II. PUESTA EN MARCHA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS ÁREAS ESTRATÉGICAS EN CONTAMINACIÓN DEL AIRE Y SALUD DE LA POBLACIÓN. ARTICULACIÓN A LA RED COMUNITARIA (desde junio de 1994).

Invitación

No es posible dar a nadie lo que ya no tiene de antemano. Al menos, como deseo; sin el cual no recibirá como un regalo lo que se le entregue. Es necesario que se lo apetezca o haya apetecido, aunque sólo sea de un modo vago. Para que algo valga como respuesta, hace falta que previamente exista la pregunta. He aquí porqué tantas cosas claras permanecen sin ser vistas.

Ernst Bloch

1. Montaje de Programas de APS con visión epidemiológica.

Para la puesta en marcha de la Atención Primaria de Salud, la Municipalidad de Río Tercero decidió promover en las tres áreas seleccionadas la reorientación progresiva de la atención de médicos y enfermeras, tradicionalmente orientada a la demanda espontánea e individual por patología, hacia el modelo de la Atención Primaria de Salud poniendo en marcha los Programas[1] de Control del Crecimiento y Desarrollo, Control de Embarazo y Puerperio y Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Los Centros Asistenciales contaban con un médico clínico, una enfermera y una ordenanza. Una médica pediatra y un médico gineco-obstetra distribuían su atención en seis Centros Asistenciales, con pocas horas de atención en cada centro.

En mayo de 1994, las autoridades municipales designaron un psicólogo y un trabajador social a cada una de las Áreas Estratégicas.

En el Área de Barrio Parque Monte Grande atendía una médica pediatra cuatro horas un día por semana y el médico gineco-obstetra dos horas semanales. Para aumentar las horas médicas disponibles, el médico clínico que venía trabajando en la misma dos horas diarias, también fue adaptando su trabajo a la atención del Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo. Para ello participó de una capacitación técnica en servicio específica para la readecuación de su función[2]. En un principio acordamos, con el médico clínico y la pediatra, que esta atendería principalmente a los niños de 0 a 1 año y a aquellos que presentaran algún problema de salud específico de tipo crónico.

En el Área de Barrio Monte Grande la atención del médico gineco-obstetra se realizaba los lunes de 7 a 9 y no existía atención pediátrica, por lo tanto durante los dos primeros meses la atención programada de niños estuvo a cargo de la médica clínica que ya trabajaba en este centro, disponiendo para ello del asesoramiento técnico necesario en terreno.

---

[1] "La estrategia de Atención Primaria de Salud tiene varios componentes y elementos... Sin embargo, es fundamental señalar uno de ellos por ser la base de la estrategia: *los programas*". Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo, "Atención Primaria de Salud Principios y Métodos". México, OPS. 1989. p. 5.

[2] En el asesoramiento técnico en terreno para la puesta en marcha de los Programas de APS participó también el Dr. Raúl Cecchini, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica de la ex-Zona Sanitaria N° 5, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

En el Centro Asistencial de Barrio I. Magnasco atendía la médica pediatra dos horas semanales y no había atención gineco-obstétrica.

Durante junio los profesionales de estas áreas participamos de un entrenamiento en servicio en Centros de Salud de la Dirección de Atención Médica Periférica de la Municipalidad de Córdoba, donde existían Programas de APS en marcha. En esta capacitación en servicio pudimos "ver haciendo" el tipo de registro usado y el trabajo coordinado de médicos, enfermeras y personal administrativo para atender en la institución la demanda programada con las familias atendidas[1].

En agosto de 1994 se logrará la integración a los Equipos de los Centros Asistenciales de un médico pediatra y en junio de 1995 de un médico gineco-obstetra, ambos con dedicación exclusiva para las Áreas Estratégicas[2].

Fuimos procurando que la atención se hiciera en horarios accesibles para la población; los psicólogos y trabajadores sociales estábamos todos los días laborables en las Áreas de Responsabilidad, coordinando nuestros horarios para que estuviese siempre uno de nosotros a la mañana y a la tarde.

La demanda individual procuramos atenderla en el contexto de la familia, considerando que no es el individuo aislado, sino toda la familia la que busca la salud. A medida que íbamos conociendo a los vecinos y se presentaba la oportunidad[3], privilegiamos el encuentro con toda la familia en su propio domicilio, rescatando "*...la importancia crucial de*

---

[1] La primera bibliografía aportada para esta capacitación en servicio fue el "Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño", publicación de la Dirección General de Atención Médica Periférica, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Córdoba, 1992; el "Manual Metodológico de Capacitación del Equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de Madres y Niños", Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Dirección de Salud Materno-Infantil,1994, y el "Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño", Serie PALTEX, N.8, OPS, 1986.

[2] Ver Anexo 2.

[3] Como dijera uno de los médicos, dos años después, cuando ya nos habíamos retirado e ingresaron nuevos profesionales a los equipos de estos Centros Asistenciales: "No es cuestión de salir por salir. Todavía no vayan a las casas que no conocen; hay que esperar el momento para hacerlo .."

la visita domiciliaria para hacer visibles recursos terapéuticos que no se aprecian quedándose en los consultorios institucionales"[1].

Médicos, enfermeras, psicólogas y trabajadores sociales fuimos construyendo registros conjuntos; en una misma carpeta familiar[2] íbamos integrando la información de cada familia: los datos de sus miembros, las fichas de seguimiento pediátrico, la ficha perinatal base[3], y las copias de los informes elaborados con ellas para presentar a otras instituciones.

Participando distintos profesionales en las consultas, como por ejemplo durante los controles de crecimiento y desarrollo o para la atención de una familia en riesgo[4], podíamos evaluar la situación integrando la visión de la familia, la de cada uno de los profesionales presentes y la que traíamos del trabajo en domicilio, coordinando en forma efectiva e inmediata las acciones acordadas.

El registro en las carpetas familiares y el seguimiento caso por caso en el contexto de los programas, la participación de distintos profesionales en la atención de consultorio y la construcción con los vecinos de estos barrios de los primeros mapas catastrales de alta precisión de las áreas, queremos destacarlo como aspectos centrales en esta primera etapa de la adecuación de los Equipos de los Centros Asistenciales a la tarea por realizar.

Comenzamos de esta manera a sustentar la infraestructura de registros básicos que nos permitiría en el futuro el seguimiento longitudinal de la salud de las familias en programa.

Otra operación importante para seguir integrando lo que estaba desintegrado, fue la decisión de comenzar a entregar la leche con criterios de riesgo y nutricionales por edad. Anteriormente se entregaba en los Centros Asistenciales y en la sede de la Secretaría, según directivas naciona-

---

[1] Bertucelli, Lerda, Mercado, op. cit., Ed. Paidós, 1995, p. 272.

[2] Empezamos a entender por "familia" a todas las personas que habitan bajo un mismo techo, sean o no parientes. Ésta definición coincide con la unidad mínima de georreferenciación: la casa

[3] Estas fichas fueron provistas por ex-Zona Sanitaria N° 5, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. La "ficha perinatal base" es la normatizada por la CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología).

[4] Preferimos referirnos a familia "en" riesgo, en lugar de familia "de" riesgo, porque así creemos que se expresa mejor la movilidad de los factores de riesgo, y que esta situación de la familia puede ser transitoria.

les, a "familias numerosas, embarazadas, ancianos y discapacitados"; la cantidad de leche que se distribuía a cada persona la decidía la enfermera o el personal administrativo. Este cambio en la administración del recurso nos ayudó a ir pasando de un sistema clientelista a otro más equitativo.

El día 22 de junio la Secretaría convocó a todos los Equipos de los Centros Asistenciales al "Taller de puesta en marcha de los Programas de APS", en que participaron el Dr. Raúl Cecchini y la Lic. Alicia Ludueña[1], para evaluar los pasos dados hasta ese momento.

Permanentemente procuramos *ir adaptando la organización del trabajo para aproximar más el servicio a la gente y la gente al servicio.* Con este objetivo aprovechábamos todas las oportunidades en que tomábamos contacto con la población que asistía para la atención médica de adultos, atención de patologías en niños, atención de enfermería, entrega de leche, gestión de derivaciones y medicamentos. Una instancia significativa en este proceso fue la organización del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

El PAI constituye uno de los programas básicos de Atención Primaria de Salud y una de las dos estrategias de control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) propuesta para los países en desarrollo por la OPS/OMS en 1990[2].

Si bien los Centros Asistenciales estaban distribuidos en casi toda la ciudad y en general eran muy valorados por la población, en muchos casos no eran reconocidos por la gente como centros vacunadores, colocando del 8% al 40% de las dosis, según el tipo de vacuna, en relación con las colocadas por el Hospital Zonal.

En los Centros Asistenciales de Barrio Parque Monte Grande y Monte Grande el personal de enfermería realizaba la vacunación periódicamente, revisando el carnet de los niños cuando entregaban la leche.

---

[1] La Lic. Alicia Ludueña es Jefa de Enfermería de la Dirección de Atención Médica Periférica de la Municipalidad de Córdoba.

[2] Las dos estrategias principales propuestas por la OPS/OMS para los países en desarrollo en el año 1990 son: "El manejo estandarizado de los casos de IRA y la vacunación contra el sarampión y la tos ferina"; las mismas "...contribuyen a evitar casos y muertes de neumonía asociados a estas dos enfermedades" (OPS, "Boletín Epidemiológico", Vol. 16, N.4, diciembre de 1995, p.5).

En el Centro Asistencial del Área de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos hubo que trabajar más intensamente en la adecuación del equipo para ofrecer el servicio de este programa ya que la demanda de la población venía siendo derivada al Hospital Zonal; como consecuencia de ello, en este centro, durante enero, febrero, marzo y junio de 1994 no se había colocado ninguna dosis y en abril y mayo solamente 8 (ver gráfico p. 42). Uno de los motivos, según expresaba el personal de enfermería del mismo, para no vacunar y derivar la población al Hospital Zonal, era que no asistía la suficiente cantidad de niños para las dosis que contenía el frasco. Esta deficiente organización del trabajo, generaba un círculo vicioso cuyas consecuencias eran el desaliento de la demanda de la población.

Para colaborar en la puesta en marcha del PAI, queremos señalar, aunque se considere obvio, que la primera tarea que debimos hacer fue estudiar nosotros el esquema de vacunación. La captación la fuimos haciendo todo el Equipo del Centro Asistencial, revisando los esquemas de vacunación de los niños durante su asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, atención de patologías o para la entrega de leche; vimos que había muchos niños con sus esquemas atrasados (ver gráfico p. 70) y algunos que no habían recibido ninguna vacuna.

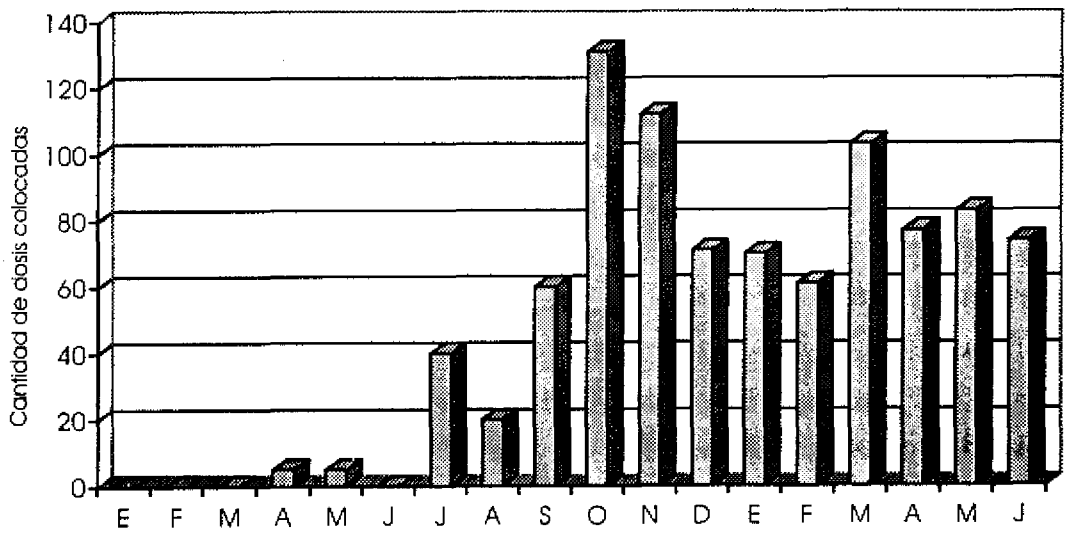
Conformada la primera lista de niños para vacunar con BCG, el 1 de julio se abrió el frasco al llegar el primer niño y asistieron todos los anotados a pesar de los pronósticos de otros profesionales del equipo, quienes descreían de que la gente fuera a concurrir. Con el registro en la carpeta familiar del esquema de vacunación actualizado, continuamos haciendo el seguimiento del mismo.

El 15 de septiembre de 1994, día en que se integró al equipo la nueva enfermera, mientras se ayudaba con un ventilador para sacar más rápidamente los bloques de hielo del congelador, veíamos cómo tiraba los frascos de vacuna vencidos y sin abrir[1].

A partir de agosto, con la cooperación técnica del Dr. Raúl Cecchini, la Secretaría definió un cronograma de vacunación para la ciudad que

---

[1] Para el lector que no está familiarizada con las normas del PAI, agregamos que las mismas establecen pautas para el descongelado periódico de la heladera en que se encuentran las vacunas, de modo que su temperatura nunca esté por debajo de 0 grado ni por encima de los 8 grados centígrados.



Programa Ampliado de Inmunización. Cantidad de dosis colocadas, por mes, desde enero de 1994 a junio de 1995, en el Área de Responsabilidad de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos.

coordinaba la referencia y contrarreferencia horizontal entre los doce Centros Asistenciales municipales. Esta herramienta contribuyó a que todos conocieran la fecha en que se colocaban las vacunas con suficiente anticipación como para orientar adecuadamente a las familias. El mismo se difundía diariamente por radio y televisión locales.

Otra de las estrategias desarrolladas, en coordinación con el Hospital Zonal, fue garantizar la cobertura de vacunación en las Escuelas primarias de la ciudad. Fueron revisados los esquemas de vacunación de 3823 niños en 11 Escuelas y se colocaron 1173 dosis a 726 alumnos entre setiembre y noviembre de 1994. En una de las Escuelas primarias privadas que contaba con más de 700 alumnos, se colocaron a 330 niños, 411 dosis de vacunas, de las cuales 205 eran de BCG.

Los coordinadores de este plan señalaron permanentemente la necesidad de cuidar, no sólo de que estuviesen vacunados todos los niños de Río Tercero, sino que también recibieran las vacunas en la edad que establece el esquema de vacunación.

El Dr. Cecchini coordinó también un "Curso de capacitación en PAI", para el personal de enfermería de los doce Centros Asistenciales ; el mis-

mo se realizó a través de módulos para estudiarlos en sus lugares de trabajo, con cuestionarios de autoevaluación. Mensualmente se realizaba una reunión para resolver los problemas que se presentaban en el trabajo y evaluar el "avance de metas". En el informe de evaluación final del curso el Dr. Raúl Cecchini y la Lic. Alicia Ludueña consideraron de gran importancia continuar la capacitación a través de una supervisión permanente en terreno para modificar errores que no pudieron subsanarse con la participación en el curso[1].

2. Articulación progresiva a los modos de búsqueda de salud de la población.

En el *proceso de inserción* de los psicólogos y de los trabajadores sociales en las poblaciones de las Áreas de Responsabilidad *fuimos asumiendo la demanda espontánea* que se nos iba presentando. Esto fue estratégico para conocernos, estar cada vez más a mano e ir ganando la confianza de la gente con acciones focalizadas en el área.

Acordamos con las autoridades de la Secretaría que la atención de las demandas que provenían de nuestras áreas y que llegaran a nivel central ("problemas de vivienda", "discapacidad", "problemas de aprendizaje", pedidos de atención de "menores" derivados por el Juzgado, informes de exención de impuestos) la realizaría el equipo responsable de la misma en el contexto de la Atención Primaria. Como en un principio, la Dirección de Acción Social de la Municipalidad temía no contar con recursos profesionales para atender las demandas que provinieran de otros barrios de la ciudad, acordamos transitoriamente destinar "el 20% de nuestro tiempo" para atenderlas.

Pasados los primeros meses de trabajo, cuando la Dirección evaluó que estábamos cubriendo las áreas de la ciudad que más demandas generaban, aceptó que destináramos todo nuestro tiempo de trabajo a las mismas.

---

[1] Los beneficios de contar con este recurso se evidenciaron durante los meses de marzo, abril y mayo de 1995 cuando tuvo la función de coordinar el PAI, la enfermera profesional Norma Arco.

En el Área de Responsabilidad de Barrio Monte Grande la primera demanda que recibimos fue la atención psicológica a una vecina. Con esta mujer, que participaba del "ropero comunitario" de la Parroquia, coordinaríamos posteriormente acciones para la captación, recaptación y contención de niños y embarazadas, así como la ayuda alimentaria a niños en riesgo nutricional.

Apenas iniciamos el trabajo en el Área de Responsabilidad de los Barrios Intendente Magnasco, Mitre y Los Algarrobos la comisión del Centro Vecinal de Barrio Intendente Magnasco vino a vernos al Centro Asistencial y nos comunicó que el problema que más les preocupaba en ese momento, era la contención de un joven de 27 años con epilepsia que vivía con su abuela de 70 años. Esta demanda comenzamos a abordarla articulándonos a la contención que una vecina ya venía haciendo con esta familia.

Las embarazadas de esta área que atendían su embarazo en servicios de Salud Pública, asistían al Hospital Zonal o al Centro Asistencial más cercano que contaba con médico gineco-obstetra, el de Barrio Norte, cuya población en su mayor parte estaba mutualizada. Para la puesta en marcha del Programa de Control de Embarazo y Puerperio en esta Área Estratégica, contamos en un comienzo con una sola hora médica que la Secretaría decidió trasladar del Centro Asistencial de Barrio Norte.

¿Cómo iniciar el Programa de Control de Embarazo y Puerperio con sola una hora de un médico gineco-obstetra que venía trabajando en el otro modelo, más aún, cuando otros profesionales del equipo nos decían que esto no era posible?; ¿cómo ofrecer este programa con criterio de riesgo[1]*, y sin generar expectativas en toda el área?* La resolución de este obstáculo resultaría para nosotros otra oportunidad para estar más a mano de los vecinos.

Decidimos comenzar la oferta del servicio por el sector de Barrio Los Algarrobos. Este es un asentamiento sobre tierras fiscales ubicado entre el Río Ctalamochita, las lagunas de tratamiento biológico de la Cooperativa de Obras y Servicios Públicos (COSP) y establecimientos de producción, almacenaje y transporte de productos químicos (ver mapa p. 33). Según los registros de atención médica y de enfermería, de este sec-

[1] OPS, op. cit., Serie PALTEX, 1986.

tor provenían muy pocas demandas[1] y durante esas primeras semanas de trabajo, en que procesamos e hicimos los primeros mapeos de esos datos con las herramientas de escasa precisión de que disponíamos en ese momento, no habíamos tenido contacto con familias de ese sector. Si las familias de este barrio no se habían acercado al Centro Asistencial o habían dejado de venir, consideramos que ahora nos correspondía a nosotros ir a sus casas. Nuestro entrenamiento en visita domiciliaria comenzaría a ponerse a prueba en ese momento.

Para aproximarnos decidimos *buscar los medios que la misma población proporcionaba para hacerlo*[2], *explorando llegadas de confianza* a estas familias para comenzar a poner en marcha el Programa de Control de Embarazo y Puerperio en ese sector.

> Los consultados, vecinos de mucho arraigo en la ciudad, que no vivían en el área, pero que por su trabajo habían estado en contacto con estas familias, coincidieron en identificar a Ester[3] para que fuéramos a pedirle ayuda. La primera vez que fuimos no estaba, nos atendió su madre y acordamos con ella la oportunidad para volver. Cuando regresamos a Los Algarrobos, Ester estaba barriendo el frente de su casa y allí nos recibió, en la vereda de tierra de su casa que se une con el patio de las casas vecinas y el camino de acceso al barrio. Le dijimos que en la "salita" se comenzaría a atender la salud de las embarazadas del área, empezando por este barrio. Nos dijo que hacía unos meses otros habían venido prometiendo un "plan materno-infantil": "Se llevaron una lista con los nombres de los niños, pero no paso más nada, no volvieron más". Le dijimos que veníamos a pedirle ayuda para invitar a las embarazadas a que se atendieran en el Centro Asistencial de Barrio Magnasco a partir

---

[1] Esta realidad pone de manifiesto una de las limitaciones en el diagnóstico de salud cuando no hay "búsqueda activa" de la cobertura por riesgo que permita contar con información estratégica en Salud Pública. Al no disponer este sector de accesibilidad a servicios de salud "en espera", no había tampoco información del mismo que procesar.

[2] "A nivel metodológico cabe considerar entonces desde un punto de vista geocultural que existen unidades estructurales que apelmazan lo geográfico y lo cultural constituyendo una totalidad difícil de penetrar, a no ser que la misma unidad proporcione los medios para hacerlo". Kush, Rodolfo, "Esbozo de una antropología filosófica americana". Ed. Castañeda, Paso del Rey, 1978, p. 15. Ver el proceso de inserción en el "Proyecto Brochero" (Bertucelli y Otros, op. cit., publicación del Gobierno de la Provincia de Córdoba, 1988, p. 12).

[3] Después de leer este escrito los vecinos que participaron de este trabajo nos pidieron que cuando los mencionáramos, lo hiciéramos con sus verdaderos nombres.

de la semana siguiente. Dándonos otra oportunidad, nos dijo: "Bueno, vamos", y nos propuso ir hasta la casa de Olga, una vecina suya. Esta mujer tenía un embarazo de cinco meses y no estaba siendo atendida. Ella, a la vez, ubicó a otras dos embarazadas, Dora y Viviana, del sector que, después supimos, llamaban "El Bajo" (ver mapa p. 47). Como Ester era pariente de Dora nos acompañó a su casa. A la casa de Viviana fuimos con Ester y Dora, que era su pariente y vecina; ella nos dijo que se hacía atender en el Hospital.

A la semana siguiente, cuando empezó a ir el médico al Centro Asistencial, concurrieron Olga y Dora al primer control programado; Viviana lo hizo al mes siguiente derivada por el médico gineco-obstetra desde el Centro Asistencial de Barrio Norte, a quien le habíamos pedido ayuda para la captación.

Después de ser atendida, Dora y su esposo nos llamaron para presentarnos a otra embarazada que había llegado recientemente a vivir a Los Algarrobos, continuando así los propios vecinos la cadena de captación con criterio de riesgo.

Con la misma hora médica semanal, pero que se iba optimizando a medida que el médico gineco-obstetra adaptaba su trabajo a la estrategia de Atención Primaria, *fuimos pautando la atención, conteniendo la demanda que generábamos.*

Mientras íbamos haciendo la oferta programada del servicio, con la ayuda de estas familias, construimos el primer mapa del sector, el cual no constaba en ningún plano de relevamiento urbano. Durante las visitas les pedíamos a los vecinos que dibujaran las casas del barrio en el plano, uniendo las familias que estaban emparentadas; esto nos ayudó a graficar esta "primera contención de embarazadas por redes de confianza" (ver mapa p. 47).

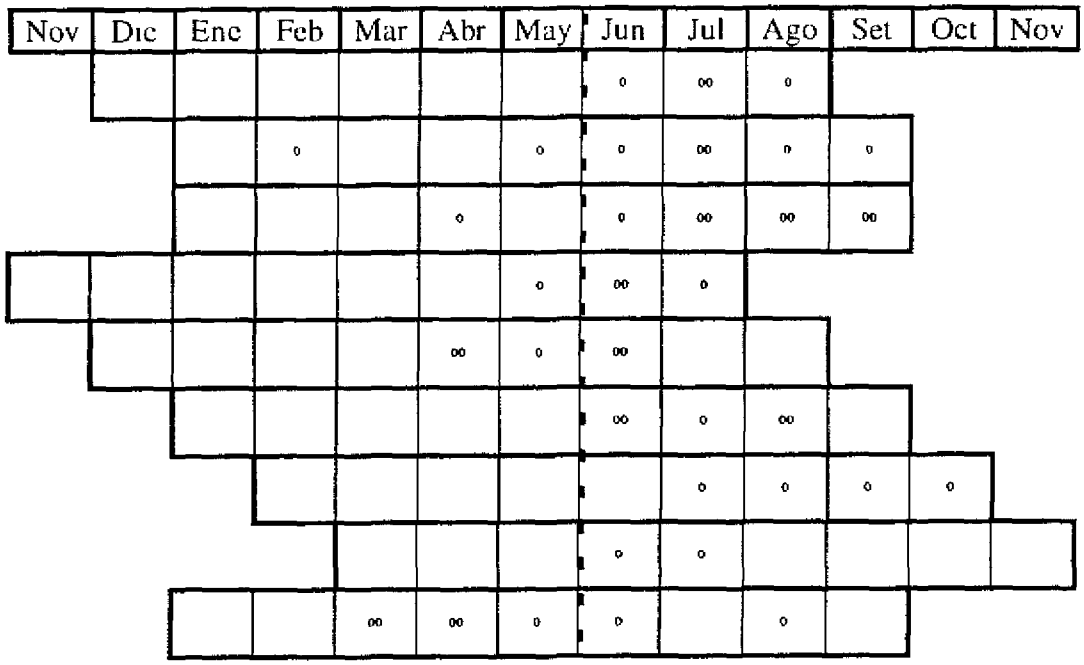
En esta tarea de ir construyendo los mapas de las Áreas de Responsabilidad contamos con la información que nos brindaron organismos municipales y provinciales[1], la COSP y profesionales de la actividad privada. Estas herramientas facilitaron la ubicación geográfica de cada familia en el área y el mapeo de las redes que "recorríamos" en el trabajo.

---

[1] Los últimos fotogramas aéreos de la Ciudad de Río Tercero con que contaba la Dirección General de Catastro provincial eran del año 1973.

(3)
(4)
(5)
(2)
(1)
Cortadero
de ladrillos
B° Los Algarrobos
Lagunas de tratamiento
biológico de la C.O.S.P.
Laboratorio
de la C.O.S.P.
Río Calamuchita
Área de Responsabilidad de los Barrios
I. MAGNASCO, MITRE Y LOS ALGARROBOS
PRIMERA CONTENCIÓN DE EMBARAZADAS
POR REDES DE CONFIANZA EN BARRIO
LOS ALGARROBOS.
PROGRAMA DE CONTROL DE EMBARAZO Y
PUERPERIO.
Junio de 1994
Primera familia a la que pedimos ayuda para la captación de embarazadas
Relación de parentesco
Relación de vecindad
Conocido
Centro Asistencial
(1)(2)(3)(4)(5) Secuencia del recorrido en la oferta del Programa de Control de Embarazo y Puerperio
(6) Extensión del Programa de C. de E. y P. a B°. I. Magnasco
B°. I. Magnasco
B°. Mitre
B°. Norte
(6)

Una vez iniciada la tendencia a la cobertura total del Programa de Control de Embarazo y Puerperio en Los Algarrobos, estas familias, por relaciones de vecindad y parentesco, fueron extendiendo la cobertura a otras embarazadas en riesgo de Barrio I. Magnasco y Mitre, que no estaban siendo atendidas.



Periodicidad de controles de las primeras nueve embarazadas que ingresaron al Programa de Control de Embarazo y Puerperio, antes y después de su puesta en marcha en junio de 1994. Área de Responsabilidad de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos.

Pudimos comprobar, cruzando nuestra información con la de otros Centros Asistenciales, del Hospital Zonal y de Clínicas Privadas, que las primeras embarazadas que ingresaron en el programa no tenían controles previos o se habían realizado muy pocos, aun en los casos de gestaciones avanzadas, situación que se fue revirtiendo significativamente desde la puesta en marcha de la Atención Primaria de Salud (ver gráfico).

Al Área de Responsabilidad de Barrio Parque Monte Grande - como ya dijimos en el capítulo 1, p. 20- nos habíamos ido aproximando a través de trabajos realizados desde el año 1992. En 1993, como un ensayo de "descentralización", la Dirección de Acción Social municipal decidió que el trabajo del "Equipo Interdisciplinario" se focalizara en este barrio.

Durante ese año este equipo participó en la atención psico-social de diferentes problemas que demandaban las familias, colaboró con el "ropero comunitario" que estaban formando algunas mujeres del barrio por iniciativa del Centro Vecinal y ayudó en la atención a los damnificados por el desborde del Canal Oeste (ver mapa p. 33), que produjeron las intensas lluvias y la erosión de los campos de la zona.

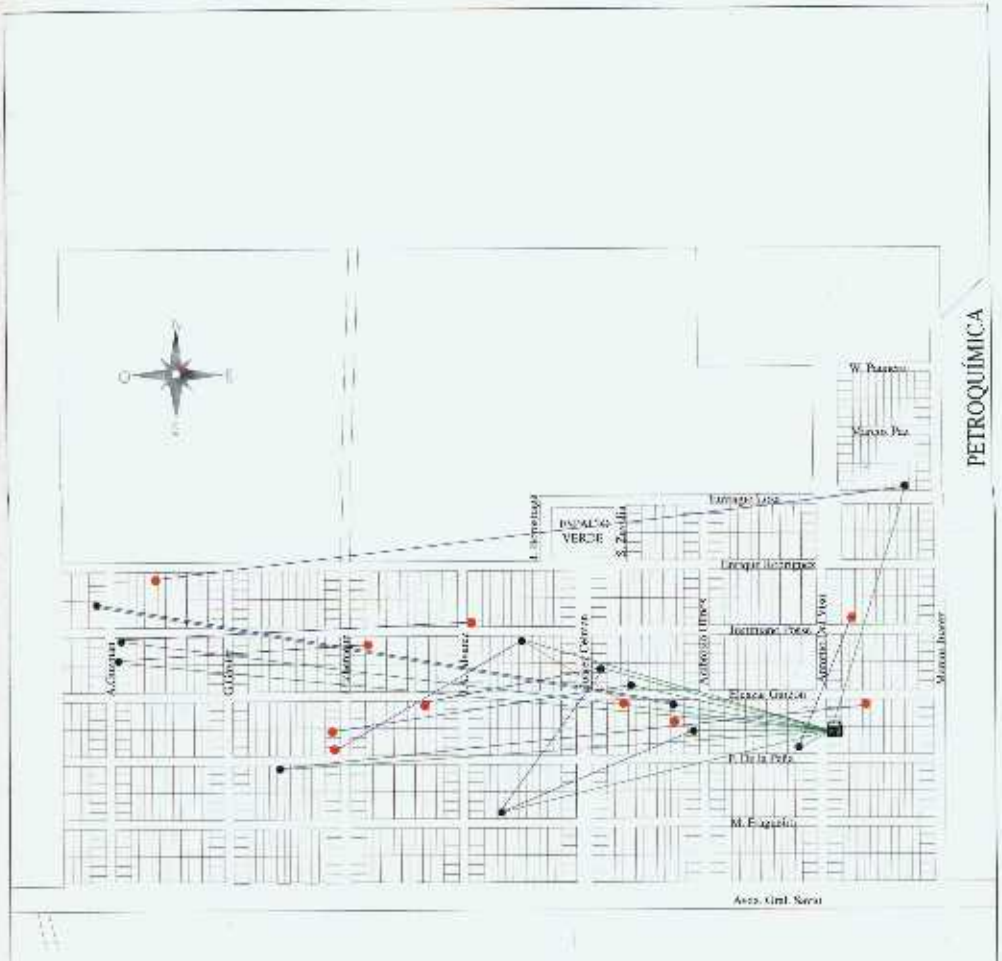
Para la puesta en marcha de la APS en esta área, ya contábamos entonces, con algunas relaciones de confianza construidas al compartir estos trabajos y nos apoyamos, además, en el sistema de trabajo que tenía el "ropero comunitario". Las mujeres que participaban del mismo, llevaban un registro con nombre, dirección y fecha probable de parto de cada embarazada del área, y preparaban para esta fecha un ajuar para cada bebé. De este modo, con su ayuda, fuimos ofreciendo el Programa de Control de Embarazo y Puerperio en el área. La permanente relación de estas embarazadas con las mujeres que participaban del ropero nos ayudaría luego, a sostener la cobertura del mismo.

Otra posibilidad de contacto con la población desde el Centro Asistencial, fue la entrega de leche. Esta tarea nos permitió ir descubriendo, en diálogo con la gente, una gran cantidad de familias emparentadas. Con algunas de ellas, que luego llamaríamos "llave/claves"[1], comenzamos a ofrecer el servicio de APS. Íbamos observando cómo estas personas priorizaban, en ese momento, a sus parientes antes que a un vecino para avisar e invitarlo al Centro Asistencial. A veces nos encontrábamos con familias dentro de la red de parentesco o vecindad de éstas, a las que ella no podía captar; en estos casos, nos presentaban para que explicáramos juntos cuál era el nuevo servicio que se estaba brindando. Por nuestra parte, íbamos relevando todas estas relaciones con detalle en mapas (ver mapa p. 51).

Este trabajo lo comenzamos con doce familias que nos permitieron la llegada para la oferta del servicio a doce familias más. Duplicamos con esta modalidad las familias que ingresaban al programa en los tres primeros meses. De este modo la gente fue reapropiándose del servicio y fue ofreciéndolo a través de sus relaciones socio-afectivas.

---

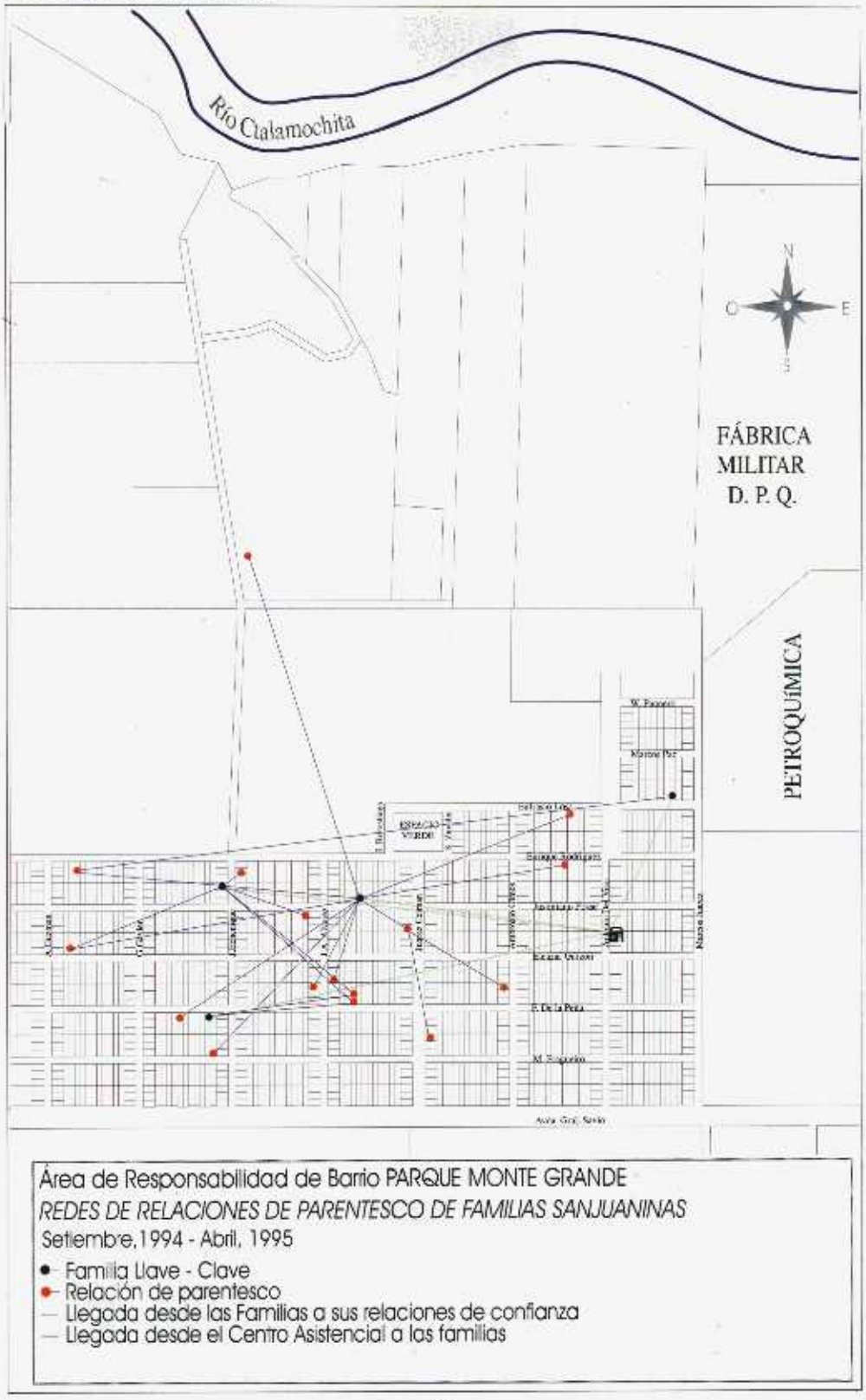
[1] Bertucelli y Otros, op. cit., publicación del Gobierno de la Provincia de Córdoba, 1988.



Área de Responsabilidad de Barrio PARQUE MONTE GRANDE

MAPEO DE LAS PRIMERAS REDES DE PARENTESCO EN LA CAPTACION DE NINOS Y EMBARAZADAS
Octubre - Noviembre de 1994

- Familia Llave - Clave
- Relación de parentesco
- Llegada desde las familias a sus relaciones de confianza
- Llegada desde el Centro Asistencial a las familias



Área de Responsabilidad de Barrio PARQUE MONTE GRANDE
REDES DE RELACIONES DE PARENTESCO DE FAMILIAS SANJUANINAS
Setiembre,1994 - Abril, 1995

- Familia Llave - Clave
- Relación de parentesco
- Llegada desde las Familias a sus relaciones de confianza
- Llegada desde el Centro Asistencial a las familias