



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**



VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE LAS FAMILIAS DE PROGRAMA ADUANA ACERCA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS

Autor:

Lic. Enf. Esp. Lucía Echeverriborda

Tutor:

Mg. Cecilia Espasandín

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2022

Agradecimientos

Gracias a cada familia entrevistada, que dispuso de su tiempo valioso para compartir su experiencia.

A la Rap- Metropolitana ASSE por permitirme llevar a cabo la investigación.

A mis compañeros/as de trabajo por compartir el día a día construyendo la salud comunitaria.

A las compañeras docentes del Departamento de Enfermería Comunitaria, por transmitir el saber científico, por su actitud para enseñar, por acompañar y motivar a seguir formándonos.

A Teresa, por acercarme al Departamento de Enfermería Comunitaria, y contagiarme el encanto de trabajar junto a las familias.

A Cecilia, por sus aportes, su orientación, sus exigencias, por la información brindada, por ayudarme a cuestionar cada palabra- frase.

A Nancy, por su cariño, su lectura, sugerencias y correcciones.

A mis amigas por estar siempre, alentando y acompañándome en este proceso.

A mis hermanas por las conversaciones, la escucha y lecturas. A mis padres por estimularme a estudiar.

A Francisco e Ibai por hacerme ver la visita desde otro lugar.

Lista de abreviaturas y de siglas

MSP	Ministerio de Salud Publica
PNA	Primer nivel de atención
CHPR	Centro hospitalario Pereira Rossell
RAP	Red de Atención Primaria
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
VD	Visita domiciliaria
APS	Atención primaria de salud
OSN	Objetivos sanitarios nacionales
UCC	Uruguay crece contigo
INDA	Instituto Nacional de Alimentación

Resumen

El presente estudio de Maestría se basó en el análisis de entrevistas realizadas a las familias de recién nacidos de riesgo. Se pretendió indagar y aportar conocimiento de las Visitas Domiciliarias (VD) desde la perspectiva de las familias que se atienden en los servicios de salud y reciben a los equipos de profesionales, jerarquizando las percepciones y vivencias que le dan a la misma.

Las Visitas Domiciliarias tienen mucho reconocimiento por parte del sistema de salud en el Uruguay, en la medida que son realizadas como parte de los aportes para el seguimiento de los recién nacidos y para tratar la morbi-mortalidad infantil en las familias vulnerables. Estudio cualitativo. Realizada en el Primer Nivel de atención, en los Centros de Salud y policlínicas de la RAP- Metropolitana ASSE.

Los comportamientos de las familias en cuanto al cuidado de su recién nacido son un campo de observación y de intervención para las políticas sanitarias.

Se hace necesario aceptar que las familias tienen su propio tiempo, lenguaje, ritmos de acción y de pasividad. Es importante tomar en cuenta los determinantes sociales y cómo éstos condicionan lo que piensan, sienten y dicen las familias cuando son visitadas y entrevistadas. Al ser una de las actividades que tiene un nivel de intromisión en la vida privada de las familias, importa la manera en que se aborde esta actividad.

Surge la importancia de atender el modo en que se realiza la visita, los vínculos que se generen, la confianza, la empatía y la importancia de acordar el momento de realizar la visita domiciliaria junto a la familia.

Es importante reafirmar que, si se aspira a un desarrollo psicosocial de los niños recién nacidos, el acceso a nuevas oportunidades debe ser garantizadas.

Palabras claves: percepción, vivencia, familia, recién nacido de riesgo, equipo de salud, visita domiciliaria, primer nivel de atención.

Abstract

The present Master's degree study was based on the analysis of a series of interviews conducted on families of at-risk newborns. The purpose was to research into and contribute knowledge on Home Visits (in Spanish: VD) from the point of view of families who are users of healthcare services and who are visited by health professional teams, by prioritizing their perceptions and experiences.

Home Visits in Uruguay are considered of great importance by the general healthcare system, as they are one of a number of mechanisms for ensuring newborn follow-up and treating infant morbi-mortality in vulnerable families. Qualitative study. Conducted on the primary healthcare level, at healthcare centers (*Centros de Salud*) and polyclinics of the RAP-Metropolitana ASSE network.

Families' behavior regarding newborn care constitutes a field of observation and intervention as far as healthcare policies are concerned.

It is necessary to accept that families have their own time, language, and duty and rest timings. It is important to consider social determinants and how they affect what the families think, feel and say when they are visited and interviewed. Since this activity implies a degree of intrusion in the privacy of families, the specific way in which it is implemented is of relevance.

It is also important to consider the way in which visits are implemented, the bonds that are created, the level of trust and empathy, and the importance of an agreement with the family regarding home visit timing.

Furthermore, it should be emphasized that newborn psychosocial development requires that access to new opportunities be guaranteed.

Keywords: perception, experience, family, at-risk newborn, healthcare team, home visit, primary healthcare level.

Contenidos

Introducción	8
Tema	10
Pregunta problema.....	10
Objetivos	10
Capítulo 1. Marco teórico- contextual	11
1.1 Percepción y vivencia: definiciones conceptuales	11
1.2 La Visita Domiciliaria en el Campo de la Salud	12
1.2.1 Antecedentes sobre la Visita Domiciliaria en el Campo de la Salud	13
1.3 La Visita Domiciliaria en la Política de Salud de Uruguay	16
1.3.1 La Visita Domiciliaria en el Programa Aduana.	21
1.3.2 La Visita Domiciliaria en hogares con Recién Nacido de Riesgo.	23
1.4 Abordajes Familiares desde el Campo de las Ciencias Sociales	28
1.4.1 Modalidades de Intervención Social con Familias	28
1.4.2 Las instituciones como dispositivos de control	32
1.4.3 Desde los dispositivos de control al enfoque de riesgo	40
Capítulo 2. Metodología	48
2.1 Diseño.....	48
2.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra y criterios de inclusión	48
2.3 Fuentes de datos para el estudio. Descripción de instrumentos, materiales y técnicas que fueron empleados.....	49
2.4 Consideraciones éticas	51
2.5 Plan de análisis de los resultados	52
Capítulo 3. Resultados y Discusión	53
Capítulo 4. Conclusiones	71
Capítulo 5. Referencias bibliográficas.....	75
Anexos	81

Introducción

La presente investigación se enmarca en la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

Se indagó acerca de las vivencias y percepciones de las familias usuarias del Programa Aduana del Ministerio de Salud Pública- MSP en la cual los equipos de salud del primer nivel de atención (PNA) realizan la visita domiciliaria. El Programa Aduana hace seguimiento a través de esas visitas domiciliarias a familias con recién nacidos de riesgo.

Por esa razón, se definió desarrollar la investigación en los Centros de Salud dependientes de la Red Atención del Primer Nivel (RAP) Metropolitana de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Se seleccionaron para el estudio, entonces, a familias que hubieran tenido nacimientos entre los meses noviembre 2019 a febrero 2020 catalogados de riesgo, derivados desde la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) a los Centros de salud de la Red Atención del Primer Nivel – Metropolitana (RAP).

A partir de la base de datos del Programa Aduana de cada uno de estos servicios – previa autorización-, se identificaron los recién nacidos de riesgo. Se contactaron a las familias de los recién nacidos que reunieran los criterios de inclusión y se realizaron entrevistas en sus hogares - previo consentimiento informado - al referente del recién nacido. El presente estudio se propuso, como objetivo general, conocer las vivencias y percepciones de las familias del Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud a los recién nacidos de riesgo que se atienden en Centros de Salud de la RAP Metropolitana- ASSE.

Para abordar el área de estudio, se eligió un enfoque cualitativo, ya que se considera el método más adecuado para estudiar la compleja realidad, entendiendo la importancia que tiene conocer en profundidad las impresiones que genera en los involucrados las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud.

La revisión bibliográfica acerca de los estudios realizados sobre las visitas domiciliarias ha reafirmado esta actividad como estrategia profesional y de la política de salud. Sobre todo, han sido abordadas desde la perspectiva de los técnicos que la realizan y de las instituciones que la promueven. En este sentido, la mayoría de los estudios conocidos y la fundamentación de las políticas destacan el valor y la utilidad de las visitas domiciliarias, en especial, para quienes consideran importante el seguimiento de los usuarios. Esta investigación, en cambio, pretendió indagar y aportar conocimiento de las VD desde la perspectiva de las familias que se atienden en los servicios de salud y reciben a los equipos de profesionales, jerarquizando las percepciones y vivencias que le dan a la misma. En la revisión bibliográfica, se ha detectado que hay apenas unas pocas excepciones que asumen esta perspectiva.

Históricamente, esta herramienta ha surgido para dar respuesta a la gestión del seguimiento, entendiendo al seguimiento, tal como lo define Acosta, como la manera de tutorear, durante el transcurso de la vida, la salud-enfermedad (Acosta, 2013, p. 75).

Es por esto, y por los años de inserción del trabajo en el área, que motiva, justifica y fundamenta el interés por indagar acerca de este tema.

También es de destacar que la investigación ha tenido como beneficio esperado, el de sistematizar y visibilizar las vivencias y percepciones de las familias usuarias.

El presente documento contiene, primeramente, el marco teórico que orientó el trabajo, luego se desarrolla la metodología utilizada y, por último, la discusión de los resultados.

Tema

Vivencias y percepciones de las familias bajo la cobertura el Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud a los recién nacidos de riesgo que se atienden en Centros de Salud de la RAP Metropolitana- ASSE en los meses de Noviembre 2019 a Marzo 2020.

Pregunta problema

¿Cuáles son las vivencias y percepciones de las familias de Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud a los recién nacidos de riesgo, en Centros de Salud de la RAP Metropolitana – ASSE en los meses de Noviembre 2019 a Marzo 2020?

Objetivo General

Conocer las vivencias y percepciones de las familias de Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud a los recién nacidos de riesgo en Centros de Salud de la RAP Metropolitana – ASSE.

Objetivos Específicos

1. Conocer la vivencia acerca del modo y contenido de la visita domiciliaria.
2. Describir la percepción de la visita domiciliaria para la familia.
3. Identificar los factores que dificultan y favorecen para la familia la visita domiciliaria.
4. Determinar los beneficios y/o carencias que tiene la visita domiciliaria para las familias responsables de los recién nacidos en opinión de un referente familiar.

Capítulo 1. Marco teórico- contextual

1.1 Percepción y vivencia: definiciones conceptuales

El estudio comenzó precisando la conceptualización de los términos utilizados y la clarificación de sus implicancias, comenzando por su definición. Según el Diccionario de la Real Academia Española, Percepción es la acción y efecto de percibir. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Conocimiento, idea.

Haciendo referencia a Vargas, entiende la percepción desde la Psicología, como “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (Vargas, 1994, p. 48).

Es así que la percepción no se concibe como un proceso lineal, en tanto está influenciada por las circunstancias sociales; cultura, grupo, clase social, momento histórico.

“A través de la vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad.” (Vargas, 1994, p. 50).

En cuanto a la conceptualización del término vivencia, partimos también de la definición en el Diccionario de la Real Academia Española. Se define vivencia como: Experiencia que se tiene de algo. Hecho de vivir o experimentar algo.

Se complementa su significación con los aportes de Netto y Brant Carvalho (1994) que van en la misma dirección que Vargas, señalando sus condicionamientos. Refieren que

las vivencias y experiencias de lo cotidiano se diferencian según a qué grupo y clase social el individuo pertenece. Señalan, además, que la vida cotidiana es heterogénea y jerárquica, siendo caracterizada por un conjunto de acciones- relaciones que cambian, en función de los valores de un periodo histórico dado o en función de particularidades e intereses de cada individuo en las diferentes etapas de su vida. En la vida cotidiana, el hombre aprende de las relaciones sociales y las reproduce como un instrumento de supervivencia (Netto y Brant Carvalho 1994, p. 24-27).

Para explicitar los aspectos semánticos de ‘vida cotidiana’ se toma como referencia a Heller (1985) que parte por reconocer la heterogeneidad de la vida cotidiana y, desde el punto de vista de la significación, plantea que depende del contenido e importancia del tipo de actividad que predomina. Señala que está formada por la organización del trabajo y de las acciones de la vida privada; las distracciones, el descanso, y la actividad social. Y afirma que la cotidianidad está presente desde el momento de nacer y en el transcurrir de la vida; a través de ella, el individuo va desarrollando habilidades indispensables para su vida en sociedad y es en la edad adulta que puede vivir por sí mismo su cotidianidad.

Estas precisiones conceptuales y su complejidad han sido útiles para situar las percepciones y vivencias de las familias en el marco de su vida cotidiana que es el interés de esta investigación.

1.2 La Visita Domiciliaria en el Campo de la Salud

Se parte de la definición de la visita domiciliaria integral como el conjunto de actividades que se prestan a las personas en el domicilio para abordar las problemáticas, necesidades e intereses de carácter social y sanitario. Es a través de estas actividades que se puede detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud de la familia y el individuo, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida (Sánchez Moreno, 2000).

Desglosando este concepto de visita domiciliaria, encontramos que son actividades que se realizan en el domicilio, siendo este un elemento importante ya que, en este caso, la enfermera u otro integrante del equipo de salud “sale” de su lugar conocido para realizar actividades en un ámbito desconocido. En este ámbito, el usuario o la familia son los protagonistas; son quienes pueden generar un trabajo conjunto dejando entrar a la enfermera y/o equipo de salud. Por esto, importa la manera de abordar esta actividad, ya que es una de las actividades más invasivas que se realizan en el primer nivel de atención. (Acosta, 2013, p. 76).

La Visita Domiciliaria, como forma de abordaje, implica ir al encuentro de las personas y grupos en su ámbito natural de vida y de participación, rescatando y jerarquizando esta modalidad desde la vida cotidiana de las personas, desde los problemas, los conflictos que enfrentan, pero también desde las estrategias que adoptan para superarlos. Con la VD, se presenta la oportunidad de permitir a la comunidad visualizar y vivir la salud desde un lugar distinto, resignificando su vida social y afectiva, su participación y sus vínculos.

1.2.1 Antecedentes sobre la Visita Domiciliaria en el Campo de la Salud

A partir de una búsqueda de antecedentes sobre la visita domiciliaria en el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y en las Bibliotecas de la Universidad de la República (BiUR), puede encontrarse un abordaje del tema en el ámbito nacional e internacional.

En la revisión bibliográfica, se encontró que hay pocos estudios acerca de la perspectiva de las familias en relación a las visitas domiciliarias en salud. En cambio, se encontró varios estudios que recogen la perspectiva de los equipos técnicos.

Antecedentes Nacionales. Un estudio corresponde al Trabajo de Investigación Final de grado de la Br. Castro, M; Claro, M y Colombo, A (2017) titulado “Cuidado

humanizado de los Profesionales de Enfermería en la Visita Domiciliaria al Recién Nacido”. El objetivo fue describir los factores de cuidados humanizados identificados por los profesionales de enfermería en la visita domiciliaria al recién nacido.

Estas profesionales de enfermería identificaron factores de cuidado humanizado durante la visita domiciliaria, mediante la ejecución de acciones de enfermería que facilitan el establecimiento de las relaciones personales, siendo estas, un elemento transcendental para el cuidado. Dentro de las acciones de enfermería, se destacó el poner el máximo empeño en atender al recién nacido, permitir que el cuidador principal del recién nacido hable sin interrumpirlo, y el establecimiento de una relación de cuidados de ayuda y confianza durante la visita domiciliaria. Se concluye que es importante realizar un esfuerzo consciente para preservar la humanización en la práctica de los cuidados, exigiendo que los profesionales de enfermería apliquen sus cualidades humanas tales como: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía hacia el usuario, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

Otro estudio de maestría corresponde al “Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo y su Familia al alta. Percepción de los Licenciados en Enfermería del Primer Nivel de Atención en la ciudad de Montevideo” realizado por Perez Faggiani, María (2017). En este trabajo, el seguimiento de los Recién Nacidos de riesgo al alta hospitalaria se presenta como un factor de enorme jerarquía que requiere de los cuidados del Licenciado en Enfermería en los diferentes niveles de atención. Concluye que sería necesario captar, planificar y coordinar con el equipo para fortalecer el cuidado integral, adaptándolo a la realidad y a las necesidades de cada familia al alta hospitalaria.

Antecedentes extranjeros. De la revisión de trabajos anteriores se encuentra, a nivel internacional, solo una publicación referida a la percepción de la visita domiciliar en los bebés prematuros nacidos en un hospital universitario en la ciudad de Londrina, Brasil. dos Santos et. al. (2014) investigaron acerca de la “Percepción de las madres de los bebés prematuros sobre las visitas domiciliarias antes y después del alta”.

El objetivo de dicha investigación fue comprender el significado que tiene para las madres de bebés prematuros las visitas domiciliarias realizadas por enfermeras neonatales. En cuanto a los resultados, se identificaron tres temáticas: 1) la visita como un apoyo a las familias en el hogar, 2) individualización de la atención domiciliar y 3) sintiéndose cuidadas y apoyadas para cuidar. La conclusión fue que la visita domiciliar es un recurso eficaz que favorece el vínculo entre las familias y las enfermeras, disminuyendo las dudas, miedos y ansiedades de la madre. Además, se destacó que, a través de las VD, se proporcionan cuidados en el hogar y se fomenta la adherencia a los cuidados y tratamientos.

Otra investigación encontrada, es realizada por Beltrame, et al, (2019) y tratan la “Experiencia de las madres en el monitoreo del recién nacido: Un estudio fenomenológico”. Este estudio se propuso conocer la experiencia de las madres con respecto al monitoreo de sus hijos por parte del servicio de atención primaria después del alta de la Hospital de Maternidad en la Ciudad Panamá, Brasil.

Del análisis de los testimonios de los participantes, surgieron cuatro categorías que expresan la experiencia vivida al alta de la maternidad y seguimiento del recién nacido por la Atención Primaria de Salud: Comprensión sobre la Red y el proceso de atención en el alta de la Maternidad; Primera semana posparto: Red de atención domiciliar para recién nacido; Periodo neonatal: monitoreo del niño en atención primaria y la última categoría expectativas para el cuidado del niño en la Red.

En otra investigación, Kebian & Acioli (2014) estudiaron “La visita domiciliaria de enfermeros y agentes comunitarios de salud de la Estrategia Salud de la Familia”. Se describieron las prácticas desarrolladas por enfermeros y agentes comunitarios de salud en el contexto de visitas domiciliarias de la Estrategia Salud de la Familia en el Municipio de Rio de Janeiro, Brasil. Entre los resultados se destaca la baja interacción entre enfermeros y agentes comunitarios de salud en las visitas domiciliarias. La violencia y la sobrecarga laboral son las principales dificultades identificadas para la realización de visitas domiciliarias. Se evidenció planificación asistemática de la visita domiciliaria.

A continuación, se presenta un trabajo que, por sus objetivos, se asemeja a la finalidad de la actual investigación, no tiene que ver con la visita domiciliaria del recién nacido, pero sí con la percepción del paciente acerca de la visita domiciliaria realizada por enfermería. Así, Ventura (2002) investigó acerca de la “Percepción del paciente acerca de la intervención de la enfermera durante la visita domiciliaria en el programa de control de tuberculosis de C.S. "Conde de la Vega"”, en la ciudad Lima, Perú.

La investigación recoge diversas apreciaciones del paciente sobre la visita domiciliaria, entre ellas, las relacionadas a la poca disponibilidad de tiempo para la visita, ser receptores pasivos de la información que brinda la enfermera, que durante la visita realiza otras actividades que le impiden su atención o simplemente no les interesa la información a recibir.

1.3 La Visita Domiciliaria en la Política de Salud de Uruguay

Desde 2005 hasta 2020 en el Uruguay, con los gobiernos del Frente Amplio -Encuentro Progresista, se desarrollaron un conjunto de reformas a nivel de políticas públicas y en particular se llevó adelante la Reforma en el Sistema de Salud con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Uno de los principales cambios realizados fue en el

Modelo de Atención y comprendió los siguientes componentes: i) jerarquización de la Salud como Derecho, ii) enfoque con estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y iii) fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA).

El PNA es la organización de recursos que permite resolver las principales necesidades en la atención a la salud-enfermedad de una población. Es la base del Sistema de Salud y el primer contacto de la población con el sistema sanitario.

La Ley 18.211 que enuncia la creación del SNIS sostiene en el Artículo 34, que el Sistema se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Y enfatiza que se priorizará el PNA basado en la estrategia de atención primaria en salud.

El Artículo 36 refiere que:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia (Ley 18.211 Artículo 36. Poder Legislativo. Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384)

El MSP (2015) definió Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN 2020) a partir de la priorización de los problemas de salud de la población, según criterios de magnitud y relevancia. Fueron quince los problemas priorizados, de los cuales 6 corresponden a la

primera infancia. Entre ellos se destaca: la prematuridad, bajo peso al nacer, transmisión vertical de sífilis y del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) causante del sida, alteraciones del desarrollo en la primera infancia y problemas nutricionales críticos en esa etapa primera de la vida.

En el marco de las reformas, hay una reformulación de la matriz de Protección Social, constituyéndose políticas nacionales de protección a la primera infancia, adolescencia, juventud y familias. Se crean los programas intersectoriales prioritarios: Uruguay Crece Contigo (UCC) y Cercanías y Jóvenes en Red. Como parte de la estrategia intersectorial, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) participa activamente en la coordinación con estos programas, teniendo como “fin, el abordaje de los determinantes sociales y factores más estructurales del ordenamiento social que condicionan fuertemente el estado de salud de la población entendiéndose como una oportunidad única de abordaje integral de las poblaciones más vulnerables de nuestro país con base territorial y perspectiva familiar” (ASSE, 2014, p. 21)

A continuación, se hace necesario precisar y poner de manifiesto el concepto de salud al que se hace referencia en el estudio. Se comparte la definición hecha por Villar, para quien la salud es:

Una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social (Villar, 2008 como se citó en Barrenechea et al, 2009, p.15)

En el mismo sentido y con semejantes ejes, se identificó la definición de Allende: “la salud es un proceso dialéctico- biológico y social, producto de la interrelación del hombre con el medio influido por los medios de producción y que se expresan en niveles de bienestar y eficiencia física, mental y social” (Allende, 1972 como se citó en Barrenechea et al, 2009, p. 20). Es en el reconocimiento de la salud comprendida como una capacidad humana que les permite a los individuos desarrollar sus proyectos de vida, donde radica la importancia de abordar la vivienda, seguridad, enseñanza e infraestructura como concepto implícito de la salud.

En cuanto a la “salud comunitaria”, son referentes Gofin, J. y Gofin, R (2012), los cuales entienden la “salud comunitaria como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio- económico-cultural y físico” (p. 269). Y al respecto, se puede señalar que la salud comunitaria ha atravesado grandes cambios en los últimos tiempos.

Es preciso clarificar qué se entiende por comunidad cuando hablamos de Salud Comunitaria. Para ello, traemos a colación a Montero que sostiene que la comunidad está compuesta por:

Las relaciones, interacciones tanto de hacer y conocer como de sentir, por el hecho de compartir esos aspectos comunes. Y esas relaciones no son a distancia, se dan en un ámbito social en el cual se ha desarrollado histórica y culturalmente determinados intereses o ciertas necesidades; un ámbito determinado por circunstancias específicas que, para bien o para mal, afecta en mayor o menor grado un conjunto de personas que se reconocen como partícipes, que desarrollan una forma de identidad social debido esa historia compartida y que construye un sentido de pertenencia (Montero, 2002, p. 220)

Asimismo, la salud de personas y grupos está determinada por múltiples factores, por determinantes y condicionantes sociales, algunos de los cuales están muy cerca y otros alejados del control individual. Y es oportuno para reafirmar la idea, traer aquí la definición de determinación según Breilh (2008) como, “un proceso multidimensional y esencialmente colectivo. Es el sistema de acumulación económica el que opera como la gran lógica que determina los modos de vida colectivos” (p. 22)

Del mismo modo, de acuerdo a la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2009), se concibe a los siguientes:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (OMS, 2009, p.1).

Finalmente, se entiende como condicionantes sociales según Breilh:

Los procesos o patrones colectivos grupales que corresponden a los modos de vida de las distintas clases y grupos sociales, con sus modos propios de trabajar, sus patrones de consumo y lúdicos, sus moldes culturales y sus relaciones espacio ambientales, reproducen el conjunto de condiciones donde se desenvuelven la vida de las personas, y tienen un peso determinante sobre las posibilidades y situaciones reales de su salud (Breilh, 2008, p.22).

1.3.1 La Visita Domiciliaria en el Programa Aduana.

El Programa Aduana es un programa de atención y seguimiento al recién nacido hasta los 36 meses de vida. Este programa garantiza la continuidad asistencial. Una de las fortalezas que se puede observar es haber asegurado la herramienta visita domiciliaria como dispositivo de captación y seguimiento.

Definen la VD como:

un elemento de diagnóstico, promoción de hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo y de enfermedades, así como una oportunidad privilegiada para la intervención a nivel familiar permitiendo efectuar acciones de orientación, educación y fortalecimiento de las estrategias de cuidado a través del trabajo interinstitucional e intersectorial (ASSE, 2014, p. 23)

Dada la importancia de esta herramienta, el Área Niñez y Adolescencia del MSP ha iniciado la formación permanente de los equipos de salud para la mejora de la calidad de las prestaciones. Y dice claramente que, el mecanismo metodológico de “La visita domiciliaria se optimiza como herramienta cuando es utilizada como forma planificada y

con continuidad, en un marco más específico para cada familia visitada, y trabajando en base a un plan elaborado en conjunto el equipo visitante y la familia” (ASSE, 2014, p.27)

El Programa Aduana surge en el año 1971 dentro del área Materno Infantil del MSP y consiste en un sistema de referencia de la población infantil neonatal. Al alta, se coordina el control de salud desde los hospitales a los centros de Primer Nivel de Atención (PNA) del MSP y a servicios del Consejo del Niño denominados “Gotas de Leche”.

Tomando como base el Programa Aduana y enmarcado en las reformas de las políticas públicas desarrolladas en Uruguay desde 2005, se impulsa en 2012 el Reperfilamiento del Programa Aduana en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). La necesidad surge a partir de querer adaptar los recursos disponibles en los territorios de manera óptima y eficiente y, de igual forma, también priorizar las intervenciones del seguimiento de la población objetivo según su nivel de riesgo y gestionar la mejora del servicio y la calidad de vida de la población (ASSE, 2014)

En la actualidad, el Programa Aduana se organiza en tres componentes: componente Central (con visión nacional), Componente Hospitalario (maternidades donde ingresan los recién nacidos y los referencian al componente descentralizado), Componente del Primer Nivel de atención (centros de salud y efectores dependientes) que se encarga de captación y seguimiento a nivel local.

La cobertura etaria del programa se extendió en 2007 a la población infantil hasta el segundo año de vida y en 2011 hasta los 36 meses de vida.

El Programa Aduana es reconocido como una estrategia para garantizar la continuidad asistencial, fomentando cultura preventiva y promoción de hábitos saludables. Y tiene como objetivo general:

Contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud integral, asegurando la continuidad asistencial de la población de niños y niñas del Uruguay, usuarios de ASSE, a través del acceso universal a servicios de salud de calidad en función de las necesidades asistenciales, priorizando acciones interinstitucionales e intersectoriales a nivel nacional- local- territorial, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre la situación de salud y las condiciones de vida de la infancia en Uruguay (ASSE, 2014, p. 37)

1.3.2 La Visita Domiciliaria en hogares con Recién Nacido de Riesgo.

Por recién nacido de riesgo se entiende todo recién nacido que contiene algún criterio pautado por Metas Asistenciales del MSP (ASSE, 2014). Se incorporan factores de riesgo de tipo biológico y social, definiéndose categorías en el niño/a, madre y ambiente familiar. Entre ellos encontramos, en el niño/a ; prematuridad, bajo peso al nacer, patología que demandó cuidados intensivos, recién nacido que hayan requerido cuidados especiales, patologías diagnosticadas por el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, hipoacusia congénita, lactante o niños con defectos o patologías congénitas mayores, niños/as con patología orgánica crónica y/o aguda compleja (incluyendo cuidados paliativos), recién nacido que hayan presentado infecciones congénitas específicas. Factores de riesgos en la madre: embarazo no controlado o mal controlado, madre menor o igual a 17 años, patología psiquiátrica severa y/o retardo mental de madre o cuidador, madre o cuidador consumidor de sustancias psicoactivas, madre con primaria incompleta, madre y/o padre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otro hijo y/o violencia intrafamiliar. Riesgos en el ambiente: pobreza extrema y hermano/a fallecido/a antes del año.

La clasificación del Riesgo, en primera instancia, se realiza en el lugar de nacimiento (servicio de salud) y es responsabilidad de detectarlo y hacerle seguimiento del equipo de la salud que participa en la atención del recién nacido (Partera, Licenciada/o en Enfermería, Médico, Pediatra, Neonatólogo). Luego, cuando el recién nacido es dado de alta, el seguimiento es realizado por el equipo de salud del Primer Nivel de atención, y una de las actividades a desarrollar es la visita domiciliaria, en la cual el riesgo se termina de catalogar o se re define.

Es destacable que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Uruguay muestra una tendencia decreciente y se encuentra entre las más bajas de la región. Fue entre los años 1990 y 2010 que la TMI bajó de 20,4 a 7,71 por mil nacidos vivos. (Ministerio de Salud Pública, 2017). De acuerdo a Basso, en solo un año, la “La mortalidad infantil de Uruguay bajó de 7,9 por cada 1.000 nacidos vivos en 2016 a 6,6 en 2017” (Basso, 2018)

Los componentes de la tasa de mortalidad infantil son: tasa neonatal precoz (muertes registradas antes de los siete días de vida del niño), tasa neonatal tardía (muertes registradas entre los 8 y los 28 días) y tasa posneonatal (entre los 29 días y el año de vida del niño). En 2017, la tasa neonatal precoz se ubica en 2,98 por cada mil nacidos vivos, la tasa neonatal tardía se ubicó en 1,39 por mil y la tasa posneonatal en 2,19 por mil (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Es importante el dato que brinda Giachetto (2010): el 60% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 7 días de vida, y una elevada proporción de las muertes posneonatales ocurren en el domicilio. Y aporta, además, una evidencia contundente:

“Se ha demostrado que la mayoría de los niños que mueren en domicilio corresponden a los sectores más desfavorecidos de la sociedad, por lo que en general se concentran en

determinados barrios o regiones de cada ciudad o departamento” (Giachetto, 2010, p 139–140).

Por otro lado, los datos brindados por la OMS-UNICEF sostienen que, “Los estudios realizados muestran que las intervenciones que se basan en la atención domiciliaria al recién nacido pueden prevenir entre 30 y 60% de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada. Así pues, la OMS y UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos” (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, 2009, p. 2)

Por todas estas razones, se considera la visita domiciliaria (VD) como una estrategia, que por sus características debiera permitir avanzar en el conocimiento, prevención y consecuente disminución de la Mortalidad Infantil en el país, tanto de su componente neonatal como post neonatal. Esta estrategia permitiría además identificar factores de riesgo y protectores; promover cambios de conducta y contribuir a proteger el crecimiento y desarrollo (Ministerio de Salud Pública, p.6)

Los recién nacidos están en una etapa de especial vulnerabilidad, y por eso, se los ha priorizados dado que, su atención temprana, brinda una oportunidad de intervención familiar para promover el cuidado, proteger su salud y así contribuir a disminuir la mortalidad en el primer año de vida (Ministerio de Salud Pública).

Tal es así que, el MSP, en 2011, implementa la meta asistencial correspondiente a la salud del niño y la embarazada, siendo la visita domiciliaria obligatoria para el seguimiento de los recién nacidos de riesgo antes de los 7 días del alta y, de aquellos que no concurren a los controles, antes de los 10 días de vida. El argumento que fundamenta esta obligatoriedad se basa a que “varios factores detectados tempranamente, relacionados con

el cuidado familiar del niño, pueden prevenir alteraciones de salud y más aún la mortalidad. Las estadísticas muestran un porcentaje importante de casos de muerte en recién nacidos en el primer mes de vida, con una incidencia mayor en la primera semana de vida. Significativamente los casos de mortalidad de niños se dan en recién nacidos bajo situación de riesgo como ser, prematuridad, defectos congénitos, madre menor de 19 años, madre consumidora de sustancias psicoactivas, madre con problemas mentales, entre otros. Muchas de estas muertes están relacionadas según muestran los estudios realizados, con la falta de los cuidados necesarios a nivel del domicilio, como por ejemplo la posición supina, el abrigo, hacinamiento, ambiente libre de tabaco, nutrición y demás” (Ministerio de Salud Pública, p. 7)

Por otra parte, en el documento de la OMS y UNICEF (2009) se menciona que:

(...) las visitas domiciliarias pueden reducir entre el 30% y el 61% de las muertes en recién nacidos en países en vías de desarrollo, en entornos de mortalidad elevada. Las visitas han mejorado la cobertura de prácticas clave de atención neonatal tales como el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva, el contacto piel a piel, el retraso del primer baño y el prestar atención a la higiene, como por ejemplo lavarse las manos con agua y jabón y realizar la curación del cordón umbilical en condiciones higiénicas. Estos resultados complementan la experiencia en países desarrollados que ha mostrado que las visitas domiciliarias postnatales son eficientes para mejorar las tasas de lactancia y las habilidades para la crianza de los hijos (p. 3)

Las recomendaciones son asumidas por el Ministerio de Salud Pública en su Departamento de Programación estratégica, siendo aún más significativas cuando, de acuerdo a los avances de la neurociencia, los primeros años de vida cobran gran importancia para el desarrollo

posterior del niño. Es así que es considerado un período crítico para apoyar a las familias en sus funciones de cuidado, crianza y estimulación oportuna. Por esa razón la VD, según la misma fuente, es valorada como un espacio que favorece al recién nacido, a la madre, al sistema de salud y a la sociedad (Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica, 2011)

En cuanto al recién nacido, es una instancia privilegiada para alentar y fortalecer el vínculo recién nacido - madre – padre o figura de apoyo, fomentar la lactancia materna, promover las buenas prácticas en relación a higiene, pautas de sueño seguro y la adaptación de la madre- recién nacido al hogar y ambiente familiar. Además, se puede brindar información sobre el desarrollo y pautas de estimulación temprana y reforzar la detección de signos de riesgo o alarma ante los cuales consultar.

En relación a la madre, se privilegia la VD para brindar orientaciones en salud sexual y reproductiva, reforzar el autocuidado, promover la alimentación y estilos de vida saludables e identificar los indicadores tempranos de depresión posparto.

Al sistema de salud y a sus estrategias de política pública, la vista domiciliaria permite garantizar la continuidad en la asistencia del recién nacido, la madre y el resto de los integrantes de la familia.

Y, por último, los buenos resultados de la visita domiciliaria favorecen a la sociedad ya que se puede identificar y prevenir situaciones de abuso y maltrato, accidentes en el hogar, fomentar la participación activa del padre en los cuidados, orientar y /o reforzar redes de apoyo familiar y social e identificar elementos de vulnerabilidad social.

Y estos resultados serán auspiciosos si, para a realizar la visita domiciliaria, se garantiza el necesario equipamiento y el suficiente y capacitado personal, pues no todos pueden asumir la tarea que demanda la realización de la visita domiciliaria (ASSE, 2014)

En el mismo Documento citado, elaborado por Departamento de Programación Estratégica del MSP (2011), se mencionan algunas recomendaciones para el equipo de salud que promueven el éxito de la Visita Domiciliaria, entre ellas encontramos;

ser respetuoso (tratar de usted, pedir permiso, tener presente los aspectos culturales, de género y valores de la familia), mantener una actitud de escucha, no expresar juicios de valor, realizar preguntas abiertas para evitar cerrar el diálogo, no preguntar por qué, ya que esto encierra cuestionamiento, no minimizar el dolor o sufrimiento, no realizar ofrecimiento o promesas que no se puedan cumplir y felicitar a la madre, padre o cuidador por aspectos positivos relacionados con el niño y/o el hogar” (p. 13)

1.4 Abordajes Familiares desde el Campo de las Ciencias Sociales

1.4.1 Modalidades de Intervención Social con Familias

En tanto se ubican las visitas domiciliarias en el marco de intervenciones con familias, se toman los aportes de Trabajo Social, cuyos profesionales analizan y conceptualizan las modalidades de intervención.

Desde esa perspectiva, para De Martino (1999), la Familia es entendida como:

...grupos abiertos, atravesados por diferentes líneas de conflictos (sexualidad, convivencia, procreación, etc.) que procesan, en definitiva, la producción y reproducción de determinada sociedad y en las que la infancia posee diferentes estatus y valoración. Son construidas en el marco de modos de vida, entendiendo

por modo de vida la articulación de condiciones objetivas y subjetivas de vida, de aspectos materiales (ubicación en la escala social, bienes materiales que se poseen, etc.) y subjetivos (creencias, valores, ideales, intereses, etc) (p.51)

La misma autora, en otro de sus trabajos, plantea los “Tipos de Modalidades de intervención” que caracterizan al trabajador social y que, se entiende, puede extenderse a los profesionales de la salud, señalando entre ellos; (De Martino, 2013)

- La práctica como subjetividad no racionalizada. Prácticas subsumidas en el empirismo.

Reconoce que en el campo profesional se distinguen sujetos y objetos sociales y este tipo de práctica se caracteriza por la aproximación subjetiva a los mismos. Se ponen en juego, a la hora de intervenir, las vivencias, los afectos y los sentimientos del profesional.

Se identifican como objetivos profesionales:

- contener a los sujetos en situaciones límites o con dificultades
- escuchar: acompañar escuchando al otro. El profesional siente que debe acompañar en las dificultades personales de los sujetos, ante la pobreza de los individuos e instituciones.
- el profesional solo puede escuchar o contener hasta cierto límite, luego debe derivar, si la Institución no tiene otra respuesta.

Los objetivos profesionales se transforman en objetivos del profesional y estos se asocian a las problemáticas familiares en términos de contención, derivaciones, consejos que el profesional brinda (De Martino, 2013)

- La práctica técnicamente sustentada y profesionalmente subordinada

En este tipo de práctica profesional que menciona la autora, predomina lo socio asistencial. Y en ella, se identifican tres sub tipos de prácticas en función del objetivo profesional: a) objetivo de asistencia socioemergencia. El tipo de instrumento al que se apela es de carácter material e institucional: prestaciones socio-económicas. La familia es corresponsable en la resolución de sus problemas; b) objetivo de seguimiento sanitario o clínico de la población. La psicologización de los problemas sociales y la asociación de enfermedades a determinados modos de vida o problemáticas sociales, subyace muchas veces en los desempeños profesionales; c) objetivo de carácter pericial: situaciones en las que la población depende de juzgados diversos.

Son varios los autores que alertan sobre que, generalmente, se aborda a las familias con las que se trabaja como corresponsable de encontrar soluciones a sus problemas. De Martino cita a Foucault que señala “las familias son abordadas como responsables de déficits de socialización que atentan contra la administración eficiente de riesgos múltiples. Esta tendencia expresa una nueva relación entre las tecnologías sobre la y las familias” (Foucault, 1995, como se citó en De Martino, 2013, p. 109)

En el caso de la atención a la socioemergencia, según la autora, se utilizan como técnicas; las entrevistas, el trabajo en territorio o en redes, las coordinaciones inter- institucionales con mayor grado de complejidad.

En cuanto al caso de perfil pericial, refiere a las actividades afines a informar a los jueces competentes en aquellas situaciones ya judicializadas.

En relación a la práctica como supuesta objetividad objetivada, explica que es un estilo de intervención basado en el planeamiento y la gestión, en la cual se adjudican los

objetivos institucionales como profesionales. En este caso, los objetivos profesionales o institucionales que se plantean son: 1) la tipificación y adjetivación de la población usuaria; y 2) la validación y formalización de los instrumentos utilizados. Por ejemplo, “la coordinación interinstitucional, el trabajo en redes, la elaboración de protocolos y manuales de procedimientos, la elaboración de líneas de base para el seguimiento de la población y la evaluación de los servicios” son los tipos de instrumentos que enumera (De Martino, 2013, p. 110)

La autora enfatiza que, la tendencia a “La tecnificación creciente de los sistemas de información en la gestión de lo social se inscribe como parte de la modalidad de asistencia gerencial caracterizada por Grassi (2003) y responde a la necesidad creciente de identificar, contar y clasificar a los usuarios de la asistencia” (De Martino, 2013, p. 110)

- Práctica como objetividad/subjetividad objetivadas y compartidas.

Este tipo de práctica profesional manifiesta un estilo político organizativo, nos afirma De Martino y, en ella, se presenta como objetivos profesionales: 1) la construcción de las demandas tanto de usuarios e instituciones y 2) la construcción de prácticas profesionales novedosas, en términos teórico-metodológicos y operativos.

Este tipo de prácticas, de acuerdo a la autora, son enmarcadas en el paradigma de la protección integral, conteniendo una actitud más reflexiva en el momento de intervenir con las familias o algunos de sus miembros. Es el trabajo con la comunidad o en el territorio el que predomina en este tipo de abordaje profesional. Por último, se menciona la práctica contra la persona-cuerpo-cosa, cuyo estilo es el mero control social como fue definido por Michel Foucault. En ese caso, De Martino alerta que, en este tipo de práctica, el meta objetivo profesional parecería ser el diagnosticar omisiones familiares. Para ello, son claves los instrumentos de seguimiento cuerpo a cuerpo y el control y

disciplinamiento social. Señala que se ubica a la familia en un límite entre lo humano y lo no humano, lo permitido y lo no permitido, ya sea por las miserias como por sus problemáticas. Es la familia o el individuo que se equivoca y debe ser corregido. El paradigma de la situación irregular es el que alimenta este tipo de práctica profesional (De Martino, 2013).

1.4.2 Las instituciones como dispositivos de control

A continuación, para el tratamiento del tema Instituciones se tomó como referencia a Dubet (2006), autor que nombra como instituciones a las organizaciones, las costumbres, los hábitos, las reglas del mercado y las religiones. A las mismas las concibe como maneras de ser y pensar y objetos.

El autor retoma la definición de Durkeim: “Puede denominarse institución a todas las creencias y a todos los modos de conducta instituidos por la colectividad; entonces puede definirse la sociología: la ciencia de las instituciones, su génesis y funcionamiento” (Durkeim, 1963, como se citó en Dubet, 2006, p. 30)

Según Dubet (2006), “las instituciones pueden pensarse desde un sentido político, en tanto se conciben como un conjunto de aparatos y procedimientos de negociaciones dirigidas a la producción de reglas y decisiones legítimas” (p. 31). De acuerdo a su concepción, los individuos deben ser considerados como los autores de sus propias vidas, siendo importante que las instituciones tengan en cuenta la especificidad de las situaciones, de las trayectorias y de las culturas. El autor se refiere al hecho que las instituciones ejercen control social; en este sentido, “se confiere una identidad institucional y todo trabajo sobre los otros consiste en atribuir un rol, y esperar que el otro se comporte según esa visión” (Dubet, 2006, p. 91)

En el trabajo con los otros existe una relación, considerada como un encuentro aleatorio que involucra a dos personas. El profesional es considerado como sujeto, que se le toma en cuenta sus cualidades personales, sus convicciones, su atractivo, su paciencia, su capacidad de escucha (Dubet, 2006)

Sobre el papel que ejercen las instituciones para el control social y, sobre todo, para el control familiar, es interesante el aporte de Cicchelli-Pugeault y Cicchelli.

En sus trabajos analizan el proceso de transición del modo de producción familiar al mundo de producción capitalista, focalizando su análisis en las transformaciones familiares provocadas por esa transición. Las transformaciones en las formas de producir provocan cambios en las relaciones familiares y en su forma de organización.

Una primera cuestión, aportada por los autores, es la necesidad de pensar a las familias como parte del sistema económico en el que se insertan. Las formas en que la sociedad se organiza para producir determinan la organización y relaciones familiares. Ante este reconocimiento, dejan planteados importantes interrogantes según cómo abordar las problemáticas vividas por las familias y hacen pensar en las condiciones de extrema miseria en que las familias hoy siguen viviendo.

En particular, el texto hace reflexionar sobre cuánto se mantiene vigente la idea de que “la miseria de las familias se asimila a un germen patógeno nocivo para la cohesión social” (Cicchelli-Pugeault y Cicchelli, 1999, p.16) y cómo esa concepción sigue determinando las formas de actuación profesional en el marco de las políticas de salud. Las familias son culpabilizadas / responsabilizadas de sus problemas desconociendo las causas sociales que explican esos problemas.

En el siglo XIX la llamada “cuestión familiar” se colocó a partir de una interrogación sobre el vínculo social:

¿Cómo soldar a los miembros de una sociedad en un contexto de crisis políticas múltiples que oponen en forma absoluta a monárquicos, liberales y revolucionarios, partidarios de la restauración política, apólogos del ideal republicano y profetas de una sociedad expurgada de cualquier principio de dominación? ¿Cómo pensar el orden social en un contexto de cambio?
(Cicchelli- Pugeault y Cicchelli, 1999, p. 12)

Los discursos que tienen a la familia como objeto de intervención revelan la intención de encontrar en el ámbito familiar una de las respuestas a esta inquietud. Las corrientes sociales y políticas de la época, el higienismo, el pauperismo y el voluntarismo educativo, proporcionan marcos de pensamiento para identificar las transformaciones sociales en general y de las familias en particular. En poco tiempo, para los investigadores sociales, los médicos y los administradores, la familia se establece en objeto de observación.

Los autores refieren que, en el siglo XIX, la familia es un ámbito que se encuentra amenazado. Las conmociones que afectan a su estructura y a las relaciones entre sus miembros se interpretan como signos de ruptura radical, generando una crisis profunda que corrompe una sociedad desestabilizada. En el marco del higienismo del siglo XIX, surge la figura del médico de familia, con su doble función sanitaria y moral. El médico, además de valorar el problema biológico, se ocupa del alma y tiene acceso a lo íntimo de la vida cotidiana, convertido a veces en el confesor de secretos familiares inconfesables, en el cual el cura comienza a perder su rol.

Jacques Donzelot (2008), es un autor que aporta al análisis de las formas de intervención de las profesiones asistenciales con las familias en situación de pobreza. Presenta y

analiza los pasos de intervención desde una perspectiva tutelar que se configura con una modalidad policial.

El autor explica que, en las sociedades de fines del siglo XIX, surge la preocupación de la tutela por la gestión de los niños abandonados, delincuentes o rebeldes a la autoridad familiar, desarrollando el campo de intervención sobre la infancia inadaptada.

El poder de la intervención se transfiere a filántropos, médicos, magistrados, etc., lo cual supone una nueva relación con la familia; la misma queda obligada a vigilar a sus hijos si no quiere ser ella objeto de vigilancia.

“Inserta en esa doble red de tutores sociales y técnicos, la familia aparece como colonizada. Ya no hay dos instancias enfrentadas: la familia y el aparato, sino, en torno al niño, una serie de círculos concéntricos: el círculo familiar, el círculo de técnicos, el círculo de tutores sociales” (Jacques Donzelot , 2008, p. 101).

La función simbólica de autoridad por parte del padre fue acaparada por el juez; su función práctica la ha tomado el educador cuya tarea consiste en acompañar a los jóvenes en la vida, promoviendo que trabajen, enseñarles la vida colectiva e inducirlos a confiar en su responsabilidad. En tanto el papel de la madre es preservado y solicitado.

Como uno de los dispositivos de control se creó el tribunal de menores en tanto surge la organización del mercado de la infancia. En cuanto al funcionamiento de este tribunal, cabe señalar que se evaluaba tanto al menor como a su medio. Para esto se abrían expedientes, como un trámite obligatorio, que contenían información sobre aspectos psicológicos del niño y del valor educativo de su medio familiar. Con el objetivo de la elaboración de ese informe, se realizaba un acercamiento circular a la familia, así como un interrogatorio, y una verificación del modo de vida de la familia; estas eran las “nuevas

reglas” del informe social. Ese documento se constituía en un instrumento entre el resultado de un saber de investigación inquisitorial (la encuesta social), el de un saber clasificatorio (examen psiquiátrico) y el saber interpretativo constituido por los exámenes médico-psiquiátricos y los test psicológicos, de inspiración psicoanalítica. Saberes heterogéneos confluyen en una perspectiva común, comprendiendo una misma jurisdicción extrajudicial —en la que participan educadores, psicólogos, asistentes sociales y médicos psiquiatras y psicoanalistas- en la región parisina y grandes ciudades, quienes deben elaborar un resumen y opinar sobre la medida más adecuada para destinar al menor.

Otro de los aspectos al que refiere Donzelot es la creación de la encuesta social, la cual se inicia al mismo tiempo que la justicia de menores 1912. Opera como control de la familia. A partir de las prácticas asistenciales, la encuesta se utiliza en toda la esfera “social”, para la protección a la infancia en peligro, para la posibilidad de retirar los niños del círculo familiar o de restituirlos a él. Posteriormente, es utilizada para la asistencia de mujeres pobres parturientas, para las familias que solicitan subsidios de ayuda social, las familias pobres en las cuales uno de los padres está desde hace tiempo en un establecimiento de cuidados (sanatorio, hospitalización psiquiátrica) o de represión (cárcel) y, más tarde, en la vigilancia de los niños delincuentes, puesto que es una condición previa para las medidas de libertad que constituyen las primeras formas de asistencia educativa en regímenes abiertos.

El autor ilustra la preocupación obsesiva de evitar que el encuestador caiga en la trampa de los procedimientos populares de puesta en escena de la pobreza, para eso se instalan reglas. Entre ellas:

- Primera regla: el acercamiento circular a la familia. Antes de entrar en contacto con la familia, es preciso recolectar informaciones disponibles en las administraciones de asistencia y vigilancia (el /la maestro/a).
- Segunda regla: el interrogatorio separado y contradictorio: concurrir a su domicilio.
- Tercera regla: la verificación práctica del modo de vida familiar.

Era la fórmula ideal para que la intervención social no fuese vista como intervención aparatosamente policial ni caritativa, ni tampoco generadora de hipocresía social. A partir de su creación, la justicia de menores prevé, en 1912, que la encuesta social fuese complementada por un examen médico y, para ello era necesario distinguir quienes requerían un examen médico y quiénes no. La política de la familia judicial llegó a ser asunto de las instancias psiquiátricas ya que la psiquiatría adquirió un valor importante para complementar el informe.

En la expansión de la psiquiatría infantil, hay que señalar dos elementos claves. El primero es la escuela, como institución modelo que sirvió de laboratorio de observación de los comportamientos, como medio para valorar la normalidad/anormalidad. Y el segundo, el hecho de asignar a la familia el origen de los trastornos tanto disciplinarios como patológicos, provocados bien por insuficiencia educativa como por anomalías degenerativas.

Todas aquellas familias productoras de demandas (pedidos de internación, ayuda económica, etc.) eran vulnerables de ser tuteladas. En este sentido, la familia ya no existía como instancia autónoma. “La gestión tutelar de las familias consiste en reducir su horizonte a la mera reproducción vigilada y a la extracción automática del seno familiar de aquellos menores “pasibles de ser socializados” (Donzelot, 1977, p. 156)

Por otro lado, Lasch (1996), representante de la teoría parsoniana funcionalista de la familia, defiende lo indispensable que es la familia, en tanto proporciona fundamentos para la invasión continua de la familia por parte de expertos sociales (p. 170)

Parsons describe que,

el aislamiento de la familia nuclear intensifica el clima emocional de la familia y crea “tensiones” que solo los expertos saben cómo aliviar. Como los padres dependen cada vez más del asesoramiento profesional, el cuidado de los niños se ha convertido en una profesión, principalmente para las mujeres, que asumen la responsabilidad del mismo (Lasch, 1996, p. 172)

Esto culmina con la supresión de la familia y la asignación de la crianza del niño a expertos entrenados. La “transferencia de funciones” o, como lo llama Parsons, el proceso de diferenciación estructural y funcional, exonera a la familia de sus funciones educativas, económicas y protectoras, de modo que pueda especializarse en la crianza del niño y en el aspecto emocional.

Según Jelin (1998) “las actividades domésticas cotidianas se manifiestan como tareas concretas de consumo. El consumo de los bienes y servicios que produce el sistema económico requiere tiempo y trabajo. Este trabajo – comprar y consumir- es realizado por las mujeres” (p. 63).

Seguramente las amas de casa continúan siendo quienes organizan el consumo cotidiano, que incluye la comida y la limpieza, mientras que las decisiones respecto de los bienes de consumo durables (desde la vivienda y el coche hasta el televisor o los muebles) están en mayor medida en manos de los hombres o son decisiones compartidas (Jelin, 1998, p.65)

Retomando a Lasch (1996),

la familia es la Institución en la que las relaciones se determinan por “adscripción” y no por logros. Es así que el niño recibe amor y admiración porque es el hijo de determinados padres, en tanto, en otros casos se debe ganar el respeto y afecto a través de sus logros (fuera de la familia) (p 171)

Los parsonianos, para estudiar la familia, se apoyaban en grupos pequeños, ya que consideraban que habían demostrado cómo los profesionales podían racionalizar el control de las relaciones en el hogar según lineamientos industriales.

De tal manera que Parsons puso a discusión la analogía entre la socialización y la terapia, la familia y la clínica psiquiátrica. Afirma: “cada etapa en el proceso de la socialización es análoga a un proceso terapéutico” (en Lasch, 1996, p. 172).

Lasch llegará a afirmar que: “la socialización de la reproducción proletarizó la paternidad, con el resultado de que las personas fueran incapaces de satisfacer sus propias necesidades sin la supervisión de expertos profesionales” (Lasch, 1996, p. 42). Desde la Revolución Industrial, el control social acaparó la vida privada, siendo los maestros, médicos, entre otros, los que debían supervisar la crianza de los niños, tarea que antes correspondía a la familia.

De ahí que Jelin (1998) señale que el Estado interviene conformando la familia y controlando su funcionamiento, poniendo límites y ofreciendo oportunidades siendo la conformación de la familia, el resultado, entre otros, de las ideas dominantes o hegemónicas en cada época. Y sostiene, además, que las políticas asistencialistas están basadas en la beneficencia y caridad, más que en una lógica de ciudadanía.

1.4.3 Desde los dispositivos de control al enfoque de riesgo

Ubicándonos en el Uruguay contemporáneo, profesionales del Trabajo Social reflexionan sobre los dispositivos de control instrumentados en nuestro país.

Ortega y Vecinday (2011) hacen referencia a que las preocupaciones sociales, desde principios del siglo XX, estuvieron agrupadas y relacionadas a tres tipos de problemas: el abandono, la mortalidad infantil y las prácticas de crianza.

En el problema de la mortalidad infantil, las organizaciones, disposiciones reglamentarias y organismos internacionales establecieron un trabajo “cuyo objetivo fue la vigilancia organizada en torno a la familia, en particular la figura de “la madre” respecto a las prácticas de crianza. Dichos dispositivos fueron organizados a partir de procesos de medicalización de la sociedad” (Ortega y Vecinday, 2011, p.1). La órbita de la primera infancia está centrada en el desarrollo de sistemas de vigilancia y cuidado sobre prácticas de crianza promotoras del desarrollo infantil.

Boltanski plantea que, a partir de 1900:

no se deja que sea la madre la que opte entre métodos diversos, ya que no se toma la naturaleza como guía. ‘Contrariar la naturaleza’ es en cierta forma el objetivo que se propone la nueva puericultura. (...) Hay que sustituir las vagas indicaciones de la naturaleza por las órdenes racionales del médico. (...) Nadie, salvo el médico, puede instruir a la madre en sus deberes (...)” (Boltanski, 1974, como se citó en Ortega y Vecinday, 2011, p.5)

Por otro lado, Pellegrino et al (2008) sostienen que, en el siglo XX, tanto en ámbitos políticos como académicos, se priorizó la mortalidad infantil que “habitualmente es uno de los indicadores utilizado para evaluar el estado sanitario de una población, debido a la

vulnerabilidad de los niños a esa edad respecto a condiciones medioambientales y socio económicas adversas” (Pellegrino et al, 2008, como se citó en Ortega y Vecinday, 2011, p.6).

Hacia mediados del siglo XX, se instala el modelo preventivista generando cambios en el ámbito de la salud, entre ellos en el presupuesto, en los objetivos e instrumentos de abordaje de los problemas. En ese contexto de cambios,

los programas denominados “materno infantiles” ocupaban la mayor atención y la mayor parte de las intervenciones iban dirigidas, como en el modelo anterior, a reforzar la llegada de la indicación médica al hogar. Quizás, lo que se pueda destacar como un cambio fundamental sea que las propuestas y contenidos presentes en las intervenciones preventivistas, en el ámbito de la salud, constituyen una de las manifestaciones incipientes que los procesos de individualización social adoptan en la vida contemporánea (Ortega y Vecinday 2009, como se citó en Ortega y Vecinday, 2011, p. 9)

Es así como se introduce con fuerza renovada la cuestión de la responsabilidad del individuo en la prevención de las enfermedades, y se atribuye a la noción de “estilo de vida” un estatus relevante a la hora de justificar la responsabilidad individual en el cuidado de la salud. De esta forma, lo que se ha denominado “salud persecutoria” se presenta como un efecto secundario de la promoción de la salud (Ortega y Vecinday, 2011, p. 10)

“(…) como si el camino responsable para una buena salud dependiera esencialmente de acciones responsables individuales, sin cambios en el importante nivel de responsabilidad de empresas, de instituciones y en las relaciones políticas y económicas entre países”

(Castiel y Alvarez 2007, como se citó en Ortega y Vecinday, 2011 p.10)

Surge la división del trabajo profesional entre las disciplinas médicas y sociales, en la cual los agentes médicos sugerían medidas de higiene para la prevención de las enfermedades y los agentes sociales difundían esas medidas “saludables” a las familias, particularmente a las madres. Podemos observar que en la actualidad esta división del trabajo profesional acompaña los dispositivos de protección social a la infancia (Ortega y Vecinday, 2011, p.10)

La adopción de nuevas medidas y estrategias de protección dirigidas a este sector poblacional se funda en la constatación de que, en la primera infancia, “los riesgos observados en la salud, que se reflejan fundamentalmente en problemas en el crecimiento y desarrollo, se traducen en bajos logros académicos en la edad escolar y en mayores probabilidades de deserción y rezago”, según afirmación del Modelo de atención a niños menores de 4 años y sus familias (En Informe de difusión pública de resultados del año 2005 - MIDES – PIAFRS).

Para Ortega y Vecinday, “las políticas sociales son modalidades de intervención sociopolíticas dirigidas a regular determinadas dimensiones de la vida social” (Ortega y Vecinday, 2009, p.11)

El preventivismo puede ser sintetizado como la doctrina médica que retraduce la concepción ampliada de la determinación salud-proceso, tal como fue desarrollada por las disciplinas ligadas al campo de la higiene y de la salud pública desde el siglo XIX, en prácticas de carácter eminentemente técnico, especialmente dirigidas al ámbito de los cuidados individuales y básicamente volcadas para el desarrollo de acciones asistenciales y educativas simplificadas, con baja densidad de tecnología especializada y equipamiento materiales. Bajo esas consignas, las conductas de los individuos pasan a constituirse en un verdadero campo de

observación y de intervención para las estrategias médico-sanitarias en el periodo estudiado (Ortega 2008, como se citó en Ortega y Vecinday, 2009, p 14)

Para hablar de la identificación de riesgo, señalamos a Bentura, quien menciona que las estrategias médico sanitarias dirigidas a la prevención establecen la identificación de riesgos. La autora señala que este concepto es de uso cotidiano para los trabajadores de la salud, luego que en la Declaración de Alma Ata (1979) el enfoque de riesgo se prioriza como el método para lograr la equidad en los sistemas de salud, logrando una “salud para todos”. Y para la OMS,

el enfoque de riesgo es el método que se utiliza para medir la necesidad de atención de algunos grupos específicos, entendiéndose al riesgo como la probabilidad de que se produzca un daño a la salud. Estas modificaciones tienden a mejorar la situación de salud de los sujetos, interviniendo en el estilo de vida con la finalidad de que se favorezcan las “conductas de salud (Bentura, 2009, p. 21-22).

El término se comienza a utilizar en la epidemiología de los factores de riesgo en los años 50, cuando se da a conocer que existía asociación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón.

Por otro lado, la OPS define al enfoque de riesgo como,

un método que se emplea para medir las necesidades de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades en salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención (Bentura, 2009, p 22)

Como construcción social, la noción de riesgo está determinada por la cultura, siendo esta la que enfatiza algunos aspectos e ignora otros. Tiene relación con la posición social de los actores: “El público no ve los riesgos de la misma manera que los expertos” (Douglas 1996, como se citó en Bentura 2009, p. 27)

La información que se brinda a la población, a partir de los riesgos, surge del “campo médico sanitario”, ya que es quien está legitimado para hacerlo. Generalmente, los sistemas identifican riesgos que no son los mismos que la población reconoce como tales; en este sentido. Tal como lo alerta Lupton, los sistemas de riesgo, sin que se explicita, sustituyen o pretenden sustituir los valores de la gente por la de los médicos (Lupton 1993, como se citó en Bentura, 2009)

“El riesgo puede ser analizado como un dispositivo que involucra al sistema de salud en su conjunto contribuyendo a la alta medicalización de la sociedad (el riesgo al promover el autocuidado constituye una de las formas de medicalización de la modernidad)” (Lupton 1993, como se citó en Bentura, 2009, p 31).

“El enfoque de riesgo contribuye a la estigmatización de los sujetos, siendo etiquetados como “individuo de riesgo” o peor aún, “de alto riesgo”, sin medir los costos psicológicos que esto tiene para el sujeto y su entorno” (Lupton 1993, como se citó en Bentura, 2009, p 32)

El sistema de salud ha implementado la gestión del riesgo que busca el disciplinamiento de los sujetos mediante prácticas sustentadas en un lugar de poder institucional (MSP) y profesional. Los nuevos aportes para la reducción del daño, intentan empoderar procesos personales para la gestión de sus propios riesgos, otorgando propiedades emancipatorias al dispositivo (Mitjavila, 2000, como se citó en Bentura, 2009)

Así como Foucault para Francia, Barrán en nuestro país ha demostrado que estamos frente a una sociedad medicalizada. La medicalización es la “expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Mitjavila, 1998, como se citó en Bentura, 2009 p. 28).

La medicina es un conjunto de prácticas discursivas y fácticas que constituyen un campo de conocimiento y de dominación. Foucault declara que el proceso de legitimación de la práctica médica a lo largo de la historia, se ha convertido en un tipo de saber construido a expensas de formas de cohesión y prácticas que tiene por objeto el disciplinamiento de los sujetos (Foucault, 1980, como se citó en Bentura, 2009).

Tomando como momento histórico el siglo XIX y principios del siglo XX es cuando se instala el modelo higienista.

“Los procesos de medicalización hacen referencia a la premiación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico” (Portillo, 1993 como se citó en Ortega y Vecinday, 2009, p. 13)

Ortega trae la idea de Foucault (1990) donde menciona que cada cultura define:

el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exige una práctica específicamente adaptada.... La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra medicalizado (Ortega, 2008, p. 27)

La autora analiza que, en la época del 1900, la mortalidad infantil era el problema sanitario más grave, el cual fue atendido en el Segundo Congreso Sudamericano del Niño, en Montevideo en el año 1919. El presidente de dicho Congreso fue el Doctor Morquio, quien informaba que, sobre 1000 niños que nacían, morían aproximadamente 200 antes de cumplir los dos años, y la mitad antes del mes. Las causas se debían a enfermedades congénitas, falta de cuidados, defectos en alimentación, ignorancia, los alimentos, la miseria y el abandono. Para disminuir la mortalidad, las medidas fueron adoptadas por el Doctor Bauzá, quien era director del servicio de Protección a la Primera Infancia en esa época. Las medidas eran la instrucción a las madres en materia de puericultura dadas por las nurses inspectoras que recorrían los hogares pobres (Ortega, 2008)

Donzelot (1986, como se citó en Ortega, 2008) describe que los médicos franceses a principios del siglo XVIII y fines del siglo XIX, elaboraron libros sobre la crianza y educación de los niños y diccionarios de higiene para uso de las familias burguesas, con consejos imperativos. En oposición en las familias populares, las acciones no son con libros sino con vigilancia directa a través de estrategias disciplinarias rígidas (Ortega, 2008)

La visitadora representa la tendencia más moderna de la medicina preventiva, y es la encargada de la vigilancia de los sanos, la que debe despistar los peligros que a la salud amenazan, para poder evitarlos; la divulgadora de los conceptos higiénicos, a fin de hacer que el organismo resista en mejores condiciones a los ataques de las infecciones y peligros que lo rodean de continuo, a hacer por su prédica que el desgaste por la labor a que está condenado el hombre, sea lo menos dañosa posible; la propulsora de los medios modernos de prevención contra las enfermedades y la difusión de los conceptos de la higiene en la alimentación,

en el desarrollo, en la habitación, en los métodos de la vida higiénico (Schiaffino 1928, como se citó en Ortega, 2008, p. 48)

Capítulo 2. Metodología

2.1 Diseño

Se realizó una investigación de tipo cualitativa, dado que- tal como plantean Hernández, Fernández & Batista (2010, p. 492), se pretendió explorar, comprender y profundizar en las experiencias, perspectivas, opiniones y significados desde la perspectiva de los actores. Lograr detectar, en un ambiente natural y en relación con el contexto, la manera subjetiva de percibir la realidad de quienes participan.

Fue de interés realizar una investigación cualitativa porque se comparte la opinión de Denzin y Lincoln que afirman que las/os investigadoras/es que optan por la investigación cualitativa, investigan naturalmente ubicados y siendo cuidadosos en “dar sentido e interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas le otorgan” (Denzin y Lincoln, 1994, como se citó en Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 24)

2.2 Universo de estudio, selección, tamaño de muestra y criterios de inclusión

El universo de estudio fueron las familias que integraron el programa Aduana de los 14 Centros de Salud de la RAP- Metropolitana- ASSE en los meses de noviembre 2019 a febrero 2020.

Es importante mencionar que el termino familia se refiere al referente familiar del recién nacido.

La muestra de los casos estuvo constituida por familias que los nacimientos de sus recién nacidos de riesgo fueron entre noviembre 2019 a febrero 2020 que se atendieron en los 14 Centros de Salud de la RAP- Metropolitana. Se planifico que la muestra fuera de 20 casos pero por la situación de pandemia COVID 19, fueron 10 casos.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron:

1. Familias que hayan sido catalogadas con recién nacidos de riesgo en los meses de noviembre 2019 a febrero 2020.
2. Familias que hayan sido visitadas por el equipo de salud.
3. Familias que vivan en zonas accesibles.
4. Estar de acuerdo en participar en el estudio luego del consentimiento informado.

Se seleccionó la muestra de **casos-tipo** dado que, como definen Hernandez, Fernandez & Batista “el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (Hernandez, Fernandez & Batista, 2010, p 397).

Los casos-tipo están determinados por diferentes perfiles y se propusieron los siguientes:

- Pertenecientes a los 14 Centros de Salud para que sea una muestra representativa de la globalidad.
- Edad de la madre: Mayor a 19 años.

Menor o igual a 19 años.

Se tomó como referencia la definición de adolescencia dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mujeres-madres comprendida entre los 10 a 19 años

- Cantidad de gestas: - primípara: que pare por primera vez.
 - múltipara: que ha tenido más de un parto.

2.3 Fuentes de datos para el estudio. Descripción de instrumentos, materiales y técnicas que fueron empleados

Para la obtención de los datos de las familias que tuvieron recién nacidos de riesgo, se solicitó la información a los referentes del Programa Aduana de los 14 Centros de Salud de la RAP Metropolitana, con previa autorización de la Dirección de la misma. A partir de esa información, se seleccionaron las familias que tenían recién nacidos de riesgo que

nacieron entre noviembre 2019 y febrero 2020 y que cumplían los criterios de inclusión propuestos.

Se realiza un listado con la información de los recién nacidos de riesgo que reunían los criterios, entre ellos nombre, nombre de la madre/padre/referente familiar, teléfono, domicilio, fecha de nacimiento, fecha de visita domiciliaria del equipo de salud y el riesgo.

A continuación, se contactó telefónicamente al referente del recién nacido de riesgo y se informó acerca de la investigación. Se le solicitó consentimiento para participar en la misma a través de una entrevista. Lograda la aprobación, se determinó una fecha de encuentro en su domicilio.

Se diseñó, como técnica de recolección de datos, una entrevista semi estructurada que se aplicó al referente del recién nacido de riesgo, usuario de los centros de Salud y/o policlínicas del RAP Metropolitana de ASSE. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de los participantes, considerado “el ambiente natural”, allí, se le solicitó la autorización de grabar la entrevista. Para validar dicho instrumento, se realizaron dos pruebas piloto en el mes de octubre de 2019, a familias de similares características a las que iban a ser entrevistadas luego. Se comprobó la grabación y si la información recolectada era suficiente y adecuada para el tema a estudiar. El resultado fue que se hizo necesario reformular algunas preguntas ya que necesitaban ser explicadas.

Las entrevistas fueron realizadas a un referente familiar del recién nacido en el periodo noviembre 2019 a marzo del 2020. Las mismas fueron desgrabadas y transcritas.

Cabe destacar que ninguna de las familias contactadas se negó a la realización de las mismas.

Las dimensiones indagadas en el guion de la entrevista fueron (ver anexo N°3):

- descripción del desarrollo de la visita domiciliaria,
- vivencia y sentir en relación a la visita domiciliaria,
- comunicación previa para coordinar la visita
- evaluación de la visita domiciliaria
- proyección (que se debería mejorar)

Además, se llevó una bitácora o diario de campo con anotaciones referidas al ambiente o sucesos a destacar, anotadas en forma previa, durante y al finalizar la entrevista. También se registraron las impresiones o sensaciones percibidas por el investigador, se transcriben estos datos, verbales y gestuales, en texto.

2.4 Consideraciones éticas

Para realizar la investigación se solicitó autorización, en primer lugar, a la dirección del servicio de salud correspondiente y, en segundo lugar, a todos los referentes responsables de los recién nacidos de riesgo contactados. Se les informó que se trataba de una entrevista para aportar a una investigación, que se pediría autorización para ser grabada y que, su participación, era voluntaria. Se les explica que la investigadora conservará los datos originales, toda la información brindada será anónima y confidencial, significando esto que ningún dato personal de identificación, ni siquiera su nombre, será publicado o mencionado. Ante la respuesta positiva, se le solicitaba la firma del consentimiento con un texto que informaba acerca de la investigación.

Es importante recordar que, de acuerdo con la declaración de Helsinki, uno de los principios éticos a cumplir es contar con el consentimiento informado de los participantes y, tal como plantea la Asociación Médica Mundial, la investigación está regida por

normas éticas que garantizan el respeto de todos los seres humanos, protegen los derechos individuales, y, por lo tanto, la intimidad y confidencialidad de quienes participen (Asociación Médica Mundial, 2018).

2.5 Plan de análisis de los resultados

Luego de realizadas las entrevistas, se llevó a cabo la transcripción de las mismas para su posterior lectura.

Se realizó el análisis de contenido de las entrevistas, en base a un proceso previo de codificación de la información obtenida.

Luego de seleccionar los segmentos que proporcionaban un significado de los datos, en cada una de las entrevistas, se analizaron y se compararon. Si eran distintos de significado y concepto, cada uno indujo a una categoría; si eran similares, a una categoría común.

Las categorías de análisis se determinaron por un procedimiento deductivo, en función de los objetivos y el marco teórico de la investigación.

Capítulo 3. Resultados y Discusión

En esta investigación se buscó identificar cómo son las vivencias y percepciones de las familias, respecto a la visita domiciliaria que realiza el equipo de salud del primer nivel de atención a aquellos recién nacidos catalogados como de “riesgo”.

En la Tabla 1 se presenta un mapeo de las entrevistas realizadas a las personas visitadas y se señala la edad, nivel educativo, número de hijos, riesgo del recién nacido y si reciben o no prestación social por parte del Estado. De acuerdo a los datos relevados, la mayoría de las entrevistadas declara tener primaria completa y algunos años de secundaria y, hubo un caso con dos años de nivel terciario. Siete de los 10 casos sostienen haber recibido alguna prestación social por parte del Estado. En cuanto a los riesgos del recién nacido, 3 es por pobreza extrema, 2 prematurez, 2 embarazo mal controlado, 1 edad de la madre adolescente, 1 bajo peso al nacer y 1 por violencia intrafamiliar.

Entrevista	Edad	Nivel educativo[1]	Seudonimo[2]	Nº de hijos[3]	Prestaciones sociales[4]	Riesgo[5]
Entrevista 1	41	4to primaria	Maria	9	Si	pobreza extrema
Entrevista 2	28	6to primaria	Carla y Carlos	1	Si	pobreza extrema
Entrevista 3	29	2do secundaria	Ana	3	No	prematurez
Entrevista 4	26	3ero secundaria	Cristina	3	Si	bajo peso al nacer
Entrevista 5	26	6to secundaria	Esther	2	Si	pobreza extrema
Entrevista 6	16	1º secundaria	Clara	1	Si	edad de la madre
Entrevista 7	20	2º universidad	Catalina	1	No	prematurez
Entrevista 8	21	2º UTU	Claudia	2	No	embarazo mal controlado
Entrevista 9	32	2º secundaria	Elena	1	Si	embarazo mal controlado
Entrevista 10	23	3ero secundaria	Julieta	1	Si	violencia intrafamiliar

[1] Se tiene en cuenta al último año aprobado dentro del sistema educativo formal.

[2] Se utilizan pseudónimos para preservar el anonimato de la entrevista.

[3] Se tiene en cuenta la cantidad de hijos/as.

[4] Se tiene en cuenta si cobran alguna prestación social.

[5] Se tiene en cuenta el Riesgo al nacer

La Tabla 2 presenta la cantidad de mujeres distribuidas en las categorías adolescentes, jóvenes y adultas que participaron del estudio. La mayoría de ellas tiene entre 20 y 39 años.

Tabla 2

Grupo etario	Cantidad de entrevistas realizadas
Adolescentes (14-19)	1
Joven (20-39)	8
Adultas (mayor a 40)	1

Todas las participantes pudieron acceder al consentimiento informado, hecho que facilitó la comprensión sobre la investigación. Luego de tener las entrevistas grabadas, se procedió a transcribirlas, así como a la categorización con el fin de organizar los resultados y el posterior análisis.

Categorías de Análisis

Se conformaron 4 categorías que se describen a continuación:

1. Percepciones sobre la visita domiciliaria: refiere a cómo las entrevistadas construyen sus percepciones en relación a la visita.
2. Modalidades de Intervención: engloba el trato y el vínculo que se establece, la planificación y coordinación de la visita, la asistencia y las acciones que se desarrollan durante la visita.

3. Dispositivos de Control: refiere al carácter de control de la visita, el interrogatorio, el componente invasivo del ingreso al domicilio, las relaciones de poder asimétrico entre usuarios y expertos.

4. Riesgo: incluye el riesgo de salud, la prevención y los cuidados frente a los riesgos, los sistemas de riesgo.

Percepciones sobre la Visita Domiciliaria

La percepción es el resultado de las circunstancias sociales, la cultura, el grupo al que pertenecen, la clase social y el momento histórico. Es así que, de las entrevistas, surge la dimensión de género que no fue trabajado en el marco teórico ni fue planteado en los objetivos de dicha investigación. Sin embargo, las visitas han puesto de manifiesto que, en la mayoría de los casos, son las mujeres las protagonistas de la entrevista. Y no solo por su presencia física, sino que, incluye también, todas aquellas actitudes, actividades, funciones, y comportamientos que se adjudican al Género femenino y que fueron observadas de manera implícita en las respuestas obtenidas.

Precisamente, fueron las mujeres-madres, y solo en una ocasión la madre y el padre, quienes abordaron las entrevistas. No fue sorpresa comprobarlo, pero, sí, es importante destacar que esas madres tomaron la situación como naturalizada y no se plantearon interrogantes básicos, tales como: ¿Por qué es tanto más frecuente que la mujer asuma la responsabilidad de llevar al niño al control de salud y de responder a las preguntas? ¿Por qué está la mujer siempre en el control del RN? ¿Qué pasa con el varón?

Las diferencias entre hombres y mujeres son construcciones sociales que dependen de cada época histórica y cada cultura, las cuales generan desigualdad dando más valor a las

condiciones masculinas. Estos estereotipos de género se transmiten de generación en generación consolidando el patriarcado.

Los casos estudiados, además, se tratan de familias y de mujeres-madres que viven en contexto de pobreza, donde la construcción estereotipada del ser mujer y madre las determina aún más. Entre las mujeres pobres, el cuidado de los niños es concebido una actividad esencialmente femenina no remunerada, casi invisible y que sólo parece hacerse visible cuando falla. Existe un prejuicio social basado en la falsa idea de que las mujeres poseen una “dotación natural” para realizar estas tareas de cuidado ignorando que está determinada y condicionada por factores sociales, históricos, culturales y económicos, generando una distribución desproporcionada de responsabilidades en cuanto a la atención.

La condición de ser mujer por largos siglos en la historia y en las diferentes culturas ha demostrado que fueron las mujeres las responsables del cuidado de los niños, de las parturientas y de los enfermos. Estos cuidados fueron transmitidos y vividos por generaciones tras generaciones de mujeres.

Asimismo, las profesiones de la salud están integradas mayoritariamente por mujeres, por ejemplo, 8 de cada diez enfermeras censadas son mujeres ¹, y no es casualidad que estén ocupando trabajos en los cuales hay que brindar cuidados, tomando en cuenta la condición considerada como “natural” de su rol en el hogar (cuidados, alimentación, higiene, etc.).

En general, en la sociedad se acepta, tal como lo plantea Jelin (1998), que las tareas domésticas del hogar son llevadas a cabo por las mujeres en tanto las otras actividades están adjudicadas al hombre. Y esto se visualiza más profundamente/ directamente en

¹ Censo de enfermería MSP-OPS 2013

estas mujeres que viven en condiciones de pobreza, donde quedan como únicas responsables de cuidado y de las tareas del hogar. Al mismo tiempo, la diferencia es observada en la única entrevista en que participa la madre y el padre, donde el hombre se ocupa de las tareas de construcción y expresa orgullo por cumplir el rol establecido

Carlos: "...yo estoy dispuesto a arreglar la casita... yo estoy reformando... voy a poner una puertita de madera..."

Por otro lado, la ideación construida sobre la visita domiciliaria de las personas entrevistadas está basada en experiencias previas y en lo que plantea el equipo de salud en forma direccionada al realizarla. Luego de preguntarles sobre las características de la Visita Domiciliaria, responden,

Ana: "...bien, yo ya sabía, porque tengo otros hijos, sabía que podían venir"

María: "Así, con mi otra hija también habían venido"

Carolina: "...bien, estaba de acuerdo con que nos vinieran a visitar..."

Tal como lo refieren Netto y Brant Carvalho (1994), las vivencias y experiencias de lo cotidiano se diferencian según a qué grupo y clase social el individuo pertenece. En este caso, las familias entrevistadas viven en contexto de pobreza y han transitado la experiencia de recibir la asistencia del Estado, sea desde los equipos de salud como de los programas prioritarios, por tanto, reconocen las visitas como una política de hechos consumados por la cual deben pasar como condición ineludible.

Modalidades de Intervención

En cuanto a la actitud de los/as profesionales en el transcurso de la visita, la mayoría de las mujeres-madres opinan que es “buena” o que “está bien” sin agregar nada más en las respuestas.

Ana: “...bien, bien. Amables las dos”

Esther: “...bien, bien, la verdad”

Un dato interesante a tener en cuenta es el hecho de que muchas de estas madres son visitadas por profesionales que las conocen, dado que le hicieron seguimiento a ella o a alguno de sus hijos/as,

María: “...como ya la conozco... porque me atiendo con ella en la policlínica”

Elena: “Ah bien, porque las conozco”

No debería pensarse como una instancia indeterminada, o condicionada solo por lo que acontece en los 20 o 30 minutos en que ocurre.

Debe tenerse presente que apenas se perciben fragmentos de la cotidianeidad, que se realiza una observación focalizada en algunos aspectos específicos, que el profesional aspira conocer, sobre todo, en un tiempo acotado. Por estas razones, es de importancia la capacidad del profesional, determinada por el tiempo para captar más de lo que la familia puede expresar en palabras.

De ahí que se entiende y reconoce que los profesionales que realizan la VD deben tener experiencia y formación específica, determinadas cualidades y habilidades desarrolladas y una cuota importante de verdadero arte para alentar el intercambio y detectar la realidad que se presenta. Aquí alguna de las expresiones aportadas:

María: “No hubo nada malo. Que la doctora esté a las órdenes y le puedo hacer preguntas”.

Y otra expresa y reivindica el saber de la profesional:

Ana: “...lo mejor...no sé, que vinieran ellos a controlar la bebé”

En tanto, en varias de las entrevistas se puede apreciar que, para las madres, existe una similitud y/ o equivalencia entre la visita y el control. Expresan que se les pregunta lo mismo que en el control, y afirman:

Ana: “Yo unos días antes la había controlado, pero ellos vinieron y la volvieron a controlar”

Ana: “...me preguntaron lo que me preguntan en el control”

Esther: “Y sirve, porque hay gente que no lleva al bebé al primer control”

Esther: “...si prendía bien, cada cuánto tomaba teta...”

En efecto, durante los últimos años, se ha reconocido el trabajo y la importancia que tienen los cuidados recibidos en los primeros años de vida para su desarrollo posterior y en este sentido la importancia de trabajar y acompañar a las familias en esta etapa. De ahí la importancia de destacar el reconocimiento de la VD, como un espacio para identificar necesidades, intereses y problemas, con un enfoque familiar- comunitario, para promover hábitos saludables, identificar riesgos y prevenir enfermedades o complicaciones. Al estar en el domicilio, próximos a la cotidianeidad de las familias y con la intención de conocer la percepción de las entrevistadas, se les pregunta: ¿Te parece que sirve que venga a visitarte el equipo de salud? ¿Por qué?

Clara: “...se preocupan por los pacientes.... Sirve a las más jóvenes como yo”.

María: “Si, porque así conocen donde duerme mi hija”.

En otro aspecto, las entrevistadas hacen referencia a las características del trato que reciben por parte del equipo, y vemos lo que ellas dicen al respecto:

María: “Que vengan con la simpatía”

Esther: “...eran re-cordiales”

Esto nos permite reconocer elementos importantes visualizados por parte de las personas y que, además, son relevantes para un trato aceptable, tendiendo a respetar el derecho a ser atendidos en forma oportuna y respetuosa. Aspectos contemplados en la Ley de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de la Salud, como el derecho a un “tratamiento igualitario” y la no discriminación.

Desde las entrevistadas, se destaca que es un hecho positivo que se generen relaciones o vínculos de confianza entre el equipo y la familia, ya que esto favorece la valoración adecuada del crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Existen factores contextuales que deben considerarse para la VD y que la explican; entre ellos, la situación previa en que se encontraban la madre y el recién nacido, así como en el momento que llega el equipo de salud a visitarlos. En las entrevistas surge que no tenían conocimiento anticipado que serían visitadas:

Esther: “...me estaba bañando cuando llegaron”

²Ley de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los Servicios de Salud (2008, Uruguay, Ley 18335), en el Art 2, “los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.”

Catalina: "...estábamos durmiendo".

En las respuestas de ellas, se refleja que no se toma en cuenta la disponibilidad, el tiempo de la familia y sobre todo de la mujer-madre;

Claudia: "Y bueno...entre que me levanté y todo, bueno. Me hubiese gustado que me hubiesen avisado que día...y todo bien, ta".

Las entrevistas manifiestan que la coordinación de día y hora falla. En el Manual de Procedimientos, está planteada con claridad, la tarea de coordinar el día y la hora de la VD con la familia. Se indagó con una pregunta explícita: ¿el equipo de salud te avisó que te iba a visitar?

Claudia: "...no avisaron. (Risas)... yo me asusté toda.... al caer de sorpresa..."

Esther: "Si hubieran avisado, habríamos coordinado... eso fue medio..."

Ana: "...vinieron de sorpresa".

Por esa razón es entendible que, cuando se indaga acerca de qué cambiarían de la VD, aparece que haya coordinación previa, sin agregar más.

Claudia: "...poder coordinar un día y una hora".

Esther: "De repente eso, la disponibilidad de la persona..."

Al mismo tiempo, algunas de ellas plantean que no es necesario avisar, planteando una disposición sin reserva alguna:

María: "...pueden venir cuando quieran y no me tienen que avisar"

Esther: "...me imagine que debería ser así, algo espontaneo, por el tema que, si vos le avisas a la persona que la vas a visitar, las condiciones en la que la vas a encontrar no son tan cotidianas..."

Estas respuestas opuestas a las otras recibidas, las podemos relacionar con que las madres "habituadas" a las visitas, que las mismas ya conocen esta experiencia y que así ha sido en otras oportunidades.

Cuando los equipos de salud realizan las visitas domiciliarias se enfrentan, muchas veces, a un entorno crítico, donde no están satisfechas las necesidades básicas de las familias como lo son el acceso al agua potable, luz eléctrica, entre otros. Se puede visualizar en esta respuesta:

Esther: "...le entregaron la cuna, le explicaron cómo armarla".³

En esta intervención emergen situaciones que no pueden resolverse con intervenciones desde el sector salud porque son problemas estructurales que tienen como causa la desigualdad social. Se hace necesario comprender, a través de diversos aspectos comunicacionales, los distintos escenarios, donde las familias puedan expresar sus necesidades y problemas para su bienestar social.

Carla: "...nos preguntaron en que nos podían ayudar".

Claudia: "[me preguntaron] si contaba con ayuda, si contaba con la tarjeta del MIDES y ese tipo de cosas".

Tomando en cuenta esta realidad que se presenta, se hace evidente que la visita domiciliaria contribuye a la articulación intersectorial para atenuar y combatir los

³Vale aclarar que la cuna que se entrega a las familias es proporcionada desde el programa UCC del MIDES.

problemas, ya que estas situaciones son frecuentes:

Claudia: “Yo en ese momento no contaba con nada y me ayudaron a tramitarla”.

Clara: “Me ayudaron para sacar la tarjeta del INDA”.

La coordinación entre los distintos programas es una estrategia para abordar con eficacia los problemas planteados pues los determinantes sociales condicionan el estado de salud de la población más vulnerable.

La familia desde siempre ha sido objeto de estudio e intervención. El abordaje familiar está orientado a desarrollar acciones en los recursos internos de la persona y la familia. Incluimos en este abordaje la valoración social-comunitaria, donde se planean acciones para cambiar o potenciar los aspectos que se identifican en la visita. Se aspira a un proceso de construcción que no sea el de dirigirlos o decirles lo que deben hacer y sí involucrar a la familia- madre- padre- referente familiar en este proceso.

Es pertinente traer aquí las consideraciones de Jelin (1998) cuando señala que las políticas asistencialistas están basadas en la beneficencia y caridad, más que en una lógica de ciudadanía. Los servicios de salud, deben tender a profundizar la ciudadanía social, a través de garantizar beneficios y derechos que apunten a una política redistributiva en función de un ideal de justicia.

Carla: “Y yo estoy dispuesto a arreglar la casita y como llovía se la mostré.

Incluso me preguntaron en qué nos podían ayudar y yo le respondí: ustedes verán que ayuda, yo estoy reformando”.

Esta respuesta resume la percepción en cuanto a las intervenciones del Estado y como generan ciertas expectativas cuya resolución no es el fin ni el objetivo de la VD. Se

evidencia la necesidad de explicar con claridad para qué está allí el equipo, y, además, la imprescindible reflexión de qué se hace con lo que transmite y genera la visita a las familias. Hay que preguntarse: ¿para esa familia, a qué vendría el equipo de salud? ¿Y qué pasa allí luego que se va el equipo de salud?

Llegando a este momento del análisis sobre las respuestas recibidas, es oportuno traer la consideración de las prácticas como "objetividad/subjetividad objetivadas y compartidas" que explica De Martino (2013), enmarcadas en el paradigma de la protección integral que exige, sin dudas, una actitud reflexiva por parte de los equipos que intervienen, tanto con las familias en conjunto como con algunos de sus miembros. De esa forma, se evita caer en prácticas de control social diagnosticando las fallas de la familia, o las limitadas prácticas asistencialistas que señala la autora y que se describieron en el capítulo de marco teórico.

Dispositivos de Control

Donzelot (2008) presenta y analiza los pasos de intervención desde una perspectiva tutelar que se configura con una modalidad "policial". Sus planteos aportan al análisis de las formas de intervención de las profesiones asistenciales con las familias en situación de pobreza. En base a sus aportes cabe preguntarse en qué medida las prácticas actualmente desarrolladas desde la política (PNA) mantiene el carácter de control, "moralizantes" a la hora de trabajar con las familias. Se puede observar la respuesta de esta entrevistada:

Ana: "...hay gente que no lleva al bebé al primer control, y ellas vienen para tener más control, digamos".

Y en otra respuesta

Esther: "...hay gente que sí, que necesita que tengan un ojo encima".

A pesar de que Donzelot se refiere a la situación de Francia en el año 1977, sus reflexiones son pertinentes para analizar las prácticas profesionales de la actualidad en el Uruguay. Las siguientes frases dichas por las entrevistadas aluden a cuánto se “invade” a las familias para desarrollar las intervenciones de los equipos de salud.

Ana: “...me hicieron preguntas”

Esther: “Yo pensé que iban a ver la casa”.

Existen relaciones de poder que se pueden observar en todas las intervenciones de los equipos de salud con las personas usuarias, de igual manera está presente en el trabajo con familias tanto de manera explícita como implícita, se lo puede observar cómo poder planteado a pleno, o poder ligado con las problemáticas de la salud.

Cristina: “...lo único que me preguntaron es si la había vacunado”.

En la siguiente respuesta analizamos el poder del profesional ejercido por encima de la voluntad de la mujer, dejando de lado su opinión sin más explicaciones.

Esther: “...yo les dije que a mí me gusta el colecho, prefiero hacer colecho, pero de todas maneras me consiguieron una cuna”.

Estas familias muchas veces son intervenidas por varios equipos del Estado. Las familias (mujeres) ven al Estado, representado por la política de salud, como figura de “control”, el cual pregunta, jerarquizando el carácter interrogatorio de la visita. Esto se pone de manifiesto ante las siguientes expresiones: [me visitaron] “*Sí, para control*” (Carla) y [me preguntaron] “*...donde dormía la beba*” (María).

Con la visita domiciliaria, el programa busca una proximidad con la familia, en la cual se espera que el equipo de salud indague, comprenda y genere acciones en su realidad.

Jelin (1998) menciona que el Estado interviene conformando la familia y controlando su funcionamiento, poniendo límites y ofreciendo oportunidades siendo la conformación de la familia, el resultado, entre otros, de las ideas dominantes o hegemónicas en cada época. Se observa la respuesta de:

Clara: "...me preguntó cómo vivía y si tenía las vacunas el bebe".

Con respecto a esta situación, Ortega y Vecinday (2011) consideran que lo mencionado como "salud persecutoria" es un efecto secundario de la promoción de la salud.

Lo observado aquí "*...no, y no sabía que iban a venir. Aparte, yo estuve mal controlada*" (Clara) se corresponde con el denominado "policiamiento" de las instituciones, el cual refiere a la invasión que en muchas oportunidades realizan, sobre las familias, los profesionales y "expertos", quienes indican y promueven prácticas "correctas" o "buenas" sobre diferentes temas como la alimentación, puericultura y la higiene, las cuales históricamente han sido parte de las valiosas tradiciones transmitidas de abuelas a madres e hijas de generación a generación.

En este sentido, queda claro el control social que realizan las instituciones, de las cuales tanto hablan Cicchelli- Pugeaut y Cicchelli (1999), que focalizan las transformaciones familiares provocadas por el proceso de transición del modo de producción familiar al mundo de producción capitalista.

Al mismo tiempo, las formas en que la sociedad se organiza para producir determinan la organización y las relaciones familiares. Trayendo a colación el pauperismo del siglo XIX y las formas de accionar y los roles asumidos, se destacan las condiciones de extrema miseria en que las familias hoy siguen viviendo y en particular, cómo esa concepción sigue determinando las formas de actuación profesional en el marco de las políticas de

salud. Relacionamos esto a la respuesta acorde a demostrar un mérito del padre de
“...como yo estoy reformando, ojalá que cuando vuelvan, tenga la puertita de madera”
(Carla y Carlos).

Por un lado, es evidente que las entrevistadas ya conocen la experiencia de las intervenciones del Estado en su hogar privado, es decir que están acostumbradas, habituadas a que el Estado entre a su casa. Se muestran serviciales al abrir la puerta, recibir al equipo y atenderlo con amabilidad. De alguna manera, cuando se muestran totalmente abiertas a brindar información de su vida íntima, privada, podría caracterizarse hasta de serviles hacia la autoridad del Estado, representada en la entrevista por el profesional.

Tal como señala Lasch (1996), desde la Revolución Industrial, el control social acapara la vida privada, siendo los maestros, médicos, entre otros, los que supervisan la crianza de los niños, tarea que antes correspondía a la familia. Puede decirse que lo mismo sucede en la actualidad. Algunos aspectos de las respuestas expresan, por un lado, una especie de conformismo y, por otro, una predisposición a seguir ofreciendo lo que sea para cumplir con la autoridad cuando, de lo que se trata, es de control e invasión a su privacidad.

Catalina: “...alguna gente puede mentir, está bueno que te agarren así... A mí me agarraron de pijama... por cierto, bastante desprolija (risas), pero, ta”.

Carla: “...cuando yo salí hasta el frente con ellos, les dije que, a las órdenes, cuando gustes, que cuando lo deseen nomás, que estaba dispuesto a colaborar con todo”

Esto lleva a cuestionarse si las intervenciones que realizan los profesionales, fomentan cierta desconfianza e invaden el quehacer de las familias- madres para el cuidado de su hijo. Esto lo vemos en la siguiente respuesta: “...voy a seguir siendo la misma madre” (*Esther*).

Se puede observar que, en muchas ocasiones, las familias son culpabilizadas / responsabilizadas de sus problemas, desconociendo las causas sociales que los explican. Es imprescindible abordar estas causas desde una óptica estructural la cual contribuirá a resolver los problemas de salud. Queda claro que con la fuerte desigualdad socio-económica producida por el capitalismo, la resolución total de estos problemas es imposible en los marcos de una política de salud, pero trabajando, aunque sean medidas paliativas, es necesario realizar abordajes lo más integrales posibles. No podemos pensar en un problema de salud sin pensar en su determinación social dada por las situaciones en las que viven y se encuentran las familias.

Riesgo

Las intervenciones que se realizan a los recién nacidos en su hogar, según los datos proporcionadas por la OMS-UNICEF (2009), pueden prevenir entre 30 y 61% de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada. Por esa razón, recomiendan las visitas domiciliarias para aumentar la supervivencia de los recién nacidos durante la primera semana de vida. Pues consideran que es un espacio donde se puede identificar factores de riesgo y factores protectores, promoviendo cambios de conducta para favorecer el crecimiento y desarrollo. Se observa en esta respuesta el seguimiento que los profesionales hacen para prevenir una complicación y que es necesario que permanezca siempre;

Catalina: “...me preguntaron si seguía con ictericia...”

Las prácticas de cuidado que se llevan a cabo por parte de los equipos de salud en las visitas domiciliarias son con respecto a lactancia materna, higiene del cordón umbilical, el baño, sueño seguro, entre otros. Al preguntar a las madres sobre qué temas hablaron en la visita, algunas dicen:

Julieta: "...me hablaron de la lactancia y del cuidado del ombligo".

María: "...donde dormía la bebe".

Esther: "...cada cuanto tomaba teta.... sí dormía en cuna o dormía conmigo..."

Por otra parte, la VD no solo está orientada al recién nacido, sino que también a la madre-familia. En esta investigación se pudo observar que falta integrar el cuidado de la madre. Solo en 2 de las 10 entrevistas, estuvo integrado el cuidado hacia la madre:

Ana: "Me revisaron a mí porque yo tuve cesárea"

Clara: "Es más para ver la situación de la mamá"

Durante el siglo XX el dispositivo que se utilizó para tratar el problema de la mortalidad infantil fue, precisamente, la vigilancia organizada en torno a la figura de la madre, y las intervenciones iban dirigidas a llevar la indicación médica al hogar, tal como lo señalan Ortega y Vecinday (2011).

Un aspecto a tener en cuenta es que los riesgos que identifica el sistema de salud, a veces, no son los mismos para la población. En este sentido, cabe el señalamiento de Lupton (1993) de que los sistemas de riesgo intentan sustituir los valores de la gente por la de los médicos.

Capítulo 4. Conclusiones

El hogar de las familias fue y es elegido tanto en nuestro país como en otros lugares del mundo, para intervenir por diferentes equipos e instituciones.

Los comportamientos de las familias en cuanto al cuidado de su recién nacido son un campo de observación y de intervención para las políticas sanitarias.

A la hora de trabajar con las familias, se hace necesario aceptar que las mismas tienen su propio tiempo, lenguaje, ritmos de acción y de pasividad, el derecho a que no sucedan las cosas cuando los agentes externos planifiquen sino cuando las mismas sientan, puedan y quieran hacerlo. En este sentido, es importante tomar en cuenta los determinantes sociales y cómo éstos condicionan lo que piensan, sienten y dicen las familias cuando son visitadas y entrevistadas.

En este sentido trabajando, con la familia e infancia, se hace relevante reconocer, conocer e identificar cuáles son sus necesidades con respecto al campo de la salud. Permite identificar el significado de salud que le dan las mismas, siendo influenciadas por las condiciones sociales, económicas y políticas que se vieron expuestas.

Es importante recordar que según ASSE, la VD es una herramienta que se optimiza cuando se planifica en conjunto desde el equipo y la familia a visitar.

Al ser una de las actividades que tiene un nivel de intromisión en la vida privada de las familias, importa la manera en que se aborde esta actividad. Teniendo siempre presente

que el objetivo de la visita es para realizar un seguimiento de salud, en tanto acompañar a las familias.

De ahí que, en la medida que la visita domiciliaria es un instrumento muy acotado en el tiempo, es fundamental atender el modo en que se enriquecen los vínculos y se genera la confianza necesaria y para ello, los equipos de salud necesitan de la conciencia plena de que se puede invadir una cotidianeidad de la mujer-madre que exige de su parte algunos preparativos respetables. Sobre todo, cuando el visitante pretende conocer más allá del primer ambiente donde se le recibe, avanzando al dormitorio a ver el estado del bebé recién nacido ingresando a la intimidad de la familia que, además, está en situación de pobreza.

De ahí la importancia de anticipar el encuentro acordando la hora y el tiempo que durará la visita, condición imprescindible para no provocar reacciones de enojo o incomodidad de parte de la familia, tal como ellas mismas explicitan.

Pues, tal como destacan en sus comentarios positivos, las profesionales han demostrado “simpatía”, una cordialidad más que necesaria para lograr los objetivos. La empatía que se logra en las VD es un medio importantísimo para lograr atenuar las tensiones que puedan existir en el encuentro, minimizar los riesgos en la comunicación. Sin embargo, siendo necesario lograr esa empatía, es fundamental cierta competencia o capacidad para desarrollar el contenido de la visita.

Si se reconoce que las relaciones de poder entre el profesional y la familia son asimétricas, son claves los modos de manejar la situación que se da de hecho. El profesional tiene el poder que le brindan sus conocimientos científicos, el poder que le da ser representante

de una institución, el poder que le otorga ser representante del Estado, que le brinda una prestación social más que necesaria para esas familias vulnerables.

Las familias en situación de pobreza presentan una amplia gama de problemas complejos y graves, en la cual se acumulan interacciones con gran cantidad de profesionales e instituciones, reforzando su dependencia y desarticulando la eficiencia de las intervenciones.

El carácter escueto de las respuestas de las preguntas en esta investigación dificulta pensar cómo le gustaría que fuese la visita y qué cambiaría. Sin embargo, sugieren un sinfín de preguntas.

En cuanto al silencio como respuesta frente a la pregunta sobre cómo le gustaría que fuera la visita y qué cambiaría tiene mucho que ver, de acuerdo a la experiencia, con los límites de la VD y quién pone esos límites. Y seguramente, también tiene que ver con los derechos de las familias pobres y mujeres madres con hijos recién nacidos.

El primer interrogante que nos surge es, ¿por qué no opinan sobre posibles cambios? ¿Es una forma de cuidarse? ¿O de naturalizar las exigencias de control?

Entonces, se continúa el razonamiento y se puede concluir que, probablemente, las escuetas respuestas se deban a una aceptación o satisfacción por lo que sucede en ellas, claro que sí. Pero eso solo ocurre en algunos pocos casos, tal como expresan algunas mujeres madres. Y en otros, tal vez, el silencio pueda significar una conformidad sin posibilidad de cambio, indiferencia, molestia, una formalidad que hay que cumplir.

Ahora, esas familias, ¿tienen algunas expectativas o esperan poco de las VD? ¿Se les ofreció algo novedoso que quedó grabado en su memoria?

Si hay mujeres y familias pobres y vulnerables que no tienen claridad de cuáles pueden ser sus demandas al profesional que la visita, ¿por qué podrían sentir la necesidad de un cambio en las VD?

Las entrevistadas nos han interpelado de forma contundente con respuestas que parecían ser poco profundas. Todas las nuevas interrogantes que nos colocan abren la posibilidad de pensar, confirmar, rechazar o ampliar nuestro análisis al servicio de una mejor visita Profesional.

De las entrevistas, algunos silencios, algunos gestos, de frases breves, dicen mucho y no lo expresan en palabras. La familia expresa más de lo que dice en palabras.

Desde la voz de las entrevistadas, propongo un objetivo más ambicioso: el de autonomizar a las familias, proveer de información y formación con variadas modalidades atractivas para que interioricen la importancia de cada práctica en su beneficio.

Es importante reafirmar que, si se aspira a un desarrollo psicosocial de los niños recién nacidos en hogares pobres, el acceso a nuevas oportunidades debe ser garantizado, reivindicando la atención formadora de profesionales que ejerzan su profesión en las mejores condiciones con todas las herramientas que necesitan para cumplir su tarea.

Capítulo 5. Referencias bibliográficas

- Acosta Cecilia. (2013). La vista domiciliaria como estrategia de atención a la salud. En, Acosta y Pérez (Comp), *Seguimiento domiciliario del binomio madre-hijo en situación de vulnerabilidad* (pp.73- 83). Comisión Sectorial de Educación Permanente.
- Barrenechea, C ; Menoni, T; Lacava, E; Monge, A; Acosta, c; Crosa , S; Et al (2009), *Actualización en Salud Comunitaria y Familiar : Herramientas Metodológicas para el trabajo en Primer Nivel de Atención*. Comisión Sectorial de Educación Permanente.
- Bentura, C. (2009). La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud. *FRONTERAS* N° 5, pp 21-34. Departamento Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales.
- Breilh, J. (2008). *Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la vida y a la Salud pública en décadas neoliberales*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Cicchelli- Pugeault, C y Cicchelli. V. (1999). Estudiar la familia para reformarla. En *Las teorías sociológicas de la familia*. (pp. 11 – 35). Nueva Visión.
- De Martino, M. (2013). Prácticas y desafíos profesionales. Alternativas teórico-metodológicas. Sobre prácticas profesionales y algunas modalidades asumidas. *Familias y estado en Uruguay. Continuidades críticas*. 1984- 2009. Lecturas desde el Trabajo Social. (pp. 93- 117) CSIC. Ediciones Universitarias.
- (1999) Perspectivas teórico-metodológicas para el análisis de la intervención técnica en procesos familiares. Documento de trabajo N° 20. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Udelar.

- Donzelot, J. (2008). El complejo tutelar. En *La policía de las familias. Epilogo de Gilles Deleuze* (pp. 95- 156). Nueva visión.
- Dubet, F. (2006). El programa Institucional. En *El declive de la Institución. Profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado.* (pp. 29-62). Gedisa.
- La decadencia del programa institucional. En *El declive de la Institución. Profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado.* (pp. 63-97). Gedisa.
- Gofin, L y Gofin R. (2012). *Fundamentos de salud comunitaria. Una perspectiva global.* Elsevier Masson.
- Heller, A. (1985). La estructura de la vida cotidiana En *Historia y vida cotidiana.* (pp. 39- 69). Colección Enlace.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación.* DF: McGraw- Hill.
- Jelin, E. (1998). El hogar y la familia. En *Pan y afectos. La transformación de las familias.* (pp.63-67). Fondo de cultura económica.
- Lasch, Christopher. (1979). La teoría social de la terapéutica: Parsons y los Parsonianos. En *Refugio en un mundo despiadado.* (pp. 166- 195). Gedisa.
- (1996). Refugio en un mundo despiadado. Gedisa.
- Montero, M. (2002). Comunidad y sentido de comunidad. En *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos.* (pp.197-223) Paidós.
- Netto, JP y Brant Carvalho, MC. (1994). O que é a Vida Cotidiana? En *Cotidiano Conhecimento e critica.* (pp. 23- 29) Cortez editora.
- Ortega, E. (2008). Los procesos de medicalización en la sociedad uruguaya durante la primera mitad del siglo XX. En *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista.* Trilce.

Ortega, E y Vecinday, L. (13-14 de setiembre de 2011). *Viejas y nuevas formas de gestión social en el campo de la primera infancia*. [ponencia]. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, Uruguay.

(2009). De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. *FRONTERAS* N° 5, pp. 12-20. Departamento Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales.

Sanchez Moreno y cols. (2000) *Enfermería comunitaria I*. Mc Graw Hill. Interamericana.

Strauss, A y Corbin, J. (2012). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

Vargas, L. (1994). Sobre concepto de percepción. En *Alteridades*. 4(8): 47-53 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

Vasilachis de Gialdino (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa.

Fuentes documentales

Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] (2018).

Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>

[consulta: 19 de junio 2018].

Uruguay, Administración de los servicios de salud del estado. Área Niñez y Adolescencia. (2014). *Manual de Procedimientos. Reperfilamiento del Programa Aduana*. Montevideo.

Basso, J. (2018, 26 de febrero). Mortalidad infantil de Uruguay en su mínimo histórico. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/mortalidad-infantil-de-uruguay-en-su-m%C3%ADnimo-hist%C3%B3rico>

Giachetto, G. (2010). Mortalidad infantil en Uruguay: una mirada crítica. Archivos de Pediatría del Uruguay, 81(3), 139-140. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492010000300001&lng=es&tlng=es.
[consulta: 10 de junio 2019].

Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. [Internet] 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf;jsessionid=F65EE985A56F903A9AA84944CE00484F?sequence=1
[consulta: 27 de mayo 2018].

Organización Mundial de la Salud, & Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084?locale-attribute=es&>
[consulta: 10 de junio 2019].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay. 2017. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Presentaci%C3%B3n_0.pdf

[consulta: 27 de mayo 2018].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. 2015.

[Internet]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

[consulta: 27 de mayo 2018].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica. Visita domiciliaria: Una estrategia de atención y acompañamiento al niño, niña y su familia. 2011. [Internet]. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/visita%20domiciliaria.pdf

[consulta: 27 de mayo 2018].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA)/DIGESNIS. Censo Nacional de Enfermería - 2013 Resumen y lectura rápida de los principales resultados Setiembre 2014.

[Internet]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/censo-nacional-de-enfermeria-2013>

[consulta: 25 de febrero 2021].

Búsqueda de antecedentes:

Beltrame, C; Ferreira de Andrade, F; Caldeira, S; Valongo Zani, A; Maciel Cardelli, A & Pimenta Ferrari, R. (2019). Experiencia de las madres en el monitoreo del recién nacido: Un estudio fenomenológico. *Rev. Online braz. j. nurs.* 18(2), LILACS, BDENF - Enfermería (8 de Marzo 2021).

Castro, M; Claro, M y Colombo, A. (2017). *Cuidado humanizado de los Profesionales de Enfermería en la Visita Domiciliaria al Recién Nacido*. [Tesis de grado,

Facultad de Enfermería, Universidad de la República] BVS. (14 de Noviembre del 2018).

dos Santos, L., Balamín, T., Deggau, S & Rossetto, E. (2014). Percepción de las madres de los bebés prematuros sobre las visitas domiciliarias antes y después del alta.

Invest. Educ Enferm; 32 (3): 393 – 400. LILACS. (14 de Noviembre del 2017).

Kebian, L & Acioli, S. (2014). La visita domiciliar de enfermeros y agentes comunitarios de salud en la estrategia salud de la familia. *Eletrônica enferm*; 16(1): 161-169. LILACS-Express | (14 de Noviembre del 2017).

Perez Faggiani, M. (2017). Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo y su familia al alta. Percepción de los Licenciados en Enfermería del Primer Nivel de Atención en la ciudad de Montevideo. [Tesis de Magister, Facultad de Enfermería, Universidad de la República] BVS. (14 de Noviembre del 2018)

Ventura, N. (2002). Percepción del paciente acerca de la intervención de la enfermera durante la visita domiciliar en el programa de control de tuberculosis de CS “Conde de la Vega”. Lugar de publicación: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Identificador digital (URI): (14 de Noviembre del 2018)

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/998>

Anexos

Anexo 1: INFORMACIÓN AL PACIENTE

Estimado/a referente del niño/a:

Quien suscribe, Licenciada en Enfermería Lucía Echeverriborda estudiante de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería, invito a usted a participar en la investigación: Vivencias y percepciones de las familias de Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias en el periodo noviembre 2019 a marzo 2020.

Consiste en un estudio cualitativo cuyo objetivo general es: “Conocer las vivencias y percepciones de las familias de Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud a los recién nacidos de riesgo en Centros de Salud de la RAP Metropolitana-ASSE”.

El beneficio de participar en la investigación, es dar a conocer su opinión acerca de las visitas domiciliarias, contribuyendo de esta manera al trabajo de los equipos.

Su participación es totalmente voluntaria y anónima y será por medio de una entrevista grabada cuyos datos serán utilizados confidencialmente y solamente con fines académicos. La entrevista durará 30 minutos aproximadamente. Si en el transcurso de la entrevista usted siente que no desea continuar participando puede dejar de hacerlo sin ningún compromiso y la información brindada no será utilizada para ningún fin.

Se me ha explicado el carácter confidencial de la información que brinde, así como el uso que le darán a la misma.

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... He recibido información respecto al estudio “Vivencias y percepciones de las familias de Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias”, cuyo objetivo es “Conocer las vivencias y percepciones de las familias de Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud a los recién nacidos de riesgo en Centros de Salud de la RAP Metropolitana-ASSE”. Fui debidamente informado de los riesgos y beneficios de la participación en esta investigación.

He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación, y se me ha entregado una hoja de información.

También se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee, que ello no será perjudicial para mi persona y que la información brindada no será utilizada para ningún fin.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del participante.....

Contrafirma del participante.....

Cedula Identidad participante.....

Teléfono de contacto.....

Firma del investigador.....

Contrafirma del investigador.....

Cedula Identidad investigador.....

Teléfono de contacto.....

Anexo 3: GUIA PARA LA ENTREVISTA A ADULTOS REFERENTES DE RECIEN NACIDOS DE RIESGO.

Universidad de la República Facultad de Enfermería Maestría en Salud Comunitaria.
Buenos días/ tardes, soy Lucia Echeverriborda Licenciada en Enfermería. Esta entrevista es sobre la investigación que hemos conversado, trata sobre las visitas que hacen los equipos de salud a las casas después que los recién nacidos llegan del hospital. Lo que me interesa conversar es tu opinión sobre las visitas, sobre cómo son hechas, qué se hace en la visita y qué pasa después que el equipo se va.

En esta entrevista voy a tomar nota y te pido poder grabarla. Los datos originales se manejarán siempre en forma anónima y confidencial. Eso significa que ningún dato personal será publicado o mencionado.

Si estás de acuerdo, te solicito firmes dando consentimiento a estas condiciones
.....

○ Identificación de la entrevista

Número de entrevista: Fecha de realización:.....

Nombre del adulto entrevistado:

Lugar de realización: Teléfono:

Duración de la entrevista:.....

- ¿Cómo fue la visita que realizó la policlínica o Centro de salud a tu casa por tu hijo recién nacido? ¿Cómo se desarrolló la visita?
- ¿Cómo te sentiste cuando vinieron a visitarte?
- ¿Cómo te trataron?
- Cuando te avisaron que iban a venir o cuando directamente llegaron a tu casa, ¿qué imaginabas y esperabas de la visita?
- ¿Qué se tiene que tener en cuenta para realizar la visita domiciliaria?
- De la visita que tuviste, ¿qué dirías que fue lo mejor y lo peor?
- Durante la visita domiciliaria, ¿realiza preguntas? ¿Le hacen preguntas?
- ¿Te parece que sirve que venga a visitarte el equipo de salud? ¿Por qué?
- ¿Qué pensabas que era la Visita Domiciliaria antes de que te visitaran?
- ¿Cómo te gustaría que fuese la próxima visita domiciliaria?

Estamos terminando, ¿algo que quieras agregar?

Se hace respeto de los silencios, uso del parafraseo, se revisa y si está completo se plantea: Estaríamos cerrando por aquí la entrevista. Muchas gracias por el tiempo que has brindado.

Muchas gracias.

Montevideo, 14 de mayo de 2019

DE: Dirección RAP Metropolitana
Dra. Ana Noble

A: Lic. Enf. Lucía Echeverriborda

Asunto: Solicitud de Aval para la realización de la investigación: "Vivencias y percepciones de las familias de Programa Aduana acerca de las visitas domiciliarias".

Analizada la propuesta de investigación mencionada se concluye :

1. Se trata de una investigación de interés para la RAP Metropolitana.
2. Se sugiere únicamente simplificar la hoja de información que se entrega al momento de firmar el consentimiento informado, para así facilitar la comprensión del mismo.
3. En oportunidad de la difusión de los resultados de la investigación, deberá informarse previamente al Grupo de Trabajo en Investigación de la RAP Metropolitana, consensuándose las conclusiones a difundir. Este aspecto es parte del procedimiento de otorgamiento del aval (ver puntos 6 y 7 de las Disposiciones generales del Procedimiento de Investigaciones en la RAP Metropolitana).
4. En el marco de lo expuesto y que se cumplen todos los requerimientos de esta Unidad Ejecutora, **se otorgar el aval** para realizar la presente investigación.

Saluda atte.


Dra. Ana Noble
Directora
RAP Metropolitana - ASSE