada sociedad define el PSEA, va a determinar cómo las personas vivan la salud, enfermen y atiendan sus necesidades. Incorporando el concepto de cuidados al análisis, tomamos los aportes de lxs autores Daly y Lewis, que lo definen como “las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo.” (citado por Esquivel, Faur y Jelin, 2012: 17).

Siguiendo a Ana Fucks (2021), la enfermedad y la salud son construcciones sociales que tienen muchos significados. Tomar en cuenta lo que significa el PSEAC para lxs otrxs es propiciar el encuentro para que ocurra la *interculturalidad*², es decir, se construye en el encuentro de producción de salud compartida. Entendemos que los modos de vida de las poblaciones son dinámicos e históricos y los padecimientos, como las respuestas sociales a los mismos, son hechos cotidianos y constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social. Toda sociedad genera sentidos y prácticas y estructura un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

Respecto a la accesibilidad al sistema de salud, es entendida como un problema de la oferta de servicios de salud hacia la población y que se solucionaría si se trabajara con las diversas barreras (territoriales, económicas, administrativas y culturales) que presentan lxs usuarixs para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, Stolkiner y Otros (2000) plantean que el problema de definir a la accesibilidad de esta forma es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Es decir que si se entiende que se trata de un problema solo de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no serían necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad.

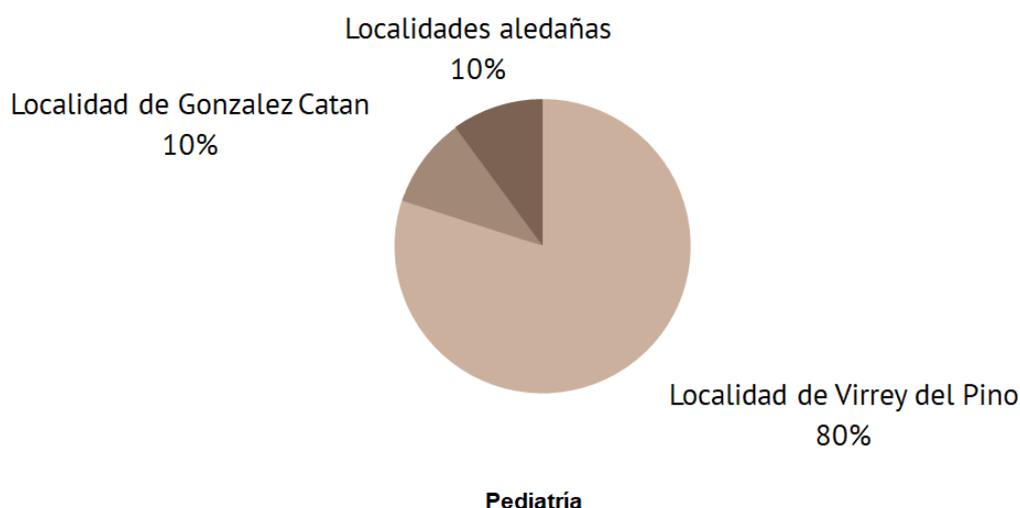
Siguiendo con la autora, es necesario considerar el concepto en su complejidad, al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, siendo ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso a la hora de hacer ejercicio de un derecho. Por tanto, las prácticas y representaciones que portan tanto lxs usuarixs de un servicio como la población que no accede a los mismos y lxs trabajadores de salud, pueden operar tanto como barreras o como facilitadores de acceso.

2 Interculturalidad: tomamos los aportes de María Adelaida Colangelo sobre interculturalidad, que busca recuperar su carácter crítico: “la interculturalidad debe procurar entender las diferentes prácticas y concepciones sobre la crianza infantil en el marco de las relaciones conflictivas y contradictorias que derivan de la presencia de múltiples construcciones culturales en el marco de las sociedades de clases”. (2005, p. 8)

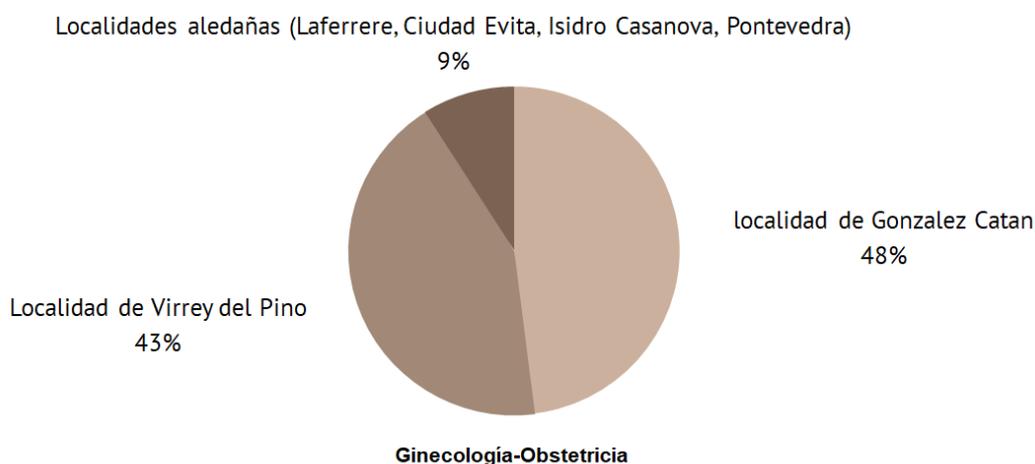
En ese sentido resulta fundamental tener en cuenta el análisis de las características territoriales que presentan lxs usuarixs, dado que el territorio es una construcción social en la que se juegan intereses distintos, con percepciones, valoraciones y actitudes territoriales diferentes que generan relaciones de complementación, de cooperación y de conflicto donde los sujetos generan sentido de pertenencia e identidad al igual que el ejercicio de la ciudadanía y de acción ciudadana (Montañez, 1998). Es decir, abordar el concepto de territorio nos permite comprender las desigualdades que vivencian lxs usuarixs del Hospital en los accesos y en los PSEAC y las diversas estrategias que implementan considerando las particularidades territoriales que lxs atraviesan.

Teniendo en cuenta lo precedente, de las entrevistas que se llevaron a cabo se observa que lxs usuarixs del HZGA Simplemente Evita (ubicado en una localidad del partido de La Matanza) presentan características poblacionales que se relacionan con condiciones de pobreza, siendo en su mayoría de clase trabajadora, con empleos precarios y jornadas laborales extendidas, observándose diversas barreras de acceso que se encuentran interrelacionadas, tales como las barreras geográficas, la distancia y la escasa oferta de transporte público para llegar al Hospital; las barreras socioeconómicas que vivencian lxs usuarixs, dificultades en la organización familiar de los cuidados de niñxs, escasa red de contención y colaboración familiar, recursos simbólicos escasos, dificultades en el acceso a la educación, violencia de género y familias atravesadas por múltiples problemáticas sociales. Es decir, distintos anclajes estructurales (como clase, género, etc.) generan posibilidades diferenciales de acceso a los servicios de salud que brinda el Hospital, dando cuenta cómo se expresan los determinantes sociales del PSEAC que presentan lxs usuarixs, que priorizan la subsistencia y reproducción de su vida diaria motivando un deterioro de la salud integral de lxs NNyA y sus familias.

Así se puede visualizar que el Hospital se presenta como una institución de referencia para la población de las localidades que se encuentran aledañas, puesto que de las entrevistas semiestructuradas realizadas en el área de internación de Pediatría se desprende que del total de niñxs cursando internación, el 80% proceden de la localidad de Virrey del Pino, mientras que el 10% restante proviene de la localidad de González Catán.



Así mismo, del total de las entrevistas semiestructuradas realizadas en el área de internación de Gineco Obstetricia se observa que, respecto a la zona de procedencia de lxs usuarixs que tienen acceso al Hospital, el 48% proviene de la localidad de González Catán mientras que el 43% proviene de la localidad de Virrey del Pino (de los kilómetros 47, 41, 36, 35, 38 de la Ruta Nacional N° 3); siendo el 9% restante de diversas localidades aledañas al nosocomio tales como Gregorio de Laferrere, Isidro Casanova, Ciudad Evita y Pontevedra. Cabe aclarar que la atención obstétrica del HZGA Simplemente Evita se brinda a usuarixs que estén cursando el último trimestre de gestación o quienes se encuentran cursando un embarazo de riesgo. De las entrevistas realizadas, el 70% de lxs usuarixs que refieren haber recibido atención obstétrica durante el primer y segundo trimestre de gestación (mencionando laboratorios o ecografías, no un control continuo en tiempo y forma), lo llevaron a cabo en las unidades sanitarias cercanas a sus domicilios, tales como Sala Oro Verde, Sala Los Ceibos, Sala Nicole, Sala Los Álamos, Sala Talita, Sala Sakamoto, Sala San Pedro, Sala La Foresta y Sala el Sol.



Identificamos que la manera en cómo lxs usuarixs vivan la salud, enfermen y atiendan sus necesidades, va a depender en buena medida de las condiciones de vida y de trabajo que presentan y que se encuentran ligadas al territorio y escenario donde despliegan su hacer cotidiano. De esta manera, la inclusión de lxs usuarixs en los procesos de intervención requiere tener en cuenta las diversas posiciones que presentan en el escenario social, el acceso -o no- a los recursos para resolver las necesidades de las familias, la comprensión que lxs usuarixs tienen sobre su propia vida cotidiana en la que su historia de vida y el acceso a bienes y servicios será fundamental en esa comprensión. La complejidad y dinamismo que presenta este escenario plantea también al equipo de salud el desafío de partir de un abordaje integral que implique escuchar, analizar e implementar diversas estrategias de intervención articuladas en la singularidad de cada situación, con el desafío que presenta problematizar algunas cuestiones arraigadas tales como las formas de cuidar y de cuidarse, tanto en las familias como en NNyA usuarixs del Hospital.

La negligencia pediátrica como expresión de los determinantes sociales de la salud

En relación al derecho a la salud, Breilh (2010) plantea que éste va más allá del derecho a los

bienes para una atención de la salud adecuada, y que este derecho se vincula a otros derechos del “*buen vivir*”. El autor define a la salud como

“un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud - (no) - reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (P. 113, citado del Art. 32 de la constitución de Ecuador).

Esta investigación arroja que en las áreas de Pediatría y Neonatología del Hospital podemos identificar que las determinaciones sociales de la salud se expresan en las problemáticas de salud complejas (desde una perspectiva integral) que vivencian lxs NNyA usuarixs y sus familias.

Algunos de los diagnósticos frecuentes en los que interviene el equipo de salud interdisciplinario son: miasis, escabiosis, caídas de altura, otros diagnósticos que requieran ser tratados con dietas específicas, bebés con bajo peso y niñxs con escasa o falta de higiene. Estos diagnósticos clínicos se encuadran en el diagnóstico social de “negligencia pediátrica”. Como menciona Menendez (2019), desde el ámbito de la salud pública desarrollamos intervenciones “sobre conjuntos sociales que presentan notables desigualdades socioeconómicas, así como conflictos de intereses frecuentemente incompatibles.” (P. 47). Las situaciones de salud individuales y comunitarias que transitan lxs NNyA usuarixs del Hospital se encuentran fuertemente atravesadas por las desigualdades socioeconómicas, tal como lo expresa el autor. De esta manera, las condiciones de vida de las familias afectan significativamente la salud integral de lxs NNyA usuarixs del Hospital, quienes por la falta de acceso a los recursos por las condiciones sociales y el insuficiente alcance de las políticas públicas y sociales, vivencian situaciones de salud que afectan su crecimiento y desarrollo.

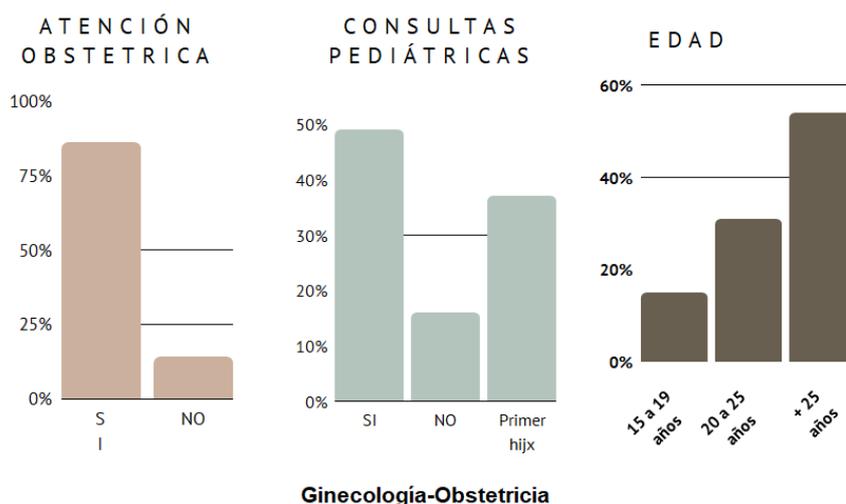
Según la información obtenida de las entrevistas semiestructuradas realizadas en las áreas de Pediatría y de Gineco Obstetricia, podemos identificar diferentes datos cuantitativos que se vinculan con los determinantes sociales de la salud y que influyen en la accesibilidad a la atención de la salud integral, así como también información cualitativa que recabamos durante las entrevistas y en las intervenciones que venimos realizando en las áreas mencionadas.

De las 125 entrevistas realizadas en el área de Gineco-Obstetricia, el 15% de lxs usuarixs tiene entre 15 y 19 años, el 31% tiene entre 20 y 24 años y el 54% restante tiene más de 25 años. Distinguimos a la edad de lxs usuarixs puérperas como un factor importante a la hora de analizar los determinantes sociales y las condiciones de vida de lxs niñxs recién nacidxs que transitarán las áreas del Hospital, siendo que lxs jóvenes que se encuentran en etapa de adolescencia se identifican como un factor de riesgo en el que resulta sumamente importante la red socio familiar para el acompañamiento en la crianza y los cuidados de lxs niñxs.

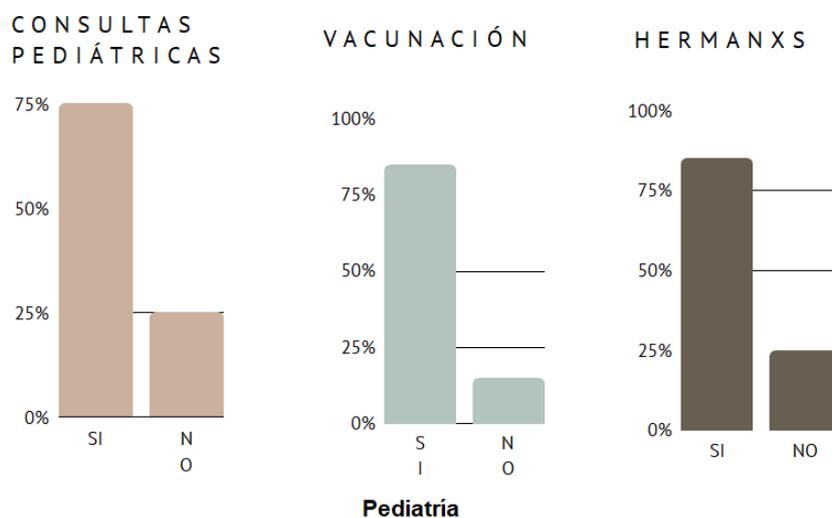
De las 125 usuarixs entrevistadxs, el 14% refirió no haber accedido a la atención obstétrica y el 86% manifestó haber accedido a la misma. De estxs últimxs, el 18% recibió atención de manera privada. Asimismo, de lxs 125 usuarixs, el 37% se encontraba en internación con su primer hijx

recién nacidx, el 2% se encontraba internadx cursando su primer embarazo y el 61% de lxs usuarixs tenían 2 o más hijxs (hasta 8).

En relación al acceso a consultas pediátricas de sus otrxs hijxs, de lxs 125 entrevistadxs que tienen hijxs en edad pediátrica, el 16% refirió no haber realizado las consultas pediátricas correspondientes a la edad y el 49% dijo haber llevado a sus hijxs a consulta, ya sea a efectores públicos (salas de salud, hospitales) o privados.



De las entrevistas semiestructuradas realizadas en el área de internación de Pediatría se desprende que, de lxs 28 niñxs cursando internación, el 39% tiene entre 1 y 11 meses de edad, el 22% tiene entre 1 y 2 años, el 14% tiene entre 3 y 4 años y el 25% entre 8 y 12 años. Lxs referentes acompañantes han expresado que el 75% ha accedido a las consultas pediátricas y el 25% no ha accedido a la atención pediátrica. En relación al calendario de vacunación, el 85% de lxs niñxs poseía todas las vacunas correspondientes a la edad y el 15% contaba con vacunas incompletas. Por otro lado, el 25% de lxs niñxs no tiene hermanxs y el 75% tiene entre 1 y 5 hermanxs. Por último, todxs lxs niñxs en edad escolar se encontraban escolarizados.



Durante las entrevistas surgieron distintos motivos y problemáticas vinculadas que llevan a que las familias no logren acceder a la atención de la salud de lxs NNyA, relacionadas con las condiciones de vida y las características de lxs usuarixs del Hospital; problemáticas tales como: pobreza estructural, changas y mendicidad como medios de subsistencia, familias en situación de calle, familias numerosas, escasa red socio familiar de contención, consumo problemático de sustancias, violencia de género, feminización de los cuidados (tomado de “Criterios de vulnerabilidad”, Servicio Social, S/F), así como también situaciones propias del sistema de salud que promueven la distancia entre usuarixs y efectores de salud y las diferentes concepciones de salud, enfermedad, atención y cuidados.

En relación al concepto de Negligencia Pediátrica, esta especificidad varía, ya que dentro de la negligencia encontramos distintos tipos de manifestación, entendiéndolo que es un tipo de maltrato en las infancias y que “se vincula con las serias dificultades que manifiestan los responsables del cuidado y la crianza de un niño a la hora de responder a las necesidades vinculadas con la alimentación, higiene, vestimenta, atención y promoción de la salud. Es decir, todas aquellas que garantizan su crecimiento y desarrollo integral.” (Garrote, 2018, P.23). La ausencia de vacunas o esquemas incompletos y la ausencia de consultas pediátricas periódicas son un tipo de maltrato por negligencia.

Reflexiones finales

A partir de la información referida por lxs usuarixs y del relato que surge en el total de las entrevistas semiestructuradas realizadas, llegamos a la conclusión que si bien es significativo el porcentaje de acceso a consultas pediátricas, consultas obstétricas y vacunación de NNyA y de usuarixs de las áreas de Gineco Obstetricia y Pediatría del Hospital, consideramos que esos porcentajes -que son mayores a 15% en relación al no acceso a la atención de la salud- es relevante, teniendo en cuenta los determinantes sociales que influyen en la accesibilidad del derecho a la salud integral, por lo que proponemos que en la intervención profesional diaria se problematice junto con lxs usuarixs el proceso de salud enfermedad atención y cuidados desde una mirada promotora y preventiva de la salud como derecho, intentando generar un vínculo que promueva la accesibilidad al sistema de salud y genere referencia con el Servicio Social y con el Hospital.

Desde una perspectiva integral es posible afirmar que el derecho a la protección de la salud no se reduce sólo a la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos tales como el derecho a la alimentación, vivienda, educación, dignidad humana, no discriminación, igualdad, identidad cultural, etc.; es decir que el análisis de los determinantes sociales pone en evidencia que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados están determinados social y ambientalmente por las condiciones de explotación y opresión propias del sistema capitalista imperante (Breilh, 2010), puesto que se manifiestan en la ruptura del lazo social, la fragmentación social que presentan lxs usuarixs, la desprotección y la vulneración de derechos de aquel sujeto inesperado que forma parte del escenario de intervención del Hospital.

En ese sentido, resulta fundamental la incorporación del análisis de los determinantes sociales de la salud, ya que los mismos inciden en estos procesos de producción de estrategias de intervención, así como también los aspectos subjetivos que son parte integrante de la vida social de lxs usuarixs.

Es necesario propiciar espacios para trabajar con la comunidad situaciones de la vida cotidiana, reconociendo en ellas las determinaciones que le otorgan significado social. Promover un lugar donde circule la palabra, la escucha y el diálogo entre todxs y la corresponsabilidad de todxs lxs

actores en la producción de saberes facilita el acceso de la población del saber de ellas mismas a los recursos disponibles y al poder de decisión.

Desde nuestra práctica profesional tenemos el desafío de trabajar en pos de generar accesibilidad de lxs usuarixs al Hospital, desandando y problematizando los motivos que llevan a que lxs NNyA no accedan a la atención de su salud desde una mirada integral y desde la promoción y prevención de la salud. Como equipos interdisciplinario, nuestra responsabilidad es ofrecer los recursos disponibles para brindar una atención integral y articular con otros organismos para la garantía y el ejercicio de los derechos a la salud integral.

Bibliografía

Breilh, Jaime (2009). Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Passos Nogueira, R. Determinacao Social da Saude e Reforma Sanitária. Cap 4. Cebes.

Breilh, Jaime (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Ed. Salud colectiva, Buenos Aires.

Colangelo, María Adelaida (2005). La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez. Hospital El Dique, Ensenada (Buenos Aires).

Esquivel, Valeria; Faur, Eleonor & Jelin, Elizabeth (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. IDES. Buenos Aires.

Fucks, Ana. (2021). Interculturalidad en salud. Seminario 1, encuentro 2. Escuela de Gobierno Floreal Ferrara. Buenos Aires.

Garrote, Norberto. (2018). Maltrato Infantil. Aportes para su detección, abordaje y prevención. Cap 5. Buenos Aires.

INDEC. (2010). Censo nacional de población. Hogares y Viviendas. En: <https://www.indec.gob.ar>

Menéndez, Eduardo (2019). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Paradela, L; Redondi, V. Salud y Trabajo Social: Procesos de intervención y organización colectiva por el Derecho a la Salud. CATSPBA.

Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, vol. 4, núm. 7. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. México.

Montañez Gómez, Gustavo; & Delgado Mahecha, Ovidio (1998). Espacio, territorio y región: conceptos básicos para un proyecto nacional. Cuadernos de geografía: Revista colombiana de geografía. Colombia.

Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires (1972). Decreto 4790/1972. En: <https://e-legislar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/18543.html>

Stolkiner, Alicia; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Comes, Yamila. (2000). Derechos, ciudadanía y participación: Algunas articulaciones en torno al acceso a la atención en salud.

Jornada de Investigación UCES. Buenos Aires.

Strauss, Anselm. y Corbin, Juliet (2002): Bases para la investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Contus Editorial, Universidad de Antioquia. Colombia.