

POSIBILIDADES DE LO INTERSECTORIAL

Salud Escolar desde la perspectiva educativa

Palabras clave: Dispositivos de Atención Primaria de Salud (APS). Salud escolar. Dimensión cuidadora. Perspectiva de los otros actores: alteridad. Normas y paradigmas. Lo inter: Intersectorialidad, interdisciplina, redes de salud.

INTRODUCCION

Esta tesis tiene como propósito acreditar la formación alcanzada en la Maestría de Salud Pública, dictada por el Instituto Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario, durante la cohorte 2010-2011. Se opta por una temática – salud escolar- que se encuadra en varios ejes abordados por los distintos módulos de la Maestría.

Corresponde a una política pública referida al cuidado de la salud de los/las niños/as y adolescentes escolarizados/as en la CABA. El programa de referencia del presente estudio es el de Salud Escolar, por el cual equipos interdisciplinarios de salud desarrollan diversas acciones con las comunidades educativas insertas en sus áreas programáticas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Los objetivos programáticos se vinculan con la optimización del acceso a la salud de los niños/as de edad escolar. Por ende, impactan en la calidad de vida de la población infantil repercutiendo tanto en la realidad sanitaria como en la educativa de la ciudad de Buenos Aires, resultando pertinente y relevante al ámbito de la Salud Pública. El tamizado que propone el programa -a partir de los controles de salud integral de los matriculados en el subsistema público de educación- es hoy el único modo implementado para diagnosticar las problemáticas prevalentes que padece la población escolarizada, resultando insuficiente para dar cuenta de la complejidad de situaciones presentes en la realidad sanitaria de los escolares de la CABA.

Se encuentran incluidos como actores del PROGRAMA:

EJECUTORES: agentes de salud, que pertenecen al equipo de salud escolar, incluidos en un servicio y en la planta hospitalaria pública del efector de la zona.

FACILITADORES: agentes educativos que se desempeñan en las escuelas ubicadas en la jurisdicción sanitaria de dicho efector y por ende se encuentran implicados en esta implementación, pudiendo pertenecer a cargos de conducción (**directivos**) ó de ejecución (**maestros de grado**). Se consideran agentes de orientación (EOE) y supervisión como informantes clave.

USUARIOS (beneficiarios): constituyen el universo del programa los niños/as ó adolescentes escolarizados y sus adultos responsables.

La implementación del programa -según Decreto 3362/89 de CABA- prevé la participación de los usuarios y de los facilitadores pero ambos no participan de la planificación de las acciones a ejecutar. Ello genera la aparición de actitudes en los facilitadores que promueven ó que obstaculizan la ejecución pensada por el equipo de salud, **actitudes que se vinculan con las significaciones que estos actores le otorgan a la tarea en la cual se los implica**. En general, los docentes y directivos resultan actores implicados **involuntariamente** en toda la tarea del programa, por lo que se estima adecuado conocer sus opiniones referidas al programa.

Las investigaciones existentes sobre salud escolar abordan las perspectivas de los actores involucrados desde su práctica sanitaria, por lo cual resulta novedoso el acceder a la voz de los facilitadores/agentes educativos, la cual queda como un elemento mudo. En la presente investigación se busca **explorar las percepciones de los educadores en tanto facilitadores de un programa**, que - enmarcado en la estrategia de APS - se implementa en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires desde la década del 80 (siglo XX).

El programa en cuestión se incluye en todos los efectores de salud de la CABA ya que se trata de un programa central, ejecutado por doce hospitales generales de acuerdo a la idiosincracia de cada equipo de salud. Se ejecuta con personal perteneciente al sector de salud pública de dicha ciudad, que está incluido en los servicios de área programática que fueron creados hacia fines de los ochenta a partir de premisas teóricas del Dr. Jorge Daniel Lemus (hoy ministro nacional de salud).

Las áreas programáticas según Lemus (1994) tienen como función, entre otras, la concreción de programas locales que estén destinados a satisfacer las demandas de la población del área de influencia del hospital a través de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, como así también deben *“coordinar con las instituciones y la comunidad, a través de la participación organizada de las mismas, las actividades necesarias para mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de la población”*.

Al basarse dicho programa en la pesquisa en salud de la población escolarizada en el ámbito público educativo, el programa intenta construir un

vínculo entre dos instituciones sociales - hospital / escuela-, tomando uno de los ejes de APS como soporte: la **intersectorialidad**. Su misión es articular las distintas lógicas que atraviesan la realidad institucional de estas escuelas y de estos efectores de salud, e intentar alcanzar la optimización del acceso a las prestaciones oportunas y adecuadas en salud de los examinados y derivados/as por el programa.

Esta investigación se enmarca en un **pendiente: la necesaria evaluación de los dispositivos de atención primaria de la salud enclavados en el primer nivel de atención**. Considerando menester alcanzar dichas evaluaciones localmente - tanto de índole cuantitativa como cualitativa -, se optó por registrar los aportes del “**otro**” sector participante: el educativo. Se observa demasiado controvertido el intento de evaluar desde salud al programa, dado que la investigadora se inserta en el mismo equipo de salud ejecutor. Asimismo las condiciones internas del sector salud no son propicias para este tipo de evaluaciones en la actualidad y en particular en el efector del estudio.

En la presente investigación me remito a los facilitadores/informantes clave del sector educativo, a fin de avanzar en la construcción de intersectorialidad en haras de la salud infanto-juvenil.

Un programa de corte universalista, que se enroló en la lógica fundante de los servicios de Área Programática, vigente hacia fines de los ochenta, amerita hoy mirarse desde otras perspectivas: una podrá ser la de los destinatarios, otra la de los ejecutores y **otra la perspectiva de los que facilitan llegar a dichos resultados**. Esta última perspectiva será estudiada: ya que contiene elementos que quedan mudos en los procesos de implementación del programa. Las pesquisas de salud en poblaciones potencialmente sanas – como la que propone el programa- requieren lecturas multivariadas frente a la complejización de la salud colectiva que se observa actualmente

Habiéndose analizado informes evaluatorios del programa de los últimos años (2006 y 2011) y vinculando los mismos con las normativas vigentes, se observa una **brecha entre lo esperado y lo observado** que puede ser conocida a partir de los testimonios de determinados actores involucrados en la implementación del programa. Se decide focalizar en la presente investigación el develamiento de los percepciones, perspectivas y expectativas de los actores facilitadores que pertenecen al sector educativo.

¿En qué medida el programa de Salud Escolar – en tanto dispositivo enmarcado en el modelo atencional de APS focalizado en el componente intersectorial – es pertinente en el contexto actual para mejorar la calidad de vida de la población escolar? Para obtener una respuesta cabal a esta pregunta, es necesario alcanzar una evaluación construida entre ambos sectores –salud y educación- y de ese modo recuperar sendas miradas al

programa. Ambos sectores tienen como universo a la misma población: los matriculados de la CABA.

Encuadrando la presente investigación en los necesarios – e insuficientes - procesos evaluatorios de los dispositivos de APS, se determina como problema la **carencia de datos** -en los estudios previos acerca del programa de Salud Escolar- **sobre las percepciones de los facilitadores del mismo**, teniendo en cuenta que a partir de ellas se orientan sus prácticas, las que se vinculan a los logros del programa.

La producción del cuidado de la salud implica la **conjunción de diversos actores**. (Emerson Merhy/Franco, 2009) Develando las perspectivas de los otros actores involucrados se amplía el campo de la evaluación y se supera el hacer centro exclusivamente en los aspectos estrictamente sanitarios, favoreciendo miradas integrales e integradas, como aquellas que propone el texto del programa (Decreto 3362/89).

La estrategia de APS proponía convertirse en una puerta de entrada al sistema de salud, requiriéndose de decisiones para que el mismo se optimice y adecúe a esos problemas. Pero las patologías relevadas no devienen en adecuaciones de la oferta del sistema de salud. Estas cuestiones continúan pendientes de evaluación. En la línea que se proponen autores como Zulmira Araujo Hartz y Ligia Vieira Da Silva, entre otros, considero válido el dar cuenta de la voz de los otros actores implicados en tamaña tarea, quienes son partícipes involuntarios de las acciones que desde el sector salud se ejecutan. Por ello **el rasgo intersectorial amerita resignificarse para reformar al sector salud**. ((Araujo Hartz & Vieira da Silva, 2009)

Cabe señalar que la APS fue aceptada por nuestro gobierno de facto de 1978 y llega desgastada, no pudiendo asentarse en ese contexto. La lógica en la que el programa se funda hacia fines de los 80 – la de APS – se ha ido desvaneciendo en la década neoliberal y es menester reconstruirla desde otra lógica: **la de los servidores públicos**. Róvere (2006) refiere que *los profesionales de la salud debemos reconocer que nuestro conocimiento -y el poder que éste conlleva- no nos pertenece sino que le pertenece a la sociedad: es preciso hacerlo circular y ponerlo al servicio de ella*. (Pag. 21) Si bien es considerable el tiempo de ejecución transcurrido desde su creación (35 años) las instancias evaluatorias del programa han sido escasas observándose necesario para una correcta evaluación del Programa de Salud Escolar conocer las percepciones de los agentes de educación o facilitadores.

Se observa menester **descifrar** el sentido otorgado al mismo, accediendo a dichas percepciones, cosmovisiones, significaciones de estos **otros actores sociales** involucrados. Intenta recuperar las voces de los actores **involucrados involuntariamente** en la ejecución de un programa que -

delineado desde los niveles centrales de educación y de salud del gobierno de la CABA- intenta mejorar la calidad de vida de la población escolar del ámbito porteño. Interesa aquí rescatar sólo las percepciones de los educadores, entendiendo que ellas se imprimen en sus prácticas, en sus modos de intervención y en el impacto de las acciones programáticas y son fieles espejos de las que el propio sector sanitario posee.

Dado que los resultados obtenidos mediante una metodología cualitativa no podrían generalizarse sin más a los otros once efectores del programa en la CABA, las conclusiones a las que se arribe serán pertinentes al caso estudiado; la investigación **intenta arrojar luz sobre las condiciones del encuentro entre los sectores de salud y educación**, descubriendo expectativas en juego y elementos mudos que no colaboran con la construcción en red.

Si bien el programa ejecuta sus acciones con todos los niveles educativos (inicial, primaria, media, post-primaria, especial, adultos, superior) **se ha delimitado la presente investigación solamente a instituciones de nivel primario**. Para esta investigación se toma como muestra un efector de salud de la zona noroeste de la ciudad y sus veintidós escuelas primarias a cargo.

Para la recolección de estas percepciones se utilizan entrevistas en profundidad a los actores mencionados, que ya hayan participado del programa en forma previa a las mismas. El análisis de dichas percepciones se hace tomando en consideración la voz de los facilitadores de dicho programa considerados actores involuntarios en la ejecución. Los mismos pertenecen a otro sector gubernamental, diferente al que pertenecen los ejecutores, siendo la población cautiva del primero la destinataria de las acciones del programa, cuyo escenario de trabajo es el que se toma prestado para implementarlo. La pesquisa del efector estudiado se ejecuta en el ámbito escolar.

Considerando que **el escenario de los otros** posee potencialidades para desarrollar la intersectorialidad dentro del espectro de tarea que plantea el programa de Salud Escolar interesa indagar en qué medida este programa de salud escolar revela inconsistencias con relación al modelo APS que enuncia como su encuadre -Inconsistencias que no son de fácil reconocimiento dada la inexistencia de evaluaciones compartidas entre ambos sectores - y plantear como propósito de qué modo es posible repensar la modalidad de intervención del programa en pos de optimizar la calidad de atención.

Desde el encuadre de trabajo que propone el programa – intersectorial y participativo – resulta fundamental reconocer las percepciones que los actores/facilitadores le otorgan, en pos de articular de modo más completo los diferentes móviles que se ponen en juego al momento de la implementación y a fin de ponderar los posibles obstáculos/facilitadores para optimizar el logro de

los objetivos programáticos, desde una articulación entre salud y educación. Se estima que darle voz a estos actores podrá aportar datos cualitativamente diferentes a los que surgen de las evaluaciones del programa que permanentemente llevan a cabo los agentes de salud que lo ejecutan hace más de un cuarto de siglo.

Desde la perspectiva de garantizar el ejercicio de los derechos humanos, resulta indispensable contextualizar las cosmovisiones recolectadas incluyendo un extenso relato que aborda la historia y las normas vinculadas a la salud escolar en la CABA. El mismo parte del nacimiento de estas acciones en el ámbito porteño hacia 1888 y no intenta ser exhaustivo sino servir de soporte temporal a la tarea del programa, identificando paradigmas prevalentes en las distintas épocas transcurridas con anterioridad a la norma que definió este programa en 1989 para la CABA.

Dichos paradigmas podrán observarse como arquetipos de las cosmovisiones recolectadas. La perspectiva de derechos del niño fue posteriormente avalada a la creación del programa del que nos ocupamos en este texto y no por estar vigente se encarna en los actores y sus prácticas. En ellas es dable reconocer las huellas de los paradigmas que históricamente hemos atravesado como nación. Asimismo y con igual propósito se incluyen otras normas posteriormente redactadas y sancionadas que generan controversias en el presente de esta tarea que ya lleva más de un siglo efectuándose en la ciudad.

En lo referente a la investigadora, este eje intersectorial ha despertado su interés de modo particular a lo largo de sus desempeños profesionales: entre 1985 y 1988 como docente de nivel primario en la CABA, de 1988 a 1991 como trabajadora social de un Equipo de Orientación Escolar (EOE) de la zona noroeste de la CABA, y de 1992 a 2011 como Coordinadora del programa de Salud Escolar de un hospital general de agudos de la zona noroeste de la CABA. Actualmente y desde 2013 se desempeña como trabajadora social de dicho equipo. La investigadora ha tenido la oportunidad, desde su experiencia profesional, de acercarse a ambas lógicas de trabajo, observando notables distancias entre ellas. Por lo que desde hace más de veinte años atrás se ha interrogado en sus prácticas acerca de la posibilidad de encontrar elementos comunes, para que ambas lógicas confluyan en una misma correlación de fuerzas, logrando sinergia.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Según el Censo Nacional de Población 2010 (INDEC), la población que asiste a establecimientos educativos de la CABA y que cuentan entre 5 y 17 años suma un total de 399.394 habitantes (extraído del Cuadro P28-P).

La matrícula de alumnos de Nivel Primario en el sector estatal de la CABA según datos del Ministerio de Educación de la ciudad en 2007 era de 148.823. Tomando en cuenta que los matriculados que son examinados bajo programa son los de 1º (21.443), 3º (20.624) y 6º (22.015) grados suman un subtotal de 63.082 alumnos, que constituyen el universo de dicho nivel educativo del programa en cada ciclo lectivo..

Si bien no es factible examinar al 100% de la matrícula escolar, se estima en 85% el presentismo del programa. Más de 50.000 alumnos/as deben ser examinados/as anualmente por el programa en la CABA, controles de los cuales devienen derivaciones para la resolución de los problemas de salud detectados y que impactan en la red asistencial de los diferentes segmentos del sistema de salud.

Estas cifras evidencian la magnitud del programa al que se refiere esta investigación. Si bien no está incluida aún la matrícula del sector privado en la implementación del programa, en 2007 ese mismo grupo escolar llegaba a 52.097 entre 1º, 3º y 6º grados, siendo el total de matriculados en CABA en nivel primario de dicho sector de 118.223 alumnos/as. (Fuente: Ministerio de Educación. Dirección General de Planeamiento. Departamento de Estadística de la Dirección de Investigación, sobre la base de Relevamiento Anual 2007).

Cabe consignar que según la Dirección General de Estadística y Censo del GCABA en 2005, el área programática (territorio a cuidar) de este efector de salud cuenta con una población de 5 a 14 años de edad de 15.727 habitantes.

Este efector linda con el primer cordón del conurbano bonaerense por ello se registra un elevado porcentaje de alumnos/as matriculados/as en CABA que residen en aquel, ó incluso en el segundo y tercer cordón del mismo conglomerado bonaerense.

En el año 2010 se implementa un nuevo sistema de información con soporte electrónico para este programa de CABA, que permite el fácil y pronto acceso a los resultados.

Según el informe “Control de salud integral del escolar años 2010/2011” publicado por el Departamento de estadísticas de salud del Ministerio de Salud CABA, en año 2012:

- 1- En los años 2010/11 se examinaron 115.183 alumnos/as de escuelas públicas de la CABA correspondiendo el 60% al nivel primario (30.639 de 2010 y 38.059 en 2011) entre los doce efectores de salud que ejecutan el programa. Según este informe, el efector de salud de esta investigación controló a 6.146 alumnos/as de nivel primario en 2010 y a 6080 en 2011, cifras que representan el 10% del monto total de controles registrados por los doce efectores de ese período 2010/11.
- 2- Dicho informe reconoce que **el control integral es la actividad medular del programa** destinada a detectar problemas sociales, médicos, mentales y de comportamiento, fonoaudiológicos y odontológicos de la población escolar.

El Programa de Salud Escolar de la CABA, que se implementa con recursos humanos del subsector público de salud, “**controla**” ó realiza controles de salud cada tres años de escolarización a la población escolarizada del subsector público de educación. La modalidad de implementación del programa difiere según el efector ya que posee doce hospitales generales que lo ejecutan en la ciudad.

Cada uno de estos equipos de salud escolar posee una estrategia diferente para su implementación: intramural ó extramural, entre otras variables. La mayoría de los efectores del programa ejecutan estas tres acciones en el **escenario del “otro”**, el escolar. aunque algunos equipos optan por realizarlos en el ámbito sanitario, tanto sea hospitalario como de un centro de salud, ya que cuentan con el espacio físico necesario para convocar a la población escolar al ámbito sanitario.

En esta decisión a veces se priorizan las condiciones edilicias que se ven facilitadas en el ámbito salud (cuando este equipo de salud posee dicho espacio) pero a veces se prioriza la realización extramural como un modo de mayor articulación con el sector educativo, respetando la norma programática que regula el programa. Esta elección puede ocasionar una **sensación de invasión a la escuela** por el equipo de salud, que devela una premisa de la articulación intersectorial: ¿es el problema de uno que el otro resuelve ó es un problema que ambos se proponen resolver?

El programa de Salud Escolar ofrece escenarios de tarea compatibles con el desarrollo de enlaces intersectoriales entre los sectores públicos de salud y de educación de la CABA.

Es pertinente describir el modo particular de implementación del programa que ejecuta el efector en estudio para comprender la trama que se establece entre los dos sectores. En la experiencia del efector de salud de referencia, se focaliza el vínculo entre los actores de ambos sectores gubernamentales teniendo especial relevancia que **un actor se traslada al espacio del otro**, porque en la ejecución de este programa las acciones sanitarias son mayoritariamente desarrolladas en el ámbito del “otro”: **salud se instala temporariamente en el espacio físico del “otro” (la escuela)**.

No es casual esta forma de mencionar al sector educativo: el conjunto de los agentes de salud sienten la **extrañeza** de ese actor con el que comparten no sólo el espacio de acción sino también la población: nuestros pacientes = sus alumnos/as. Es claro que la extrañeza se vincula con la **lógica distinta que presentan ambos sectores**.

Las actividades programáticas de este efector de salud estudiado, están referidas a diferentes instancias:

- 1- controles integrales de salud a la población escolarizada de salas de 5 años (nivel inicial), 1º, 3º y 6º grados (nivel primario) y 2º años (nivel medio), con frecuencia trianual que incluyen pesquisa pediátrica, examen odontológico, evaluación fonoaudiológica, control de inmunizaciones con aplicación de dosis faltantes, en forma extramural.
- 2- acciones de educación para la salud que se anticipan a los controles de salud: psicoprofilaxis grupal de la revisación y vacunación a alumnos/as de salas de 5 años y 1º grado, talleres de cuidado de la salud a alumnos/as de 6º grado.
- 3- Acciones de promoción de la salud: son talleres sobre salud bucal destinados a padres y alumnos/as de salas de 5 años y de 1º grado que se ejecutan programadamente y sobre otras temáticas solicitadas por las escuelas de acuerdo a su proyecto institucional; como por ejemplo, sobre violencia escolar, consumo problemático de sustancias, educación sexual integral, alimentación saludable, convivencia, discriminación, entre los más solicitados.

También se realizan otras tres acciones: a- de vigilancia epidemiológica, que incluye la notificación de patologías, la orientación sobre medidas profilácticas y el estudio de foco en el caso de las infectocontagiosas que lo requieran;

b- seguimientos de situaciones vulnerables, detectadas en alumnos/as a partir del control integral ó por la derivación del sector educativo y en el caso del efector de salud de esta investigación se incluyen;

c- prestaciones asistenciales de salud mental y de fonoaudiología, en la implementación del programa, realizándose las mismas mayoritariamente en el ámbito sanitario (intramural).

Cada institución educativa, cada equipo de conducción escolar tiene una mirada diferente sobre este equipo de salud escolar. A las que se suman las de los referentes jerárquicos de ellos: los supervisores escolares y a ellos se agregan los equipos de orientación escolar. Y a su vez cada sector tiene miradas distintas sobre la población y la tarea que los convoca en el marco del programa.

Conocer las lógicas de estos dos actores que necesariamente interactúan a partir de una norma programática vigente, resulta imperioso: Hay una imposición que va más allá del interés de los actores en encontrarse y en ese espacio se despliegan las vicisitudes del espacio intersectorial, como escenario de conjugación de lógicas diferentes, de distintos códigos a veces contrapuestos entre sí.

Indagar sobre la existencia de acciones intersectoriales es priorizar un aspecto de la descentralización en salud. (Hartz, da Silva, 2009, pág.64). Algunos interrogantes que promovieron la elección de este tema a investigar fueron:

¿Cuáles son aquellos elementos comunes a ambos sectores (tomados como conjuntos)? ¿Qué vínculos son factibles de trazar a través de esa intersección? ¿Qué satisfacciones/insatisfacciones obtienen ambos con respecto a las expectativas que tienen hacia el otro? **¿Hay enlaces que permiten construcciones conjuntas ó sólo divorcios controvertidos?** ¿Qué resulta de combinar biomedicina vs. multidisciplina con estructura piramidal docente? **¿En qué múltiples sentidos se entrelazan/desvinculan ambos sectores?**

Es tiempo de darnos la posibilidad de **escuchar qué piensa el otro** (escuela) sobre aquello que se hace en su espacio, con su población y que el “uno” (hospital) da por supuesta la colaboración del otro con el logro del programa.

Sobre más detalles en las interrelaciones intersectoriales que genera la implementación del programa, ver el punto 6 de los contextos históricos (p. 73).

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Se intentará armar un mapa cartográfico de los facilitadores, sus percepciones y expectativas en relación al programa hoy, vinculándolos a los propósitos que históricamente se adjudicaron a las acciones sanitarias en el ámbito escolar.

Dado que la producción del cuidado de la salud de los niños/as implica un proceso dinámico, multifactorial y complejo, requiere superar tanto la fragmentación disciplinar como la sectorial. Por ende, se observa relevante este estudio, ya que desde el encuadre de trabajo que propone el programa – intersectorial y participativo – resulta fundamental reconocer las percepciones que los actores/facilitadores le otorgan, en pos de articular de modo más completo los diferentes móviles que se ponen en juego al momento de la implementación y a fin de ponderar los posibles obstáculos/facilitadores para optimizar el logro de los objetivos programáticos, desde una evaluación/articulación entre salud y educación.

Este proyecto de investigación adopta un formato de evaluación local de dicho programa, apuntando a identificar y caracterizar las percepciones de los agentes de educación en su función de facilitadores, para realizar un análisis estratégico que responda acerca de la vigencia que en el contexto actual éste posee. Se trata de un estudio de caso.

Serán fuentes primarias de datos de la presente investigación:

1. Entrevistas a cuatro informantes claves del PSE que hayan participado previamente de los controles de salud a la toma de la entrevista (a efectuar en 2013),
2. Entrevistas a directivos y docentes que ya participaron en la implementación del programa por este efector (se incluyen 21 escuelas de nivel primario).

Serán fuentes secundarias de la investigación el relevamiento de textos acerca de los contextos normativo e histórico en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, para encuadrar al programa en su proceso histórico de construcción.

La muestra será intencional, sin representación estadística, por tratarse de un abordaje cualitativo. Se realizará análisis de contenido de las entrevistas efectuadas a los sujetos que participaron voluntariamente de la investigación.

Previamente se gestionaron las autorizaciones correspondientes al mismo ante el Comité de Docencia e Investigación del hospital de referencia como también ante las dos Supervisiones de Nivel Primario de las cuales dependen las escuelas incluidas en el estudio obteniéndose la autorización correspondiente ante las autoridades educativas de esos dos distritos escolares de los que dependen las escuelas a cargo del efector de salud de este estudio.

La cantidad de entrevistas prevista: FACILITADORES: 21 miembros del equipo de conducción escolar y 21 docentes de grado en todos los casos pertenecientes al nivel primario del subsistema público de educación de la ciudad de Buenos Aires. INFORMANTES CLAVES: 4 representantes de diferentes estamentos educativos de la Ciudad.

La identidad de los entrevistados/as será resguardada, haciendo que las entrevistas sean anónimas así como también la pertenencia a la institución escolar en el caso de los facilitadores. En todos los casos se solicita el consentimiento informado de los entrevistados. Se analizan las entrevistas considerando al conjunto de los respondedores.

Si bien el programa ejecuta sus acciones programadas en diversos niveles educativos, se seleccionó el nivel primario dado que es aquel en el cual se ejecutan más cantidad de controles integrales de salud y talleres de educación para la salud. El efector estudiado posee 23 instituciones educativas de dicho nivel a su cargo pero dos de ellas fueron excluidas de la muestra: una por no pertenecer al Nivel primario (sino al superior) y otra porque los controles de sus alumnos/as se ejecutan parcialmente en forma intramural.

De cada escuela incluida, se entrevistó a un docente de grado y a un miembro de la conducción..

1. *OBJETIVO GENERAL:*

a- Explorar y caracterizar las percepciones de los facilitadores del programa de Salud Escolar en un efector de salud de CABA, en relación a lo intersectorial.

2. *OBJETIVOS ESPECIFICOS:*

a- Sistematizar los discursos de los facilitadores e informantes clave de un nivel educativo.

b- Reconstruir el devenir histórico de la salud escolar en Argentina.

c- Reconocer puntos de encuentro factibles de establecer articulaciones intersectoriales

d- Identificar elementos mudos que obstaculizan la construcción de redes.

Población

Los docentes y/o directivos (facilitadores) serán reclutados en las visitas previas ó posteriores al control de salud integral que efectúa el equipo de salud.

Se definirá su participación voluntaria en ese momento pero las entrevistas se toman en el ámbito escolar con posterioridad.

Los criterios de inclusión serán:

1. Ser docente de grado ó directivo de escuela adonde el efector de salud estudiado ejecuta el programa. Se excluyen dos escuelas de las 23 a cargo del efector estudiado ya que no reúnen criterios de selección (una pertenece al Nivel Superior, en otra no se efectúan los controles extramuralmente).

2. Haber participado con anterioridad de los controles de salud escolar y/o actividades de educación para la salud, con su grupo escolar a cargo, de la modalidad programática de implementación del efector en estudio.

3. Dar consentimiento informado para la realización de la entrevista.

Los informantes clave que se entrevistarán serán representantes de diferentes instancias del Ministerio de Educación de la CABA, los que serían referentes de los facilitadores. La selección de los mismos se efectúa de acuerdo al cargo que ocupan dentro del sector educativo: un supervisor escolar de Nivel Primario, un coordinador de Equipo de Orientación Escolar que pertenecen al área de responsabilidad del efector en estudio. Ambos representarán el nivel local y como referentes del nivel central de dicho Ministerio: un representante de la Dirección General de Salud Escolar y otro de la Dirección de Área de Nivel Primario del GCBA.

TRABAJO DE CAMPO:

El mismo se cumplimenta entre el 8/5/13 y el 6/12/13 resultando un total de 46 entrevistas concretadas, alcanzando el total de lo planificado. Las entrevistas fueron realizadas en el ámbito laboral de cada entrevistado/a y fueron grabadas con autorización de los mismos a fin de no alterar sus “decires”. La duración de tiempo de cada entrevista varió de 20 a 70 minutos.

El análisis de los datos obtenidos se realizó en base a la selección de expresiones significativas del discurso de los actores entrevistados en función de los objetivos planteados en la investigación, considerando al total de respondedores de cada categoría: docentes – directivos – informantes clave.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevista a **FACILITADORES** (categorías: docente ó directivo escolar)

1. ¿Cree que la Escuela es responsable de la salud de los niños y niñas o esta responsabilidad es exclusiva de la familia? ¿Por qué?
2. ¿Conoce el PSE? ¿Debe sostenerse?

3. ¿Cuál es su opinión sobre la modalidad de ejecución de este Programa en este efector?
4. ¿Cuáles son, a su criterio, las fortalezas del PSE? ¿Y las debilidades?
5. ¿Conoce alguna situación particular en la que el PSE haya podido detectar alguna enfermedad o problema de salud de un/a alumno/a? ¿Sabe si el problema o enfermedad llegó a ser solucionado/tratada?
6. ¿Quisiera agregar alguna otra opinión sobre el PSE?

Entrevista a **informantes clave**: los ejes temáticos que se abordarán se vinculan a:

1. las expectativas de los funcionarios educativos entrevistados que sostienen sobre el alcance del Programa.
2. el rol que ocupa ó debería ocupar el sector educativo en este programa.
3. la factibilidad de avanzar en el campo de la articulación intersectorial.

HIPOTESIS:

Las perspectivas de los actores se vinculan con elementos históricos que han dejado huellas en ellos y refieren a diversos paradigmas, resultando contradictorios, obstaculizando nuevos encuadre como el que propone la perspectiva de derechos..

El reconocimiento de las cosmovisiones de los facilitadores de un programa de atención primaria de la salud, incluyendo expectativas y sentidos otorgados por los actores del sector público educativo, aporta elementos mudos a la construcción de intersectorialidad impactando positivamente en la organización de redes.

MARCO TEÓRICO

Los logros de un programa de **APS**, de índole participativa e **intersectorial**, requieren de **consensos previos** entre todos los actores involucrados. Al no contemplarlos como prerrequisitos de su implementación, las variaciones de percepción observadas entre sus múltiples actores, desordenan el escenario del programa y producen impactos no esperados en sus alcances. Esa desorganización puede conducir incluso a la iatrogenia de las acciones.

La problemática que aborda la salud escolar se articula con postulados de APS, de educación, de promoción de derechos del niño/a y adolescente.

Dadas las características de los programas centrales, como el de salud escolar, no existen mecanismos pertinentes que posibiliten conocer los problemas de la población destinataria de sus acciones para periódicamente ajustar las acciones y la remoción de obstáculos existentes a fin de solucionar los problemas diagnosticados.

Como cita Guber (2001):

*“La investigación se hace **con** la población y **a partir de ella**. Sólo así es factible para el investigador **acceder** a los sentidos que los sujetos le asignan a sus prácticas. /.../ Los sujetos producen la racionalidad de sus acciones y transforman a la vida social en una realidad coherente y comprensible. /.../ El lenguaje **hace** la situación de interacción y define el marco que le da sentido: en la medida que actúan y hablan producen su mundo y la racionalidad de lo que hacen. Describir una situación es pues construirla y definirla./.../”***“El modo en que cada actor describe su mundo es igual al que utiliza para organizar su vida cotidiana”**. Por ende, esta autora asegura que *“los fundamentos epistemológicos de la ciencia social no son independientes ni contrarios a los fundamentos epistemológicos del sentido común: operan sobre la misma lógica.”*

La única forma de conocer es participar en situaciones de interacción; el investigador debe sumarse a dichas situaciones a condición de no creer que su presencia es exterior. Es sólo posible de realizar “estando ahí” para que el conocimiento se revele “en” el investigador, debiendo **“comparecer en el campo, debiendo “reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva”** (Guber, 2001). En este caso particular, hay un vínculo entre la comunidad educativa y la investigadora, lo que facilita el “estar ahí”. Es por ello,

que selecciono una metodología cualitativa - que aunque no llega a ser etnográfica - toma elementos de dicho método.

*Las ideas fundantes de la APS /.../ remiten a un contexto de un mundo que parece realmente muy alejado de lo que ocurre hoy en día. La correlación de fuerzas que permitió la declaración de Alma Ata en aquel momento ya no existe más. (Róvere, 2006, pág. 15). Coincido con este autor en la **necesidad de saber cuáles conceptos** – por los cuales venimos trabajando desde hace décadas – **renuevan su vigencia** y cuales requieren ser resignificados:*

*“La meta Salud para todos en el año 2000 nos daba un sentido a nuestra acción: había un plazo que nos orientaba. Pero la estrategia de APS careció de estrategia y el marco que normatizaba la tarea no tenía en cuenta un **análisis de actores y de fuerzas** sociales como tampoco se toma en cuenta la baja conflictividad que genera la ley de mercado simultáneamente con la exclusión, lo que ocasiona inequidad y tensión social acumuladas. (pág. 16) /.../ **Los derechos sociales – incluido el derecho a la salud – requieren de construcciones de sujetos** que en calidad de ciudadanos **interpelen al Estado** de hoy a corresponsabilizarse de la concreción de los mismos. Y concluye: “por detrás de la APS hay una filosofía que vale la pena profundizar combinando fragmentos que en realidad deben ser articulados en una construcción situada.” (pág.22)*

La posibilidad que ofrece el programa de enlazar acciones entre ambos sectores es una **oportunidad única de construir redes en condiciones de paridad entre los interlocutores**. Condición a veces vapuleada por el sector sanitario que se vicia de un posicionamiento superior al del rol educativo, desconociendo tanto la riqueza del rol como el profesionalismo de los docentes y directivos. La remoción de este obstáculo es imprescindible para habilitar canales de comunicación que faciliten construcciones en común. Es por ello que en este trabajo se intenta rescatar ese concepto abstracto de intersectorialidad a partir de las vivencias que dentro del programa los entrevistados/as han percibido en sus vínculos con el efector de salud.

En relación a mi visión del programa, considero que hay una propuesta implícita en él: posibilita construir **redes** en el sentido que nos habla Mario Róvere (

2006). *Desde una visión compartida entre los actores es posible organizar la tarea para construir el derecho a la salud, para lo que **se requiere de actores***

sociales que lo defiendan y promuevan (Hugo Quiroga en Róvere, 2006, página 103).

Róvere (2006, p.26)) explicita que el concepto de actor implica:

*“**sujetos articulados** y no meros individuos. Actores que co-operen desde un problema compartido, que descubran una visión consensuada, compartiendo a la vez preocupación y ocupación. **Actores que establecen lazos solidarios** de conexión y repercusión permitiendo que algo que sucede en la red conmueva a otros. Actores que superan lo autorreferencial y enarbolan una contrapuesta de acción desde objetivos valorados en un imaginario colectivo. Actores que interactúan y median frente al conflicto. Actores que vuelven a pensar servicios de personas para personas. Actores que basan sus actos en la **lógica de la reciprocidad** y no en la asimetría, construyendo opciones. Actores que se constituyen en grupo, y dicho grupo resulta capaz de cuidar, monitorear y **trabajar la red**, cambiando el modo de funcionamiento hacia espacios de tarea más agradables y ofreciendo mejores servicios.*

La acción intersectorial no puede ser una simple convocatoria “a que nos ayuden” desde otros sectores (Róvere, 2006). La posibilidad de articular con otro remite a las condiciones necesarias en la formación de una red siendo para mí la más importante la de **reconocer al otro como interlocutor válido**. De ese modo es factible iniciar un diálogo entre semejantes, entre pares, en condiciones de reciprocidad. Sin ello es impensable articular con otro, compartir saberes, identificar problemas en común y establecer acciones conjuntas para resolverlos. Observo necesario un tiempo y un espacio que permitan la construcción de un zócalo común para definir códigos legibles para ambos partiendo de las cosmovisiones que cada uno de los sectores/actores involucrados tenga sobre la realidad pero donde la mirada de uno sea tan valiosa y tenida en cuenta como la del otro.

“Hacer con otros remite a lo maleable de la identidad propia, a la posibilidad de ser transformado por mi hacer, a la no permanencia, la no identidad.” En eso la intersectorialidad es hermana de la Interdisciplina y de la transdisciplina: asume los mismos desafíos identitarios. “Ser modificado por las prácticas es un lujo, no una pérdida. El otro siempre es otro que me refleja./.../ Se gana, con la implicación, elasticidad, fuerza, confianza”. (de la Aldea & Lewkowicz, 1999).

Este trabajo intenta rescatar esas potencias presentes en los facilitadores con los cuales no tenemos oportunidades de dialogar, reflexionar, compartir visiones del cotidiano actuar. Podría resumirse en **descubrir lo instituyente** en los otros actores para establecer alianzas y coaliciones de beneficio recíproco entre los sectores (Róvere, 2006). Los espacios constructores de redes no pueden partir de “bajadas de línea” de un sector al otro.

Es posible rescatar elementos presentes en los actores del sector educativo involucrados en la implementación del programa, que colaboren en la necesaria reconstrucción de la lógica de los servidores públicos. Revisar emergentes manifiestos u ocultos, descifrar lógicas de trabajo son formas de **abonar al debate de las culturas organizacionales de lo público**, las que se requiere tener esclarecidas para intentar recuperar la lógica desvanecida en el espectro neoliberal: la de los servidores públicos. Y nos otorgan posibles caminos para que la práctica sea resignificada.

Como explicitan Araujo Hartz y Vieira Da Silva (2009, pág. 58) “los programas albergan frecuentemente un conjunto de componentes y prácticas que operan muchas veces con lógicas distintas y también contradictorias”. A su vez Mercer y Goel (1994) definen que los programas parten generalmente de una política gubernamental y que no presentan directrices y estrategias claramente definidas y son permeados por contradicciones pues en general son implementados antes de la construcción de consensos entre los grupos implicados sobre sus objetivos y prioridades. (en Evaluación en salud pág 48)

Entiendo que la función cuidadora del sector salud está desdibujada en nuestras prácticas cotidianas resultando menester recuperar esa función. Salud escolar significa producción del cuidado enmarcado en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Y considero como base *“comprender el modo de producción del **cuidado**, que de por sí trae inscrito la acción de los trabajadores en relación con ellos mismos, con los usuarios de los servicios de salud y con los procesos organizacionales.”* (Merhy, 2006)

Ese cuidado es producto del trabajo vivo del que Emerson Merhy nos habla: El “trabajo vivo”, al ser operado en acto, en los procesos de trabajo, trae en sí una gran potencia instituyente para formar **redes** con alta capacidad de subjetivación. Por otro lado, puede operar también para **capturar subjetividades deseantes, instituyentes**.

Tomando en cuenta que la tarea de salud escolar se enmarca en el cuidado de la salud de los escolares es dable reconocer que *“cualquier organización no se*

*moviliza sólo por las leyes ó normas que intentan regir su funcionamiento. Ella se desvía y entra en actividad basándose en el rico y poderoso proceso de actividad de los propios sujetos que se encuentran en la **base productiva del cuidado**: éste es atravesado por muchos intereses, tantos cuantos sean los sujetos que interactúen en la actividad que le da vida, **la labor diaria en torno a la producción del cuidado.**"*

Enmarcada en una evaluación

La presente investigación intentará concretar un modo de análisis que Franco y Merhy (2009) denominan "**mapas analíticos**". Estos autores proponen analizar la producción de cuidado desde "*los procesos de trabajo constructores de las prácticas de salud, observados en sus dinámicas /.../ y focalizando además la **producción de esa cotidianeidad, múltiple y relacional, pero situada***".

Los "mapas analíticos" revelarán el conocer, pero sobre todo, **el ser**, que no siempre conoce, pero **actúa en el sentido de la producción de la realidad, /.../ o sea, dándole sentido a aquello que es la misión de un determinado equipo de salud: el cuidado del otro y de sí**. La presente investigación aporta elementos a este mapa analítico al construir rescatando la voz de los facilitadores.

Los autores refieren que esta herramienta ayuda "*a mirar la realidad con sus vibraciones, a percibir la acción del **"trabajo vivo en acto"** con toda su intensidad y su potencia instituyente, en la producción de las "líneas de vida" dentro de la organización.*" "El **método cartográfico** debe ser capaz de ir captando la **sutil transversalidad** que opera como **mediadora de intersubjetividades en la producción de los actores/sujetos en escena y en la producción de sí mismos en el proceso.**

Lo que el cartógrafo quiere es inventar **puentes de lenguaje**.

Siendo así, los sujetos y sus acciones cotidianas deben ser analizados para revelar **cómo se produce el cuidado**. A su vez, los sujetos que se apropian de él y organizan sus procesos de trabajo, con el sentido de producir el cuidado,

"son también histórica y socialmente producidos/.../ en procesos de subjetivación que los afectan, transformándolos también en resultados de las vivencias del cotidiano, sumado a las experiencias previas vivenciadas en su

microcosmos de trabajo en salud.” Es por ello que se vincularán los sentidos develados con la historia y las normas de la tarea. (Franco y Merhy, 2009)

*“La realidad en los procesos de trabajo, se produce por **flujos intensos de comunicación entre los diversos agentes del trabajo**, de la gestión o de los usuarios, que interactúan entre sí, no solo en el contacto físico y comunicacional, sino en gran medida a través de los **flujos-conectivos** que se dan también a **nivel simbólico**, y van operando los procesos productivos que se estructuran en un **determinado tipo de organización de redes**, que tienen como centro nervioso el **"trabajo vivo en acto"**, siendo este el sustrato sobre el cual la producción de los actos de salud va ocurriendo.” /.../ “Esos flujos conectivos crean **"líneas de fuga"** cuando los sistemas productivos ya no corresponden a ciertas expectativas de los trabajadores, o incluso de los usuarios allí en acto, operando su intervención sobre éstos, provocando desvíos en los itinerarios terapéuticos concebidos a priori /.../ Estas tensiones se definen en acto, utilizando la potencia **"libre, inventiva y micropolítica"** del trabajo vivo, abriendo nuevos caminos. Es como si existieran mundos paralelos, u otros planos de actividad instituyente, con recorridos posibles hacia otros modos de producir vida, y así lo hace. /.../ **Abrir la visibilidad hacia los espacios "no estructurados"**, que de un modo semiótico permiten **significar nuevos mundos del trabajo a sus constructores**, los trabajadores. /.../ El instrumental del cartógrafo es simple, por ser una mirada que vibra, y como tal, sus instrumentos son herramientas que posibilitan observar de modo vibrante. /.../ **la construcción de prácticas y saberes impregnados de sentidos con la producción del cuidado, concretizados por la existencia de acciones de los actores/sujetos en el territorio micropolítico del "trabajo vivo en acto"**.*

Los mapas que el cartógrafo busca en ese caso, son aquellos que **revelan las expresiones de acciones y manifestaciones de la subjetividad interrogada**, en el contexto de la producción del cuidado.

*“El método pensado para conducir una evaluación, en un mundo tan rico como es el del proceso de trabajo, complejo y dependiente de los sujetos reales que al mismo tiempo que producen, son producidos, debe buscar **una investigación que traiga a la escena investigativa a los propios sujetos del trabajo**. /.../ Es en ese contexto que se busca analizar la forma en que se da la actuación de cada uno y del conjunto, los sentidos que le dan al trabajo, los significados que le imprimen al mundo de la salud, los modos ético-políticos de plantear su **"trabajo vivo en acto"**, o sea: **qué hacer con él.**” (Franco y Merhy, 2009)*

A partir de esto, se pueden aprehender los sentidos de otros procesos territorializantes que confluyen allí: el del campo de la política y el de las tensiones constitutivas de la producción del cuidado en salud.” En esta investigación serán las percepciones de sentido de los otros actores implicados en la producción del cuidado: los educadores.

La revisión de las prácticas de salud escolar desde este enfoque permite interpelarlas vinculando la distancia entre los cambios contextuales y los anquilosamientos en las acciones. Adscribo a una lectura del programa desde el constructivismo, valorando los procesos transitados a largo plazo por los equipos de salud escolar y las habilidades alcanzadas, proponiendo que sea el marco de un desarrollo de redes, partiendo de la construcción de lo común entre ambos sectores. Realzo la necesidad de que el diálogo entre los actores respete el concepto de paridad para alcanzar una articulación intersectorial que optimice el camino entre los sectores de gobierno implicados al ejecutarlo.

*“Dentro del proceso de intervención, /.../ la escena se construye desde las diversas tramas que plantean los actores. De este modo es posible pensar la existencia de guiones preestablecidos, de historias que se repiten en contextos diferentes, atravesados por nuevas significaciones. /.../ Es decir que muchas veces se interviene desde el olvido de este **“detrás de la escena”** que, no por ser invisible deja de condicionarla y construirla.”* (Carballeda, 2004)

Siguiendo a Mario Róvere, dicha amalgama puede constituirse tomando el paradigma de la protección de los derechos de los niños/as, sin perder las especificidades de cada sector pero desde una lógica integrada en la garantía de ejercicio de derechos. Sin bien contamos con recursos legales para afianzar dicho paradigma, es indispensable constituir a la población escolar como sujeto de derechos y a nosotros como actores interpelados a mediar por la concreción de esos derechos. Desde ese acuerdo básico se pueden construir diálogos que llevan a otros niveles de acción en el **entramado de redes**. Redes que no sólo respeten los marcos legales sino que hagan foco en los contextos presentes y los analicen, intentando superar lo fragmentado desde las reflexiones conjuntas. Redes que intenten que el Estado se constituya en regulador de estos procesos viciados de la lógica de mercado. Redes que busquen y encuentren aliados entre los actores, respetando las representaciones sociales subyacentes en ellos para transformarlas. Redes que articulan entre procesos de trabajo y políticas públicas de educación y de salud.

Al respecto, Róvere (2006, pag. 39) señala que es menester descubrir por donde enhebrar y con qué hacerlo para alcanzar diferentes niveles de vínculos en red:

1. *reconocimiento* (aceptación del otro como par, como interlocutor válido),
2. *conocimiento* (entender cómo ve el mundo desde su posición),
3. *colaboración* (trabajar con el otro sosteniendo vínculos recíprocos),
4. *cooperación* (realizando una operación conjunta que parte de una problema común)
5. *asociación* (acuerdos que implican compartir recursos) (Róvere, 2006, 39)

Cada nivel implica acciones y valores específicos:

1. incorporar al otro como interlocutor ó adversario: aceptación
2. conocimiento de lo que el otro es ó hace: interés
3. prestar ayuda ocasionalmente: reciprocidad
4. compartir actividades: solidaridad
5. compartir objetivos y proyectos: confianza

¿Por qué es relevante investigar en este momento histórico?

El contexto temporal del presente estudio se vincula con un momento de **inflexión** para el programa que adquiere doble inserción ya que:

1. desde lo programático/normativo, en 2013 se resuelve por resolución N° 810, la “caducidad” de la LOSE (libreta oficial de Salud Escolar), incluyendo a los aptos médicos como figura relevante del estado sanitario de la población escolarizada; se despoja a la LOSE del valor como documento único de salud del alumno/a dentro del ámbito educativo porteño: Entre la década del 90 y 2005, a todo alumno/a que al momento de examinarse presentara sospecha de patología cardiológica ó neurológica ó presentara vacunas incompletas -de acuerdo al calendario oficial de vacunas- se le retenía la LOSE hasta

tanto realizara la consulta con el especialista correspondiente ó se aplicara las dosis de vacunas faltantes. En 2005 hubo una denuncia de un padre por considerar ilegal la retención de un documento personal de su hijo -como se consideraba a la LOSE (con el mismo rango de DNI ó carnet de vacunas) - y a partir del proceso judicial que se desarrolla se deja de retener la LOSE y se entrega la misma sin la firma final. Ello implicó la revisión de la normativa referida a salud escolar y –paralelamente- la presión de los gremios que nuclean a los profesores de educación física (que reclamaban la realización anual de los controles de salud de sus alumnos/as) deriva en que se redacten dos normas: Resolución Nº 810/2012 -que aprueba modificatorias a las normativas programáticas- y una ampliación redactada en febrero de 2013, que instala el apto físico anual – “certificado que puede ser emitido **por cualquier profesional médico** que tiene una validez de un año por Consenso de Sap”- como figura central de la salud de los alumnos/as de esta ciudad. Entiendo que esta disposición 810 representa una desvalorización de lo público, un desconocimiento de la integralidad de los controles ejecutados y una amenaza al sostenimiento de los equipos ejecutores, quedando expuestos al riesgo de tercerizar la tarea a través de empresas de Salud Escolar. Las consecuencias de este hecho paralizan el proceso de construcción intersectorial que cada efector de salud y sus escuelas a cargo han desplegado en base al valor otorgado a la LOSE como único documento de salud del niño/a ó adolescente en el ámbito escolar.

Se han observado cambios sustantivos en las pautas normativas que los ejecutores del sector salud reciben desde su coordinación central: se ha determinado en el Ministerio de Salud del GCABA que a dicho control de salud, efectuado cada tres años por los equipos de salud escolar a la población escolar matriculada en el subsector público de la educación porteña, debe anexarse un control médico anual que la escuela exigirá a cada alumno/a. Dicho apto anual –que no reemplaza a la LOSE pero se agrega a su existencia - será confeccionado por un profesional médico que pertenezca a cualquier subsector del sistema de salud y que realice un control de salud sin ser necesariamente integral. A partir de esa determinación comunicada a los equipos de salud escolar por memo del 22 de febrero 2013, se elabora un **vaciamiento de sentido** del documento de salud (Libreta oficial de Salud Escolar) que lleva a cabo el sector salud con la población escolar de la ciudad. La medida otorga valor al apto médico que cada alumno/a obtenga de su médico/a de cabecera ó de aquel que –sin tener este vínculo- le realice un control de salud ese año, restándoselo a la LOSE - que ha logrado ese lugar por el trabajo de los equipos locales -tanto de salud como de educación- luego

de décadas de tarea. Este hecho ratifica la necesidad de conocer los sentidos otorgados al mismo por ambos sectores en pos de resignificarlo. En el presente estudio sobre se obtendrán los de los facilitadores.

2. desde lo personal, en 2012 la investigadora se separa de su rol de coordinación del programa a partir de la resolución N° 281/11 que indica que sólo los profesionales médicos pueden ejercer dicho rol - profundizándose la medicalización profusa de estos equipos que por origen de los servicios de área programática son interdisciplinarios- constituyendo de este modo un avasallamiento hegemónico sobre los intentos interdisciplinarios de trabajo:

En 2011, luego de 22 años del decreto de creación del programa de Salud Escolar y de igual lapso de inexistencia en la estructura hospitalaria, el programa adquiere un lugar: se **crea el cargo de Jefatura de Sección de Salud Escolar** (Decreto 281/11). Hasta ese momento, los 12 equipos ejecutores del programa eran coordinados por un miembro del mismo equipo elegido por la jefatura de área programática ó por el equipo mismo; dicho profesional se desempeñaba tanto en lo que respecta a la coordinación interna del equipo como a los vínculos entre éste y las escuelas. Sus funciones estaban definidas en el decreto en el apartado Nivel Local (ver anexo). Esa coordinación fue asumida por diferentes profesiones: psicología, pediatría, odontología, trabajo social, psicopedagogía dado que los equipos son interdisciplinarios.

Dicho cargo se crea con las siguientes funciones, de acuerdo al anexo II del decreto 281/11 publicado en el Boletín Oficial N° 3672 del 27/5/2011:

1. Entender en forma conjunta con la División Programas y Centros de Salud en la implementación de políticas públicas destinadas a la comunidad escolar, dentro de los lineamientos establecidos por el Programa de Salud Escolar del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (*)
2. Propiciar la organización de los recursos físicos, humanos y materiales locales para una mejor atención de la población escolar.
3. Coordinar y planificar las actividades sanitarias locales.
4. Realizar tareas de docencia para la capacitación continua del equipo de profesionales de la sección.
5. Propiciar el diseño de proyectos de investigación locales que permitan mejorar la calidad asistencial a través de un mejor diagnóstico situacional.
6. Elaborar el diseño de normativas, guías de atención y/o actividades propuestas desde el nivel central.

7. Articular con otros efectores de salud, tales como CeSAc, UNASADs, CMB y servicios hospitalarios.
8. Supervisar la implementación de los controles de salud, campañas de vacunación y toda actividad de promoción y protección realizada en escuelas.
9. Supervisar el seguimiento del carnet de inmunización y la cobertura de vacunación de los alumnos.
10. Organizar campañas de vacunación en su área según necesidad.
11. Llevar a cabo el asesoramiento de los docentes y padres ante situaciones sanitarias, tanto individuales como grupales (brote, epidemia o endemia).
12. Colaborar en la vigilancia epidemiológica del área, control de enfermedades infecciosas, definiendo las acciones médicas a seguir con el caso índice y los contactos, a través del personal, bloqueos, charlas informativas sobre las enfermedades que surjan en la comunidad educativa.
13. Definir la utilización, supervisar el uso y la entrega de medicamentos y vacunas que sean necesarios en cada caso.
14. Efectuar el seguimiento nutricional de la población escolar, siguiendo las pautas médico-nutricionales vigentes; peso/talla, IMC, etc. e implementar las acciones correspondientes según los datos hallados.
15. Priorizar las necesidades médico-sanitarias en las infectocontagiosas y en cualquier otro grupo de enfermedades.
16. Implementar, supervisar y proceder a la eventual guarda de todo documento implementado ó a implementar en el Programa de Salud Escolar.

(*) Esta es la única referencia al programa aunque no figura entre los considerandos para justificar la creación del cargo de Sección de Salud Escolar, el Decreto 3362/89 que crea a dicho programa. Pero no toma la modalidad de organizar la salud escolar que delimita este decreto. Y al decir del programa del Ministerio de Salud desconoce que en 2008 se redacta el programa que legisla la ley 2598 de Caba pero tampoco reconoce al del decreto de 1989 que se trata de un programa interministerial.

¿Para qué programa se crea este cargo?

Casualmente no se hace hincapié en el fortalecimiento del vínculo con el sector educativo sino que se detallan acciones sólo dirigidas por el sector salud.

A los quince días de crearse el cargo se resuelve ministerialmente que el mismo sólo puede ser ocupado por profesionales médicos, lo que generó un

gran malestar para las profesiones no médicas: se hizo concreto el avasallamiento de la hegemonía médica en un espacio que nació interdisciplinario. Dada la envergadura del conflicto y la disparidad entre las partes no pudo más que reclamarse administrativa y judicialmente sin éxito. Cabe señalar que existen antecedentes de base interdisciplinar como la ley de salud mental de la CABA que habilita a cualquier profesional del equipo a ejercer la jefatura y no circunscribe ese cargo sólo al médico psiquiatra. Este hecho profundiza la medicalización profusa de estos equipos -que por origen de los servicios de área programática son interdisciplinarios- constituyendo de este modo un avasallamiento hegemónico sobre los intentos interdisciplinarios de trabajo. **Se afirma una lógica medicalizante.** Paralelamente la resolución 281 representa un avasallamiento que delinea y acrecienta desvalorizaciones a otros espacios “inter” como los intersectoriales (más allá de los interdisciplinarios). Es necesario señalar que éste resulta un evento trascendente en la medicalización del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Hay otras lecturas de este hecho: los controles periódicos en salud (1 ó 2 por año) debieran ser realidad a partir de las prácticas de cuidado de los responsables adultos de los niños/as en edad escolar (padres) y de la capacidad de alojarlos de sus sistemas de cobertura en salud. Por ende, desde esta lógica, los controles de la LOSE no deben sustituir a aquellos controles anuales que todo/a niño/a deberá cumplimentar con su médico de cabecera.

Pero a su vez la concreción de recolectar aptos médicos por parte de las escuelas (cada año de toda su matrícula) reduce la intervención de la LOSE a un mero trámite burocrático exigido por la escuela. Como en otras épocas la Libreta Escolar (veáse apartado El fortalecimiento del Estado Nacional) tuviera un valor de control social inclusivo hasta convertirse en un modo de discriminar ó excluir a los niños/as con problemas pasamos al sinsentido ó a la mera valoración burocrática de exigir un cartón sellado.

Si bien los docentes de educación física prefieren avalar los aptos físicos anuales, justamente por su periodicidad anual contra la trianual de la LOSE, ya que los protegen de modo más inclusivo por eventuales problemas judiciales que se les ocasionaren a partir de sucesos como muerte súbita de alumnos/as en el transcurso del dictado de su materia, las instancias gerenciales, que nuclean hoy a las autoridades del Ministerio de Educación de la ciudad, no se han expedido aún acerca de su aval al memo en cuestión, que relativiza la relevancia de la LOSE como documento de salud de la población escolar.

Por ello, hasta el ciclo lectivo 2013 las escuelas primarias no han exigido a sus alumnos/as la presentación de dichos certificados de aptos médicos. Por otro lado, complica la tarea de la escuela el recibir y validar aptos médicos sin

capacidad para determinar la validez de los mismos. Pero se estima que deberán exigirlos desde 2014.

Desde mi personal punto de vista los hechos descriptos generan un escenario de vulnerabilidad para la salud infantil: si bien el programa no resuelve oportuna y accesiblemente hoy, por insuficiencia de recursos humanos y de dispositivos organizacionales idóneos en la acogida de los problemas detectados en la población escolar que tiene a cargo, el restarle valor a este documento de salud desvincula aún más al Estado de su responsabilidad en lo referente a la atención de dichos problemas, con riesgos de tercerizar la tarea de control ó de evaporarla. El sostenimiento de valores del contexto neoliberal deposita en la familia la responsabilidad exclusiva de dicho control.

Por último, reconozco un vacío de conocimiento ya que el programa sólo posee evaluaciones cuantitativas –que incluyen cantidad de examinados/as, derivados/as y patologías prevalentes- y **desconoce la perspectiva** de los actores que acompañan ese logro/no logro. Entiendo que las acciones deben ser **interpeladas** con las circunstancias actuales de la implementación, y en función de las resignificaciones que los actores le otorgan hoy a la tarea.

Si bien cada equipo de salud escolar posee su propia evaluación del programa, la misma ni siquiera es compartida con sus compañeros de sector (otros agentes sanitarios que no pertenecen al equipo de salud escolar) y menos aún convalidada con los del otro sector participante (facilitadores). En verdad, debieran **construirse redes de trabajo** entre los actores de ambos sectores públicos para optimizar los resultados. Pero los facilitadores son compelidos a colaborar con objetivos que **¿reconocen como propios? Estimo menester explorar acerca de sus significaciones vinculadas a la tarea del programa.**

Resulta oportuno indagar acerca de **la vigencia de un dispositivo** que si bien se sostiene a lo largo del tiempo no ameritó adecuaciones a las profundas modificaciones que hubo en el contexto: no me refiero sólo a las transformaciones sociales de la población escolarizada, ó a la prevalencia de otras patologías ó a la no resolución de las mismas que ya antes eran observadas, también me refiero al contexto de autonomía de la ciudad, de sus marcos normativos diferentes desde 1996 y a la perspectiva de derechos que se incluye en las normas posteriores a su constitución como ciudad autónoma. Todo ello en el marco de un Estado con características distintas al que le dio origen al programa.

¿Las instituciones / los programas / los actores se acomodaron a este contexto? ¿Se perdió el sentido original del programa? Las respuestas que este estudio tendrá para dicho interrogante serán exclusivamente las pertenecientes a los actores del sector educativo.

Contextos histórico/normativos de salud escolar

“Un primer desafío es el objeto de la evaluación en salud –las acciones y las prácticas de salud - que tiene naturaleza social e histórica, lo que no puede ser descuidado por quien pretende evaluarlas” (Vieira da Silva y Formigli, 1994, pág. 57). Es menester recordar los mandatos pasados que -como arquetipos- se instalan en el presente silenciosa pero certeramente.

En las siguientes páginas se plantea una revisión de los contextos históricos y normativos del programa desde su nacimiento hasta hoy, seguido de una descripción del modo particular de implementación que se registra en el efector estudiado, escenario en el cual se recabaron los datos. Es un intento de biografía de la Salud Escolar en nuestro país desde fin del Siglo XIX hasta hoy.

Dado que las percepciones aquí investigadas resultan determinadas por procesos históricos, y atravesadas por condiciones y circunstancias sociales, políticas, institucionales e ideológicas, es imprescindible tener presente ese recorrido de la salud escolar a fin de reconocer los elementos mudos que subsisten hoy. Por ello se adjunta un racconto de la historia de la salud escolar en la CABA, redactado a partir de consultas en bibliotecas especializadas. Fueron revisadas las obras y normativas relacionadas a salud escolar en las siguientes bibliotecas: Nacional de Maestros, de la Facultad de Medicina de la UBA, de El Ágora y del Instituto Cedes, además de las búsquedas por internet. Es significativo mencionar que la mayor cantidad de obras y normas fue hallada en el espectro educativo y no en el sanitario y ó social.

La cronología de las acciones relacionadas al programa nos muestra cómo el lenguaje de la educación incluyó al código médico higienista a fines del siglo XIX. Inmersos en la desesperación que ocasionaron las epidemias, comienza la historia de la salud escolar. Pero el lenguaje sanitario -si bien difería del docente- estaba aunado al mismo sector -el educativo: ese hecho permitió acordar tácitamente cuestiones que en el postneoliberalismo se registran fragmentadas en dos ámbitos que parecen confrontarse. Hoy son dos sectores diferentes dentro de lo público, cada uno con su código, intentando aunar criterios para implementar intervenciones compartidas sobre una realidad compleja y desestructurante. En ese escenario se desarrolla el programa hoy y hay mucha historia para contar al respecto si el horizonte es develar ese vínculo y sus posibilidades reales de articulación intersectorial.

La transición de jurisdicciones nacionales a municipios (en el caso que nos ocupa de la Ciudad de Buenos Aires) es otra fragmentación que atravesó al

programa: el estamento educativo pasó 100 años dentro de la esfera nacional y sólo desde principios de 1980 se insertó en el espacio municipal. Pero el ámbito sanitario con el cual debe hoy sentarse a acordar siempre perteneció a lo local (municipalidad).

La transcripción y referencia a las normas que se incluye es para demostrar la continuidad de algunos principios y la aparición de otros dentro de la salud escolar. La tarea de salud escolar pasó al sector salud por un brevísimo periodo (1946/8) para luego volver a pertenecer al ámbito educativo hasta su evaporación en el mismo por las consecuencias no previstas de las desprolijas transferencias de la jurisdicción nacional a la MCBA, que despojaron de entidad la tarea y pasó a incluirse “per se” en otro ámbito: el de la salud municipal.

Estos avatares de pertenencia impregnan de rivalidades no resueltas el vínculo entre salud y educación, generando un antes conflictivo que no permite mapear una intersección fructífera. Resulta necesario tener claros estos elementos del pasado ya que surgen mudos en el presente. El relato no pretende ser exhaustivo ni ordenado sino sólo resaltar referencias del proceso histórico en el cual se inscribe la historia de la salud escolar, intentando un diálogo entre los autores consultados para que nos ubique en los contextos transitados por la salud escolar. Con el objeto de transmitir el clima de cada época, en la narración de la historia del programa se exponen párrafos y transcripciones de textos de diversos autores, especialmente seleccionados para dar cuenta de los contextos y paradigmas predominantes que tiñeron las acciones vinculadas a la salud escolar, cargando de sentidos esos espacios de acción. Se entremezclan interpretaciones propias ó preguntas personales como parte de mi propio proceso reflexivo acerca de la historia y su relación con el programa.

Todas estas fragmentaciones dan cuenta de lo producido por el neoliberalismo que consideró más eficiente fragmentar que articular. Pesada historia como marco de esta sociedad que cargamos las personas y las instituciones a las que pertenecemos. Esa historia data de los 50 en donde las lógicas sectoriales empiezan a esbozarse para luego encarnarse en espacios donde sólo las normas de cada sector son importantes.

Estimo necesario adjuntar la noción de fluidez que aporta Ignacio Lewkowicz (1999). Al referirse a las marcas que deja la lógica neoliberal, nos explica que “el paradigma mercado afecta esencialmente el proceso mismo de pensamiento/.../ como condición de época. El Estado era la metainstitución que aseguraba las condiciones de cualquier institución: hoy observamos el agotamiento de lo institucional por desfondamiento de sus condiciones estatales metainstitucionales. /.../ El edificio Estado se hunde en la fluidez del mercado que -de ser una pieza más en el rompecabezas- pasó a inundar todo.

El Estado es sólo una pieza más y no el marco contenedor de piezas.” Y advierte: “en un medio fluido dos puntos cercanos permanecen cercanos sólo si hacemos lo pertinente para que permanezcan cercanos/.../sino los fragmentos inconexos con conexiones ocasionales no les hacen perder su carácter fragmentario”.

También Lewkowicz (2004) nos agrega

“el lazo institucional no está tramado por un problema compartido sino por las rutinas establecidas/.../ como el lazo es dogmático nada hay más hostil que una diferencia, entendida como un cuerpo extraño que debe volver a su lugar: el exterior de la institución. Todo ocurre como si la institución pudiera definirse a sí misma: en lugar de concebir la institución como la organización que media entre un discurso que interviene en una situación y la lógica de la situación en la que interviene /.../ La institución tenía, con la nación, un exterior que era su exterior, un exterior amigablemente constitutivo, interno, una relación de hospitalidad. /.../ Sin nación lo institucional mismo entra en franco proceso de interrogación ó desagregación.”

Desde la declaración de Buenos Aires como capital nacional se inician los ordenamientos de las cuestiones de gobierno y así educación y salud inician su camino por los mismos senderos. Las intervenciones se suscitan desde ambos y en algunos momentos el protagonismo de uno es mayor que el del otro sector. La asistencia pública de la ciudad toma un lugar secundario en este escenario: los decisores son nacionales como el Consejo Nacional de Educación y el Departamento Nacional de Higiene que crean el Cuerpo Médico Escolar. En los años posteriores se transformará en la Dirección Nacional de Sanidad Educativa.

Las primeras expresiones de la historia de la Salud Escolar se remontan a un predominio del discurso de salud sobre educación aunque los higienistas se insertaron en una estructura docente (Cuerpo Médico Escolar), luego atravesaron otros modos vinculares (algunos insertos en grandes estructuras sectoriales universalistas pero donde la articulación sólo es un rasgo dejado a voluntad de los actores) pero siempre desde lo educativo hasta que la transferencia desdibuja este protagonismo y salud pasa a ocupar un espacio, un vacío programático que dio lugar a esta creación. Así se desvanecieron las funciones sanitarias que desde 1943, se desarrollaban en las escuelas: la mayoría de ellas hacia principios de los 70, contaba con sillón odontológico equipado con insumos y profesionales que asistían a los alumnos/as y en cada Consejo Escolar (hoy Distrito Escolar) había una escuela con equipo ampliado (médico, enfermera, fonoaudióloga) que tenía a cargo los controles periódicos de salud de los matriculados/as.

La salud de los escolares estaba garantizada desde el sector educativo, al menos aquellas intervenciones del primer nivel de atención de la salud. “La instalación de la higiene en la instrucción primaria y la definición de las maestras como agentes higienistas privilegiados, se integraron como parte de la misión civilizadora de la institución, junto a la acción asistencial destinada a intervenir en las vidas privadas de las familias y los individuos, bajo el supuesto del cuidado y la protección del bien común. /.../ La moral higienista fue uno de los tópicos más intensamente trabajados e inculcados como parte de la socialización escolar de los niños desde épocas muy anteriores a la actual, y ha quedado instalada y naturalizada como predisposición a percibir, sentir, valorar, pensar y actuar frente a circunstancias vinculadas a la enfermedad, la limpieza, el cuidado del cuerpo, el trabajo, la vivienda y el medio ambiente.” (Milstein, 2003)

Federico Tobar (2006) nos relata:

“El despliegue de intervenciones especializadas para combatir esos riesgos específicos que involucraban la propagación de enfermedades contagiosas consolidó una forma organizativa particular denominada “programas verticales” que todavía hoy perdura en la mayoría de las estructuras sanitarias de la región. Aquel viejo modelo higienista tenía como positiva su orientación a objetivos sanitarios concretos y desplegaba sus acciones sin más discriminación que la de los riesgos sanitarios que cada grupo poblacional involucraba. Pero no favoreció la integración de las respuestas ni la consolidación de prioridades sanitarias, y cada programa vertical terminó funcionando de forma aislada.”

Milstein nos agrega que “el higienismo se consolidó como política de Estado /.../ basado en el interés supremo de la “salud pública”, debió apelar a distintas formas de coacción y de control pero también a generar un nuevo consenso, en un proceso que incluyó resistencia, rechazo y paulatina aceptación de su legitimación del control del Estado sobre sus vidas”. (Milstein, 2003)

Resumir la historia de la salud escolar en nuestro país es tarea ardua ya que la misma se inició en la década de los 80 del Siglo XIX. Reconozco en ese transcurrir hitos relevantes para mi trabajo:

- 1. El nacimiento de la Salud Escolar**
- 2. Primeras décadas**
- 3. El fortalecimiento del Estado Nacional**
- 4. El desarme de las estructuras nacionales**

5. Lo posterior

6. Contexto local-actual

1. *El nacimiento de la Salud Escolar*

“Salud y educación fueron dominios independientes en la Argentina hasta avanzado el siglo XIX. Fue la conjunción de factores diversos lo que cambió dramáticamente esta situación a partir de 1870. El crecimiento brusco del flujo inmigratorio, las disputas en torno de la organización educativa y las ideologías que la sustentaban, las epidemias, la generación de las primeras estadísticas sociales y sanitarias confiables y la aparición de una generación de médicos con visión social de la medicina – los higienistas – fueron los factores fundamentales que promovieron el cambio. La salud ingresó a la agenda del estado mucho después de la educación pero, a partir de 1880, comenzó a cobrar una notable relevancia.” (Battola y Bortz, 2007, pág. 87 a 96).

En 1881, comenzó la primera experiencia de control médico en las escuelas de Buenos Aires. Hasta ese momento contaban con inspección médica e higiénica escolar las ciudades de Boston, Bruselas, Amberes y algunas en Holanda y Francia. La preeminencia del modelo foráneo (en este caso el europeo) no es privativo de este momento histórico pero sí es una continuidad de la desvalorización de las prácticas y saberes del conjunto poblacional al cual se dirigen las acciones.

“Desde muy temprano – mediados del siglo XIX – **la escuela** fue **vista** como una **institución estratégica**, donde la transmisión del catálogo higiénico /.../ era una inversión en un futuro encarnado en la niñez /.../ recurso que se sostuvo en el tiempo /.../ y llegó a ser obligatoria la enseñanza de la higiene por ley de 1947.” (Armus, 2007, p 218-222)

El origen de la salud escolar puede hallarse en una creación nacida en el seno del sector educativo que incluyó la figura central del médico, en un clima de época muy especial. Ubiquémonos en el **contexto de origen** de las primeras acciones del programa, contexto de grandes reformas e inusitados cambios:

En los 80' del Siglo XIX, Buenos Aires, ciudad puerto, gran receptora de importantes contingentes de inmigración ultramarina, estimulada desde la ley de 1874. Ese aporte inmigratorio cambió drásticamente la composición demográfica nacional.

Esta ciudad cosmopolita habitada por cerca de doscientos cincuenta mil habitantes, se convierte en la capital de la Nación Argentina. En ella se estaba construyendo una red de provisión de agua, atravesaba la ciudad otra red de tranvías grandes, con asientos de madera y tirados a caballo. Los parques de recreos y edificios públicos comenzaban a multiplicarse, renovando su arquitectura al estilo europeo. La energía eléctrica, el gas, faroles de carburo, velas y luces alimentadas con sebo iluminaban la ciudad. El teléfono, signo de distinción social, ya estaba instalado. (Battola y Bortz, 2007, pág. 87 a 96).

En Buenos Aires, la población atravesaba diversas y cíclicas epidemias, con una esperanza de vida que rondaba los 32 años en 1887. En el entresiglo XIX-XX “la vida de las ciudades estuvo marcada cíclicamente por las epidemias con una tasa de mortalidad que oscilaba de 30 a 50/000l entre 1870 y 1890/.../ momento en que se observa necesario hacer algo que evitara dichas enfermedades y en la atención a esta necesidad se sitúa el creciente rol de la higiene tanto en sus contenidos preventivos como disciplinadores.” (Armus, 2007)

El cuerpo médico en general apoyaba un higienismo destinado a mejorar, regular y moralizar el mundo urbano. Sus medidas se basaron en la **exclusión** (medida privilegiada de purificación del espacio urbano) y la **vigilancia** (controlar el estado de salud de cada uno fundándolo en el registro y amenaza permanentes: contar, medir, inspeccionar eran formas de poner orden en el crecimiento físico y demográfico). “La ciudad se reducía a una especie de unidad sanitaria donde el fantasma del contagio ocupaba el trono” (Armus, 2000)

Prácticas e instituciones se afianzaron en torno a la vigilancia. Los higienistas argentinos apuntaron a controlar y regular dos tipos de problemas urbanos: amontonamiento y peligro y circulación de elementos esenciales: esto abrió el camino para que la práctica médica contara cada vez más en la vida cotidiana de la gente. **Los higienistas fueron figuras claves en la temprana formulación de políticas.** Ganaban presencia pública luego de cada epidemia, acusaban a los gobernantes de imprevisión y se vinculaban con cuestiones relativas al progreso y la civilización. En la década de 1880, la higiene también proveería argumentos que legitimaban la arremetida secularizadora del Estado en áreas tradicionalmente controladas por la iglesia como la educación. Fue en el **último tercio del s xix cuando el ideal de la higiene quedó definitivamente instalado en el proyecto modernizador.**

Hacia fines de S XIX, Sarmiento, desde su función de presidente, reclamaba que el Estado jugara un rol activo, propagando los nuevos ideales de higiene definitivamente instalados en la modernidad. (Armus, 2000). La higiene estaba

al servicio del requerimiento capitalista de **respaldar con cuidado** la mano de obra que determinaría la productividad necesaria para las exportaciones /.../ insertando a Bs As en el mundo europeo que comenzaba a admirar. 21a (Floreal Ferrara en Kohl, 2006, pag. 11). El valor de la higiene era presentado, al igual que la ciencia o la educación, como un valor universal (Armus, 2006, p 215)

“En 1880 con la llegada de Roca a la presidencia queda inaugurado el orden conservador que caracteriza a la época en la cual se constituye dicho sistema /.../ imprimiendo la centralización y jerarquización /.../ bajo la consigna “educación igual para todos” el sistema fue altamente discriminatorio y pretendió homogeneizar a las expresiones de la cultura popular.” (Marengo, en A. Puiggrós, 1991, pag. 76 a 78).

La mayor parte de los hombres de la generación del ochenta, dispuestos a establecer un determinado modelo de sociedad, van definiendo la **sanidad escolar** y su “uso” para resolver los problemas según el interés nacional. El modelo que los dirigentes liberales intentaban imponer, exigía justamente la importación, a veces acrítica, de ideas, costumbres y tecnología provenientes de los centros de poder lo que implicaba **cambiar las costumbres coloniales por las “civilizadas” maneras europeas**. (Agüero, 2005)

Entre 1870 y 1929 la Argentina recibió cerca de 6.000.000 de personas, si bien no todos se adaptaron a su nueva vida. A lograr esa homogenización de los futuros ciudadanos, por medio de un fuerte sentimiento nacional, fueron dedicados gran parte de los esfuerzos de la gestión educativa de Ramos Mejía. (Agüero, 2005). Este médico higienista tenía fe en llevar adelante la integración de la multitud al modelo argentino patriótico/.../y el medio pensado para este fin era la escuela. “Organismo” y “espíritu” son suficientemente elocuentes respecto de la necesaria articulación entre salud y educación en el pensamiento de Ramos Mejía. (Adriana Alvarez, en Lobato, 1996, pag 81)

Por la presión de los médicos higienistas, cuyo objetivo era transformar las ciudades en espacios limpios siendo su mayor empeño influenciar los comportamientos cotidianos de la gente conforme al moderno código de conductas higiénicas (Armus, 2000) y tras federalizarse la ciudad de Buenos Aires en 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene, cuyos objetivos iniciales fueron regimentar su ejercicio y encarar el saneamiento del puerto de Bs.As. Pasó a depender del Ministerio del Interior, con amplias funciones, lo cual dejaba asentado que la salud era para la oligarquía una cuestión de ordenamiento interno. (Kohl, 2006, pag. 44) Pusieron su atención en normatizar la vida urbana, para que la población pudiera vivir saludablemente. Su constitución representó un intento de resolver, **por medio de la intervención**

de una autoridad nacional, las cuestiones sanitarias que producían los recurrentes brotes epidémicos.

Este departamento en 1908 incorpora al servicio de **Higiene escolar** (Ramacciotti, 2009, pag 41) con lo cual parecían estar dadas las condiciones para que educación y salud comenzaran a establecer vasos comunicantes en las políticas de estado. “Los profesionales de la salud propusieron soluciones técnicas y morales para mitigar los efectos que producían en la sociedad las epidemias, las endemias, el hacinamiento, la marginalidad, la prostitución y las enfermedades sociales.” (Ramacciotti, 2009)

Coetáneamente, nació una de las más fructíferas instituciones médicas de la época: la **Asistencia Pública de Buenos Aires**. Instalada en 1883, en base a un proyecto de Ramos Mejía, se erigió como una institución similar a la existente en París y unificó bajo su gobierno los **servicios médico-asistenciales locales**, mientras que el resto de las funciones de salubridad e higiene quedaban a cargo de la *Comisión de Higiene Pública Municipal*. (Agüero) *19A principios de siglo ya contaba la ciudad con 59 establecimientos asistenciales, cuya función principal es la de asilo.* (Isuani,A; Mercer, 1986, pag 9-40)

El nuevo paradigma sanitario desde 1870 - la utopía del higienismo - se contrapuso al ideal civilizatorio de Alberdi, que oculta las discriminaciones más perversas de las clases altas, proyectando una sociedad creada bajo el signo de la salud /.../ creando una alternativa del poder existente, como una fracción de la misma casta dirigente /.../ rechazando el recurso de la organización popular orientándose hacia el Estado (Kohl, 2006 pag. 52).

“Hacia fines del siglo XX, los médicos argentinos adhirieron a la corriente del higienismo, emparentando el combate de la enfermedad con el desarrollo de la salud pública y la asistencia social. De este matrimonio surgió el impulso definitivo para consolidar a la medicina como poder, apoyado en un Estado convencido de la necesidad de poblar higiénicamente al país.” (Correa, 2000)

En este pacto entre higienistas y oligarcas los médicos se atribuían una gran cuota de poder /.../ mientras que los habitantes reales mantenían un comportamiento acorde con hábitos ancestrales (apatía-pánico). Sólo por unos meses la ciudad tuvo una Comisión Popular de Higiene espontáneamente creada por habitantes porteños a iniciativas de personalidades en 1871 que propugnó el consenso social respecto de las formas de intervención social (Kohl, 2006 pag. 65 y 38).

“Los datos del censo de 1869 indicaban que sólo asistía a las escuelas el 20,4% de la población escolar. Funcionaban en su gran mayoría en casas alquiladas, donde las condiciones de iluminación, ventilación, espacio y calefacción eran desfavorables. Para el año 1879 la ciudad de Buenos Aires contaba con 132 escuelas comunes y 133 escuelas particulares; juntas sumaban alrededor de 24.000 alumnos.” Battola y Bortz, 2007

Se crea el CNE (Consejo Nacional de Educación) por decreto del 28 de enero de 1881. Dicho consejo promovió una convocatoria para realizar el congreso pedagógico de 1882 que llevaría a la sanción de la ley 1420 de educación común en 1884, la que organizó y divulgó la educación primaria en el país. La educación primaria obligatoria, gratuita, gradual y **dada conforme a los preceptos de la higiene**, procuró el bienestar íntegro de la población infantil, **destacando la importancia de las prescripciones de higiene tanto en los métodos y tiempos de enseñanza y la construcción de los edificios y mobiliarios escolares.**

“**En 1885 fueron nombrados dos médicos escolares para la Capital** (Coni en Agüero, 2005) lo cual resultó insuficiente. Dados los resultados satisfactorios obtenidos en la salud de los niños, la intención de Coni fue establecer la **inspección en todas las escuelas públicas** de la capital. Entre 1884 y 1899 se estructura el sistema de instrucción pública estatal que alcanzó una cobertura sobre todo el territorio nacional. /../ extenso territorio nacional cuya clase política se propone la constitución de un estado que funde definitivamente una Nación integrada. /../ Sarmiento propulsa la creación de un sistema nacional de educación /.../ Se deducen procesos disciplinadores en esta etapa siendo una de las tareas más importantes **la organización de la inspección escolar.**” (Marengo, en A. Puiggrós 1991, pag. 76 a 78).

En este esquema **la figura del maestro resultaba de importancia suprema.** Ser “maestro normal” significaba acatar y ser capaz de transmitir *normas*; tarea (enseñar) que debía hacerse, en primer lugar, por medio del ejemplo. El futuro maestro era seleccionado y adiestrado para demostrar a sus alumnos el valor de la moral republicana, practicándola en todos los actos de su vida. El docente se transformaba en un ejemplo viviente de santidad laica que merecía ser imitado. Obediencia, vida austera, disciplina férrea y moral intachable, aparecían como los requisitos primordiales del maestro, por sobre el saber pedagógico y científico. El resultado fue que **el maestro se modeló como un periférico admirador de la ciencia**, de la cual tenía los conocimientos básicos necesarios para transmitirlos a sus alumnos. Pero, era incluso peligroso que profundizara más en su saber pues, un gran entusiasmo por una ciencia determinada, podía redundar en la prosecución de estudios superiores, con

abandono de su función docente para la que tanto había aportado la Nación. (Agüero, 2005)

“El proyecto educativo oligárquico contemplaba un tipo de educación ‘básica’, destinado a las mayorías poblacionales. Mediante la generalización de este nivel de enseñanza se esperaba obtener hombres y mujeres dotados de nuevos hábitos; provistos de pautas de comportamiento, normas y modalidades que requería la consolidación del orden del país” (Alliaud en Agüero, 2005).

“En el paradigma anatómopatológico, /.../ la construcción de lo “sano” y de lo “enfermo” como formación discursiva sostiene al saber médico desde una suma de factores históricos y culturales que le otorgan cierta validez “científica”. La metáfora “curar la sociedad” entrecruza política y sociedad sosteniendo las características de un modo de hacer. /.../ Para Sarmiento /.../ hace falta de un complejo de prácticas, explicaciones, instituciones y actores que disciplinen a los otros. (Carballeda, 2006)

Sancionada la Ley de Educación Común N° 1.420 en 1884, se desprendió la necesidad de crear un organismo que fuera capaz, entre una multiplicidad de funciones, de:

1) vigilar el desarrollo moral, intelectual y físico de todos los niños en edad escolar (6 a 14 años) (art. 1º); 2) asegurar que la instrucción fuese dada conforme a los preceptos de la higiene (art. 2º.); 3) cuidar que ésta estuviera presente en los edificios destinados a la enseñanza y en todo lo concomitante; controlar la vacunación, revacunación de los niños y la inspección médica e higiénica (art. 13º); 4) constatar, por intermedio de un facultativo que, quien enseña o guía, tiene capacidad técnica, moral y física (art. 24º); 5) determinar la inhabilitación de un maestro (art.30º) y que a la vez sean acreedores de una pensión vitalicia (art.31º)

“La formalización previa de las estructuras educativas y el nuevo desarrollo de los dispositivos sanitarios permitieron **articular un sistema de control médico de la salud infantil**, en una visión que asumía el rol tutelar del Estado frente a la negligencia o el abandono de la salud infantil por parte de los familiares del niño (Bortz). La preocupación por la mortalidad y la salud infantil estuvo presente durante el último tercio del siglo XIX /.../ dado que allí estaba el futuro capital moral y material de la nación. /.../ Así la lógica estatal transmitió valores vinculados al fortalecimiento del propio cuerpo, la preservación de la salud individual y colectiva y la prevención de enfermedades por lo cual **se impulsa la Creación del Cuerpo Médico escolar en 1888**. 16 (Armus, 2007, p. 87).

Respondiendo a tales requerimientos, el CNE se encargó de crear y poner en funcionamiento el Cuerpo Médico Escolar (CME), con injerencia inmediata sobre la Capital Federal. **Comenzó a regir la obligatoriedad de la inspección médica e higiénica de las escuelas, al igual que la vacunación y revacunación de quienes asistían a ellas. El 6 de mayo de 1886, el CNE aprobó el reglamento provisorio del cuerpo médico escolar.** Empieza a funcionar en junio de 1888, conformado por médicos inspectores que son nombrados por el CNE. 18 (Marengo en Puigross, 1991) El profesional de la salud estaba en condiciones óptimas para ocuparse de la higiene y del desarrollo físico (individual y colectivo) de toda la comunidad educativa.

El **médico escolar**, habilitado para la inspección, se halló en los comienzos, con el inconveniente de la falta de una reglamentación definitiva de sus tareas. **Los directivos y los maestros recelaban, en un principio, ante el temor que fueran sus críticos.** Al aclararse que las funciones eran totalmente diferentes **y que era necesaria la confluencia de los distintos puntos de vista** para que, **trabajando en conjunto**, se lograsen objetivos exitosos, el accionar de los inspectores se fue robusteciendo hasta lograr un lugar de relevancia. (Agüero, 2005). La labor no se limitó al control de la higiene. Estaba, también, encargado de supervisar los libros de estudio, el mobiliario de las aulas, el control del agua potable, los ejercicios físicos a realizar, los horarios y disciplinas, confeccionar las fichas médicas individuales de los ingresantes al sistema educativo e instruir a los maestros en psicología infantil e higiene escolar (quienes a su vez aportarían observaciones objetivas para una eficaz intervención del profesional, por ejemplo: detectando los casos de hipoacusia o disminución en la visión) (Genaro Sisto.en Agüero, 2005).

No limitaba el trabajo al ámbito de la escuela; además, visitaba los domicilios de los alumnos, convencido de que el germen del mal se hallaba ahí y era ése el lugar preciso para combatirlo. Cuando tales profesionales realizaban los controles físicos, tenían una multiplicidad de objetivos, tales como: **determinar la posible influencia negativa de la escuela** (por ejemplo, malestares en la vista por mala iluminación del aula o deformaciones en la columna vertebral, por posturas defectuosas en bancos no adecuados) o **reconocer a los débiles**, para quienes la tarea cotidiana superaba su pobre consistencia orgánica.

*Según el **informe de Benjamín Zorrilla** sobre el CME Cap. XIII, del 01/06/1888: Ninguna función más delicada que la del C.M.E.(Cuerpo Médico Escolar) llamado a velar por la salud del niño. He querido ver en él al asesor técnico del Consejo en todas las cuestiones que se relacionan con la higiene escolar, haciéndole intervenir en el plano del edificio, en la construcción del mobiliario, en el horario, en el método y le he encargado la inspección higiénica*

*de la escuela, dándole las más amplias facultades. Pero para responder a tan vasto programa necesita mayores elementos y no ha de omitirse sacrificio por parte de este Consejo para dárselos. La situación higiénica de la Capital, el medio en que vive gran parte de su población facilitan el contagio y el progreso de muchas enfermedades, especialmente aquellas que atacan a los niños, y yo cuento con que la acción constante y bien dirigida del Cuerpo Médico Escolar, **combinándose** con las de las autoridades sanitarias de la Capital, ha de obtener grandes resultados. Se ha creído por mucho tiempo que la misión del médico en la escuela se limitaba a visar el certificado de vacuna; hoy desgraciadamente no es así, tiene otros enemigos que combatir y no puede ya esperarlos en la escuela, debe salirle al encuentro, ir a combatirlos en la propia casa del niño o donde esté su germen. Es el caso de todos los días. La escuela con sus amplios salones, gran luz, ventilación, moblaje perfecto, aseada como en la cubierta de un barco de guerra, recibe a los niños. Llegan a sus clases frescos y lozanos; sin embargo uno, cuyos padres no han tenido la prudencia necesaria, llega de una casa en la que se ha desarrollado la enfermedad A o B, trae el germen del mal y puede convertirnos la bella y alegre morada en foco de contagio. Afortunadamente nuestro cuerpo médico se ha dado bien cuenta de las grandes responsabilidades que pesan sobre él y espero, como dejo dicho a V. E., presentarlo el año entrante bien dotado y prestando los grandes beneficios a que está llamado. (extraído de Agüero, 2005)*

Este informe deja a las claras la idea que subyace en la salud escolar de esta época fundante: la del higienismo y a la vez surgen las ideas de combinar esfuerzos de los dos sectores y de controlar el mal. ¿Cuántas de estas ideas siguen vigentes en las prácticas de hoy? ¿Contra qué males trabajar juntos ambos sectores?

Si el higienismo logró juntarlos ¿qué los convoca a unirse hoy?

Desde 1898 se practicó un examen que tenía en cuenta: la edad, peso, color de la piel, la estatura, constitución, estado general, desarrollo muscular, condiciones óseas, visión, audición, olfacción, cavidad bucal, lenguaje articulado, tartamudez, ceceo y gangoseo. Con preferencia se intentaba detectar a los niños débiles, anémicos y con pobreza constitucional. Pero, a la vez, **la capacidad de revisar a todos los niños**, con cierto rigor, se veía superada: cada médico tenía a su cargo, inicialmente, entre 3000 y 5000 niños. Si reconocían a un niño enfermo, comunicaban al responsable la necesidad de atención y tratamiento. En muchos casos, por dejadez y abandono de los mayores, la tarea resultaba inútil, pero en otros, los consejos eran escuchados. Los propósitos económicos y sociales de estas inspecciones eran: *“sustraer las nuevas generaciones a los gravámenes de morbilidad y mortalidad (que) merman considerablemente la aptitud de la masa y restringen paulatinamente*

el aumento y la capacidad de la población nacional” (Súnico, en Agüero y otros, 2005, 236-39).

En el período 1890- 95, hubo notables mejoras, permitiendo que un alto porcentaje de la población escolar concurriese a establecimientos con renovadas condiciones higiénicas. Entre 1899 y 1905 se propicia la expansión del Estado para terminar de **disciplinar a una sociedad** que se mostraba esquiva a someterse al poder absoluto del Estado /.../ el positivismo predominante en la concepción educativa de la época se traducía en prácticas dirigidas a la ampliación de la capacidad de dominio a través del fortalecimiento de una figura autoritaria del maestro en el centro de la práctica educativa, para abonar doctrinas que permitían la discriminación y favorecían medidas homogeneizantes y normalizantes (Marengo, en Puigross, 1991, pag. 114).

Hacia 1900 el CME se preocupa por combatir el alcoholismo, entendiéndolo como una enfermedad social que se corregiría mediante acciones disciplinarias/.../asimismo aparece el interés por descubrir en la formación corporal de los niños señales de su capacidad intelectual, que dan origen a dos disciplinas: antropometría y psicometría escolar (Marengo, en Puigross, 1991, pag 125 y 133)

La vacunación, con cierta frecuencia, encontraba resistencia (Larguía, en Agüero, 2005), no obstante que las estadísticas demostraban la disminución de los casos de viruela y hasta su desaparición, en los lugares donde revestía carácter de obligatorio. La costumbre de vacunar a los menores se fue imponiendo gradualmente y se señaló la acción benéfica de las escuelas al hacer cumplir lo que *“con frecuencia y criminal abandono olvidan algunos padres de familia” (Informe de Benjamín Zorrilla, en Agüero, 2005).*

En este primer período, en el cual la idea de crear un Cuerpo Médico Escolar va tomando fuerza hasta concretarse, se advierte que los profesionales de la salud, en tanto actores sociales, con saberes acerca de la vida y la muerte, adoptan para su accionar la estrategia de **atracción-coerción**. La misma que utilizaban los maestros. Pero aquellos lo hacían de manera más conciente que éstos. **Una preocupación central fue la de prevenir enfermedades**. La figura del agente escolar que controlaba la asistencia escolar e impartía penas a los padres detractores aparece en esa época (Marengo, en Puigross, 1991, p 140)

De acuerdo al reglamento del Cuerpo Médico Escolar ó CME (ver documento adjunto en Sección Anexos):

Es fácil advertir que ponía una gran confianza en el accionar médico e interés por “regular” las prácticas higiénicas. La mayoría de los galenos se quejaba de la falta de colaboración de las familias, por ignorancia y desidia.

“La higiene escolar debe ocupar en la sociedad un rango más elevado que la higiene de los hospitales (pues ...) llena el objeto primordial de la ciencia: prevenir las enfermedades ...Las reglas y preceptos de la higiene obtenidas en la escuela, se imponen en el hogar porque el niño crece connaturalizándose con ellos, haciendo que sus padres las practiquen lo mismo en su persona, y luego por imitación toda la familia, desde que el ojo y la acción del preceptor están allí para reclamarle y exigirle toda violación de las reglas y preceptos que se le dictan” (Fernández, en Coni, 1880, pág. 32).

Agüero y otros, a partir de lo afirmado, deducen que:

1) la primera función de la sanidad escolar es la preventiva, de capital importancia para la sociedad; 2) las normas higiénicas han de inculcarse en los niños hasta que se transformen en algo connatural a su conducta; bajo el contralor atento de los docentes “para reclamarle y exigirle toda violación de las reglas y preceptos que se le dictan”, 3) la duplicación de modelos ideales, como toda estrategia educativa de la época, se encuentra también presente en este tópico, pues la reglas de higiene inculcadas al niño se expanden: “haciendo que sus padres la practiquen ... y luego por imitación en toda la familia ...”.

Por ende, la higiene dilatará sus límites. El primer deber de la escuela, para esta concepción, era inculcar hábitos de higiene privada, con una normativa rígida, con castigos al trasgresor y a su familia, esperando que, una vez incorporada la habitualidad en el niño, la difundiera por su entorno.

Consecuentemente, la acción docente implantaría esos hábitos en los alumnos y, por extensión, en sus familias. Los médicos encarnaban la ciencia, para el imaginario social de la época. La comunidad los favoreció con el prestigio y la alta consideración. Los médicos escolares gozaron, en el ambiente educativo, de igual estima. **Vincular al maestro con el médico**, a la escuela con el hogar, era un propósito a alcanzar en el mediano y largo plazo. (Agüero, 2005)

Desde fines de siglo se desarrollaron políticas sociales impulsadas por el sector más reformador de la clase dominante con el objeto de establecer el **control** sobre los sectores populares e intentar obtener consenso que por la vía de la coerción no era posible alcanzar. “La filosofía positivista del siglo XIX reclama

para la armonía social renovación completa de valores y acentúa una mayor actividad natural del Estado.” 20 (Alvarez, en Lobato, 1996, pág. 76 y 82)

Agüero (2005) refiere cómo se gesta el Estado en Latinoamérica, donde predominaba un capitalismo impregnado de resabios feudales: la sociedad civil se organizó en torno al aparato estatal y tomó la forma de Estado oligárquico representando sólo a las clases dominantes.

2. Primeras décadas

El Estado liberal del Siglo XIX y buena parte del XX hacía suya la idea de la educación como factor de integración política y de control social (Somoza Rodríguez, en Belmartino, 1986, p. 122) sintetiza que tal como afirma la corriente dominante en el interior del movimiento higienista a comienzos de siglo la enfermedad tiene como causa fundamental la ignorancia: por ende la atención médica se desvincula de la asistencia social y toma un rol prioritario la educación. (Mirta Lobato, 1996, p 218)

A principios del s XX, la necesidad de que el Estado argentino interviniera activamente en la educación estuvo vinculada con lo que se asumió como peligro de pérdida de la nacionalidad frente a la inmigración extranjera./.../ En este modelo de fin de siècle la higiene adquirió un valor en sí mismo y, en el proceso de socializar moralmente, ser bueno se transformó en ser limpio. /.../ La pedagogía de la higiene se superpuso en Argentina con la preocupación por el futuro racial donde los infantes débiles y escrupulosos traían /.../ visiones sobre soldados imposibilitados de defender la patria, madres incapaces de criar una prole sana, obreros marcados por la degeneración mental y física. (di Liscia, 2005, p 96)

Todavía la infancia no aparecía como una categoría social claramente diferenciada de los mayores: estaban, más bien, incorporados al mundo de éstos y debían cumplir con sus fines. Eran algo así como grandes en miniaturas o adultos con carencias (y se les repetía, a menudo, *no sabes, no puedes, no eres capaz*). Las preocupaciones en materia de salud escolar según Agüero y otros, 2005, eran 8 tópicos centrales: los ejercicios físicos; la formación moral y la pre-determinación de las características de la población escolar; detectar los menos aptos; cuidar la salud de los docentes; cuantificar las enfermedades escolares (raquis, surmenage, dispepsias, miopías); ubicar a

las infecto-contagiosas, analizar los edificios y determinar los horarios más convenientes para los escolares y las peculiaridades de la enseñanza.

“El discurso de la educación nueva en la Argentina se ubica en las décadas del 20 y del 30 /.../ aparece como la primera gran crítica a la educación tradicional, poniendo en cuestión su carácter adultocéntrico y de tensión hacia el futuro, alertando contra el descuido de los sujetos que transitan por ella /.../ crítica que no alcanzó para alterarla. /.../ no se había alcanzado aún un rol fuerte del estado y la sociedad civil había perdido su capacidad de atender las necesidades infantiles: la escuela asume la responsabilidad de socializar a los niños para una sociedad compleja en proceso de modernización.” (Carli, en Adriana Puiggrós, 1991, pag. 125 a129)

En esta trama entre 1916-1945 se conforman dos grandes discursos dirigidos a la niñez: el de la minoridad que se instala en el campo jurídico-social y el de la escuela nueva que se instala en el campo pedagógico. Se configuran dos segmentos institucionales: la escuela como instancia socializadora y civilizadora de las clases medias y los hijos de inmigrantes aggiornados al país, y el asilo como instancia de disciplinamiento para los hijos de nativos ó inmigrantes que no se adaptan al modelo económico vigente. La autora cita a Foucault (1985, pag. 176): **las instituciones sirven de soporte a amplios efectos de escisión que recorren el conjunto del cuerpo social** (Carli en Puiggrós, 1992, pag 101)

En el sector salud se observaba que “el pensamiento liberal tenía aún mucha fuerza en los sectores médicos, que si bien no se explicita aparece en los comentarios relacionados a una excesiva injerencia del estado ó en reclamos de libertad a las prerrogativas individuales (Belmartino, 1988, pág. 168).

Los elementos de control fueron constitutivos de las condiciones institucionales (Marengo en Puigross, 1991, p 161). Determinadas enfermedades de los niños fueron atribuidas a su actividad escolar y, por ende, los mecanismos para prevenirlas fueron minuciosamente desarrollados. De ahí que, **una tarea fundamental del Cuerpo Médico Escolar fue la inspección de los edificios** donde se impartía la instrucción y la evaluación del rendimiento escolar. Pero, no les fue ajeno el control de la salud de los maestros y directivos, la prevención de las enfermedades contagiosas y la verificación de las políticas de vacunación (en especial la antivariólica, que hasta les permitió afirmar “el mal está conjurado”). Como el maestro debía ser un ejemplo de salud y de modestia económica, fue imprescindible brindarle un servicio médico de cierta calidad, que sus escasos recursos nunca le hubieran permitido pagarse. Apartar a los menos aptos dentro del sistema educativo, si bien con errores de concepto imposibles de prever en la época, fue otra de las labores

paradigmáticas del cuerpo médico. Los menores quedaron clasificados en dos grupos: los aptos y los atípicos. (Agüero y otros, 2005)

Kohl cita que el Dr. J.M. Penna al lograr la sanción de la ley 7444 de 1910 sobre profilaxis porteña, intentó organizar la higiene escolar e infantil (pag.81). Di Liscia refiere que en 1914 el CME en Capital examinó 175.091 niños y encontró que más de 12.000 presentaban trastornos psicológicos y físicos. En principio se los derivaba a los comedores escolares y luego a las escuelas para niños débiles (pág. 101). Marengo cita que en 1914 se realiza el Primer Censo Antropométrico (pag. 156). Hacia 1922, en Bs As, se contaba con un médico para 15.000 alumnos siendo la recomendación internacional de un profesional cada mil niños en edad escolar 16 (Armus, 2007, pag 222)

En la década de 1930, el conjunto de exámenes médicos realizados a los estudiantes tanto en el ciclo primario como secundario, a juzgar por sus defensores, no eran suficientes. Así lo atestiguan dos especialistas que bregaron por la extensión de los beneficios de la higiene social en el seno de las instituciones educativas. Florencio Bazán y Teresa Malamud -ambos médicos de sección de Higiene Escolar del Departamento Nacional de Higiene- acusaron de esta deficiencia a la desproporción entre los medios y los recursos con los cuales contaban las instituciones médicas, en relación al volumen de la población estudiantil. Esta situación inspiraba cierta desprotección en el cuidado de la salud ya que los niños eran examinados al ingresar a la escuela primaria, seis años después en el ciclo secundario y, por último, en el ámbito de los estudios superiores. Según esta perspectiva, el estudio estadístico resolvería algunos problemas relacionados con la salud del niño. Así pues, proponían la creación de un carnet sanitario para quienes aspiraban a ocupar un empleo en la administración pública (Bazán y Malamud, en Cammarota, 2010).

Los especialistas de la medicina escolar vieron la necesidad de superar diversos obstáculos, como la ya mencionada falta de recursos, la aplicación de la moderna tecnología y, por último, la indiferencia de los escolares y padres ante dichos controles. (Cammarota, 2010, Pág. 113/120)

Según el Expediente 7730 -1- del 25/8/33 de la Secretaría de Educación de la Nación se establece que la Inspección Médica escolar tendrá por objeto primordial la salud de los niños en edad escolar concurrentes a los establecimientos de instrucción primaria fiscales y particulares, a cuyo efecto deberá propender a que se observen fielmente las prescripciones de la higiene, tratando de que la enseñanza en la aulas se adapte a esa misma finalidad. (Monitor de la Educación Argentina, cap. 9). Dicha Inspección queda bajo la Inspección Médica general y practicará: a- el examen individual de los niños

recién ingresados a las escuelas dentro de los cuatro meses de esa incorporación, b- un mínimo de 16 visitas mensuales a cada establecimiento durante el ciclo lectivo y c- recibir las novedades de carácter higiénico del directivo escolar, en referencia a los locales, a los niños y a los maestros.

En tiempos de estadística, el fichaje individual aparecía como una recurrente tentación. Desde comienzos de siglo se habló de diversas formas de registro de la evolución biológica individual. /.../ La más ambiciosa y sofisticada de estas propuestas fue la ficha biotipológica, de la década del 30, que apuntaba a vigilar la evolución de los individuos a lo largo de su desarrollo físico y psicológico y a clasificar la población/.../ desde 1932 la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social desplegaba esta iniciativa/.../ definía seis tipos de acuerdo a rasgos y consideraciones raciales y constitucionales/.../ la regulación de los biotipos era parte de una agenda que buscaba mejorar la estructura biológica de la nación/.../ Niños, mujeres y trabajadores fueron los grupos privilegiados por el esfuerzo eugenésico. La ficha higiénica escolar debía contener datos de la salud del niño y sus antecedentes hereditarios y personales/.../ su alimentación, su desarrollo, sus vacunaciones, sus visitas de asistencia médica preventiva/.../ y todos los rasgos de su personalidad/.../ sin dudas la biotipología proveyó de marco de referencia a la ley 12341 de 1936 que impulsaba la libreta infantil /.../ algo similar sucedió en el primer peronismo sobre la prevención de la salud de la población escolar y adolescente, con la ficha sanitaria (documento privado y de uso personal) y el certificado de salud (documento público que daba cuenta del cumplimiento de las revisiones y vacunaciones)(Armus, 2006, p 256)

Según un artículo del Dr. Olivieri en el VI Congreso Nacional de Medicina de 1938, en referencia a la realidad de la organización médica escolar de esa época: los servicios médicos escolares en la ciudad datan de 1888, y reconoce que fue difícil la introducción del médico en la escuela por las resistencias que su figura generaba en contraste con la figura tan conocida y apreciada del maestro. Recién en 1918 se inician los concursos para regularizar la provisión de médicos escolares, a quienes se sumaban las visitadoras (maestras especializadas en la Facultad de Medicina). El propósito principal era el de **conocer las necesidades de los escolares, no sólo en relación con la morbilidad sino especialmente las higiénico-sociales**. En 1938 llegaban a examinar más de medio millón de alumnos que ingresan por primera vez a la escuela por año, de los cuales entre el 26 y 30% portaba alguna afección, 75% padecían problemas dentarios, 30000 estaban insuficientemente alimentados y 6000 deficientemente alimentados. Refiere el artículo que los recursos humanos destinados a esta tarea eran: un médico inspector general, un secretario médico, 23 médicos inspectores de Distrito y 8 de escuelas al aire libre, 27 médicos escolares auxiliares, un jefe odontólogo, 23 dentistas y 105

visitadoras de higiene escolar. Contaban con lo que hoy llamaríamos un segundo nivel que constaba de: un consultorio de ojos, otro de oído, nariz y garganta, dos de profilaxis de tuberculosis: uno infantil y otro para docentes, una sección de educación sanitaria, otra de profilaxis específica (que se ocupaba de la vacunación antidiftérica), un consultorio psicopedagógico, una clínica de nutrición, un consultorio de ginecología para maestras embarazadas, un consultorio de piel y otro de guardia general. Además contaba con 31 consultorios médicos instalados en algunas escuelas de los 20 distritos escolares, otros siete en las 10 escuelas al aire libre, 1 en el Instituto Bernasconi y 30 clínicas dentales. (Olivieri, 1939)

La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires de esa época (hace 75 años) era del 48 por mil. Olivieri (1939) reconoce que la escuela tiene con estos elementos una función social amplísima: formar en la conciencia de la población **el valor de una vida sana y arreglada**, conforme a los preceptos de la higiene, haciendo hábitos nuevos, destruyendo el prejuicio y las creencias absurdas. El niño será el mejor terreno para esta campaña de redención que pide el Consejo, porque él los asimila fácilmente y los lleva con sus comentarios diarios al seno del hogar. En ese año se crean los servicios médicos de las escuelas de las Provincias y territorios que funcionarán bajo la Inspección Médica escolar del CNE. Se hace referencia a la reciente sanción de una ley de Protección de la infancia en la edad escolar, proyecto del Dr. Alfredo Palacios, de donde se garantizarán los recursos para esta nueva creación. En dicho documento de creación define los fines de estos servicios médicos: **velar por la salud de los niños en edad escolar y vigilar que en los establecimientos de instrucción primaria, tanto fiscales como particulares, se observen fielmente las prescripciones de la higiene y se dé cumplimiento a las disposiciones legales vigentes**. Asimismo se indican las cantidades de profesionales médicos, dentistas y de visitadoras de higiene de 14 jurisdicciones provinciales y 8 territorios nacionales del país. (Olivieri, Enrique, 1939, páginas 84 a 103)

Es claro que la salud escolar si bien fue desempeñada por médicos los mismos estaban - desde 1888 y por más de 50 años - incluidos en una **estructura educativa** desde donde no sólo examinaban a alumnos/as y docentes sino también resolvían algunas de las patologías que detectaban (ejemplo: caries). Cabe preguntarse por qué ese despliegue sanitario no fue luego replicado por el sector salud.

3. El fortalecimiento del Estado Nacional

Hacia 1940 el programa de modernización de la medicina escolar fue acompañado por la incorporación de nuevas tecnologías que abarataban los costos de los controles sanitarios y obtenían mejores resultados. Por ejemplo, el valor de la película radiológica para detectar la infección tuberculosa, disminuyó cien veces su precio a partir del desarrollo del método de Abreu. (Agüero y otros, 2005)

*En 1942 el Dr. Schicht propone la **creación de la Libreta Sanitaria** a iniciarse en la escuela. Registrado un 54% de niños con infección tuberculosa y existiendo el Catastro Roentgenfotográfico escolar de la Capital Federal se hace posible la creación de esta **libreta sanitaria que iniciándose en la escuela se prolongue a lo largo de toda la vida del individuo** para dotar a éste y al país del elemento sanitario de mayor importancia en procura de la elevación del standard de vida de la población de nuestro país. Urge establecer un sistema de investigación catastral, que se continuará en período secundario ó trabajo inicial, período militar (a cargo de autoridades militares), certificado prenupcial y período adulto. Nótese que la idea de tener un relevamiento de la población se sostiene hoy también aunque no quedan claros los accionares a emprender a partir de esos datos. Pero esta tecnología poseía su talón de Aquiles: la indiferencia por parte de las familias quienes eran renuentes a someter a sus hijos a los controles médicos periódicos. Ante esta indiferencia, los especialistas bregaron por inculcar “**hábitos de conducta PROFILÁCTICA**” (Agüero y otros, 2005) 19*

*Belmartino refiere que en los años 40 la actividad estatal tuvo el **propósito declarado de establecer un sistema de servicios que garantizara la efectiva vigencia del derecho a la salud**. Ese sistema debía reunir las características acordes al pensamiento sanitario de la época: universalidad, integralidad, gratuidad, oportunidad, eficacia pero la fragmentación y heterogeneidad previas no pudo ser superada por las organizaciones establecidas a partir de los 40. Por ende la salud escolar también lleva este rasgo de dispersión que se intentó neutralizar con normas unificadoras. Sin embargo debe reconocerse la expansión de lo estatal sin precedentes que logra Carrillo en ese momento, que soñaba con un sistema único. Belmartino continúa: “Pero ese proyecto ambicioso naufragó en las contradicciones de la afirmación del proyecto peronista para concluir en un régimen fuertemente liderado desde la cúspide. /.../ uno de los pilares de esta reforma es el reconocimiento del derecho al bienestar /.../ que implica la organización de la salud pública y de la asistencia social”. (Belmartino, en Mirta Lobato, 1996).*

La cuestión parece cambiar radicalmente con el ascenso del nuevo gobierno de facto en 1943: una cantidad de propuestas referentes a la salud, archivadas en el nivel de las decisiones, son retomadas y puestas en operación en los pocos años en que se gesta lo que luego será el proyecto peronista. Así, en 1944 se obtiene la reglamentación del ejercicio de la medicina, odontología y demás ramas de las ciencias médicas (esfuerzo que se inicia en 1891 y que en casi 50 años no registró tratamientos legislativos)

Las ideas de contar con una autoridad central -anhelada desde 1916 al pedir unificación de las funciones de la higiene pública - (Belmartino, 1988, pag. 173) se traduce en la concreción de la tendencia centralizadora con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en 1943 cuyas funciones esenciales eran la legislación, organización y vigilancia de las necesidades primordiales del individuo: alimentación, vivienda, abrigo, trabajo y salud. Fueron así concretados los anhelos de los médicos de contar con una “unidad de comando” y le proveyó un **nuevo sentido** al campo sanitario a pesar de que los médicos continuaban enquistados en sus estructuras proto-culturales (Kohl, 2006, p 165). **Dicho nuevo sentido rescata la tradición higienista** que se basaba en considerar a la salud un objetivo para alcanzar la felicidad individual /.../ pero anexándole el concepto de solidaridad en la comunidad que en los higienistas sólo era un artilugio /.../ y reconociéndole además de la dimensión material, la cultural, espiritual sin la cual sus acciones carecen de movimiento y de sentido.” (Kohl, 2006, p 164-167). Tiempo después, Carrillo define la cultura sanitaria a la cual el país había ingresado a partir de incluir la novedosa figura de la visitadora social que permitía proyectar la imagen del hospital fuera de sus muros/.../ Y entiende a la salud como una condición ineludible del bienestar, no siendo un fin sino un medio social para alcanzarlo, reconociendo al Estado como su garante.

Ya en los años 30 se observa una conformación de un campo doctrinario favorable a la intervención del estado nacional en la organización de los servicios de salud. (Belmartino, en Lobato, 1996, pag 221) Pero recién en 1943 se inició una transformación importante en materia de organización de los servicios de salud estatales y es a partir de 1946, que la salud pública argentina encaró una serie de modificaciones institucionales que, si bien retomaban antiguas ideas, se instauraron en un escenario político remozado, donde la planificación de la acción política tomó un cariz diferente para guiar la acción estatal: el Departamento Nacional de higiene se transforma en Dirección Nacional de Sanidad Pública, primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública, hecho que se ratificó al crearse la Secretaría de Salud Pública en 1946 por decreto N° 14.806 del 23 de mayo de 1946 (que dependía directamente de

la Presidencia nacional). Su intención expresa era corregir asimetrías regionales entre el interior y Buenos Aires, y abarcar a núcleos poblacionales hasta el momento al margen de la asistencia sanitaria (el 65% de la población).

*“Entre los aspectos más estudiados tanto por el pensamiento médico como por las acciones estatales desde fines del siglo XIX y que fueron retomados por la planificación peronista se encontraban la **higiene y medicina infantil** /.../ que habían dado sus primeros pasos hacia la institucionalización con la creación del Departamento de Higiene. Pero la mayor originalidad de este período fue el tipo de planificación llevada adelante: dejaba de ser una respuesta a condiciones excepcionales para encarnar **una nueva modalidad que comprometía al Estado a ofrecer soluciones a las diferentes problemáticas sanitarias regionales.**” La reforma constitucional de 1949 y la Ley 13.529 convirtieron a la SSP en Ministerio de Salud Pública. Esto dotó de un protagonismo acentuado a los médicos, puesto que ellos fueron considerados los únicos capacitados para planificar, implementar y dirigir el nuevo ente burocrático./.../ hacia los íconos de la modernización tecnológica y del mejoramiento de las condiciones sanitarias de las personas. (Ramacciotti, 2009, pag 63)*

Kohl señala que la utopía popular que se instala en la época peronista **renueva el sentido de la utopía higienista** de fines de siglo XIX: una nueva concepción de la salud pública rescata del olvido a aquella y la replantea.

“Sus significados serían retomados y cuestionado radicalmente su aspecto central: la concepción de la salud del hombre. /.../ La política sanitaria procuraba sustituir el criterio de asistencia pública basada en valores caritativos y filantrópicos por la **asistencia médica integral, modalidad que debía cubrir las necesidades de toda la población** /.../ incluía la medicina sanitaria destinada a erradicar los determinantes ambientales de la enfermedad /.../ y la medicina social /.../ la detección precoz de enfermedades invalidantes /.../ los reconocimientos médicos periódicos sobre la población general”

*La centralización de la asistencia sanitaria, social y moral bajo un solo organismo pretendía evitar la falta de coordinación entre la iniciativa nacional, provincial y privada (Plan Analítico de Salud Pública 1947) /.../ y desde las escuelas se intentó realizar la detección de patologías, la implementación de campañas de vacunación y suplir las acciones que según los modelos de la época debían cumplir las familias. **Se aspiraba a suplir las pautas tradicionales del cuidado infantil y a reemplazarlas por otras científicas dependientes de los saberes médicos.** (Ramacciotti, 2010)*

Las nuevas epidemias de mitad de siglo XX (poliomielitis) dieron cauce al resurgir del segundo higienismo. Entre 1946 y 1948, la supervisión de la higiene infantil en los ámbitos escolares estuvo bajo la órbita de la Secretaría

de Salud Pública. *En respuesta a la decisión política del Dr. Carrillo, de incluir al CME en la Secretaría de salud Pública para reunir las normas sanitarias a que debían estar sujetos los escolares, tomando como recurso básico los exámenes periódicos de salud con el objeto de detectar enfermedades inaparentes e invalidantes para ser tratadas precozmente, ya que fue preocupación de Carrillo el cuidado de la calidad física y mental de las futuras generaciones para alcanzar un biotipo argentino superior.*

*La Dirección de Higiene y Medicina Infantil se propuso en ese breve lapso: “...asegurar un desarrollo armónico del niño física y mentalmente, a través de la asistencia preventiva médica y social para formar hombres sanos, fuertes y laboriosos...” (Plan Analítico, 1947). Se proponía **lograr una dirección centralizada que permitiera conectar saberes médicos, educativos y asistenciales**. Este trípode podría limitar el impacto negativo de la familia necesitada ó mal constituida sobre la formación del alma y el cuerpo de las criaturas. La preocupación para esta dependencia sanitaria estaba puesta en la etapa escolar: período considerado clave desde el punto de vista biológico, ya que en ella -según la perspectiva de la época- se darían los cambios que formarían definitivamente el sexo (Gamboa, Angel en Ramacciotti, 2010)*

*Desde la agencia sanitaria se propició un discurso sobre “...lo que es bueno...” –el modelo heterosexual- contra actitudes sexuales “inmorales” /.../ y la pobreza se asociaba a la inmoralidad /.../ y dentro de los males sociales el alcoholismo en el seno de la familia era una amenaza /.../ para el mejoramiento de la raza. /.../ **Los exámenes de los niños tendrían que ser realizados al inicio de su escolaridad y luego una vez al año. Mientras no existiera un edificio específico para hacerlos, se harían en las escuelas.** Para atender a la mayor parte de la población, se esperaba contar con la colaboración del Ministerio de Guerra (aspecto que indica los diálogos interinstitucionales a la hora de pensar una política pública). El planificado examen consistiría en un diagnóstico médico y odontológico, con radiografías de tórax y análisis de laboratorio. Además se realizaban vacunaciones: antivariólica, antidiftérica, contra tétanos y fiebre tifoidea. A nivel psicopedagógico se realizaba un test de inteligencia global de aptitudes para descubrir la capacidad de cada niño y orientarlo, pues la elección no se definía por sus deseos sino por su constitución física y temperamento.*

*De este modo se confeccionaba **la ficha de cada alumno**. Entre el 1º/6/46 y noviembre de 1949 la Secretaría de Salud Pública inspeccionó más de 80000 alumnos. **Así la asistencia social y médica que se brindaría en las escuelas tendría como función prevenir la transformación de niños en futuros delincuentes.** Las autoridades estatales, y en particular los médicos,*

alcanzaban tal protagonismo que el rol de las familias quedaba casi desdibujado. Asimismo durante este gobierno, el Estado asignó un importante rol a la escuela y a los maestros como agentes educativos para la prevención de enfermedades, la creación de hábitos de higiene y alimentarios. Se realizaron controles antropométricos en la población escolar para detectar tempranamente anomalías físicas: el estudio comprendía control clínico y análisis del contorno de la silueta, su relación con talla y peso, /.../ detallando las características físicas que facilitarían diagnosticar características sexuales, morales, laborales e intelectuales /.../ y trabajando en forma conjunta con el Departamento de Biotipologías además de crear la Escuela Superior Técnica que desde 1947 formaba al personal capacitado en este tipo de examen que se requería para la ficha sanitaria.

Más allá de la postura que podamos asumir frente a los datos que aporta Karina Ramaciotti, ⁴¹considero necesario incluir esta información ya que la misma está inscripta en el imaginario social de los actores de hoy, habiendo sido transmitida por la memoria colectiva de la que todos formamos parte. Al decir de Ramacciotti: *la infancia fue portadora de un conjunto de derechos pero a la vez, de una responsabilidad, que giraba en torno al papel transformador de las conductas hogareñas “inadecuadas”.*

*La Secretaría de Salud Pública tiñó su accionar político con el barniz legitimador del discurso científico /.../ a partir de 1948, con la creación de la Dirección de Asistencia Social, La Fundación Eva Perón y el Ministerio de Educación generó una competencia por recursos materiales y simbólicos que dejó a la administración sanitaria (que había alcanzado el rango de Ministerio) con una injerencia recortada. /.../ **En el área de salud escolar, el año 1948 representó un cambio de rumbo, puesto que el control del estado sanitario de la población escolar pasó a estar bajo la órbita del Ministerio de Educación.** /.../ El entrecruzamiento de los saberes médicos y educativos colocaba a los “expertos” en un puesto clave para visualizar las estrategias y mecanismos para corregir lo que se consideraba que venía con defectos biológicos o los que se adquirían en el contacto con sus familias “mal constituidas”.*

*Fue el Estado por medio de sus agencias profesionalizadas el que se propuso inculcar hábitos de higiene, nuevas recomendaciones alimentarias un control sanitario sistemático de las poblaciones escolares. **Sin embargo, la pretensión de crear una red asistencial médica y social mostró la insuficiencia de la infraestructura física y el escaso capital humano con que contaba el Estado nacional.** Esas políticas fueron producto de un largo esfuerzo promovido por médicos higienistas, por el movimiento eugenésico, por*

los pedagogos, por los pediatras, y por lo que se podría resumir como el conjunto de los reformadores sociales. (Leonetti/Miguez, 2000, p 28)

*Siguiendo a Somoza Rodríguez (en Cucuzza, 1997, pag. 115 y 147) el movimiento peronista logró transformar una parte del imaginario colectivo tradicional basado en formulaciones del liberalismo y del positivismo, construyendo una nueva hegemonía, para lo cual no podía dejar de tener **una mirada vigilante** /.../ la movilización popular exigía una estructura paralela de vigilancia, control y encuadramiento. /.../ entre Perón y Sarmiento /.../ son los mismos principios que guiaron la entera construcción del sistema educativo argentino: **integración política y control social**. /.../ Si los dirigentes liberales del “Estado oligárquico”, promovieron y difundieron un nacionalismo elitista, el movimiento peronista constituirá el momento culminante del nacionalismo./.../ en este periodo **se expandió la matrícula escolar y se promovió el deporte, la educación física, el cuidado del cuerpo y de la salud**./.../ El peronismo ensayó una mixtura de elementos educativos y formativos con recursos coercitivos de control social./.../ en ningún periodo anterior se había hecho un uso tan generalizado y masivo de la educación ni se le había dado tal relevancia frente a otros instrumentos de intervención política. Si bien Somoza Rodríguez nos detalla que el peronismo instauró uno de los primeros estados de bienestar de América Latina, Belmartino refiere que ese estado de bienestar se transforma en estado de compromiso (Armus, 2005 p. 106).*

Del Departamento Nacional de Higiene desde 1936 depende la Dirección de Maternidad e Infancia y en 1946 se organizan agencias especialmente dirigidas a la Higiene y Medicina escolar (Armus, 2006). En 1946 se determina un examen médico obligatorio para los ingresantes a nivel medio, lo que en el caso de las niñas generó un escándalo: esta revisión compulsiva del cuerpo de las niñas fue recibida por cierto sector de la población como una ofensa al pudor individual, una intromisión a la intimidad familiar y como amenaza a las familias “decentes”: cabe señalar que ellas no se han levantado frente a trámites similares a obreras, menores bajo tutela, víctimas de violencia ó acusadas de delitos. El conflicto surgió de un sector de la sociedad civil, en defensa del pudor de las niñas, y enfrentado al poder central por hacer público lo que siempre permaneció en el ámbito privado. Principalmente las críticas basan su postura en el uso de la ficha biotipológica, tomada como medida de eugenesia racista de tipo totalitario y el prolongado interrogatorio que despierta un conocimiento prematuro en los niños. El oficialismo defenderá su proyecto de salud, higiene y profilaxis; se basaba en la refundación de la libreta maternal e infantil que había sido implantada desde 1936 por la ley 12341. Dicha ley constituye una pieza central en el intento de instaurar un sistema de institucional estatal que atienda a la problemática social infantil y maternal, cuyas secciones incluían la higiene social de la infancia y los estudios de niños

de 3 a 18 años incluyendo su educación física, el servicio médico.-escolar, colonia de vacaciones, higiene mental, asistencia odontológica, entre otras (Carli, 146) Un diputado de la época hace referencia a que de 13.000 escolares examinados un número considerable presentaban lesiones, desconocidas hasta por sus padres La relevancia de los cuerpos femeninos exhibidos en el examen y nombrados en el interrogatorio que incluía preguntas sobre sexo, menarca, embarazo, genitales, aborto: El estado irrumpe en la familia y se apodera de lo oculto, lo privado, y lo hace público. (Acevedo y Pirelli en Cucuzza, 1997)

La libreta sanitaria fue el emblema que/.../ introdujo mecanismos de control y vigilancia en el cuerpo /.../ en el doble juego de las intenciones de prevención, pero también de control, constituyendo un sistema comparativo que permite la descripción de los grupos, la estimación de las desviaciones de los sujetos, unos respecto de otros y, finalmente su clasificación y distribución dentro de la población. Fue uno de los tres documentos que el gobierno peronista se propuso otorgar a la población joven:

Ficha sanitaria (registraba el examen médico periódico y las vacunaciones y quedaba en poder de las oficinas de Medicina Preventiva),

Libreta Sanitaria (un documento personal y privado) y

Certificado de salud (documento público que registraba el cumplimiento de los anteriores exámenes).

Estos documentos constituían la historia clínica individual a lo largo de la vida de los escolares, único para ambos sexos y para todas las edades. Las autoras vinculan este hecho con una cita de Foucault (1986, página 194): “los procedimientos de examen han sido inmediatamente acompañados de un sistema de registro intenso y de acumulación documental. Constituyéndose un “poder de escritura” como una pieza esencial en los engranajes de la disciplina”.

Las fichas de salud constituían un examen rutinario de carácter superficial que habilitaban a los jóvenes a comenzar las clases de educación física. Ambos documentos debían tener el mismo número de identificación. La puesta en práctica de estas medidas preventivas con respecto al control sanitario pareciera que fue menos efectiva de lo vislumbrado por la propaganda gubernamental causado por: 1. ausencia de personal técnico capacitado para llevar a buen puerto los exámenes requeridos para las libretas sanitarias 2. La indiferencia generalizada hacia dichos exámenes por parte del alumnado y de sus familias siendo que el medio que auscultaba a los primeros en torno al descubrimiento de una enfermedad podía poner en riesgo la continuidad de los estudios y 3. entre 1946 hasta 1949 el control en torno a la salud escolar se hallaba bajo la tutela de la Secretaría de Salud convirtiéndose, hacia 1949, en

Ministerio de Salud (Ramacciotti en Lionetti y Miguez, 2010). **Las acciones de la agencia sanitaria se diluyeron promediando 1948 y el cambio administrativo indica un desplazamiento de facultades del área sanitaria a la educativa** que, al mismo tiempo, había logrado más autonomía ya que fue separado del área de Justicia, cuando se crea el Ministerio de Educación en 1949. (Acevedo y Pirelli en Cucuzza, 1997)

Se crea en 1948 por Decreto N° 35005 la Dirección General de Sanidad Escolar bajo la dependencia del Secretario de Educación (Boletín oficial 17/11/1948) sin perjuicio de la labor y atribuciones de los servicios médicos y odontológicos existentes, corresponde a esta Dirección: a) el cuidado, vigilancia de la salud, educación sanitaria de los alumnos, del personal docente y técnico administrativo de los establecimientos de enseñanza; b) organizar la clasificación psíquica y física de los alumnos, c) dar directivas y controlar su cumplimiento con respecto a alimentación, vestido, higiene personal, ejercicios físicos, condiciones de estudio, trabajo y descanso de los alumnos; d) asesorar sobre los locales escolares.

De este modo, la Inspección Médica Escolar del CNE pasa a depender de esta Dirección, juntamente con todos los consultorios y servicios, los comedores escolares y las colonias de vacaciones. Esta norma reúne la acción de varios servicios médicos independientes (pertenecían algunos a la Secretaría de Educación y otros al CNE) que se ocupaban hasta esa fecha de diversos aspectos médico-sanitarios de la educación. Se ratifica esta creación por decreto 19333 de 13/8/49 con los siguientes objetivos: /.../ vigilancia y protección de la salud del escolar y del maestro, educación sanitaria, alimentación del escolar, educación física y recreación escolar, asistencia médico-social, asistencia odontológica, psicología del escolar, atención médico-pedagógica, estudio y vigilancia del ambiente y trabajo escolar y capacitación de técnicos para cumplir el plan trazado.

En el organigrama de la secretaria de salud pública (dos direcciones – una de higiene y medicina escolar y otra de ayuda escolar – incluidas en la dirección del equipo de medicina social en 1947) como en el ministerio de educación se observa una dirección de medicina escolar de la capital federal que depende de la dirección general de medicina social incluida en la secretaría técnica de ese ministerio (1952).

Los controles de salud a la población infantil en este periodo estaban ampliados a otras acciones: los torneos deportivos y las colonias infantiles ofrecieron otros marcos además del escolar para garantizar las acciones de vigilancia pero a la vez la garantía de absorción de los problemas de salud por el sistema nacional de salud era un hecho.

¿Qué acciones articularían las dependencias de igual temática de diferentes ministerios?

*En 1958 por Decreto Nº 2791 se crea la Dirección Nacional de Sanidad escolar (B.O. 21/3/58) bajo la dependencia del Ministerio de Educación y Justicia. Este organismo nuclea los mismos que el anterior pero dependiendo directamente del Ministerio Nacional y fija como cometidos de esta dirección: **cuidar y preservar la salud del alumnado, cuyo control sanitario deberá documentar individualmente durante el transcurso de sus estudios primarios y secundarios, organizar el examen y la clasificación física y psicométrica del mismo, cuidar y preservar la salud del personal escolar organizando el examen clínico periódico, asistir odontológicamente a los educandos, organizar catastro radiológico de educandos y educadores, organizar y dirigir los comedores escolares, asesorar sobre higiene escolar, dar directivas y fiscalizar su cumplimiento sobre condiciones de estudio y descanso de alumnos, organizar la lucha contra las enfermedades en el medio escolar y practicar las vacunaciones específicas con sujeción a los principios y planes generales que en materia sanitaria establezca el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, atender a la educación sanitaria del personal docente, organizar y dirigir cursos de especialización sanitaria para maestros, investigar las causas desfavorables a la salud física y psíquica de escolares, proponiendo las medidas tendientes a su eliminación y cumplir las funciones que le delegare el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública en el otorgamiento de licencias por enfermedad al personal del Ministerio de Educación y Justicia.***

Resulta menester este detalle de funciones ya que son parte del imaginario de los actores de hoy varias de estas funciones delegadas a esta Dirección en el momento histórico que se dan: recordemos la Revolución libertadora del 55 y el desmantelamiento de lo construido en relación a un sistema nacional de salud dentro de un Estado de bienestar que instauró el peronismo desde su acceso al poder en 1946. (Somoza Rodríguez, en Cucuzza, 1997, pag.115 a 147)

Examinar regularmente la evolución psíquica y física de la población resultaba un proyecto ambicioso y, en cierta medida, alejado de una realidad social que, fuera de ese mundo institucional, podría estar saturado de prácticas de atención distintas a las ofrecidas por el Estado desde la medicina institucionalizada (Armus, 2010).

Este tipo de controles podrían rayar sobre un imaginario social que en cierta forma miraba con desconfianza o indiferencia las incipientes medidas de

control sanitario emanadas desde el Estado. Es decir, la sociedad bien podría ser menos renuente a aceptar controles de carácter menos sistemáticos, como la prevención de caries o la aplicación de vacunas contra las enfermedades reconocidas, que aceptar controles corporales que profundizaban en la intimidad orgánica y en las subjetividades individuales. (Camarotta, 2010)

4. El desarme de las estructuras nacionales

Según un documento mimeográfico del Ministerio de educación de Nación de 1967 la resolución 547 – A- DGE del 14/6/65 que establece finalidades y objetivos del Cuerpo Médico Escolar, que depende de la Dirección de Sanidad escolar, define que dicho cuerpo tendrá por finalidad supervisar, controlar, asesorar y tomar las medidas convenientes y necesarias para la atención del alumnado del Ministerio de Cultura y Educación, en lo a Medicina Preventiva, asistencia social y sanitaria se refiere. Tiene como objetivo primordial velar por la salud y propender al mejoramiento sanitario de la población perteneciente al Ministerio de educación y Cultura y en grado muy especial a la de su alumnado. En su artículo 3º define que deberán realizar tareas de inspección, por medio de sus funcionarios y profesionales, en las escuelas cuantas veces sea necesario tomando toda medida higiénica ó sanitaria que se considere de urgencia. Por último establece la nómina de funciones de la Dirección General de Sanidad Escolar: certificados de aptitud para docentes y administrativos, certificado de aptitud de ingreso de niños a 1º grado, programa de vacunación escolar, educación para la salud escolar, asistencia médica de escolares y asistencia odontológica de escolares (la que se estableció como obligatoria por Decreto 22839 del 25/8/1944).

En otro documento mimeográfico de 1967 que da cuenta de las acciones programadas se establece que el estado sanitario de población escolar es vigilado con cuidadosa atención /.../ que se desarrolla en el seno mismo de la actividad escolar, acercando el servicio, se cumple con una labor preventiva por un lado mediante vacunación masiva de distinto tipo, catastro radiológico y exámenes de rutina, y por otro lado se controla la asistencia de los casos sometidos /.../ para evitar la expansión de focos y contribuir a que la incidencia de las enfermedades sobre el aprovechamiento escolar se reduzca a los límites precisos.

Toda la estructura creada desde fines del siglo XIX y que con diferentes marcos institucionales fuera sosteniéndose a lo largo de casi 100 años se desploma en esta etapa. Este programa es parte de la historia del proceso de transferencia desde Nación a los gobiernos provinciales y municipales - que si bien se inicia ideológicamente en la 2º mitad de la década del 50 en nuestro país-, se termina de concretar en la década del 80. Al ser transferidas las escuelas del ámbito de la Nación al de la Ciudad y no resolverse la transferencia de la Dirección de Sanidad Educativa del Ministerio Nacional de Educación se creó un vacío que el subsistema público de salud de la ciudad intentó cubrir con sus acciones y sus normas aunque sin establecer consensos locales entre cada hospital y sus escuelas a cargo.

A partir de los lineamientos de la Ley de Transferencia de 1956 y la Ley de transferencia 21.810/1978

"Artículo 1º - Asígnase a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y al Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, la competencia de la prestación de la educación preprimaria y primaria, actualmente a cargo del Consejo Nacional de Educación, en sus jurisdicciones, conforme a las normas de la presente ley.

Artículo 2º - Lo dispuesto en el artículo anterior importará la transferencia de todas las escuelas, bibliotecas estudiantiles, supervisiones, juntas de clasificación y disciplina dependientes del Consejo Nacional de Educación y los servicios de Sanidad Escolar directamente afectados a las mismas, existentes en las respectivas jurisdicciones territoriales, con excepción de las que se determinen mediante Decreto del Poder Ejecutivo Nacional"

Es así como la asistencia médico-odontológica instalada en las escuelas, que efectivizaba acciones del 1º nivel de atención en salud, fue desmantelada durante los años del gobierno de facto entre 1976 y 1983. Aquellos consultorios instalados en el ámbito escolar que vacunaban, revisaban anualmente a toda la matrícula escolar e incluso obturaban sus caries se desarmaron y con ello se perdió la última ocasión en que la salud escolar contó con un presupuesto y una estructura propia.

Una de las entrevistadas da testimonio de que en su infancia concurría a una de las escuelas públicas de este de a realizar los controles de salud escolar, y también rescato mi propio testimonio como alumna de una escuela pública de la ciudad entre 1971/77: mi escuela tenía sillón odontológico y a 6 cuadras una escuela cabecera tenía vacunatorio y consultorio pediátrico adonde concurríamos periódicamente. Otra de las entrevistadas comunica que en 1978 los alumnos/as de la ciudad eran controlados en el ámbito escolar sin presencia de sus padres. Dicha estructura articulaba con los efectores de salud para la resolución de patologías complejas que superaban la posibilidad de intervención de ese espacio local. Verdaderamente era un 1º nivel de atención

instalado en el ámbito escolar y perteneciendo a la estructura educativa en ese entonces nacional.

El neoliberalismo se ocupó de desaparecer estos recursos humanos y tecnológicos que se ocupaban de resolver y prevenir los problemas de salud que prevalecían en la población escolar de nivel primario. Algunos profesionales fueron reasignados al nivel central de Sanidad Escolar y otros fueron transferidos al sector salud pero la estructura que garantizaba la atención oportuna se desvanece por esa época.

5. LO POSTERIOR

Mario Testa (1990) entiende que **la organización es “una cristalización de la historia, un momento de la misma que recoge en esa forma concreta todo un desarrollo ligado a otras determinaciones sociales, culturales, políticas y económicas.”** (Pág. 112) En la Argentina la transferencia de instituciones dependientes del nivel nacional, a entidades provinciales y/o municipales comienza en 1956 y culmina en el año 1992, en el marco global de la Reforma del Estado y la ley de Emergencia Económica. La dictadura militar del período 1976-1983 aceleró el proceso de desconcentración e impulsó la transferencia de establecimientos nacionales a instancias provinciales y municipales, sin asignación equivalente de recursos. “Los regímenes militares de mitad de los 70 intentarían reformar el modelo de desarrollo desde el modelo centrado en el Estado hacia una economía orientada al mercado” (Filgueira, 2011). Se inicia un proceso desde el Estado nacional hacia las jurisdicciones provinciales y municipales por el cual en el caso de la Ciudad de Buenos Aires en 1978 se transfieren las escuelas primarias a la Municipalidad y las escuelas medias se transfieren en 1991, pero no se transfiere la Dirección de Sanidad. Si bien las leyes citan la transferencia de los fondos que garanticen el sostenimiento y funcionamiento de las estructuras transferidas en el caso de la Dirección de Sanidad Escolar no ocurre la transferencia de fondos siendo sólo 8 profesionales los que son transferidos como personal municipal hacia 1994, luego de arduas luchas judiciales.

Un momento fundacional: sobre las normas relacionadas

La primera gestión local de la ciudad después del gobierno de facto (1983/87) propuso crear cinco **programas prioritarios** con **presupuesto propio** para rearmar las estructuras perdidas y para superar intervenciones fragmentarias que conllevan superposiciones. La idea del presupuesto propio se basaba en dotar de recursos a las soluciones que la población y sus necesidades planteaban y no gestionar desde una unidad de ejecución. Entre ellos se avanzó sobre la salud escolar como problema a resolver desde diferentes instancias gubernamentales. El programa prioritario no pertenecía a un sector sino al gobierno y su presupuesto también. En aquel momento se priorizaba la creación de lo que hoy son los EOE y se relevaron 3000 docentes de diferentes profesiones con los que se armaron los equipos dotándolos de maestros en comisión de servicios, cuya función inicial era la de sostener a la escuela en los procesos de integración de alumnos/as con necesidades especiales. Estas fueron las bases que –intentando superar la fragmentación estatal -darán luego origen a la concreción normativa del programa en 1989. Dichas bases fueron movilizadas desde los niveles centrales de salud y educación durante la intendencia de Julio Saguier en la MCBA teniendo como visión la de planificar en base a necesidades poblacionales y no por unidades operativas. Sin embargo cuando el decreto formaliza al programa no cuenta con presupuesto propio sino que se ancla en los recursos propios de cada sector: un relevamiento educativo dio como resultado 3000 docentes en actividad que además poseían un título universitario (psicólogos, odontólogos, arquitectos, etc). Con los psicólogos se empiezan a armar estructuras de capacitación docente sobre lo que hoy es ESI y escuelas para padres para abordar temas como alimentación, con los arquitectos se crea la Dirección de Arquitectura Escolar, hoy desvanecida. El programa no surge como demanda de la base tampoco logra superar la sectorialización compartimentada del Estado. En esa época se redacta un estatuto del docente desde la consulta a las bases. (Datos aportados por uno de los entrevistados que se desempeñó como jefe de asesores de la Secretaría de Educación durante el período 1983/1987). Si bien estos antecedentes se gestaron dentro de un gobierno radical y la sanción del programa se produjo en un gobierno peronista, el entrevistado reconoce coincidencias ideológicas entre las fracciones político partidarias que estuvieron a cargo de los sectores salud y educación más allá de la diferencia de partidos.

Los establecimientos educativos dependían del nivel nacional pero no necesitaban articular sus recursos: resolvían dentro del sector educativo estas cuestiones del CISE. Había un consultorio médico por consejo escolar (hoy distrito) y a veces enfermería y sillón odontológico en cada escuela. Los profesionales que prestaban estos servicios –perteneciendo a educación-

fueron transferidos paulatinamente a los centros técnicos ó gabinetes del sector salud de la Municipalidad, entre los años 1976 a 1994. Pero no se trasladó la Dirección Nacional de Sanidad Educativa, que perteneciendo al Ministerio de Educación de la Nación, cumplía las funciones sanitarias que comienzan a ser asumidas por los hospitales en esa década del 80. Esta Dirección se desintegró. Esto crea una etapa de **vacío institucional**: las escuelas son de la MCBA pero el servicio de sanidad escolar, no. Así es que se inician desde los hospitales las acciones referidas a este tema y lo que el Decreto 3362/89 cierra haciendo que la función de cuidado de la salud escolar pasara a depender del ámbito sanitario de la ciudad en parangón con las escuelas que también dependían ahora de la ciudad. No sólo son diferentes sectores cada uno con su lógica, sino que poseen historias de distintas dependencias que no colaboraron a diseñar entre ambos el espacio de lo local en forma intersectorial.

El programa de salud escolar es un programa vertical promovido desde los niveles centrales de la ciudad, a fines de los 80, enmarcado en la estrategia de APS y ejecutado desde los servicios de **Área Programática**. Es menester partir del Decreto 109/90 que ha establecido una red de servicios de salud comunitaria, siendo el Hospital General de Agudos el segundo nivel y asignándose a cada uno de ellos un **Área Programática**, definida por la Resolución 30/1990 como una *zona asignada planificadamente a una o varias instituciones de salud para que realicen sobre ella acciones integrales e integradas de salud para sus habitantes y su medio ambiente, siendo conveniente que forme parte de una región sanitaria. El primer nivel (centros de salud, programas y médicos de cabecera) se halla en directo contacto con el segundo (hospital general de agudos). Dicho área detentan las siguientes funciones según los acápite 6º y 7º del Anexo I del Decreto citado:*

Asesorar localmente sobre educación sanitaria y actividades preventivas coordinando la efectiva derivación al Hospital Base, debiendo efectuar con posterioridad la evaluación individualizada de dichas actividades y el impacto de las mismas en el mejoramiento de los niveles de accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad y ascenso en los niveles de complejidad y cuidados progresivos.

La línea de trabajo aquí señalada es posteriormente refundada al establecer la Ley Básica de Salud, casi una década después, especialmente en dos artículos:

17: "...garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal, mediante un adecuado sistema de referencia-contrarreferencia con desarrollo de redes de servicio, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas."

19: acerca del primer nivel y sus criterios de organización: “a. constituir la entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención”; “c. garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.”; “f. garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismo de referencia y contrarreferencia.”

Existe una normativa específica del programa: Decreto 3362/89 Carpeta N° 5017-SED-89 /Anexo Decreto 3362/89. (Digesto de la MCBA) Aprueba la creación del Programa de Salud Escolar dependiente de la Secretaría de Educación y la de Calidad de Vida y dicta a través de sus anexos las pautas de organización y funcionamiento. La misma cuenta con un antecedente de 1983, momento en que se crean los servicios de área programática dentro de los hospitales generales de la ciudad y que abre el marco formal para el programa. *El programa según el Decreto de 1989 no está adecuado a las normas posteriores citadas ya que históricamente fue creado antes de que la perspectiva de derechos fuera tomada como marco regulatorio. Cabe pensar en encuadrar las acciones por él propuestas y ejecutadas por más de treinta años en la CABA en la perspectiva de derechos como enlace necesario con su implementación para obtener la garantía y concreción de los derechos que las normas establecen. Desafío al que debiéramos enfrentarnos mancomunadamente con otros actores y otros sectores públicos*

Tanto la institución escuela como la hospitalaria se instalan en la órbita pública y se vinculan con las lógicas estatales que se sucedieron a lo largo de más de un siglo en nuestro país. Y no es menor el hecho de que la ciudad fuera desde 1884 hasta 1995 parte de las políticas nacionales, para empezar su autonomía desde otras normas como su propia constitución (1996), la ley básica de salud (1999) y su ley de salud escolar (2008). Cabe señalar que la dependencia del sector educativo al fuero nacional se prolonga hasta 1980 siendo el vínculo del sector salud de la ciudad con las autoridades de la MCBA más antiguo ya que los hospitales dependen de la Asistencia Pública desde fines del siglo XIX.

En forma posterior se redactaron normas que incluyen la temática abordada por el programa aunque inauguran perspectivas diferentes a la lógica de APS, que es la predominante en la redacción del decreto de 1989, como lo es la perspectiva de derechos de los Niños/as y Adolescentes. Desde este punto de vista, **el programa de salud escolar se enmarca dentro de una Normativa Nacional, a saber la Ley Nacional 23.849: especialmente art. 24 El 20 de Noviembre de 1989, fue aprobada en la Asamblea de Naciones Unidas, la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Nuestro país incorporó estos artículos con modificaciones mediante la Ley N° 23.849 el 27 de Septiembre de 1990, dando a la Convención de los Derechos del Niño el**

carácter de Ley Nacional en la última reforma realizada. Incluye los siguientes ítems:

Artículo 24. Salud y servicios médicos

“Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a que se les brinde servicios de tratamiento de enfermedades y de rehabilitación, con especial atención primaria de salud, los cuidados preventivos y los encaminados a reducir la mortalidad infantil. Es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias para abolir las prácticas tradicionales nocivas para la salud del niño.”

Estas normas aparecen en un contexto local de organización del primer nivel de atención de salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Por ello el Decreto N° 109/90 establece una Red de Servicios de Salud Comunitaria conformada por tres niveles de complejidad. En el segundo nivel (Hospital General de Agudos) se asigna un Área Programática, definida por Resolución 30/1990, como una zona asignada planificadamente a una ó varias instituciones de salud para que realicen sobre ella acciones integrales e integradas de salud para sus habitantes y su medio ambiente, siendo conveniente que forme parte de una región sanitaria. Y luego de una década de desaparición de la Dirección de Sanidad Escolar.

Posteriormente aparecen otras normas de la ciudad en el marco de su autonomía que incluyen la perspectiva de derechos:

Constitución de la CABA, promulgada en 1996, y especialmente Art. 20

"ARTÍCULO 20º.- Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente (...).

ARTÍCULO 23.- La Ciudad reconoce y garantiza un sistema educativo inspirado en los principios de la libertad, la ética y la solidaridad, tendiente a un desarrollo integral de la persona en una sociedad justa y democrática. Asegura la igualdad de oportunidades y posibilidades para el acceso, permanencia, reinserción y egreso del sistema educativo. Respeta el derecho individual de los educandos, de los padres o tutores, a la elección de la orientación educativa según sus convicciones y preferencias. Promueve el más alto nivel de calidad de la enseñanza y asegura políticas sociales complementarias que posibiliten el efectivo ejercicio de aquellos derechos.

Ley 114: Ley de Protección de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente. (3/12/98)

*"Artículo 5º — **Remoción de obstáculos.** La Ciudad promueve la remoción de los obstáculos de cualquier orden que, limitando de hecho la igualdad y la libertad, impidan o entorpezcan el pleno desarrollo de niñas, niños y adolescentes y su efectiva participación en la vida política, económica y social de la comunidad.*

*Artículo 6º — **Efectivización de derechos.** La familia, la sociedad y el Gobierno de la Ciudad, tienen el deber de asegurar a niñas, niños y adolescentes, con absoluta prioridad, la efectivización de los derechos a la vida, a la libertad, a la identidad, a la salud, a la alimentación, a la educación, a la vivienda, a la cultura, al deporte, a la recreación, a la formación integral, al respeto, a la convivencia familiar y comunitaria, y en general, a procurar su desarrollo integral*

Artículo 22º — Derecho a la Salud. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud. Debe asegurarse su acceso gratuito, universal e igualitario, sobre la base de la solidaridad.

Artículo 23º — Protección de la salud. Define la protección de la salud de los mismos describiendo 10 formas de garantizar dicha protección, de las cuales destaco: a- reducir la morbimortalidad, b- combatir las enfermedades y la malnutrición, d. desarrollar la atención sanitaria preventiva.

*Artículo 29º — **Derecho a la Educación. Garantías mínimas.** El Gobierno de la Ciudad garantiza a niños, niñas y adolescentes:*

- a. acceso gratuito a los establecimientos educativos de todos los niveles;*
- b. garantizando la prestación del servicio en todos los barrios de la Ciudad;*
- c. igualdad de condiciones de acceso, permanencia y egreso del sistema educativo, instrumentando las medidas necesarias para su retención en el mismo;*

El programa, según la norma (Decreto 3362) que data de 1989, se define así en su texto original:

“Las Secretarías de Educación y de Calidad de Vida acuerdan conjuntamente la elaboración, ejecución y evaluación de un PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR definido como un proceso de atención de la salud integrada e integral – es decir que contempla la prevención primaria, secundaria y terciaria en un contexto biopsicosocial, con un eficaz ascenso en los niveles de complejidad y con actividades de complementariedad entre los efectores de ambos sistemas- con el propósito de asegurar una óptima calidad de vida y el alcance de las competencias básicas que permitan en un futuro su inserción en el medio social y laboral.”

Tiene propósitos definidos: *Alcanzar a través de actividades conjuntas y complementarias, integradas e integrales, un óptimo estado de salud de docentes y alumnos del sistema educativo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el ánimo de mejorar tanto su calidad de vida como su participación en las actividades educativas, influyendo coetáneamente en la salud de la comunidad toda a través de la educación para la salud, la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.*

Resuena interesante pensar que salud se llamaba de otro modo en el momento en que acuerda este programa con el sector educación: ¿eso le dio flexibilidad para el acuerdo? **¿La salud estaba entendida más como calidad de vida que como oferta de un sistema?**

Sus objetivos programáticos también están establecidos en dicha norma:

Realizar las actividades necesarias, oportunas, dinámicas y continuas, en los niveles de subprogramación central, local y de efectores, que permitan: diagnóstico de situación; consensuación de estrategias; ejecución de actividades con equipos interdisciplinarios, protocolizados y con claras competencias sectoriales e incumbencias profesionales; evaluación de resultados e impactos; retroalimentación y ajustes periódicos.

Está dividido en subprogramas que tienen como clara intencionalidad la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En el texto original del programa se definen los controles del nivel primario sólo en 1º y 7º grados aunque más tarde se incluye al Plan de Natación y se agregan los alumnos de 4º. Y posteriormente cuando en 1994 se aprueba la obligatoriedad de la sala de 5 años con la ley Federal de Educación se extienden los controles a este grupo escolar, que pertenece al Nivel Inicial.

Los 12 equipos de salud escolar de la CABA poseen diversas conformaciones pero siempre desde la multidisciplina: varían las profesiones incluidas en ellos ó la cantidad de miembros de cada una de ellas. Esas variaciones se vinculan con la historia de composición de cada equipo, con el lugar relevante ó no que ese equipo ocupa en la institución de salud de la que forma parte (centro de salud ó hospital), con la envergadura impartida al programa desde su autoridad local (el jefe de área programática). Asimismo diversas son las formas de ejecutarlo: intramuros ó extramuros, las distintas disciplinas controlan simultánea ó diferidamente a cada grupo escolar, con presencia ó no de padres.

Es oportuno incluir parte de las conclusiones del informe consolidado 2006 en relación a las brechas encontradas en la implementación del programa: se aconseja que *para facilitar la articulación con el Área Programática de Salud, sería conveniente un convenio o normativa acerca de las responsabilidades,*

límites e incumbencias de cada una de las Áreas. Desde la Dirección del Área (Especial) se señalan inconvenientes en relación con los tiempos en los que se realizan los diagnósticos, no siendo acordes a las necesidades de los tiempos escolares.

Si bien resulta relevante el conocimiento de las percepciones de los facilitadores de un programa que desde su fundamento teórico plantea a la salud escolar como un problema intersectorial que requiere de intervenciones de dicha índole, reconozco un momento de inflexión en la implementación del mismo que se inició a fines de 2007, cuando se legisla sobre este tema dando la legislatura porteña otra norma programática diferente de la referida anteriormente: Aparece un caso de contaminación jurídica: otra norma que regula a la salud escolar sin reconocer ni mencionar a la norma anterior.

La ley 2598, sancionada el **6/12/2007** por la Legislatura de la Ciudad y publicada en enero de 2008, plantea la tarea de salud escolar como incumbencia específica de las autoridades educativas, que delinearán las acciones que los recursos sanitarios ejecutarán. Si bien dicha norma no ha sido reglamentada su publicación en el Boletín Oficial la hace vigente. Destruye la idea de intersectorialidad entendida como un diálogo entre pares y sobreleva la envergadura de un sector sobre otro. No hubo proyectos ni acuerdos con salud: se firmó la ley como una forma de saldar una deuda. Una deuda que fue producto de la transferencia del Estado Nacional a la jurisdicción local sin cuidar que la estructura de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar pudiera también transferirse. Aquel vacío que se produce en las estructuras públicas entre principios de 1980 y mediados de 1990, provocó que un fragmento del sector educativo promueva con esta norma la restitución de una tarea arrebatada a su sector 20 años atrás. Tal vez este modo de entender la incumbencia sanitaria del programa no sea hegemónica dentro de los referentes educacionales pero es innegable que es un interés presente en la coyuntura actualmente observada.

La ley 2598, se plantea los siguientes objetivos:

Artículo 3º - Son objetivos generales de la presente ley.

- a) Garantizar el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes de las escuelas de gestión estatal o privada, al control y seguimiento de su estado de salud integral desde el ingreso al sistema educativo hasta su egreso del mismo.
- b) Maximizar los resultados de la enseñanza-aprendizaje a través de la atención y el seguimiento de la salud integral de todos los alumnos/as.
- c) Optimizar las oportunidades de aprendizaje y permanencia de todos los alumnos/as en el sistema educativo.

Artículo 4º - Son objetivos específicos de la presente ley:

- a) Garantizar el examen periódico integral de: peso, talla, estado nutricional,

inmunizaciones, capacidades sensoriales y habilidades motrices.

b) Informar de manera confidencial a los niños, niñas y adolescentes y sus familias sobre el estado de su salud.

c) Garantizar la orientación y derivación hacia el sistema de salud toda vez que sea necesario.

d) Desarrollar un sistema de registro que la autoridad educativa determine de los controles, derivaciones y cumplimiento de las indicaciones relativas a la salud integral.

e) Desarrollar el aprendizaje de las normas de higiene y nutrición que coadyuvan al mejor estado de salud general.

f) Promover la participación de las familias y docentes en el cuidado de la salud como integralidad bio-psico-socio-cultural.

Las acciones no se han extendido al ámbito de la educación privada en ninguno de los efectores de salud de la ciudad, estimándose que no podría anexarse una tarea de tal envergadura sin reforzar los equipos de salud escolar con más recursos humanos. Téngase en cuenta que la matrícula en gestión privada de la ciudad alcanza un 83% de la matrícula del sector público.

Cabe señalar que en 2008 se conforma una comisión interministerial a los efectos de modificar el texto de la ley 2598, para que la norma sea respetuosa de la trayectoria de más de 30 años de los equipos de salud que ejecutan el programa. Las acciones de dicha comisión en 2014 no llegan a constituirse en realidad: la ley sigue aún sin modificarse y sin reglamentarse. Pero su sola existencia devela un elemento mudo que obstaculiza los **diálogos posibles entre ambos sectores**.

¿Qué programa está vigente? ¿Quién define las formas de interacción?

El marco normativo actual es difuso y poco favorecedor de los vínculos intersectoriales. La idea de superposición se reactualiza, las sospechas sobre “los otros” se confirman. Estos elementos atentan contra la riqueza que creo que el espacio intersectorial que plantea la salud escolar posee per se y abonan a los sentimientos de invasión e imposición que a veces los docentes refieren sobre la acción de salud en este tema.

Casi paralelamente a dicha norma local se establece una **norma nacional** que crea el **PRO.SA.N.E.** (Programa Nacional de Sanidad Educativa, Resolución Ministerial 439 del **11/4/2008**) invitando a las jurisdicciones que no lo ejecuten a implementar acciones relacionadas con pesquisas en población escolar, con transferencia de fondos nacionales a la jurisdicción que lo ejecute. Este ministerio no cumple funciones de organización a nivel nacional por ello no regula las acciones de salud escolar ni obliga ó supervisa que se realicen ni cómo sino sólo estimula a las jurisdicciones provinciales y/o municipales a

ejecutarlas con la motivación mercantilista de cobrar por cada examinado/a. Dentro de la fundamentación de dicha norma nacional se fundamenta que Históricamente la Salud Pública en Argentina orientó las acciones en el campo de la Salud infantil enfocándose fundamentalmente en los niños de hasta 5 años de edad, con el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad infantil./../ La escuela es una de las herramientas igualadoras más importantes con la que cuenta un País./../ Unir la escuela y la salud resulta imprescindible para permitir el acceso a la salud de aquellos niños que no cuentan con cobertura./../ Es justamente la falta de una Política Nacional que articule la educación y la salud, con objetivos y acciones comunes y concretas, la que profundizó las diferencias entre las distintas localidades de nuestro país, generando fuertes inequidades y desigualdades para su población que no pudieron ser superadas por los esfuerzos aislados de los gobiernos provinciales o municipales. /../ Implementar una política Nacional de Salud para la Niñez, preventiva y reparativa, aprovechando la universalidad que tiene la educación primaria en todas las franjas de la población, permite recuperar, en definitiva, el rol que el Estado no debería haber resignado jamás. /../

OBJETIVOS GENERALES

1. Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud para que garantice cobertura universal en la resolución de los problemas de los niños en edad escolar. 2. Disminuir los índices de morbimortalidad y de deserción escolar por causas prevenibles o tratables. 3. Reforzar el rol social y la participación de las Universidades Nacionales, con base en las Facultades de Medicina y de Ciencias relacionadas con la Salud, en la articulación de estrategias de promoción, protección y de educación para la salud, retribuyendo así a la sociedad en general, el esfuerzo que ésta realiza, para su financiamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Efectuar un diagnóstico sobre el estado de Salud de los niños de primer y séptimo grado en los establecimientos educativos del país. 2. Detección de anomalías o patologías propias del niño en edad escolar, con un concepto de atención integral, detección precoz, reparación y derivación a centros especializados. 3. Establecer acciones de prevención en Salud ya sea enfermedades inmuno-prevenibles o enfermedades que aparecen en la adultez (drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, etc.) 4. Generar acciones de resiliencia para el futuro joven y adulto.

El gobierno de CABA adhiere al PRO.SA.NE. ya que la gestión local entiende que hay un rédito económico: la Nación ofrece el pago de un monto (inicialmente de \$ 28 por cada alumno/a examinado) a la jurisdicción que

ejecute acciones enmarcadas en el mismo. Hasta ahora los servicios de áreas programáticas de la ciudad no han recibido esos montos que sólo pueden ser usados para la compra de insumos materiales requeridos para dar cumplimiento a control de salud de los escolares. No habilitan al incremento de recursos humanos que permitan disminuir la demanda insatisfecha pero sí se enmarcan en la lógica mercantilista que este tipo de programas impone. En el caso de la jurisdicción, la CABA lleva más de un cuarto de siglo ejecutando estas acciones y tal vez lo que se requiere sea el mejoramiento de los mecanismos de referencia/contrarreferencia entre los efectores del mismo subsector público de salud y/o con las articulaciones necesarias pero no existentes con los otros dos subsectores para garantizar los accesos requeridos para el cuidado de la salud de los escolares como así también la ampliación de los recursos humanos e infraestructura para dar respuesta a las propias derivaciones del programa en forma oportuna y accesible. Resultados que no se obtendrán con la compra de insumos materiales, evidentemente.

Luego de 100 años de salud escolar (sólo dos dentro del sector salud) se consolida un programa de Salud escolar dentro de la ciudad con articulación interministerial. En los antecedentes de la redacción del Decreto 3362/89 se reconoce que desde la década del 60 se habían establecido acuerdos entre Salud y Educación pero que dichas actividades tuvieron un carácter verticalista con poca participación de los efectores locales y la toma de decisiones fue totalmente centralizada.

El programa de Salud Escolar se crea por Decreto 3362 en diciembre de 1989 en la Ciudad de Buenos Aires, como un programa interministerial: lo firmaron los dos secretarios, pertenecía a ambos sectores de gobierno. Entra en escena un sector (salud) que no constituía parte del escenario preexistente. Se generó una situación problemática y a la vez innovadora que se acopla a la creación de los servicios de Área Programática dentro de los hospitales generales de agudos de la Ciudad, los que se ocupan de esta nueva misión, dado que es compatible con sus funciones programáticas (*relevar necesidades de salud de la población y programar acciones acordes a satisfacerlas*). Es factible reconocer que hay funciones – las de la intersección descrita – que superan la departamentalización de los haceres y de los saberes. Es claro también que hubo un desmantelamiento del organismo que ejecutó los controles de salud de los escolares por 100 años (exceptuando el período 1946/9) y que la absorción de la tarea desvanecida en el corrimiento del Estado sobre esta garantía no fue consensuadamente depositada en el sector salud.

Entiendo que el programa se funda en 1989 con objetivos propios del ámbito sanitario pero no fueron convocadas las bases del sector educativo para el enlace. El acuerdo fue entre niveles centrales, los que al soltar el hilo rector del

programa (hacia fines del siglo XX) desmadraron la intersectorialidad en proceso. El Comité Central de Salud Escolar se despoja de lugar de enlace en la época menemista hasta desaparecer en el 2000. Los lazos entre salud y educación quedaron reducidos a los escenarios locales donde el programa requirió de ellos para continuar.

Este programa se gesta en un contexto de cambio. Como señala Mariana Funes (2009): "el momento de creación del Programa de Salud Escolar coincide con el inicio de un proceso de privatizaciones, en el que el Estado deja de tener un rol principal en la gestión de los servicios públicos de salud y educación.

"Las reformas de salud en América Latina (...) implica[n] un cambio filosófico profundo acerca de lo público, ya que según esta óptica de la privatización se considera al cuerpo y a la vida de los individuos como un bien personal que debe ser cuidado bajo la responsabilidad y la capacidad económica de cada uno de los individuos (...). Se trata de que sean las personas y no el Estado quienes asuman la responsabilidad de sus cuidados de salud, sobre todo para que se hagan responsables individualmente del costo y la forma de financiamiento" (Funes y otros, 1997, p 183).

En este contexto, la atención en salud del sector de la población de bajos recursos queda en manos de un sector público empobrecido. En la medida en que el Estado comenzó a restringir sus prestaciones y la demanda de atención en salud comenzó a crecer en los hospitales, como efecto del impacto de esta política a nivel social, los nuevos planes proyectados para la prevención y promoción de la salud se vieron necesariamente obligados a resolver la urgencia de las demandas de asistencia, en detrimento de sus propios objetivos. (Funes y otros, 2009)

Este capítulo de la historia de la salud escolar adquiere otras dimensiones pero no encuentra acuerdos explícitos, ni espacios y tiempos compartidos: cada actor carga con la historia de su institución/sector y se encuentra con el otro sin una historia en común. Pero ésta se escribirá a partir de finales de los 80 del Siglo XX. ¿Basamos nuestras acciones en urgencias epidemiológicas? ¿En sustitutos de la responsabilidad parental escasa ó nula? ¿En defensa del derecho a la salud? ¿En la necesidad de controlar a la población bajo nuestra responsabilidad? ¿Qué motoriza nuestras intervenciones en salud escolar? ¿Qué le reportan nuestras intervenciones a los docentes? ¿Qué esperan ellos de nuestras intervenciones? ¿Hay registro de satisfacción? Lo no verbalizado ó no tomado en cuenta (elemento mudo) en nuestras intervenciones es lo que se intenta rescatar en esta investigación: lo que pensaban las docentes frente a la intervención del sector salud.

Los profesionales de la salud que perteneciendo al sector salud comienzan a mediados de la década del 80 a ejecutar acciones vinculadas con la salud

escolar aunque aún no poseyera un marco normativo para desplegarlas no fueron profesionales entrenados en la temática de la salud escolar, por lo cual no podían articular la lógica sanitaria que portaban por su pertenencia a salud con la lógica escolar sobre la cual intervenían. En el mejor de los casos tenían capacitación en APS. Al crearse las AP toman estas acciones como propias pero el diálogo entre los actores de uno y otro sector no aparece fundando los acuerdos para sentar las bases de la tarea. Sólo los acuerdos entre los niveles centrales arrojan un programa que no contaba con consensos locales para ejecutarlo. Seguramente había puntos en común pero no existían canales de comunicación para descubrirlos como consecuencia del rompimiento del tejido social recientemente padecido. Asimismo tal vez predominó la lógica sectorial antes que la intersectorial en este renacimiento de la salud escolar.

Entiendo que la lógica universalista y preventiva que generó la norma de 1989, se ha ido desperdigando a través del tiempo y de estas normas que dejan ver otras lógicas vigentes: la de imposición por superioridad jerárquica (¿hablará de que los docentes se sienten menospreciados por el sector salud? ¿Será una forma de revertir el predominio médico impuesto desde el higienismo? ¿O se trata de una manera de hacer notar que en este tramo de tarea no hay consensos establecidos democráticamente entre los sectores involucrados?) ó la de mercantilizar las acciones de prevención de la salud infanto-juvenil (se abonará un monto por alumno/a examinado/a lo que supone garantiza la ejecución de los cuidados que dicho problema de salud devengan como necesarios para atenderlo y resolverlo. ¿Qué noción de Estado subyace a esta lógica mercantilizante?).

Siguiendo a Carballada, (2004) reconozco que las instituciones fueron creadas “dentro de una perspectiva de sociedad integrada, /.../ donde la desintegración y la fragmentación eran tensiones posibles pero no definitivas.” (Pág. 36) Para Lewkowicz (2004) las instituciones modernas nacieron inscriptas en un conjunto de instituciones (ahora cadena desarticulada) como organizaciones racionales que suponen un mundo calculable (2004, Pág. 44). Desde allí las intervenciones – según modalidades clásicas- se piensan para poblaciones homogéneas, desde parámetros preestablecidos y en situaciones estables. Lewkowicz nos cuenta que “en las instituciones padecemos/.../ por volatilidad del agrupamiento.” Explica que con el Estado las piezas del rompecabezas se ordenaban en un todo articulado donde el mercado era una pieza más; pero esa pieza - fluida- inundó todo, transformando al Estado en una pieza más. Las instituciones semejan a los continentes que -según la teoría de la geografía moderna- están a la deriva sobre los océanos y se fragmentaron perdiendo sus conexiones sólidas. **El paradigma mercado afecta esencialmente el proceso mismo de pensamiento** (Pág. 172) que deja de ser estructurado, sistemático y sistematizante para determinarse como estratégico, situacional, coyuntural, oportunista. **“Un tipo de pensamiento estratégicamente determinado para**

pensar y operar en el instante, que no está destinado a durar sino a obtener la mayor eficacia en el instante actual". (Lewkowicz, 2004, Pág. 46). El desafío al que nos enfrentamos es prepotente pero negarlo sería seguir remando contracorriente sin encontrar modos de que nuestras intervenciones (las de ambos sectores) resulten certeras en los contextos presentes.

Por ello, también, resulta necesario **revisar los dispositivos de nuestro quehacer** "revisar los modelos de intervención para hacerlos dialogar con los nuevos escenarios sociales" (Carballeda, 2004, p 33) superando lo asistencial **para que las intervenciones tiendan a ser nexos a la visibilidad del problema y simultáneamente ejecuten reparaciones**. Problema que visibilizado conjuntamente entre los dos sectores podría ser el zócalo común que aúne las intervenciones intersectoriales imprimiéndoles otra potencia. Lewkowicz acota **"el lazo institucional no está tramado por un problema compartido sino por las rutinas establecidas"** ((Lewkowicz, 2004, Pág. 49) "Todo ocurre como si la institución pudiera definirse desde sí misma en lugar de concebirla como una organización que media entre un discurso que interviene en una situación y la lógica de la situación en la que interviene/.../ **La institución prefiere abstenerse de cualquier contacto con un exterior que –alterado- ya no es su exterior sino meramente lo exterior**".

Cito a Róvere: Nuestros servicios de Salud están fuertemente preparados –aun más en los discursos que en la realidad–, para desarrollar servicios igualitarios pero estamos muy "en pañales" para pensar servicios que respeten las diferencias, servicios que puedan adecuarse directamente a las perspectivas, a la cultura, a las cosmovisiones de las diversas población que atendemos. (Róvere, 2013; p 224-231)

Una de las premisas del programa es la pesquisa de problemas de salud -que se encuentren sin atención- en la población escolarizada (potencialmente sana) en las escuelas pertenecientes a su jurisdicción geográfica de la cual es responsable. El Equipo de Salud Escolar del hospital de referencia, entiende que éste es un modo válido de lograr que dichos problemas lleguen a las atenciones requeridas. Las patologías detectadas por el PSE son derivadas a distintas especialidades (médicas y no médicas) – ya sea para realizar interconsultas sobre los diagnósticos presuntivos hallados ó para iniciar tratamientos – en un 45% al sistema público de salud porteño. Dichas derivaciones podrían ser consideradas una **oportunidad de estudiar** en qué medida la estrategia de Aps – en la cual este programa se enmarca – facilita el acceso **¿equitativo?** de la población al sistema de salud.

Carballeda refiere que "el orden que se construye desde el mundo de lo médico, se presenta como una forma de organizar la sociedad, de hacerla gobernable y de algún modo predecible. /.../ muchas prácticas corrientes

utilizadas en la actualidad, remiten a discursos similares del pasado. Un **“otro”**, **construido desde la ajenidad y desde allí entendido como peligroso, dañino y disolvente del todo “social”**. El Proyecto de Nación Argentino, nace con una importante influencia de la Higiene Médica. /.../ El binomio normal y patológico atraviesa y ordena la vida cotidiana otorgándole un itinerario novedoso: la medicina va cobrando un nuevo valor, fortaleciendo su compromiso político, que en poco tiempo le será útil para justificar su intromisión en los cuerpos y las vidas de los otros a través de diferentes dispositivos de intervención. /.../ La mirada al pasado, al principio rudimentario de los conceptos, muestra la posibilidad de rastrear el origen de éstos para hacerlos dialogar con los interrogantes actuales, pero especialmente, pueden ser útiles para develar aquello que se encuentra oculto en algunos discursos que se proclaman dueños de la idea de transformación.” (Carballeda, 2000)

El programa aparece en el marco de directivas impartidas por el COFESA (Consejo Federal de Salud) entre las que figuran crear áreas programáticas /.../ concepto que suponía un esfuerzo destinado a disminuir la tradición verticalista de los organismos de salud /.../ que debían satisfacer las necesidades de salud de una población geográficamente delimitada “a través de un proceso unificado de programación y conducción de los recursos de salud disponibles para la atención de la población que la compone” 23 (Isuani/Mercer, 1986, pag. 9-40)

No pudo recuperarse ni la estructura ni el presupuesto para dotar de prestaciones adecuadas, oportunas y accesibles.

A lo largo de este recorrido histórico/normativo se observan algunos similares intereses de ambos sectores pero escasos puntos de articulación, incluso a veces se observan superposiciones como en la actualidad. Si en sus inicios el higienismo pareció ser la partitura que tocaban en común salud y educación: **¿qué elementos hallamos en la intersección de ambos hoy? ¿Qué encuentros y articulaciones son factibles en el actual contexto entre salud y educación? ¿Cómo definir las expectativas que cada sector tiene sobre el otro? ¿Cómo resignificar el programa desde la perspectiva de derechos de los niños/as y adolescentes?**

6. Contexto local-actual:

Relatos del efector estudiado

El hospital de referencia de la presente investigación se encuentra ubicado en la zona noroeste de la CABA. Su inauguración ocurrió en 1914 como Hospital Vecinal de Urgencia. Si bien tuvo dos domicilios previos, el actual emplazamiento del mismo data de 1949, momento en que pasó de ser un hospital de emergencia a ser un hospital general y maternidad. Esta impronta se sostiene en su actual conformación teniendo un 30% de sus camas destinadas a obstetricia, lo que deja como huella el vínculo con la salud materno-infantil. Con la progresiva inclusión de variadas especialidades, la ampliación de sus servicios lo transforma en uno de los doce Hospitales Generales de Agudos de la CABA.

Su reducido tamaño le valió el apodo de hospitalito entre los vecinos del barrio, desde su fundación hace cien años, dando idea de vínculos cercanos entre el personal y sus usuarios, según referencias explicitadas en el trabajo de inserción consultado (Dardis y Greber, 1997). Sus autoras, primeras residentes de psicopedagogía del servicio de Área Programática del hospital de referencia, sostienen que se mantuvo dicha familiaridad, generadora de un sentido de pertenencia, y por ende su denominación como hospitalito.

El Servicio de Área Programática de este hospital se crea en 1989, a partir del proceso de creación de las mismas en los hospitales generales de agudos de la entonces MCBA, aunque las acciones sobre el programa se iniciaron con antelación desde el servicio de Promoción de la Salud que ya existía en esa estructura hospitalaria. Dardis y Greber reconocen que un elemento invariante en la historia de este servicio es su interdisciplinariedad: desde un inicio la incorporación de variadas disciplinas fue constante,

“permitiendo un proceso de construcción permanente que redunde en aprendizajes colectivos /.../ La visión interdisciplinaria reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria. Exige una metodología a trabajar internamente para conseguir en lo externo el logro de los objetivos basados fundamentalmente en la complementariedad y la reciprocidad y no en la simple yuxtaposición de profesionales y a la vez exige una responsabilidad de la incumbencia de cada profesión y el desarrollo coordinado de tareas.”

El Servicio cuenta hoy con dos residencias (psicopedagogía y fonoaudiología) lo que le imprime un carácter particular al aportar todos los miembros del equipo a la formación de estos residentes, que entre propios y rotantes suman 21 profesionales, que se suman a los 34 de planta: 2 jefes (Departamento y División), 10 médicos (9 pediatras y 1 clínica), 8 psicólogas, 5 administrativos, 3 enfermeras, 2 psicopedagogas, 2 trabajadoras sociales, 1 odontopediatra, y 1 data/enter. Un equipo de más de 50 personas a cargo de 35 establecimientos educativos (22 de nivel inicial/primaria, 11 de nivel medio, 2 de nivel especial)

en lo que respecta al Programa de Salud Escolar, que conforma el 90% de las acciones del mismo. El espacio físico con que cuenta el servicio dentro del hospital es muy reducido para dicha cantidad de personas trabajando y reviste un modo de analizar con qué espacio simbólico cuentan las acciones del servicio -relacionadas con la prevención extramural de la salud infanto-juvenil- en el escenario hospitalario.

Durante 2013 los examinados por este equipo (se descuentan los examinados por el centro de salud del efector) sumaron 3270, los cuales corresponden al nivel primario. De ellos 1158 fueron derivados a diversas especialidades, siendo 626 los derivados por caries a tratamiento odontológico. Señalo dicha patología prevalente ya que es símbolo de la reacción del sistema de salud: el efector del estudio cuenta con dos sillones odontológicos, un odontólogo, una odontopediatra y una asistente dental pero no realiza obturaciones inhibiendo la posibilidad de resolución de dicha patología en el propio hospital de referencia.

A lo largo de casi tres décadas ininterrumpidas de labor, la visibilidad institucional del programa no permitió la instalación de canales de derivación garantidos que alojen a los escolares derivados por el equipo de salud escolar. Ese hecho se vincula a la historia de esta institución hospitalaria que ha tomado la creación de estos servicios como amenaza y al vínculo que el servicio ha tenido con el resto de la institución sanitaria -de la que depende- que no ha favorecido el establecimiento de acuerdos intrasectoriales favorables al éxito del programa y al reconocimiento de este equipo interdisciplinario. Entiendo que este hecho reporta la experiencia local que se enmarca dentro del fracaso que implicó en la historia de la salud pública de la CABA, la creación de Áreas Programáticas como modo de instalar la APS y sus postulados en el subsector público de salud. La referencia/contrarreferencia no optimizada da cuenta del reducido impacto que los dispositivos instituidos han alcanzado en este sentido.

Cabe señalar que uno de los límites geográficos de la ciudad (Av Gral Paz) que separa a la misma del primer cordón del conurbano bonaerense, es el límite más extenso de esta área programática, observándose múltiples traslados de los residentes en el conurbano de 1º, 2º ó 3º cordón, hacia esta zona. El 50% de las consultas que recibe el hospitalito, pertenecen a población no residente en la CABA, porcentaje que se mantiene en la procedencia de los matriculados en las 35 escuelas de los cuatro niveles educativos que se ubican en su área de responsabilidad En la Región sanitaria a la cual pertenece el efector bajo estudio el porcentaje de alumnos/as sin cobertura de salud alcanza el 33,7% (lo que significa que sólo poseen efectores del subsector público para su atención).

Cuando nos referimos a “**salud escolar**”, describimos una modalidad de abordaje interdisciplinario e intersectorial que contempla la salud integral del niño, a diferencia de “salud **del** escolar”, donde nos ocupamos de la salud de ese niño/a o adolescente-alumno, que es atendido en el consultorio médico por el equipo de salud, en coincidencia con Lukin, (2007). Esta autora estima que las **ACCIONES** de Salud Escolar podrían ser consideradas en una clasificación descriptiva como:

- a- **PRIORITARIAS Y**
- b- **COMPENSATORIAS** de las realidades socioeconómicas locales.

Las acciones “**PRIORITARIAS**” son las referidas a **Educación para la Salud y Vigilancia Epidemiológica**, ya que responden a los objetivos específicos del Programa. Asumimos como **ACCIONES "COMPENSATORIAS"** aquellas que se desarrollan adaptándose a las necesidades de la comunidad y se transforman en imprescindibles en este momento pues buscan mejorar las condiciones de educabilidad de los alumnos al optimizar sus condiciones de salud como por ejemplo cumpliendo vacunaciones; participaciones en escuelas de los recesos de verano e invierno; tratamientos grupales y asesoramientos a docentes y familias en talleres con Psicopedagogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos; Pesquisa y entrega de Libretas Oficiales de Salud Escolar a los alumnos como "apto" de salud para las actividades escolares.

Cabe señalar que la tarea de evaluación y monitoreo del programa fue inicialmente tarea de un Comité Central formado por representantes de ambas secretarías. Dicho comité está previsto en el texto del decreto de 1989 y se mantuvo durante los años 90 pero luego sus funciones fueron desdibujándose. En las dos gestiones anteriores a la actual el vínculo entre los niveles centrales de ambos sectores desapareció y sólo se sostuvieron los acuerdos a nivel local. Pero aunque fue deshaciéndose la articulación entre ambos sectores a nivel central desde hace más de 10 años, los espacios locales se vieron compelidos a sostener estos vínculos con el otro sector, para ejecutar el programa. Esta falta de marcos de acuerdo posibilitó que los vínculos fueran establecidos en disímiles formas de encuentro. Estas formas de articulación intersectorial presentan las dificultades propias de la interdisciplina ya que se trata de construcciones de tarea entre distintos. La especificidad de cada uno debe encontrar los puntos en común sin perderse. (Lukin, 2007).

Resulta oportuno citar a Elichiry (1987) quien nos detalla aquellas condiciones requeridas para lograr atravesar con éxito un proceso

interdisciplinario: al encuentro en equipo le suma flexibilidad, intencionalidad, reciprocidad y cooperación recurrente, además de la actitud abierta para aprender del otro -reconociendo que el otro tiene algo para enseñarnos y viceversa-, que es una competencia básica para dialogar junto con el reconocimiento del otro como interlocutor. Es imprescindible agregar el respeto por la diversidad, y desde allí lograr un diálogo que tienda puentes entre los saberes hacia el logro de una construcción colectiva que incluya las miradas puestas en juego y supere lo hegemónico. *ES UN POSICIONAMIENTO QUE OBLIGA A RECONOCER LA INCOMPLETUD DE CADA DISCIPLINA, QUE SURGE DE UNA CONCEPCION CONSTRUCTIVISTA DE LA REALIDAD, LA QUE DEBE ENTENDERSE COMO TOTALIDAD ESTRUCTURADA Y ESTRUCTURANTE. (Elichiry, 1987)*

Todo saber detenta un poder y entonces aparecerán cuestiones de poder en el equipo. Se tocarán los límites del propio saber y de la teoría disciplinar y deberemos estar preparados para poder soportar y sostener estos cuestionamientos frente al grupo. Pero se generarán nuevos modos a partir de la brecha entre los distintos saberes puestos en juego. En este desafío todos somos exploradores y explorados, aprovechando la potencia que genera un trabajo colectivo y que produce efectos salutíferos entre los que participan de él y **nuevos significados, desterritorializando el conocimiento, articulando herramientas y saberes distintos para construir narraciones multidimensionales de la realidad. (Najmanovich, en Elichiry, 1987)**

La situación estudiada en “Higiene, autoridad y escuela” (Milstein, 2003) es una de las posibles intersecciones entre los dos sectores: la que queda definida por la emergencia epidemiológica. Es ésta la forma más conocida de estos vínculos:

- a. **educación acude a salud** ante el peligro del contagio pidiendo información fehaciente de qué hacer frente a los riesgos escolares del mismo. En este modo de vínculo se enmarcan las emergencias en la escuela: un accidente, un desmayo, una herida suscitan temor y se decide llamar al SAME (Sistema de emergencias médicas) y el alumno es trasladado al hospital acompañado por un representante escolar y a veces un familiar. Los profesionales del servicio de guardia del hospital refieren que son muchas veces solicitados por los equipos de conducción escolar, por situaciones que no son emergencias pero ante las cuales dichos equipos no saben qué hacer. Pero también el “otro” (educación) reclama acciones antes de que el daño se instale: la concurrencia al hospital para vacunarse es otra opción de este modo de

interacción, que se asemeja a buscar orientación para evitar el contagio, aunque desde lo preventivo: antes de la aparición de la enfermedad. Ó en busca del alta de reingreso: al inasistir tres ó más días a la escuela, ésta le solicita al alumno/a un certificado médico de alta para verificar que no existen riesgos de contagios. Por último, aquellas derivaciones a tratamiento ó a interconsultas - que resultan desde los controles a la población sana ó desde las sugerencias hechas por los referentes escolares - vuelven a colocar al alumno/a en el espacio sanitario, adquiriendo la categoría de paciente. Todos estos son modos de lo **intramural** del programa, visto desde el sector salud.

- b. Otra modalidad de vinculación que se establece con el “otro” es aquella dada cuando, programáticamente, **salud acude a la escuela**. Una de esas visitas, tiene el propósito de realizar los controles de salud a los alumnos/as, otra la de efectuar tareas de educación para la salud: son los modos **extramurales** del programa. Nuestro hospital, ó mejor dicho nuestro servicio, no posee espacio suficiente para realizar dichos controles intramuralmente. Además se define programáticamente que los mismos se realicen en el ámbito escolar (extramuros) – lo cual aumenta significativamente el presentismo de niños/as a los controles y disminuye riesgos de contagio – dado que no es saludable controlar población sana en un ámbito hospitalario. El control de salud a veces es vivido como impuesto tanto por los facilitadores como por los padres de los alumnos, a veces es visto como necesario y raras veces es solicitado. El alumno no pasa a ser paciente, lo cual requiere adaptaciones por parte del equipo de salud: es un alumno/a al que se lo controla sanitariamente **en la escuela**. En este mismo modo de vínculo se incluyen las acciones preventivas que se implementan en el ámbito escolar también programadamente: talleres con padres, docentes ó alumnos/as sobre diferentes temáticas sanitarias: alimentación saludable, límites, pautas de crianza, cuidado de la voz, prevención de adicciones, educación sexual, etc. Pero en este caso, se busca una demanda previa de la institución escolar – desde el espectro de intereses de la conducción, de los docentes, de los padres, de los alumnos ó del proyecto institucional-, para fundamentar la intervención. En el caso de los controles de salud y de las campañas de vacunación (por ejemplo la de Vacunación Antihepatitis B) no existe este paso previo: simplemente se ejecuta y los “otros” (escuela) acatan pautas de trabajo sin demasiadas objeciones.

Queda claramente descripto que hay ámbitos físicos diferentes para la diversidad de tareas pero que ameritan articulaciones no siempre establecidas: El espacio intersectorial está desdibujado, como a la deriva. Tomar al espacio

como dimensión analizadora de las articulaciones intersectoriales nos facilita la comprensión del concepto.

Los controles de salud no están permitidos en el ámbito sanitario desde la perspectiva epidemiológica: sólo nos queda el espacio del otro, aunque genere ruido. Hay una tensión que está generada por las interacciones definidas por el programa, las que imponen el encuentro de ambos sectores. Esta vivencia de la tensión impacta en las acciones y en sus resultados, por lo tanto es necesario conocer su forma de presentación. Cada escuela resuelve dicha tensión de un modo particular, en el cual se cristalizan las significaciones personales de los informantes, pero también las colectivas e históricas impregnadas. Coincido con Diana Milstein sobre esta idea: “La escuela primaria es un espacio social en el que las formas de sentir, pensar, actuar y percibir el espacio escolar encuadran las interacciones entre los individuos”.

La visita del equipo de salud para realizar el CISE (control integral de salud escolar) es una verdadera **invasión al ámbito escolar, al otro**: en este caso 12 profesionales se instalan en un lapso que oscila de 2 a 6 días –dependiendo ello del número de matriculados/as a controlar- en ambos turnos escolares, ocupando cinco espacios escolares distintos. Cada disciplina desarrolla una tarea diferente y requiere de su propio espacio: son excepcionales las ocasiones en que se comparte un mismo espacio físico para dos tareas sanitarias distintas. Hay mucha resistencia por parte de los agentes de salud a compartir un lugar ya que el modelo hospitalo-céntrico impreso en ellos implica la existencia y el uso exclusivo de un consultorio para cada acción sanitaria. En este respeto por la privacidad de cada disciplina - y del alumno/a y su problema – se evapora parte de la visión de conjunto.

La disponibilidad de los recursos físicos para el desarrollo de la tarea en la escuela no es algo sencillo: Desde el encuadre de la biomedicina, basta un simple aviso telefónico informando el día de la visita y pidiéndole que citen a tal grupo escolar para el control de salud. Desde la articulación intersectorial, es menester un encuentro: una interacción que lleve a un acuerdo con el otro a fin de acordar algunas cuestiones que son de relevancia: observar las características de los espacios físicos dispuestos por la escuela para la tarea y en caso de inadecuación proponer modificaciones a éstos ó cambio de los espacios; informar a los docentes involucrados de la tarea, sobre la modalidad y los alcances de la misma; aclarar qué hacer frente a la presencia del alumno/a sin adulto responsable, etc. El equipo de salud escolar de este estudio realiza una reunión previa a su visita con los directivos escolares a fin de establecer acuerdos necesarios para llevar adelante los controles de salud y otras actividades de educación para la salud.

Toda interacción enmarca una relación social: en este caso se da entre dos sectores públicos que deben compartir el lugar de uno en pos de un bien común: la salud de los alumnos/as. El espacio físico ó la facilidad para disponer de ellos en el ámbito escolar, se vincula directamente con la idea de salud que se encuentra presente en el equipo de conducción escolar y en los docentes. Focalizar el espacio físico otorgado es usarlo como símbolo del **lugar que la escuela le da a la salud y a su cuidado** y de este modo incluirlo en la intersección. El apropiarse de un lugar público sin entender cuáles son las funciones del Estado, más allá de los sectores y de sus especificidades, no permite entender la relevancia de alcanzar – por ejemplo - una mayor cobertura en inmunizaciones disminuyendo el riesgo potencial de enfermar al colectivo escolar y por ende al colectivo docente. Milstein acota “existe una acepción de lo público que se refiere a los efectos que produce la acción colectiva de distintos grupos cuando se apropian y redefinen espacios materiales y simbólicos como escenarios para el ejercicio de derechos/.../ Muchos de los fundamentos que establecían las obligaciones de las personas frente al Estado, fueron resignificados y asumidos como fundamentos de sus derechos” (2003, Pág. 29). Por todo esto, una de las preguntas fundamentales de la entrevista en profundidad versa sobre la opinión del entrevistado acerca de realizar los controles de salud en la escuela.

Asimismo hay tensiones intrasectoriales: El equipo del efector en estudio ha transitado diferentes etapas y durante muchos años su leiv motiv fue “este programa no sirve para nada: no mejora la calidad de la atención de los/as alumnos/as porque no aumenta las posibilidades de asistencia de las especialidades a las que se derivan las patologías detectadas”. Desde hace tres años –bajo una nueva configuración del equipo - se observa una preocupación por aumentar los espacios de trabajo en conjunto con el sector educativo, preguntándose: ¿de qué sirve conocer la situación sanitaria de un grupo escolar si no puedo siquiera contársela a los actores sociales (docentes) que conviven cotidianamente con cada alumno/a y sus familias? Y por ende se inhabilita la posibilidad de armar estrategias de seguimiento articulado entre ambos para que en los casos con mayores riesgos que requieren de intervenciones externas sean removidos los obstáculos que les impiden mejorar sus condiciones actuales. Esto afecta a la ejecución del programa (el equipo lo encuentra inútil y se reduce su motivación) y el impacto que el programa genera en la población escolar no alcanza los objetivos esperados.

Desde entonces se han propuesto distintas instancias para avanzar en este espacio – **el intersectorial**:

1. cartas a los docentes (donde se les explica qué controles realizaremos a su grupo, cómo y para qué, pidiéndole que aborden previamente a nuestra visita el tema con sus alumnos/as a fin de informarlos al respecto, disminuir sus

ansiedades y aumentar su protagonismo en el cuidado de su propio cuerpo), en las que también se les pregunta sobre situaciones de salud que les preocupan de su grupo y se los invita a acercarse al equipo el día del control. El docente puede manifestar su preocupación por los alumnos/as que observa con situaciones de diversa vulnerabilidad. Es una forma de darle voz al docente que diariamente observa al niño/a, su relación con otros y su familia; aunque a veces no confirmemos los mismos hallazgos, el dato resulta adecuado a la tarea del control de salud;

2. reuniones de cierre en cada escuela- donde se reflexiona sobre las situaciones observadas y se consensúan líneas de acción compartidas entre el hospital y la escuela-;

3. devolución escrita de los resultados de los controles de salud de cada grupo escolar;

4. oferta de actividades de educación para la salud en la escuela referidas a los problemas de salud detectados en sus grupos escolares.

El trabajo en la interdisciplina (y aún más profundamente en la intersectorialidad) propone el **desafío de sostener la especificidad y a la vez dejarse atravesar por los aportes de los otros**. (Gutreiman, Lorenzetti , Borgesí. 2007) El texto del programa define que será ejecutado por un equipo interdisciplinario e intersectorial y define las competencias de cada sector, incluyendo a los EOE como parte del sector educativo y al sistema de salud de cada hospital base en el caso del sector sanitario. Cabe señalar que las escuelas deben respetar un circuito de derivación instalado dentro del sector educativo para luego llegar al efector de salud en el caso de alumnos/as que presenten problemáticas de conducta y/o aprendizaje: el docente eleva a su conducción escolar un informe de dicho alumno quien a su vez deriva al EOE (Equipo de Orientación Escolar). Estos equipos están conformados por psicólogos/as, psicopedagogas y trabajadores sociales que perteneciendo a la estructura educacional orientan a cada escuela en relación a las derivaciones a ejecutar al sistema de salud. Hay un equipo constituido por un número variable de 3 a 12 profesionales por cada distrito escolar con 20 a 25 escuelas a cargo, interviniendo tanto en el nivel inicial como en el primario. Cada efector de salud del subsistema público a su vez debe articular con su/s EOE las modalidades de derivación y de atención. Por ende, no sólo se constituyen vínculos entre la escuela y el hospital sino también con otras instancias del sector educativo forzosamente relacionadas con salud. Cabe señalar que el nivel central de educación ejecuta acciones en las escuelas vinculadas con salud visual en alumnos/as de 1º grado en total desarticulación con los efectores de salud escolar de la ciudad.

Y siguiendo esa línea de pensamiento acerca de la tarea articulada con otro sector, ésta exige que la especificidad no se pierda pero a la vez que se construya lo común. En este punto parece oportuno el concepto de campo que trabaja Gastón Wagner: el campo de la salud como una matriz en que la Salud colectiva fuera una parte con distintos planos de inserción (2009, p. 174/175): uno horizontal, con prácticas y saberes que forman parte de saberes y prácticas de otras categorías y actores sociales que se dedican al **cuidado**, y otro vertical con un área específica de intervención y con valor de uso propio. En este caso la construcción de un campo común a ambos sectores posibilitaría el encuentro de ambos, la definición de metas y los núcleos de cada uno en el logro de ellas. Y si bien el marco normativo puede develar algunas líneas de este campo es oportuno definir en cada espacio local como deberá darse este común en la acción y reflexión de su cotidiano.

A modo de ejemplo se transcriben párrafos de la experiencia que se relata en (Gutreiman, Lorenzetti , Borgesi. 2007) :

“Se planteó entonces la necesidad de un trabajo integrado con los EOE como intento por superar los obstáculos. Se comenzaron a llevar a cabo reuniones de articulación entre Salud y Educación con una frecuencia quincenal y de una hora de duración con sede en el Centro de salud. Inicialmente el clima dominante era tenso, predominando la desconfianza, las actitudes defensivas y un vínculo de rivalidad. Todo intento de ordenamiento era vivido como un enjuiciamiento .El sostenimiento de la tarea, la resolución cotidiana de problemas, la admisión de escolares sin listas de espera, posibilitaron un mayor conocimiento mutuo. Fueron instalando la confianza recíproca y la colaboración. El eje de la tarea dejó de ser la derivación–admisión de las primeras épocas-, a centrarse en la **construcción de consensos y el seguimiento conjunto de niños en tratamiento**. El espacio funciona como un ámbito de reflexión sobre la especificidad del accionar del EOE, el funcionamiento de la institución escolar, sobre problemas gremiales y profesionales, la efectividad de las prácticas empleadas, etc. Podríamos decir que en la actualidad se ha constituido un conjunto, un “**nosotros**”, que posibilita la integración multisectorial y multidisciplinaria, esencial al Programa. Existen condiciones intersubjetivas bajo las cuales el grupo puede pensar. Se pueden exponer dudas, surgen convergencias de experiencias, puede articularse la acción y el pensamiento.”

Hay una tensión adentro de cada equipo de trabajo (el de salud y el de educación) y otra tensión en la articulación entre los dos equipos. Si bien el vínculo entre estos dos sectores de gobierno no ha alcanzado un notorio avance en la intersectorialidad lograda, es necesario revisar cuestiones vinculadas con asimetrías de poder entre ellos que obstaculizaron la posibilidad de lograr sinergias en este sentido.

En nuestro sistema de salud se identifican tres niveles de atención:

Primer nivel de atención: Constituye la puerta de entrada al sistema de salud y permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la atención de la salud, e intenta dar cobertura a la mayoría de la población que habita en un territorio determinado. Si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, puede resolver 90% de los problemas de la población.

Segundo nivel: responde a necesidades menos frecuentes y que requieren para su resolución de procedimientos más complejos. Se estima que entre el primer y segundo nivel se podría satisfacer hasta 90%-95% del total de necesidades de salud de la población.

Tercer nivel: se reserva para la atención de los problemas poco frecuentes y que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

El sistema de salud está diseñado para operar en estos tres niveles de atención, de manera vertical y horizontal, también permite operar a nivel de servicios que ofrece cada una de las unidades, es decir si un nivel no cuenta con un servicio pero otra unidad del mismo nivel cuenta con el servicio solicitado, la referencia se realiza hacia el mismo nivel (nivel horizontal).

La falta de coordinación entre los niveles de atención se percibe como un serio problema tanto por los gestores del primer nivel de atención como por los gestores de la atención hospitalaria y de alta complejidad. En el caso del primer nivel de atención, sólo el 22% de los encuestados señaló que los sistemas de referencia y contra-referencia funcionan de forma adecuada. La referencia y contrarreferencia, es un procedimiento administrativo que emana del modelo de atención primaria de la salud para la población.

El sistema de referencia-contrarreferencia no significa un simple reordenamiento de los servicios dentro de los hospitales de alta complejidad y de los servicios periféricos que de ellos dependen, sino que implica una planificación global de la atención junto con cambios importantes en relación con el sistema actual. Implica un giro radical en el foco de atención: la propuesta está basada en una concepción centrada en el usuario y su atención integrada e integral y no centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario. Entendemos que esta mirada deberá ser tomada como propia por los equipos de conducción hospitalaria. Este nuevo modelo de atención busca preservar la salud de la población y evitar la enfermedad. Las estrategias de acción se basan en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones de salud pública e intervenciones intersectoriales. Los servicios buscan proporcionar un cuidado integral de la salud y asegurar la continuidad de la atención a través de la conformación de redes de servicios.

Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada y como contrarreferencia, la derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial. Criterio este último que también se interpreta como referencia, cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada.

Su objetivo persigue articular los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad, ofreciéndose al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma “al nivel adecuado llegue el paciente adecuado”.

Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo, la supervisión, el análisis periódico de la dinámica, el funcionamiento de la red asistencial y demostrar, así, la capacidad conjunta o compartida de los establecimientos en satisfacer la demanda de atención a la población y las oportunidades cómo éstas se realizan, para evitar sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios que se ofertan. La fragmentación se manifiesta fundamentalmente como descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa en algunos casos, sobre utilización de recursos en otros casos, cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado, particularmente a nivel hospitalario, y distribución inequitativa de los centros de atención.

Por ello es necesario que el Equipo de Salud tome interés en su significado, en base a una recolección apropiada de toda información que refleje el uso adecuado de lo médico asistencial y de sus recursos, en cuanto a demanda y oferta se refiere, de las condiciones patológicas, sociales y económicas del paciente; para lo cual debe disponer de normas y formatos de uso obligatorio que faciliten el estricto cumplimiento de los objetivos del sistema y determinar la capacidad resolutive de los establecimientos, de forma que ambas estrategias – referencia y contrarreferencia - resulten relevantes, sobre todo en la “descuidada” contrarreferencia por parte de los establecimientos receptores.

La coordinación de servicios se presenta como piedra fundamental para sistemas organizacionales de esta envergadura pero que no resulta posible concretarlos si la responsabilidad de la atención de la salud se encuentra fragmentada entre diversos ámbitos administrativos no coordinados entre sí.

El sistema actual aparece fundamentalmente centrado en el hospital y procura cambios en la organización de la atención, pero no aporta elementos en la búsqueda de una medicina personalizada que haga a la esencia misma de ésta, con enfoques filosóficos que superen la tradicional medicina de los órganos enfermos. Importa señalar, sin embargo, que no sólo no obstruye estos cambios de fondo sino que, por el contrario, los favorece tanto por la racionalización que propone como por los distintos niveles de complejidad que implica, abriendo posibilidades para el desarrollo de tecnología y de recursos humanos adecuados para cada nivel y para cada comunidad, de acuerdo con sus características, sus valores y con la política de salud que cada país estructure. Y las ofertas se definen por cuestiones ajenas a las demandas de la población.

Las instituciones involucradas asumen los derechos y obligaciones correspondientes y conforman la red de servicios en salud.

En los vínculos intersectoriales del programa, surgen cuestiones relacionadas con otro espacio de lo escolar: aquel definido por la doble pertenencia al ámbito público y al ámbito privado o doméstico que tiene la escuela (Milstein, 2003, pág. 27). Entonces se hacen explícitas las referencias a situaciones de alumnos y sus familias que disrumpen la “normalidad” escolar. En esos casos ocupamos el lugar de autoridad para lograr el disciplinamiento, desde el discurso del otro (nosotros para los otros).

“Hay, así, una esfera pública que engloba a la escuela estatal – **sujeta a inspección** – pero como parte de un espacio mayor, que incluye dimensiones de las vidas privadas que afectan a todos y cuya “publicidad” es vivida como legítima. /.../ Estos dos sentidos se superponen, pero no son puntualmente equiparables: la esfera pública estatal tampoco está completamente expuesta a la “publicidad” puesto que, en nombre de la profesionalidad, hay zonas de confidencialidad y de secreto en la “intimidad” pública estatal.” (Milstein, 2003, pág. 29).

Cabe señalar que a veces la tarea es confundida con la normalización de la población escolar, que puede utilizarse en la selección de alumnos/as acordes a lo esperado por el docente y reducir los controles de salud a inspecciones. Relaciono esto con lo que Medina Vázquez (2001) cita:

“La incapacidad para inducir cambios profundos en las organizaciones públicas /.../ las llevó a aislarse de la sociedad y a perpetuar juegos de poder internos

ajenos a su función primordial”. Este autor encuentra dificultades en la cultura organizacional: “escasa participación y comunicación entre actores/.../ con pocos puntos de contacto/.../expectativas desmesuradas/.../ lo que obtura la coordinación de agendas y esfuerzos interinstitucionales”.

¿Sólo inspeccionamos al otro o nos ponemos como pares? De cómo se plantee este encuentro resultarán diversos recorridos. Y en ello juegan preponderante papel las creencias de los actores involucrados a actuar juntos.

Al referirse al problema de accesibilidad administrativa, la articulación intersectorial es requerida para desarrollar estrategias que intenten resolver este problema desde los municipios y los efectores, cita “que se trata de una competencia de los servicios de salud en tanto su mejoramiento depende de cambios conceptuales y actitudinales en los trabajadores del equipo”.

“Un espacio que, en última instancia, es una relación social que se materializa formalmente en algo posible de ser aprehendido, entendido y profundizado. El espacio no es simplemente el dominio del Estado que lo administra, ordena y controla (representaciones del espacio), sino una siempre dinámica y fluida **interacción de lo local y lo global, lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, y entre resistencia y dominación**. En el espacio se brinda entonces también el potencial de desafiar y subvertir el poder dominante, y por eso, forma parte esencial de una política de resistencia articulada, por ejemplo, por movimientos sociales” (Oslender, 2002 citado por Rizzo).

Este interjuego de espacios – físico, simbólico y público – parece descifrar lo extraño.

A partir de ese proceso se gesta esta visión de los “otros”: antes todos pertenecían al mismo sector – y aunque con distintos roles – se enrolaban en las mismas directivas y sostenían la misma lógica educativa. Pero al aparecer un “otro” (para educación, o sea los de salud) se “produce” la invasión de lo escolar. La resistencia es clara: no somos del mismo ámbito, no compartimos los mismos “intereses”. ¿O sí?

Coincido con Milstein en considerar al Estado como un fenómeno histórico en el que se articulan hechos, ideas y representaciones sociales pero dicha **articulación requiere de vínculos expresos con intencionalidades explícitas abordados en espacios y tiempos** definidos por el conjunto de los actores implicados. Aún con claros marcos normativos vigentes que ordenen la tarea no será factible armar una amalgama capaz de hacer navegar juntos a “los distintos” en una misma dirección para lograr estrategias conjuntas y productos comunes.

Volviendo al equipo de salud y a las tensiones intrasectoriales, en el trabajo de Funes y otros, 2009 se halló una serie de **tensiones subyacentes** entre las ideas que los profesionales de salud escolar tienen vinculadas a su práctica, aquello que consideran debería hacerse y aquello que efectivamente pueden hacer frente a las necesidades de la comunidad. Las agrupa en estas cuatro categorías: Tensión entre prevención y asistencia // Tensión entre lo clínico y lo comunitario // Tensión entre cantidad y calidad // Tensión entre abordaje disciplinario e interdisciplinario. Se considera que estas tensiones interfieren en la posibilidad de encontrar la articulación necesaria entre el ejercicio de la práctica y las necesidades de la comunidad. El fortalecimiento de espacios de intercambio y reflexión, la construcción de sentidos compartidos en el ejercicio de las prácticas al interior del programa, constituyen procesos clave para alcanzar el nivel de ajuste requerido. Los aportes individuales y la participación de manera coordinada, son aspectos claves para que los profesionales que conforman los equipos de salud escolar puedan **reconocerse en su práctica, otorgarle un sentido** /.../ Las reuniones de trabajo, la modalidad del trabajo en equipo y los espacios de intercambio y diálogo, tendientes a la co-construcción de significaciones compartidas pueden ser considerados dispositivos relevantes para la construcción de nuevas prácticas más ajustadas a las circunstancias concretas en las que se trabaja, permitiendo identificar tensiones y trabajar sobre ellas para ir posibilitando la revisión de antiguas ideas y la construcción de nuevas representaciones acerca de la realidad en la que se opera. En el mismo proceso de funcionamiento y desarrollo de las prácticas sociales se construyen sentidos y se despliegan significaciones compartidas acerca de ellas. “La apertura de espacios de encuentro y diálogo, de reflexión colectiva, de programación y evaluación de la tarea realizada, constituyen una estrategia que se orienta al enriquecimiento de las prácticas y al poder operar en una realidad compleja”. Funes las llama comunidades de práctica. (Wenger en Funes, 2009,pp. 22-23).

Aquello que se suponía factible (abordar de a dos) se presentó como contraposición de lógicas diferentes reafirmando la necesidad de elaborar consensos previos que eviten el incoherente deterioro de la tarea. Pasar de la intromisión a la inclusión es un proceso que requiere de entender dichas lógicas, bajo las cuales los actores ordenan su mundo y en el cual el mundo del otro se inscribe. Entonces, cartografiar la distancia entre dos sectores públicos resuena imperioso en un contexto local que avala las privatizaciones.

Resulta todo un desafío articular las distintas lógicas e imprescindible la construcción de lo común a ambos sectores del gobierno local. En este sentido otorgar al otro el derecho a mirar desde su propio modo el mismo evento que nos convoca en lo cotidiano –y no verlo sólo como enemigo del propio modo - y avanzar en la conjugación de las diversas miradas implica un descentramiento

de mi perspectiva que amplía y enriquece a ambos. En el caso del sector salud es una posibilidad de evitar el centrismo en el cual queda reducida su explicación del mundo de los otros, sin interactuar con él, para conocerlo desde dentro.

Por esto, esta investigación intenta **conocer la voz y la expectativa de los otros actores** que son empujados a acompañar en esta tarea. Avanzar en las miradas de cada sector facilitará encontrar las confluencias. Resulta muy interesante conocer la mirada del otro para quien nuestro paciente es su alumno/a y es el nexo entre salud y las familias de los niños/as. Nexos nunca bien ponderados, pocas veces escuchados y menos veces tenidos en cuenta su mirada para evaluar el impacto de las acciones programadas que se ejecutan en su ámbito escolar, con su población cautiva.

Desde este fragmentado y desarticulado sector sanitario se pretende articular con un sector educativo aún muy impregnado de una estructura piramidal.

Sistematización de las entrevistas

Las entrevistas fueron realizadas entre el 8/5/13 y el 3/12/13, duraron entre 20 y 70 minutos cada una. En su totalidad, las mismas fueron realizadas en el ámbito laboral de los entrevistados (escuela, sede del EOE, de la Supervisión escolar, de la coordinación central ó la Dirección General) y salvo 3 excepciones todas fueron individuales (en 3 casos de directivos participaron más de un miembro del equipo de conducción escolar porque así lo prefirieron). La participación fue voluntaria en todos los casos aunque en las entrevistas a docentes a veces hubo sugerencias de la conducción escolar y siempre se respetó la hora “libre” del docente.

El ámbito de las entrevistas fue de altísima contaminación auditiva como lo es el espacio escolar, ruido que para los docentes y directivos está naturalizado pero que para los otros (agentes de salud) resulta un molesto escenario de trabajo.

Las entrevistas han servido – como efecto no programado - para ampliar el conocimiento del programa en el ámbito escolar dando cuenta de la escasez de las instancias articuladoras salud-educación.

De los 66 miembros de conducción escolar en las 22 escuelas incluidas (dirección, vicedirección y secretaría) se entrevistaron 21 (32%) y de 286 docentes de grado en las 22 escuelas se entrevistaron 21 (17%, cabe señalar que del cise sólo participan 121 de estos docentes, lo que suma un 25% de representatividad de las voces recogidas). A eso se suman los 4 informantes clave, dos pertenecen al espacio local y dos al nivel central perteneciendo todos del Ministerio de Educación.

Cabe señalar que los directivos entrevistados fueron aquellos que tenían menor vínculo previo con la entrevistadora y los docentes a entrevistar fueron elegidos por la conducción escolar, siguiendo este criterio a modo de disminuir los sesgos por conocimiento previo entre la entrevistadora y el entrevistado.

Se intentarán transcribir de modo sintetizado frases textuales que den cuenta de los sentidos otorgados desde las mismas frases escuchadas. Recordemos que las cosmovisiones de los actores definen sus prácticas. Se remarcaron frases que resultan más significativas del grupo. Las respuestas serán expuestas según el grupo de respondedores: docentes, directivos ó informantes clave. Se intentará expresar la diversidad de respuestas obtenidas a fin de abarcar más cabalmente el universo de ideas y cosmovisiones que se hallaron durante el trabajo de campo. En cursiva se transcriben las citas textuales de los/as entrevistados/as, aquellas que se reconocen como significativas de ese grupo de respondedores, entendiendo que el elemento mudo (la voz de los otros) requiere de un amplio y fidedigno conocimiento y reconocimiento. ***Las frases en cursiva y en negrita*** dan cuenta de aquellas expresiones que -según la investigadora- dan cuenta sintéticamente de las expresiones más significativas de ese grupo de respuestas.

Pregunta 1: la responsabilidad de la salud de los alumnos/as:

Docentes:

A: Sólo es responsable la familia y en forma exclusiva (6 de 21):

Los entrevistados de este grupo consideran que la escuela **no es responsable** de la salud de los niños/as quedando el docente como colaborador en el crecimiento de sus alumnos/as. Dicho rol es relevante para que la familia reconozca y atienda los problemas de salud de los niños para lograr el bienestar de aquellos/as.

“La escuela solo abre sus puertas y hace el seguimiento de la situación.”

Aparece la idea de autorresponsabilidad de la familia para con su prole y a la vez la de **contralor** de la escuela hacia los padres en referencia a sus

obligaciones parentales. “La escuela le hace **firmar un acta de compromiso a la familia** para que haga el tratamiento indicado porque a veces **los padres son indiferentes, ni aún facilitándole el acceso a la atención se ocupan**”. Estas ideas se vinculan con las acepciones de salud de los 90, que reducen la responsabilidad del Estado aumentando la individual.

La salud no es garantizada como derecho, adquiere la categoría de mercancía dentro del escenario neoliberal. También se relacionan con los objetivos de los docentes vinculados con el Reglamento del Médico Escolar de fines del siglo XIX, en lo que se refiere al control social, el cual fuera impulsado por los médicos desde el paradigma del higienismo.

A la vez las pautas de la organización escolar forjan estas ideas: “*el acompañamiento a las familias no está marcado en la institución escolar sino que es algo que **cada uno siente***”. Una de las entrevistadas refería “*no tener en claro si es parte de su rol pero hacerlo facilita la tarea del docente*”. Estas expresiones dan cuenta de los dispositivos que reafirman esta autorresponsabilidad paterno-materna sin intervención escolar sino sólo control. Estas palabras también refieren al control social que tanto la escuela como el hospital pueden ejercer desde este tema pero como una cuestión de sentimiento solidario y no como responsabilidad de un agente estatal frente a la salud de la población escolarizada ni siquiera ante la negligencia parento-materna. Argumentos de este tipo se vinculan con actores desarticulados que no parecieran compartir metas como el crecimiento ó bienestar del niño y nos acercan al juzgamiento de los padres, que no están en condiciones de criarlos y por ello podrían ser imputados, conceptos que hemos heredado del primer higienismo. Esto significa que la autoridad médica delinea el rol docente hacia lograr una población “sana” desterrando a sus miembros “insanos”. (Primeras décadas)

B- “La responsabilidad es de la familia y de la escuela” (5 de 21):

Se evidencia una dupla familia – escuela en donde ésta decide intervenir con prácticas específicas de su cotidiano para acompañar a la familia en la asunción de su función. La escuela se involucra, no es solo un colaborador de la familia.

“Es una responsabilidad compartida, la escuela es responsable por el vínculo que cotidianamente tiene con la familia; la escuela es un lugar privilegiado para fortalecer el cuidado y construir hábitos saludables, es uno de los pocos lugares que se ocupa de la salud infantil.” “El docente es responsable: es parte de su compromiso -y debiera ser el de todos los docentes- el cuidado de la salud de los niños, es nuestra tarea como miembro del Estado.”

Aquí se rescatan nociones vinculadas al cuidado de la salud por parte de la escuela como función inherente al ámbito pedagógico. Pero no queda estrictamente claro que dichos deberes docentes sean parte de las funciones normadas aunque podría inferirse que lo son desde una concepción de servidores públicos.

Se asume un compromiso compartido que de algún modo está implícito en la institución escolar ó en la interpretación que le da este grupo de docentes que se involucran en el cuidado de la salud infantil junto a sus familias.

Siguiendo a Belmartino, la escuela asume su rol político de integración social a partir del higienismo que es tomado como base del Estado neoliberal de fines del sigloXIX y principios del XX. *“La escuela debe acompañar a la familia a ocuparse de la salud para que el niño despliegue todo su potencial y evitar problemas de aprendizaje, el docente acompaña para evitar que el problema persista.”*

C-: La responsabilidad es compartida entre la familia y el Estado (incluidos hospital y escuela) (7 de 21):

Hay una norma que pauta la intervención escolar: el docente está involucrado **por diseño curricular y por derecho del niño** (establecido en la Ley 114) en el cuidado de su salud, su función en la salud del niño es participar en el abordaje y ese vínculo evita el aislamiento entre el hospital y la escuela. Este fundamento normativo es realmente contundente y enmarcado en la perspectiva de derechos pero tiene un problema: no todos los docentes lo entienden así. A modo de síntesis una de las respuestas fue esclarecedora: *“Los docentes se dirimen entre fortalecer el acceso al derecho del niño y “al final acá en la escuela les damos todo. Depende de donde lo mires.”*

Se observa una noción distinta de Estado vinculada al que surge luego de la 2º guerra mundial: el de bienestar, aquel que garantizaba los derechos de sus ciudadanos. Este modelo se vincula al momento en donde las estructuras estatales, y especialmente las nacionales, se ampliaron en nuestro país. Resurge como modo eficaz de garantizar los derechos sanitarios de los niños/as.

Incluida esta tarea en el diseño curricular -que delimita los modos de educar y no sólo los contenidos, pues allí se expresan objetivos y valores a desarrollar en los alumnos- parece ser obligatorio su abordaje, pero todo depende desde donde se lo mire. La perspectiva de derechos aparece instalada de modo tenue en algunas respuestas como organizador de la tarea docente. El componente ideológico es clave y allí se marcan las huellas que cada uno de nosotros decide priorizar en esta cosmovisión y desde allí delinear el diario quehacer sanitario y/o educativo desde cada perspectiva personal, dado que las normas

vigentes no garantizan el cumplimiento de los valores que se exhiben como concretamente normados.

No se expresan las obligaciones de los agentes estatales frente al respeto de los derechos garantidos por las normas vigentes. Pero entonces todo parece resolverse desde el voluntarismo ya que nadie puede obligar a otro a tener determinada ideología. ¿Tampoco nada puede presionarnos a trabajar desde la perspectiva de derechos? Resulta difícil a los agentes públicos apropiarse de esta perspectiva y encarnarla en las acciones cotidianas pero institucionalmente no existen modos de que esta mirada sea incluida en las culturas organizacionales transitadas, a pesar de la plena vigencia de la ley 114 de CABA.

De este modo surgen prácticas que se relacionan con que *“el estado debe acompañar a las familias (especialmente a las vulnerables: monoparentales, con miembros analfabetos ó migrantes) sin juzgamiento de lo que faltó desde la familia sino por el bien de los niños, la escuela es facilitadora de esta tarea y me siento involucrada en esa función”*. Observándose la noción de equidad -un componente de la APS- entiendo que estas familias requieren más desde lo estatal,. Otro de ellos – la intersectorialidad – se registró en este grupo de respondedores: *“escuela y hospital están en el mismo camino en relación al bienestar del niño.”* Camino a veces transitable y otras no tanto. El encuentro ocasional entre los dos sectores condice con que las organizaciones no preservan tiempos para ellos programadamente y los diálogos resultan conflictivos al querer confluenciar dos lógicas distintas: la de los pacientes que deben esperar la atención y la de los docentes que deben educar cotidianamente a su grupo escolar. Resultan demasiados obstáculos para que dicha comunión se potencie sinérgicamente.

D-: Es responsabilidad del estado (escuela y hospital) (2 de 21):

Reconoce una corresponsabilidad de ambos sectores en el cual *“el garante es el Estado y el docente promueve el derecho a la salud que posee el niño”*.

“La responsabilidad es del Estado pero la escuela sólo debe informar cómo cuidar la salud.” Considero que escaseamos en mapas de corresponsabilidades como para comprender qué connota este término en un Estado limitado. Una de las entrevistadas mencionó la desvalorización de lo público cómo un disvalor que juega en contra de los agentes que componemos dicho sector (seamos de salud o de educación).

E-: la escuela no es responsable (1 de 21):

Es responsabilidad de la familia y **del hospital** **La escuela es un agente que acompaña, ayuda, colabora, no se puede recargar al docente pidiéndole que**

averigüe si hizo lo que se le indicó, no es función del docente **controlar: eso es responsabilidad de salud**. En esta postura deja sólo al sector salud frente al seguimiento, para resolver la desidia ó negligencia familiares y para intentar mejorar las ofertas insuficientes de las instituciones sanitarias (tanto sean públicas como las que pertenecen a los otros subsectores de salud). No se visualiza que la compleja situación social requiere de acciones articuladas entre dos ó más actores.

Es relevante señalar que un tercio de los docentes entrevistados **no incluyen a la escuela en la responsabilidad de la salud de los alumnos/as** y sin embargo el programa y su equipo ejecutor supone sin más que el docente hará las veces de **facilitador** de sus objetivos. Además dicho sector (salud) reclama enardecido si el otro no lo hace. ¿Quién se lo planteó? ¿Cuándo le preguntaron a los docentes qué función harían en su implementación?

El equipo de salud escolar ¿tiene en claro qué debe hacer el docente en su función de facilitador del niño en su derecho al acceso oportuno y adecuado de la atención en salud? Observo una evidente carencia en posgrados profesionales: **análisis de coyuntura**. Herramienta escasamente estudiada y menos aun ejecutada.

Si un equipo de APS (como lo es el de Salud Escolar) no elabora su impronta diagnóstica no podrá reconocer este obstáculo, fácilmente identificable si se da el tiempo y buscar los modos para definir estrategias que contemplen este “revés” en la implementación programática.

Directivos:

En relación a la **pregunta 1** sobre la responsabilidad de la salud de los alumnos/as, los directivos han respondido de cuatro modos distintos:

A- 8 de 21 directivos opinan que: **Sólo es responsable la familia:**

Los argumentos que fundamentan esta respuesta son diversos: la escuela no es responsable directa de la salud de los niños, sólo puede enlazar y orientar pero es competencia de la familia; la escuela sólo tiene la responsabilidad de informar acerca de las dificultades y orientar a la familia, ya que no tiene decisión sobre la salud del niño/a porque es responsable la familia.

Una de las entrevistadas acota: *“yo decido ocuparme de eso porque el bienestar del niño es importante para que aprenda pero mi obligación es enseñar. Según diseño curricular es mi objetivo que aprenda.”* Y otra aclara: *“trabajamos lo asistencial porque nos supera la condición de los*

niños y el desconocimiento de sus padres de atender dichos problemas. **Sólo me corresponde pedir el apto físico y no que vele por si está saludable**". Parece ser su función recopilar los aptos médicos sólo como otra forma de **controlar** que los padres ejecuten los controles de salud a los cuales están obligados.

Otra de ellas hace una referencia histórica: *"En la escuela 9 funcionaba la salita y nos revisaban como alumnos todos los años."* Aquí hay una clara evocación del sistema implantado en el ámbito escolar hacia los años 50 y que se sostuvo hasta mediados de los 70, evocación nostálgica por no poseer en la actualidad esa estructura. Dichos servicios descentralizados que poseía el Ministerio de Educación de la Nación -antes de la transferencia al ámbito municipal de los Consejos Escolares y previo a la desaparición de la Dirección de Sanidad Escolar- realizaban los controles de salud incluso asistían odontológicamente a los alumnos desde el propio sector educativo. Etapa en que el Estado era un sólido estructurador de las instituciones sociales pero que hoy se encuentra disminuido por el mercado y su liquidez, haciendo imposible ese retorno.

Debo mencionar aquí que existe un grupo de directivos escolares que han presionado a la sanción de la ley 2598 a fin de intentar restituir esta "panacea perdida" y recuperar su rol de administradores de dichos servicios a cargo del sector educación. Considero que las soluciones de otros momentos históricos debieran evaluarse en cuanto a su capacidad resolutive para el entorno de hoy.

"La escuela es mediadora, no es responsable, el estado es el que cuida y supervisa". ¿Los agentes de los sectores públicos (educación entre otros) no somos parte del Estado? ¿Cómo cuida y supervisa el Estado si no es a través de sus miembros? A estos interrogantes ofrecen la siguiente respuesta: *"No es función pedagógica pero corresponde acompañar a las familias para lograr la atención del problema de salud de su hijo, el límite es sutil pero como institución tenemos que hacernos cargo."* Pero al no definir la función mediadora/acompañante de la escuela con lo cual resulta más una frase armada que un modelo a seguir.

"La salud del alumnado es responsabilidad de la escuela sólo dentro del horario escolar." Esta frase responde al modelo legalista aportado por el neoliberalismo y sus seguros de salud, entendiendo a la misma estrictamente como mercancía y no como derecho de los niños, niñas y adolescentes.

B-8 de 21 directivos opinan: De la familia y de la escuela

*“Aunque hay resistencias a agregar funciones a la escuela ésta promueve la salud como ya lo asumió con la inmigración ultramarina”. Aquí tenemos otra huella del primer higienismo. Y huella del control social que ejercían los docentes: “la escuela ve lo que no ve la familia, la escuela detecta y articula con redes para lograr la atención de ese problema pero **los maestros se resisten a esta invasión y sienten que se transforman en asistencialistas”**.”*

Otro grupo de directivos reconoce que el contexto desfavorable es el responsable de incluir la tarea de cuidar de la salud a cargo de la escuela: *“Se amplió el rol del educador en la actualidad, la escuela tiene que ocupar otros espacios en los que antes no intervenía, **la escuela no es responsable** pero debe buscar modo de resolver los problemas de salud, pero la escuela se ha ido reconfigurando y tiene otras funciones hoy.”*

A veces el espacio del cuidado es solo ocupado ante la carencia familiar: *“La escuela tiene que intervenir si la familia no acompaña, cuando la familia es ausente la escuela debe mirar y buscar ayuda.”*

Una entrevistada aporta: es parte del rol docente bregar por la salud como derecho del niño.

Se avanza en un concepto ampliado de escuela integrando al alumno y a su familia en sus funciones, pero no está claro si es una cuestión de voluntarismo ó de ejercicio pleno de su rol ya que refieren que aunque ellos desde el rol directivo lo entiendan así no pueden hacer mucho si el docente se le opone a esta interpretación de sus funciones.

C - 2/21: se incluyen como parte del estado: **la escuela se incluye como parte del Estado en la responsabilidad de la salud infantil.**

D - 3/21: De la familia, la escuela y el hospital: aparece un abanico de versiones que van desde el control escolar hacia los padres: *“Que la familia se sienta **presionada** por la escuela y el hospital”,* pasando por la imposición no acordada *“Aceptamos ser agentes multiplicadores de salud aunque no sea una tarea específica de los docentes porque nos sentimos **obligados a colaborar con la familia y el hospital** y entender que la función docente hoy se ve más ampliada, más allá de lo pedagógico y debemos comprometernos.”* Hasta llegar a un trabajo articulado desde lo público: *“La familia delega a la escuela parte del cuidado y en lo formal no me obligan a participar pero decido hacerlo porque trabajo con personas. **Hay un tema común entre salud y escuela.”**”* Un minoritario grupo, registra un ítem común a ambos sectores que podía

servir de zócalo para un trabajo conjunto aunque sin olvidar el necesario control sobre las familias. Mencionan asimismo la insuficiencia de recursos para la atención en salud requerida por la población escolar como también la falta de estrategias de acompañamiento de los grupos familiares que no ejercen su parte en el cuidado de la salud de sus hijos/as. *“Es responsabilidad del estado por estar en una escuela pública y el estado debe garantizar los recursos para resolver los problemas, es responsabilidad compartida entre familia y escuela y cuando no hay familia es sólo la escuela responsable de ese resguardo pero debe construirse una red con el hospital para hacerlo posible.”* Es desde esa cosmovisión -y solo desde esa- que es posible la construcción de una red entre los sectores de educación y de salud. Pero la ponderación es muy limitada en este efector.

Resulta más llamativo aun que solo 5 de los directivos incluyen al cuidado de la salud como función de la escuela: son menos que los docentes y son ellos los que lideran los proyectos institucionales escolares año tras año.

Entre los agentes de conducción escolar se observa mayor cantidad de opiniones que incluyen a la escuela, aunque también algunos depositan exclusivamente el tema en el ámbito familiar sin siquiera incluir al sector salud. Este último grupo es el que se resiste a prestar el lugar escolar para una tarea que no es de ellos y es incumbencia de los padres, lo que genera una tensión aún mayor a las que se padece en la implementación del programa. Si bien se avanza hacia reconocer el rol estatal se percibe una situación de obligatoriedad que no refleja la asunción de la perspectiva de derechos de los/as niños/as ni se vincula con ser un multiplicador de salud.

La diversidad de respuestas halladas tanto en los docentes como en los directivos da cuenta de la versatilidad de cosmovisiones con la que se intenta articular de un único modo desde el sector salud. A veces el equipo de salud escolar registra a las poblaciones más vulnerables de algunas escuelas pero queda a medias en detectar a aquellas instituciones que más allá de su población escolar cuentan con un significativo número de actores escolares con cosmovisiones autoritarias que no bregan por la articulación.

Informantes clave

Acerca de la Responsabilidad de la salud del alumnado:

Centrales: **El estado es responsable de la salud no es de la escuela la responsabilidad** pero ella ofrece el escenario para estudiar la población escolar y operar preventivamente.

A nivel macro reconocen los centrales la carencia de políticas públicas coherentes con normativas que ordenen y regulen la tarea respetando la particularidad de cada espacio local que trabaja el campo. **No hay procedimientos delineados, no hay estructura ni existencia de espacios de articulación.** Los niños/as y sus familias son los mismos objetos de intervención para ambos sectores pero no tenemos acuerdos entre nosotros. También el escenario es común.

Localmente: **falta avanzar en la articulación más allá de lo voluntario. la responsabilidad primaria es de la familia pero hacer el control en la escuela garantiza la presencia de los padres aunque sea una interrupción del ritmo escolar esa es necesaria, es la oportunidad de garantizar que la mayoría de los chicos tengan ese control de salud y se complica para que cumplan los ausentes a esa visita. A veces hay descuido y desamparo de la flia, a veces se pierden turnos y no se hace seguimiento conjunto para evitar pérdidas de turnos y abandono de tratamiento. Refiere desconocer todo lo que involucra el programa no hay instancias de información entre ambos hace 25 años.**

La familia es responsable y la escuela tiene la responsabilidad de acompañar a la familia a que logre ese cuidado de la salud en sus hijos

Pregunta 2: ¿conoce el programa y acuerda con sostenerlo?:

Docentes:

Cabe señalar que en tres entrevistas fue necesario aclarar que dicho programa no era el mismo que se denomina A ver que ves? (que asiste a los niños/as de 1º grado con controles oftalmológicos en la escuela y que provee de anteojos en forma gratuita). Estas docentes suponían que era una parte de aquel: que el programa de salud visual estaba incluido en el de salud escolar y estimaron que el programa A ver que ves? es muy positivo por la provisión gratuita de lentes que concreta para resolver el problema. Este depende de Educación y se ejecuta en convenio con personal de un hospital oftalmológico de CABA, sin articular con el de Salud escolar.

- A-** De 21 docentes de grado, 20 conocen y acuerdan en sostener el programa siendo sus argumentos a favor: *es un lujo, ayuda a que los problemas sean atendidos oportunamente, /.../ le sirve al docente para conocer a sus alumnos/as, /.../ es una oportunidad única para efectuar una detección precoz ya que los padres se encuentran desbordados e ignoran los padecimientos de sus hijos/as, docentes y padres lo valoran positivamente en el ámbito público siendo óptimo*

que la escuela les brinde el chequeo, /.../ **el control es un alerta para la acción conjunta entre ambos sectores.** La mayoría revela sostenerlo. Resulta significativo que el control sea reconocido como punto de partida para la acción en conjunto, la cual no siempre es aprovechada en todo su potencial.

Desde posturas más intermedias se ha mencionado que: *es un llamado de atención a los padres, /.../ a veces en el control no se observa lo mismo que en el aula aportan elementos mudos para el cotidiano escolar aunque el problema no sea atendido, /.../ debe sostenerse al programa a pesar de los déficit para no perder continuidad histórica del programa en lo público.*

Señalaron debilidades como: *Una vez por año es poco, por lo menos se necesita otra visita, debe haber continuidad en las acciones del programa /.../ se necesita **seguimiento compartido para evaluar que pasó con las derivaciones que se realizaron,** /.../ colabora con la atención de la salud del niño pero se pierde el hilo, a veces los padres no vienen a hablar con los maestros, se requiere un cierre (devolución de los resultados de los controles en la escuela que se hace a la conducción escolar) compartido con padres, /.../*

*Una docente refiere que **no fue indagada sobre qué lugar ocupa ella en el programa.*** Motivo por el cual la posibilidad de articular acciones se observa abortada. Entiendo estas expresiones como un claro escenario de expectativas docentes no satisfechas y escasamente escuchadas ó tomadas en cuenta a la hora de ejecutar las acciones programadas. **Los docentes esperan ser más acompañados por los agentes de salud y así ampliar sus vínculos con ellos y optimizar el acompañamiento a los padres de sus alumnos/as articulando acciones.**

B- La única respuesta negativa se sostuvo en: *“la salud no es ausencia de enfermedad es mucho más amplio y el programa además **no logra que los problemas sean atendidos y se gasta mucho dinero en hacer el control**”.*

Las evaluaciones que los agentes de salud realizan de sus acciones de detección coinciden con estas impresiones de inutilidad aquí expresadas, de acuerdo a las escasas modalidades de inclusión de dichas atenciones en el circuito de ofertas de prestaciones de salud. Dicha disyuntiva remite a considerar a la pesquisa en población sana innecesaria, lo cual sería correcto si tuviéramos la certeza de que todos/as los/as matriculados/as sean controlados por pediatras de su cobertura de salud, sea cual fuere ésta y teniendo accesibilidad en todos los subsectores de salud para descansar en la oportuna y adecuada atención a los problemas relevados.

Uno de los propósitos de la creación de las áreas programáticas como servicios hospitalarios fue la de adecuar las ofertas prestacionales del efector de salud a las necesidades de su población a cargo, suceso que no ha ocurrido al menos en el efector del estudio.

Directivos:

A-18 de los 21 acuerdan en sostener el programa porque creen que es excelente para armar estrategias conjuntas; es la **única manera** de acceso a la salud para los niños de esta escuela. /.../ Porque la evaluación clínica de los niños/as es necesaria: tiene que estar sano para aprender. /.../ Es completo y funciona bastante bien. /.../ **permitió descubrir situaciones que ameritaban atenderse./.../ muy importante para realizar prevención y vacunar población sin cobertura de salud. /.../ Es beneficioso para las familias; sirve para hacer detección precoz, como escuela queremos que todos los chicos tengan control médico, es más para todos. /.../ Es un logro que lleva 50 años (lose y vacunas) aunque el sistema de salud se desbordó en estos últimos 10 años. El programa es muy positivo, hay pocas críticas. /.../ **El Estado** debe sostener los controles porque no todas las familias llevan al control a sus hijos, **debe ocuparse para aportar al cuidado de la salud en forma conjunta**, es un modo de articular para garantizar beneficios para el alumno/a, el programa nos da formas de entender esta realidad que nos golpea y nos interpela sobre que más hacer: Como nos interesan los chicos, ustedes nos ayudan a avanzar en su bienestar y aportan mucho. /.../ **El espíritu del programa es articular con el otro. Articular las lógicas de cada uno.****

Cabe señalar que dentro de estos argumentos **algunos no eran positivos**: Se usa la lose como elemento ejecutante de presión pero es atroz que no sea obligatoria. Aquí se vuelve a la idea de control social y a exigir la obligatoriedad como elemento que a su vez no cumplido puede dejar sin vacante a un alumno/a. Predomina la idea de control social sobre la comunidad educativa. *Funciona pero el padre se debe sentir más presionado. Los profesionales son comprometidos pero los resultados son acotados porque las limitantes nos exceden a ambos (salud y educación) /.../ a veces las respuestas son tardías por falta de recursos /.../ es necesario hacer jornadas con docentes todos los años - por el recambio docente - y que no quede librado a la importancia de cada uno ó cada escuela le dé porque no es algo general de todas las escuelas ya que nadie las obliga a esa articulación con salud./.../ debe hallarse el modo de lograr continuidad para **que no quede en una sola vez** como algo transitorio y para **alcanzar la concreción del derecho a la salud más allá del control.***

B: 3/21: tomo estas expresiones como gris entre el acuerdo y el desacuerdo aunque resulta interesante su planteo: *más allá de algunas diferencias (posibilidades del niño en consultorio y en la escuela por desconocimiento del espacio escolar del profesional de la salud) rescato experiencias positivas en el vínculo con el efector que deben explotarse porque el programa no se cumple cabalmente.* La idea de observar el escaso compromiso que los sectores públicos le otorgan a la implementación de un programa que se enmarca en la garantía de un derecho básico de los niños/as es relevante a la hora de abrir debates.

*El programa no es conocido por la escuela (escasa presencia del efector). Si el programa le hace bien a los pibes adelante y promoviendo un permanente contacto entre profesionales de salud y de educación. Esto es lo que podemos hacer por ahora **sostenerlo pero debiera optimizarse lo que hay. Es un desafío para lo público. Padece de un vínculo nunca explicitado esta articulación.*** Claramente se hace mención de los escasos modos de articulación entre agentes sanitarios y educativos lo cual no promueve la congruencia en la dirección de las acciones lo que genera iatrogenia.

C- *el programa acompaña más o menos, hay detección pero el **seguimiento lo hace la escuela sola y no hay solución a los problemas** (sólo limitada por falta de recursos ej: fonoaudiología). Desacuerdo total con aptos físicos por representar una corrida total del estado aunque está dicho en la constitución.* Del reclamo de optimizar la articulación hospital-escuela antes citado se pasa a expresar la falta de articulación intersectorial y la desresponsabilización ya observada. Recuérdese que en el año del trabajo de campo se desvincula a la LOSE del apto físico, como determinación unívoca del sector salud que hoy (2016) se plantea como problema.

Informantes clave

Acerca del Programa

Los informantes de nivel central de educación estiman que el programa es un *“indispensable mecanismo para que el estado garantice el acceso de la población escolar aunque las respuestas a posteriori no funcionan: son demoradas perdiéndose la posibilidad de prevenir más allá del compromiso familiar. A su vez el contexto actual no facilita que se garanticen las condiciones edilicias para ejecutarlo en la escuela. Pero está por fuera de lo formal de educación.”* Esto significa que no está incluido en el hacer cotidiano de la escuela: ni facilita ni se apropia de él sólo se siente invadida la escuela por él.

Los locales opinan que *Es fundamental sostenerlo en la escuela por las numerosas problemáticas que se detectan y el seguimiento posible que se obtiene porque no es lo mismo que un docente marque un problema que lo señale salud (ej. Caries), la voz de la escuela no está profesionalmente autorizada para marcarlo, debe profundizarse el programa sin invadir la jurisdicción de la familia. Debe intensificarse por el aumento de situaciones de falta de control de salud de niños por desconocimiento de sus padres, debería hacerse todos los años el control ó un atento seguimiento de todos los que se hallaron con problemas* y especialmente en escuelas que tienen poblaciones desprotegidas. **Es correcto hacerlo en la escuela** porque es mayor el presentismo alcanzado, resultando difícil controlar a los ausentes luego en el hospital. La única manera es **hacerlo en la escuela porque forma parte del rol docente** teniendo en cuenta un concepto integral de educación y a favor de la salud del niño y de su trabajo: no es un día perdido sino un día ganado en este sentido, **debe concientizarse al docente al respecto de su función.**

La última frase implica una autocrítica para trabajar desde las supervisiones escolares con sus docentes y/o un reclamo a salud de mayor/mejor intersectorialidad.

Pregunta 3: qué opina de la modalidad de ejecución de este efector

Docentes:

A- 17 docentes acordaron en que debe realizarse **en la escuela** el control de salud porque favorece

* el **presentismo:** *Los padres saben que van a revisarlos y vienen en 90%, por voluntad propia y la familia no asistiría al hospital de ese modo.*

* si bien perturba el ritmo escolar (*se mueve toda la escuela*) consideran que *no es un perjuicio que se suspenda un día de clase, no hay irrupción sólo beneficios); se establece vínculo entre docente y equipo, la escuela convoca a los padres y ese contacto cotidiano con la escuela los obliga a venir al control, y es importante que ocurra en la escuela para que la escuela acompañe a la resolución porque a veces los padres no saben qué hacer con el problema de su hijo ya que los maestros acompañan a los padres hasta en problemas personales de ellos);*

* es valorada tanto la presencia del hospital en la escuela como que la detección se haga en ésta (*hacerlo en la escuela es mas garantía, mejor canal, más fácil y más tranquilo para padres y docentes y facilita a la escuela la información que necesita para hacer el seguimiento y evitar dificultades en el*

aprendizaje) como así también este encuentro hospital en escuela facilita la integralidad de las acciones y la escuela se siente acompañada por el efector.

B- Las cuatro respuestas negativas se fundan en que: **se mezclan las cosas en la escuela, debieran hacerlo en contraturno, el docente no está preparado para acompañar la tarea del equipo de salud y no se puede imponer la colaboración, se hace un poco de ruido y propone citar separados a los grupos convocados.**

La mitad de las entrevistadas (11) no acompañó a su grupo escolar durante el control de salud y sólo a 9 de las 21 les informaron sus directivos acerca de los resultados de dichos controles. Entienden que esta información es importante para avanzar en el tema del cuidado de la salud, para conocer más al niño/a y hacer el seguimiento con la familia desde el docente. Se evidencian problemas comunicacionales al interior de la escuela entre docentes y directivos.

La socialización de los datos de los controles da más garantías de que el problema se resuelva a pesar de las dificultades de acceso existentes. Pero acotan *que es necesario un encuentro más allá del cierre para saber quien fue atendido o no, articular más allá del control y evaluar el impacto alcanzado: en los tiempos y espacios reales (hay muchas horas especiales); de ese modo se podrían sostener compromisos conjuntos: citar entre docente y equipo de salud a los padres que no han podido acceder a la atención indicada e ir más allá de la presión y/o del control a éstos.* Aunque reconoce que *son acuerdos que se desarman con los cambios de personas en las escuelas, lo que provoca discontinuidades, fracturas en el sector educativo,* claramente se registra la falta de evaluaciones del programa, necesarias para ambos sectores

Antes del control, el equipo de salud le pregunta al docente qué le preocupa de sus alumnos/as (elemento valorado por 9 docentes) pero luego no le informan qué pasó con esa preocupación porque el vínculo entre la escuela y el hospital es débil más allá del control. A algunos docentes no les llega esta pregunta con antelación al control y esto revela cuestiones de fractura en lo intraescolar (comunicaciones entre directivos y docentes).

En relación a esta información de los controles de salud del alumnado, tres docentes se mostraron interesadas en recibirla, otras cuatro refirieron que la obtuvieron y con ella realizaron los seguimientos pertinentes con las familias de los alumnos/as derivados, seguimientos que realizan por decisión propia ya que están convencidas/entienden que es parte de su rol docente acompañar a los padres en el cuidado de la salud de los niños/as. Otra de ellas utilizó la información acerca del estado de salud de su grupo escolar para abordar con él la autorresponsabilidad y ser artífices de su propia salud, **convencida de que este eje es parte de su función pedagógica acompañando la responsabilidad que le cabe como miembro del Estado.** Y otra acota **no es**

función del docente el seguimiento, sí como miembro del Estado debo aportar y recibir datos de mis alumnos/as pero la responsabilidad es del adulto que lo acompaña.

Es relevante señalar que las respuestas a esta pregunta abren un abanico de alternativas escasamente tenidas en cuenta por el efector de salud, que como tal resulta enfrascado en sus premisas sectoriales sin contemplar el territorio asignado a su cuidado en forma diagnóstica para adaptar la implementación a ese devenir.

Directivos:

A- 19 / 21 opinan que **debe continuarse la tarea en el ámbito escolar** porque consideran que: *Ya está instaurado que vienen a la escuela, es un beneficio para todos, es un alivio que el hospital venga a la escuela, es un complemento del docente y acerca el sistema de salud a los padres, no irían tanto al hospital aunque a veces éstos no lo aprovechan, hacerlo en la escuela logra mayor presentismo*, La idea de que el agente de salud es complemento del docente me resulta verdaderamente superadora del paradigma instalado por el primer higienismo donde el docente colaboraba con el médico escolar.

No se obtendrían los mismos resultados si no se hiciera dentro de la escuela. *Antes el docente iba con su grupo al lugar de salud, y si bien siempre hay problemas con los espacios debe sostenerse en la escuela porque el impacto no es el mismo, desde una mirada de Estado que se hace cargo, tiene sentido porque los padres se olvidan de hacer los controles y de este modo la escuela cumple su función facilitadora, Facilita la tarea de la familia de atender a su hijo, es más convocante y es parte de lo escolar convocarlos al control.*

A su vez se registran otras opiniones: *El lugar de conocimiento no debería ocuparse de la salud pero en este momento que los padres no tienen tiempo ni recursos para llevarlos a atender, la escuela debe ofrecer este espacio de control y de atención; no pueden no abrirse las puertas de la escuela para las acciones de salud y tiene el hospital un lugar ganado con paciencia y conducta. El programa es muy buen detector, debe mejorarse y sostenerse en lo público*

Vinculado a este escenario comentan cuál es el lugar que ellos consideran ocupan los docentes en esta implementación: **El compromiso es personal.** *Los docentes se comprometen y están alertas a qué necesitan los niños, saben mucho de ellos para poder abonar el vínculo entre salud y escuela. Pero nadie puede obligar al docente a que tenga ese criterio preventivo porque algunos docentes se molestan porque se revisa en la escuela ya que lo toman como un facilitamiento de la desresponsabilización de la familia y no*

*entienden/saben por qué no se puede hacer en el hospital. Los directivos señalan que se requiere que **se informe al docente desde el equipo de salud** y no a través de la dirección para que la escuela pueda comprometerse en la promoción de la salud. Otra vez se evidencian cuestiones de falencias comunicacionales dentro de la escuela entre directivos y docentes pero no sólo eso: también de parte del equipo de salud que pretende que el docente facilite la tarea del programa pero **no dispone de encuentros con él para recabar su visión y explicitar la de salud.***

Es menester comentar que en un intento de modificar las ideas que los niños/as de 5 años dibujaban sobre qué es un hospital, donde predominaba la sangre, la ambulancia y las secuelas de accidentes, se realizaron visitas al mismo con ese grupo de escolares. Las mismas fueron prohibidas por el comité de infecciones del nosocomio porque traer población sana a un lugar donde transitan enfermos resultaba una exposición innecesaria al contagio. Así como muchas veces el equipo de salud escolar encuentra resistencia al uso de los espacios escolares para las tareas con sus alumnos/as y se interpreta como indicador del lugar simbólico que la conducción escolar le otorga al cuidado de la salud de su alumnado, así también debe interpretarse el párrafo antes dicho: el efector de salud no le otorga ningún lugar simbólico al cuidado de la salud de los niños y niñas matriculados en sus escuelas.

Asimismo, 9 directivos opinan que **falta otro encuentro de salud con las familias a los dos meses de las derivaciones para saber el por qué no acceden a la atención requerida** /.../ esta acción sería valiosísima si realmente estuviera el sector sanitario preocupado y ocupado en mejorar la accesibilidad al sistema, la cual está establecida como objetivo en la ley 153, vigente en CABA /.../ ya que el **seguimiento NO es función de la escuela porque el programa no es de la escuela**, y *complica bastante a la escuela*. Está realmente claro en el discurso de este entrevistado que los acuerdos entre los niveles centrales acaecidos en ocasión de la creación del programa en 1989 no resultaban acuerdos en todos los estamentos educativos de la ciudad. Hoy tenemos un escenario inverso: a fuerza de tareas realizadas por 30 años en las escuelas por los efectores de salud hay vínculos locales (absolutamente mejorables) y son inexistentes los vínculos centrales, básicamente por la desvalorización del de salud al de educación. Se observa la falta de implicación en la tarea que en parte se debe a la insuficiente articulación intersectorial escuela-hospital.

*El hospital debe notificar la respuesta de las derivaciones hechas. **Se requieren más espacios de articulación del seguimiento de los chicos que quedan abandonados por el desconocimiento y la baja señal de alarma de estos padres que lleva a no registrar los problemas.** /.../ Falta una vuelta más de acompañar a la familia para alcanzar la atención que se requiere,*

mejorar la comunicación entre los dos sectores en qué hacer con este problema y saber qué impacto se logró con la estrategia implementada y modificarla. Es imprescindible la devolución al docente

B- 2/21 opinan que **no** es la escuela el lugar adonde deben ejecutarse las acciones del programa porque: es **una invasión del espacio escolar y el docente se siente sobrecargado**. Se pone tiempo/espacio y voluntad para lograrlo en la escuela. **La crisis en la política y la sociedad llevó a hacer los controles en la escuela, la vacunación en escuela no facilita la prevención sino que desresponsabiliza a la familia**. Salud exige condiciones del espacio a educación, **la escuela no es ámbito adecuado para salud**, cuando ni siquiera el espacio es adecuado para lo escolar (contaminación auditiva) pero salud sigue enfrascada en su mundo y no puede ver la realidad de la escuela. **La revisión debiera hacerse en el ámbito de salud**. Cada cual a su juego.

Pregunta 4: ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades?

Docentes:

A- sólo 4 entrevistados/as encuentran fortalezas en el programa:

- *Para los padres el efector de salud es relevante en el acompañamiento de la crianza y el programa permite tener prioridad en el niño y actuar. Tener otra mirada de lo que el docente observa es importante para acompañarnos y para interpelar las prácticas de los actores de ambos sectores.*
- *La mirada de salud nos amplía la nuestra y me hizo sentir muy acompañada por el efector pero es necesario reunirnos para aunar criterios y prevenir porque falta conciencia del cuidado y el programa trae la posibilidad de comunicarnos./.../ Aprovecho la información del efector para conocer a mi grupo escolar.*
- *Excelente articulación entre salud y educación desde ESI y se podría articular sobre alimentación e higiene reconociendo al niño como agente multiplicador.*
- *La intersectorialidad enriquece a todos los que dialogan, un gobierno partido en sectores es obsoleto y aislacionista.*

Aunque escasas son fortalezas dignas pero no plenamente alcanzadas en todos los casos, ellos mismos plantean cómo ampliarlas y por qué.

B- Debilidades:

Acceso demorado entre docente y hospital para recibir asesoramiento y saber que está pasando luego de derivar a un niño y lograr que la atención llegue oportunamente. **Se requiere articulación para no naturaliza el descuido.**

No hay seguimiento más pormenorizado de casos complejos. Hay descoordinación: *El docente no es escuchado ni consultado por los otros (eoe y hospital), no se toman en cuenta sus llamadas de atención. La escuela desconoce si están realizando el tratamiento ¿Le compete a la escuela saberlo?*

No hay tiempo para ahondar el vínculo hospital/escuela necesario en los desafíos que plantea la inclusión. /.../ *El médico no ve la interacción del niño con otros, se observan problemas de acceso. /.../ La voz de los profesionales nos hace sentir más seguros, necesitamos **más tarea conjunta** entre hospital./escuela en lo que respecta al seguimiento de los casos vulnerables*

Dificultad en diálogos entre distintos actores y resabios de la matriz autoritaria que impide los diálogos. *No se termina con el objetivo del seguimiento sólo da diagnósticos y no direcciona la acción. /.../ **No hay un nexo, una unión entre los que abordamos al mismo niño.** Refieren que falta articulación dinámica, mayor intercomunicación entre hospital/escuela y faltan recursos para respuestas más oportunas y *para contener a los docentes que se quedan solos con el caso, cuesta juntarse. A veces se logra./.../ **El achicamiento del Estado (con respecto a los 60) borró el cuidado desde un abordaje integral a partir de un concepto integral del niño, es muy complejo confluir las dos miradas y se necesita más encuentro, el derecho está instalado pero no se lleva adelante porque el Estafo no garantiza infraestructura.****

Faltan recursos para dar solución a los problemas detectados, **faltan dispositivos que incluyan la diversidad cultural** y no sólo sean terapéuticos. Falta política de salud paralela a la política migratoria y sobrecarga del hospital. /.../ *No hay turnos, los teléfonos no funcionan. /.../ Falta más información a padres para aumentar conciencia del cuidado de la salud, es necesario reiterar controles más periódicamente, la lista de espera es por crisis de falta de recursos y eso evita aprovechar la inspiración del taller ó control. Falta trabajo posterior al control con docente de cada grupo escolar examinado para evaluar el impacto de la tarea de salud.*

Si son derivados desde el programa no obtiene acceso más fácilmente, se requiere más coordinación para garantizar el acceso al servicio que se deriva, crear un servicio de orientación en el hospital y los turnos son muy demorados según refieren los padres. No hay modo legal de obligar a los padres con problemas a que garanticen el derecho de salud de sus hijos, caída

de paradigmas de valores y del lugar de la escuela y el hospital y **el sistema no responde a todas las demandas de atención que se necesitan**

Para salud el **movimiento médico hospitalario es obstáculo para articular con docentes**. y no esperar que todo se resuelva por la estrategia docente: **falta visibilizar el producto del programa y encontrar caminos alternativos de acción**. /.../ Falta articulación aceptada en la triada eoe/hospital/escuela para saber qué pasó con la derivación y que todos los actores estén comunicados.

La exhaustiva descripción de las debilidades del programa (ó de su actual ejecución) no conciben con el anterior ítem en el cual mayoritariamente los mismos docentes acuerdan en sostener dicho programa. Pero componen un bagaje de datos dignos de tomar en cuenta en una instancia evaluatoria del programa en pos de optimizar las posibilidades del encuentro entre sectores.

Directivos:

Fortalezas: Las señaladas se refieren exclusivamente al vínculo que perciben entre el hospital y la escuela y a la posibilidad real de armar proyectos conjuntos que favorezcan la atención y el seguimiento de los alumnos/as que lo requieran. Textualmente refieren que: *hay un vínculo cercano que siempre nos da respuesta, que ayuda a rearmar lo pedagógico en un contexto difícil.: escuela y salud son pilares para que estas poblaciones puedan tener otras oportunidades. /.../ el cise brinda la posibilidad del encuentro entre profesionales y docentes en salud mental y hay respuesta inmediata: la escuela recurre al hospital y siempre hay respuesta oportuna, hay trabajo en conjunto, hay vínculo, el conocimiento del docente es tenido en cuenta y se habla el mismo idioma. /.../ Es un trabajo ordenado y el vínculo interinstitucional es satisfactorio. /.../ La posibilidad de construir redes aunque sea una tarea muy costosa ofrece espacios de responsabilización de lo público frente a la población. El control público de la salud escolar resulta más integral que lo no público./.../ Salir al campo educativo es una fortaleza para salud, al trabajar en conjunto la familia se siente mejor, acompañada. La escuela primaria forma vínculo con el efector./.../ La diversidad de miradas enriquece la intervención entre flia/htal/esc. para mirar lo mismo (la salud de los chicos) con diferentes códigos; /.../ La articulación entre htal/esc garantiza la continuidad de los tratamientos en hospital y ofrece la oportunidad de sostener proyectos en red./.../ Es importantísimo que el docente comunique sobre sus alumnos y que luego se le notifique de los derivados. /.../ Entre hospital y escuela, ese encuentro es necesario e imprescindible, ambos tenemos un **objetivo en común: el cuidado de la salud del niño**. /.../ Hubo seguimiento de derivados por el htal /.../ reconoce un vínculo cotidiano entre los dos sectores, el htal*

acompaña todo el año a la escuela, se logra complementarnos, la conducción media ente escuela y familias.

Los directivos expresan valorar esta escucha, este acompañarlos que salud aporta dado que experimentan soledad frente a la complejidad de la comunidad educativa a su cargo.

Debilidades:

Programáticas: *El programa debiera ser nacional, es una necesidad unirnos (jurisdiccionalmente), para lograr que los adultos se hagan cargo de los niños (no lo hacen por ignorancia ó indolencia). No hay política educativa que organice lineamientos, por ello debemos **generar debates entre los dos sectores** que están pendientes: mesas de salud. /.../ Falta sostener conjuntamente el **seguimiento de un niño de 1º a 7º grados**, no se trabaja con la desidia familiar. /.../ Escasos dispositivos en el ámbito escolar para lograr un tarea más articulada entre ambos aunque es escaso el tiempo, deben valorarse las oportunidades de intervención para movilizar a la familia que no responde y desprotege al alumno/a. /.../ No se hace seguimiento de los ausentes y derivados desde el sector salud. /.../ **La institucionalidad pública está desvalorizada (sólo se muestra lo que no funciona). Se perdieron los consultorios en escuela y los recursos humanos.** Aquí se hace clara mención a las pérdidas de las transferencias nacionales a la ciudad y del ámbito de educación a salud, las cuales no fueron consensuadas sectorialmente: sólo fueron secuelas de la reducción financiera del Estado Nacional en la época neoliberal de finales de los 80 del Siglo XX.*

Intersectorial: *El trabajo en conjunto es imperioso /.../ **No hay espacios de encuentro entre docentes y hospital** y son necesarios. Se requiere articular para concientizar y contener a los padres en las crianzas de sus hijos. /.../ Es menester una **intercomunicación permanente** entre los miembros de la red (avisar que falta al tratamiento.: vínculo entre hospital y escuela sin mediación del EOE. Comunicación periódica aunque parezca una utopía). /.../ establecer canales de comunicación fluidos entre hospital/escuela, los docentes no colaboran en general. /.../ es escaso el conocimiento de la realidad escolar por salud y de salud por educación. /.../. Desde salud mental observo una **desvalorización de lo escolar** que no ayuda a que la escuela cambie, desvalorización que podría revertirse con la construcción de vínculos inter./.../ Educación va a salud y no al revés porque **salud no se baja del pedestal** y es necesario trabajar en paralelo y con respeto mutuo. El programa involucró al otro que debe facilitar las acciones de salud. Salud debe escuchar más a educación: hay un ninguneo del otro y sin interacción no hay resultados posibles: **se requiere de red, de sostén, de tejido ilimitado.** /.../ **Escasa presencia en la escuela que no facilita vínculo del equipo y los docentes.***

*Es necesario sostener un vínculo comunicativo permanente /.../ Falta tiempo y lugar para el encuentro entre escuela y hospital para armar una amalgama entre ambos, **no hay objetivo compartido ni articulación en la que todos ganen.** /.../ Faltan dispositivos de articulación entre htal/esc./.../ Hay fracturas en los seguimientos de las familias con problemas. /.../ Se pierden los casos graves en las esperas y desatenciones familiares./.../ El fracaso en la articulación no lograda entre actores devino en iatrogenia.*

ESCASEZ DE RECURSOS: *la red funciona pero con obstáculos (**demora en turnos de salud mental** especialmente **desaprovechan la motivación lograda en la familia para atender el problema de su hijo. Urgente obtención de turnos en algunos casos que se demoran por burocracia.** /.../ El hospital no da abasto y por **carencia de recursos** - no acordes a tantas escuelas - /.../ políticamente no hay decisión, también falta tiempo en la organización escolar para encontrarse y modalidades escolares que necesitan ser revisadas. La resistencia a ampliación de roles de los agentes del Estado, aún con ley que avala, es lo que **impide la práctica garantista de derechos.**/.../ **¿lo podemos cambiar?**/.../ Ampliar la oferta hospital por deficiencia de las obras sociales y por mayores requerimientos., la espera es demasiado prolongada (2 años para tratamiento psicológico)/.../ Es dable resaltar que ellos no endilgan las deficiencias al programa ó al modo de ejecutarlo sino que tienen en claro que las deficiencias del propio sistema de salud no pueden absorber aquello que detecta y deriva. Cabe señalar que ante las derivaciones se utiliza el criterio de discriminación positiva derivando al subsector público aquellos matriculados que no poseen otro sistema de cobertura en salud.*

INFORMANTES CLAVE

Debilidades:

*Centrales: dificultades para ponerse de acuerdo entre los dos ministerios y las propias de cada sector. Si lo toma un medico ya no es problema de la escuela. Lenguaje inadecuado para el ámbito escolar en los discursos de salud. No entienden lo que pasa en la escuela, no hay mediaciones entre lo que pasa entre los dos. A salud le cuesta un poco salir a hablar con los otros: no pasan datos. **Los aptos son una forma de excluir a los alumnos del sistema de salud y la falta de oficialidad de la LOSE es una amenaza al programa.** Es necesario que el control sea anual y no trianual. Señala resistencias de padres a espacios grupales de salud mental Dificultades para articular entre partes del sector educativo mezclando lógica estatal/privada y otras de superposición y contradicción de normas que obtura articular con otros. es importante la conexión de lo escolar y lo terapéutico. Necesidad de establecer acuerdos*

sostenidamente de cómo optimizar los escasos recursos entre ambos sectores evitando superponernos y continuar en el como si funcionara. con insuficiencia de recursos de salud que hace que se desaprovechen los momentos de las familias para atender el problema

Como debilidad falta organizar la comunicación pautadamente sin recargar a nadie si no no facilita la tarea.

Locales: Demora y dificultad en los turnos que requieren mas profesionales de salud mental **entre ambos sectores debemos reclamar el aumento de estos recursos de salud** para la atención de nuestros alumnos. Mayor articulación entre htal/esc/eoe.. El efector podría trabajar con la conducción para que desde el directivo sea explicitado que se espera del rol del docente frente a la tarea del equipo de salud (acompañar al grupo en cise, abordar el seguimiento de los derivados/as, es una función educativa: valorar el cuidado enseña ese cuidado (esi) y esa conducción transmite información posterior al cise. El docente cree que su rol es dejar al htal tranquilo y no entrometerse con ellos. Falta articulación en el seguimiento htal/eoe y + recursos eoe. Y en salud. escaso **seguimiento** de los niños con problemas, demoras en turnos de seis meses o más y a veces falta de la atención requerida, la construcción de red a nivel central que no existe. Sería necesario que se controle un año si y otro a toda la población.

Fortalezas:

Centrales: trabajar en conjunto, roles complementarios en la promoción de salud. Recuperar la escuela como espacio de salud. Mesas de salud como espacio interesante de reflexión. Devoluciones a la escuela y trabajar la conciencia del control de salud. Trabajo en conjunto comprometido de años

Locales: posibilidad de seguimiento y de confluir miradas ante divergentes líneas de trabajo. **Ante situaciones graves de alumnos sólo nos salvó el trabajo en red de todos los involucrados** dentro de las posibilidades reales de todos los actores para armar vínculos interinstitucionales. Diálogo construido sin problemas. Talleres: positivo frente al trabajo con padres en conjunto con lo que la escuela hace con ellos, garante de la salud. Sus hallazgos abonan al bienestar de los alumnos y a sus estares en la escuela y evita que el docente diagnostique.

Pregunta 5: ¿Conoce alguna situación particular en la que el PSE haya podido detectar alguna enfermedad o problema de salud de un/a alumno/a? ¿Sabe si el problema o enfermedad llegó a ser solucionado/a?

Los docentes respondieron: 7/21 si, 8/21 pocos casos, no sabe 4/21 y a veces inician tto pero luego lo abandonan 2/21

Agregaron que: es necesario aumentar la articulación con los docentes desde salud para que se concrete y sostenga la atención incluso cuando se les da turno y no lo aprovechan, algunos se atendieron en hospital pero no hubo comunicación del profesional con la escuela ante el abandono de la familia y para que la escuela le ofrezca otras alternativas. Los padres no van a atenderlos y ¿no hay medida desde lo sanitario para que logren hacerlo? Es necesario una 2º visita para saber qué pasó con lo que se derivó, no quedar sólo en la lose y no firmarla, se puede hacer la citación en la escuela para que traigan certificado de la atención indicada. En cambio, hubo respuesta oportuna con ¿a ver que ves?

Los directivos respondieron: **Siempre 9, a veces 6, No sabemos porque no nos informan 3 y no 3**

Entre esos 9 agregan: con distintos plazos y de acuerdo a la capacidad de la familia de acompañar, los profesionales se han comunicado con la escuela para articular el seguimiento ó hay que insistir mucho con las derivaciones que uds hacen.

Entre esos 6: hay déficit por falta de recursos ó sabemos que en algún lado se atenderá pero no sabemos en cual.

Según las opiniones recogidas en ambos grupos de respondedores el impacto del programa resulta escaso.

Pregunta 6: ¿Quisiera agregar otra opinión sobre el PSE?

Una de las docentes acotó: *vienen tantos a la escuela que me mezclo*

Docentes: en su gran mayoría han hecho propuestas en relación a:

Articulación con salud: *como resguardo para no fragmentar ni despedazar al niño, implica aunar criterios, pensar juntos, criticar lo que hacemos, disentir, implementar estrategias conjuntas, reflexionar sobre la práctica, trabajar en equipo surge algo único. Hay cuestiones en común aunque la articulación es difícil. **Si no trabajamos juntos estamos en el horno.** Hacer integral la mirada, formación del docente para lograr que sea educador de la salud. Y*

fortalecer juntos la responsabilidad que le cabe a los padres en el cuidado de la salud de sus hijos/as por falta de recursos culturales no sólo por negligencia. Más participación del hospital en jornadas de reflexión, es necesaria más presencia del equipo de salud en la escuela. Asesoramiento al docente ante situaciones que lo superan en el vínculo con la familia del niño con dificultades (ej.: ADD). Es menester tener en cuenta el conocimiento de los docentes sobre padres y alumnos.

Con respecto al control de salud: *es necesario que todas las actividades sean anticipadas a los docentes para que inicien el proceso, para poder acompañar al grupo. Conocer la fecha anticipadamente (1 mes) para trabajar el cuidado del cuerpo con el grupo y que el control no quede sólo ahí en un control, en una sola vez, es importante la charla previa al control con el grupo desde el equipo de salud. fortalecer el espacio de padres previo al control. Favorecer la comunicación entre escuela (por mail, etc) favorecerá la creatividad, crear códigos comunes. que el hospital venga más seguido a la escuela y que juntos convoquen a padres articulando entre ambos y tomando al niño como agente de salud.*

Los maestros también necesitamos los cuidados de salud para evitar el burnout.

Con relación a las derivaciones: Articular con profesionales que atienden a sus alumnos Construir modos de comunicación entre docentes y hospital. SEGUIMIENTO EN CONJUNTO acompañando a las familias y aunando criterios tanto intrainstitucional como interinstitucionalmente ¿Qué podemos hacer en conjunto para lograr esto? para acompañar al padre y que se haga cargo y no sólo que cumpla porque la escuela se lo pide,

Armar seguimiento conjunto (docente y agente de salud) y concretar proyectos.

Educación para la salud: incrementar acciones para la construcción de hábitos saludables con niños a partir de una planificación conjunta con la docente y el equipo de salud,

Directivos

Educación para la salud Una de las propuestas es configurar dispositivos de acompañamiento de docentes que decidan abordar los contenidos de ESI y más allá de haber recibido la capacitación específica que se le ofrece dentro de su horario laboral. trabajar con los niños para que les exijan a sus adultos su cuidado, crearles la conciencia de pedirles. Trabajar conjuntamente con padres y niños sobre cuidado de la salud tomando al niño como multiplicador en su familia.

Necesidad de acuerdos y párrafos en común porque es posible construir de a dos y la capacitación no alcanza, sostenerlo en su proyecto aúlico

Participación del equipo de salud escolar en las jornadas institucionales que cada escuela tiene con suspensión de clases. Esa sería una oportunidad de que salud entienda mejor el contexto escolar cotidiano. solicita **que se les crea** a los docentes como profesionales educativos. cabe destacar la desvalorización que el sector escolar siente de parte de algunos profesionales de la salud. Considero que hay un reclamo de ser escuchado y tener en cuenta el contexto escolar donde suceden las dificultades Esc y htal deben colaborar entre si y direccionar sus intervenciones en la misma dirección y las políticas sanitaria y educativa deben definir objetivos en común ¿Qué pasa si los padres no cumplen las derivaciones? Es otro punto en común como agentes del estado el seguimiento de las familias

Hacer acciones con grupos escolares de riesgo (bulling) Que sm no crea que siempre lo que falla es la contención del maestro (guardia) y que crean en nosotros como profesionales. Es necesario resolver entre todos los actores una misma dirección en la intervención para evitar iatrogenia. No se invierte en lo público y es lo que maneja la igualdad y la equidad en lo educativo porque en el ámbito privado se lo excluye por sus dificultades. Mejorar las redes con las escuelas para avanzar en este sentido no con intención de sancionar sino de prevenir buscar modos de comunicación entre los sectores que compatibilicen los diferentes códigos de cada uno como necesario rumbo de gestionar y que es posible para abordar la complejidad de los procesos y la velocidad de caducidad de respuestas posibles apostando a formar Interdisciplina/intersectorial

Para saber en qué quedo aquello del control solicitan un resumen de los asistidos a fin de año y con expectativas para el próximo buscar otra forma de llegar datos al htal y de hacer el seguimiento compartido. Dispositivos para articula flia, htal y esc se debe promover la articulación confluir las distintas miradas sobre la misma población, fortalecer lazos, vínculos personales explotar las posibilidades de encuentro confluyendo en una misma dirección de la acción cada uno desde su especificidad construyendo un diálogo entre los sectores el equipo de salud debe acercarse al docente y explicarle toda su tarea para que pueda apropiarse de ese espacio de promoción de salud Armar dispositivos en conjunto cuando la familia no responde a las indicaciones de atención, dispositivos que garanticen el intercambio y la comunicación entre htal/escuela por ej. Bajo peso. Acordar y crear momentos institucionales de intercambio Alcanzar la atención con menos demora que la actual Construir una mirada en conjunto para evitar sentir que es una función más agregada y ajena como carga y poder mirar desde el otro para garantizar el derecho a la salud. **Vale la pena correr el riesgo de articular para alcanzar la superación**

de una acción en conjunto ir y venir buscando puntos de encuentro que apoye el cambio necesario en la escuela. Esi es una posibilidad de encuentro para articular un lenguaje común entre los dos sectores para obtener una respuesta más integrada e integral y este abordaje es impostergable

Informantes Clave: Propuestas

Intersectorial

Centrales: *afectada por las crisis institucionales de cada sector que fueron los más vapuleados cuesta mucho hablar, sólo lo hacen cuando hay problemas y no se aprovecha el poder que puede hacer la escuela en pos de la salud. **No existe la validez de la salud dentro de lo escolar.** Eso dificulta establecer los puentes con 13 lógicas diferentes de aplicarlo en la ciudad. Y a nivel central no hay posibilidades de encontrarnos sostenidamente y de pasar datos y no superponernos. **A la gestión no le interesa este programa.*** La referente central de educ de salud escolar (con 2 personas a cargo) habla del decreto y de la articulación necesaria entre sectores. Coordina un programa homónimo que incluye odonto, hiv, salud visual y el propio se. **El decreto nos hace existir pero es difícil hacerlo valer en lo escolar.**

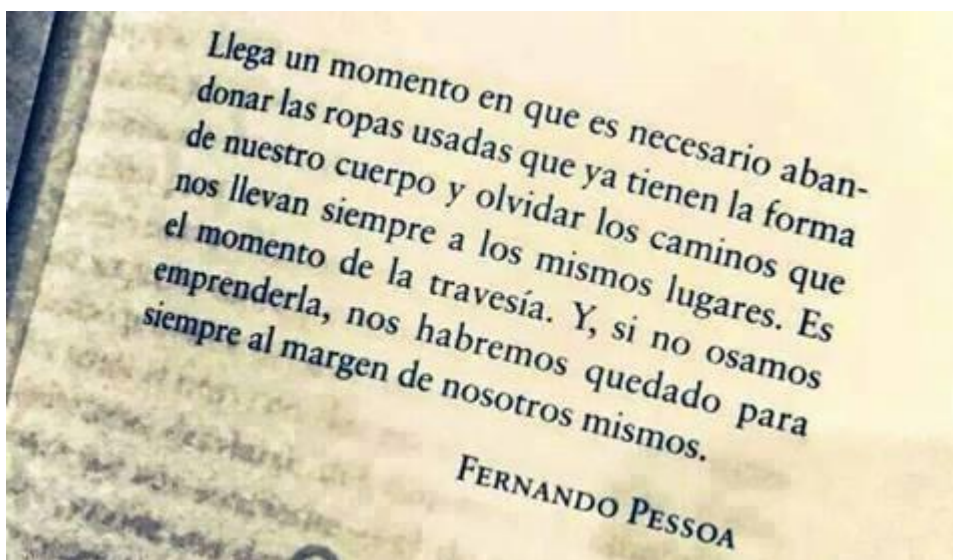
Locales.: palabra autorizada de salud está presente en talleres es necesario organizar con directores en cada inicio de ciclo lectivo (pide reuniones previas). Distintas pautas en los dos sectores y establecer acuerdos locales entre distritos y efectores dándole legalidad (acta de acuerdo elevada a los ministerios, ej. Aptos, que ella no cree necesario que sea anual por la exhaustividad en la trianualidad de la LOSE). Son menesteres los consensos para concretar acciones conjuntas. Abordar al niño integralmente y definir espacios de tarea desde allí. Esi abre esa unidad de trabajo combinando códigos para trabajar desde ambos sectores mancomunados. No todos coinciden en enfoques de género, en no imponer disciplinamientos escolares sobre los cuerpos infantiles. Hay que empezar a hacerlo e ir superando los obstáculos (resistencias padres). La capacitación al docente no resuelve **se requiere de dispositivos que promuevan seguimientos permanentes Definir lineamientos en común.** Resolver el problema de ese niño entre todos. Definir talleres al inicio de cada ciclo lectivo en función de las necesidades de cada escuela. **Debe aumentarse el trabajo articulado entre escuelas y efectores, y con los eoe y otras instituciones que también trabajan con los niños incluido el consejo de derechos** y hacer reclamo conjunto de recursos de salud, el seguimiento debiera ser compartido y en forma semestral realizarse, lo común entre sectores para hacer red: protección de derechos del niño para lograr calidad en salud para lograr calidad educativa.

Otra articulación factible es kioscos saludables. SE complementan las miradas de ambos. **Se observa la falta de coordinación a nivel central por esta temática y sería menester que los ministros se puedan poner de acuerdo.**

Centrales: reforzar el seguimiento de las familias, el contacto de profesionales del Equipo de Orientación Escolar y las áreas programáticas de los hospitales articulando intervenciones desde explícitas expectativas y disponibilidades pero de difícil concreción por falta de tiempos, no lograda con reuniones sino con consensos que entramen y de no lograrse esos consensos se producen ruidos entre instituciones y no se construyen redes **Seguir una línea conjunta de intervención a pesar de los malestares dentro de educación.**

Locales: entre ambos sectores debemos reclamar y exigir el aumento de estos recursos de salud para la atención de nuestros alumnos y evitar que el problema no se agrave. Abrir las escuelas para hacer acciones de promoción con padres para ampliar el uso de Cobertura Porteña de Salud y los controles en general.

CONCLUSIONES FINALES



Nosotros mismos en tanto trabajadores de la salud y de la educación públicas. A pesar del contexto adverso que plantea para salud la ley 2598, a pesar de una grieta sin sanar que significó la transferencia, hay lugar para andar la travesía de articular dos sectores hermanados por sus objetivos.

Luego de revisar el devenir histórico y las miradas de los educadores acerca del programa se ha obtenido una cartografía en la que se observa lo posible. Las opiniones de los agentes educativos aquí estudiadas demuestran que el mapa construido **da un lugar**: la escuela espera de salud un acompañamiento. Y que lo requiere aún más profundo del que actualmente recibe. **Hay ocasión para establecer lazos que permitan procesar las huellas de la memoria y resignificar nuevos sentidos en común para reducir los padeceres de los niños y niñas al ir a la escuela.**

Podrá ser menester investigar cuál será el sentido que salud le otorgue a esta ocasión de ocuparlo y si el suyo coincide con el del “otro”. Así como no logramos la referencia/contrarreferencia en los diálogos intrasector salud, es menester que al dialogar con otros sectores tengamos en cuenta los déficits preexistentes.

Pero en esta investigación, se parte del supuesto de considerar al programa como una efectiva herramienta para garantizar el derecho a la salud de la población infanto-juvenil de la ciudad, no porque se haya alcanzado el grado óptimo de garantía de dicho derecho sino porque resulta un modo eficaz de intentar alcanzarla, a pesar de sus obstáculos/deficiencias. **No hemos encontrado aún otros modos de obtener los resultados deseados.** No pudimos ser eficaces es disminuir los padeceres de los niños y niñas en su etapa escolar, garantizándoles una experiencia escolar saludable.

¿Se espera del docente que demande judicialmente cuando el efector de salud no puede hacerse cargo de la atención en forma integral y oportuna?

Será oportuno reconocer la soberbia médico-hegemónica aún presente frente a los desafíos que le deparan al docente las complejas situaciones de vida que atraviesan sus alumnos/as. Será mejor **encontrarnos en el mismo rumbo** de reclamar juntos a ambas autoridades en defensa de los derechos vulnerados.

Para lograr un fidedigno encuentro con ese otro es básico establecer puentes para el diálogo: algunos cambios serán imprescindibles como pasar de programas a estrategias compartidas, de fronteras a límites porosos. Se vislumbran como necesarias trayectorias que retranscriban encuentros con respeto, aceptando al otro sin minimizarlo. Diálogos que promuevan reflexiones sobre las potencialidades de ambos desde la historicidad común que nos aúna.

Es de esperar que el espacio intersectorial arroje no sólo resultados a nivel del trabajo con cada alumno/a ó con un grupo de alumnos/as: de un diagnóstico en común surgirán también gestiones en otros niveles de intervención. No es lo mismo luchar por aumentar la disponibilidad de recursos necesarios para atender a la patología de mayor relevancia (caries) desde un sector que **desde**

dos que trabajan al unísono y para incluir luego la participación de un tercer actor: las familias de cada escuela. Esto conlleva a reorganizar los recursos.

Los espacios que se abren a este tipo de reclamos también son novedosos para el sector salud que se queda con sus datos sin moverse mucho más allá de lo institucional (en el mejor de los casos). La fuerza de negociación será ponderada no sólo como la suma de las partes: tendrá un **carácter sinérgico** desconocido. Ubicar al programa en agenda política dentro de un área de Niñez y Adolescencia que en el sector estatal mancomune a todos los sectores públicos que trabajan en ella para intentar reducir las fragmentaciones y producir sinergias en las intervenciones.

Entre los educadores, se observa la necesidad sentida de arraigar el concepto de cuidado de la salud desde todas sus facetas: personal, familiar, grupal, institucional, comunitaria y no sólo como propósitos del sector salud. Sin duda, la escuela y el hospital confluyen en mirar a la misma población: **la escolar**. Pero dicha confluencia no deviene en zócalo común facilitador de diálogos. Se observan varias tensiones en la implementación del programa: la del equipo ejecutante con el resto del efector de salud, que remite a la articulación entre el 1º y 2º niveles de atención, la propia de cualquier experiencia interdisciplinaria, la de la articulación entre los sectores que se articulan desde sus lógicas diversas y controvertidas y la observada entre dos niveles centrales del poder público. La confusión que plantearon tres docentes entrevistadas (creyendo que el programa de salud escolar incluía al de oftalmología) da clara idea de **lo obvio**: debiera estar incluido pero no porque existen dos programas de salud escolar, uno en cada sector de la CABA, ocupándose de diferentes instancias y como consecuencia de más de una década de desarticulación entre los niveles centrales de dichos ministerios públicos, que llevó a la actual dicotomía de la salud escolar.

Hay tensiones planteadas en la superposición de las normas específicas. El “otro” (la escuela) -a pesar de ser crítico- está **abierto a dialogar con nosotros**, los de salud. Además de ser pertinente en una evaluación cualitativa como la que propongo, escuchar al “otro” resulta estratégico ya que ese otro logró sancionar una ley (2598/08) que lo hace salir de la paridad planteada por el Decreto 3362/89. Esta ley convierte a Educación en el sector que toma las decisiones con los recursos del otro sector.

Como autocrítica entiendo que salud no se ha ocupado demasiado en evaluar desde 1989 hasta el presente (2016) la satisfacción de necesidades atencionales que su misma pesquisa en salud escolar generaba -al derivar a los examinados/as- y ello generó que educación refuerce su idea de que *“estando en sus manos la tarea funcionará tan bien como cuando estaba todo incluido en el mismo sector público y todos los actores eran regidos por una*

misma y única lógica: la educativa". Sin embargo este escenario genera riesgos no sólo de exportar el programa nuevamente al sector educativo sino de ser tercerizado y extraído del espacio público a la lógica de un servicio privatizado.

El derecho al cuidado se desprende del paradigma ampliado de protección a la infancia y el programa brinda una **excelente ocasión** para el encuentro. Es una ocasión para hallar un horizonte común de sentido, que dé direccionalidad.

Por ello se observa pertinente que la confluencia de estos dos sectores reconfigure la mirada – mediante acuerdos dialogados – en **amalgama**: una coincidencia de miradas además de compartir lo mirado. Esto significaría hacer que la mirada que cada actor lleva implícita se configure en un **modo de mirar compartido**. Desde la premisa que lo mirado por ambos es complejo y requiere de varios para abordarlo integralmente, a partir de cultivar la cultura del **encuentro** con el otro y generara experiencias que armen puentes y nexos desde las institucionalidades que transitamos. Los espacios y tiempos que estos encuentros necesitan no se encuentran disponibles hoy pero pueden crearse recorridos alternativos. **Articular estas dos instituciones es un hacer intercultural entre lo educativo y lo sanitario para abocarnos a reducir el padecimiento.**

¿Los paradigmas encarnados se borran con nuevas normas? ¿Las normas pueden ser contrahegemónicas al contexto que las alumbró? Cuestiones a debatir con los otros... El debate debiera incluir tanto las cuestiones macro y normativas como las de concepto: **¿es necesario un control de salud o solo es una forma de control social? ¿Qué sentido tiene pesquisar población sana? ¿En qué condiciones es válida hoy esa pesquisa? ¿Por qué y para qué ejecutarlo en forma intersectorial?**

Si el control de salud se vuelve control social y sólo es para separar enfermos de sanos, normales de anormales y relocalizar a cada uno en distintas instituciones educativas nos quedamos en marcos de referencia de la primera mitad del siglo XX. En lugar de controlar a los padres podría pensarse en asumir intersectorialmente acciones de educación para la salud vinculadas a la escuela de padres. Ya que no se enseña a serlo y los adultos más vulnerables no cuentan con mapas personales en su propia crianza que los guíen en la de sus propios hijos/as. Acompañar a los adultos responsables en las crianzas es claramente el rol de un equipo de salud de APS y considero que también de la escuela. Y un modo posible de lograr concreción para la garantía de derecho a la salud, que implica que todos los actores trabajen en el mismo sentido. Los hospitales deberían renovarse en tanto efectores de salud e intentar que la oferta sea adecuada a la demanda y a las necesidades poblacionales y no a las demandas/requerimientos médicos

Si intentamos contribuir a un nuevo marco desde el paradigma de los derechos del niño tal vez podamos superar la actual paradoja que habita en las instituciones de educación y de salud en tiempos de fluidez a partir de lo inter. Eso que promueve un diálogo dificultoso de encuentros y desencuentros pero que son útiles para pensarnos como sujetos que intervienen desde determinadas ideas sobre la realidad y acerca de los padecimientos contemporáneos de las complejidades observadas.

La oportunidad está en las interrelaciones, no puede más ser encapsulado por un saber disciplinar que lo fragmenta ni por un sector que domine la tarea. Desde ese modo de conocer al objeto está definida la posibilidad de lo inter: partir de los problemas que atravesamos. Y en ese andar podrán establecerse lazos, **ligaduras que construyan nuevos sentidos** para las acciones que pretendan sostener las trayectorias escolares de los niños y niñas con menores malestares que los actuales.

La lógica programática en la cual se enmarcó el programa requiere ser superada por una lógica que incluya análisis de coyunturas y estrategias intersectoriales. Las instituciones quedan solas para resolver, son arrojadas a la desimplicación y a la desconexión. De allí el ponderado valor de volver a mirar y descubrir a veces lo obvio. Nostalgiosos del pasado, la estrategia no encaja con el sujeto inesperado que atendemos y requiere poner en duda nuestro saber y aumentar la escucha. Y allí reside una clave poderosa: reconocer que necesitamos de los otros para lograr nuestras metas.

Puede resultar obvio, pero siento menester mencionar que los sentidos que los actores educativos otorgan se asemejan a los de los actores sanitarios incluyendo las mismas controversias y contradicciones pero estratégicamente resultan **más visibles en el “otro” que en nosotros mismos**, sin por ello considerar necesario que el mismo develamiento debiera hacerse al interior de ambos sectores para permitir la construcción de consensos intersectoriales. La mirada educativa del programa sirve a salud como espejo de sus propias controversias, las que guiarán los debates y reflexiones pendientes para retomar diferente ese encuentro con el otro que comparte nuestra misma preocupación.

Prevenir es anticipar el riesgo para evitar un evento que daña, hacer hoy en pos de mañana. Es necesario recuperar la mirada de largo plazo y recordar la historia de este vínculo entre salud y educación (hermanos poco vinculados según Róvere) que se abre a partir de la salud escolar. Insisto: **El programa es una ocasión para el encuentro y esta investigación ofreció una mirada hacia nosotros: mirando a los otros nos encontramos reflejados en un espejo que deja al descubierto nuestras propias contradicciones y controversias que pueden ser objeto de reflexión y volver al encuentro**

con ese otro que nos espera para compartir preocupaciones acerca de los pesares de sus niños.

Los paradigmas hallados en las cosmovisiones recabadas a veces chocan con la perspectiva de derechos de N,N y A y amerita remociones para articular en paridad. Los propósitos de las áreas programáticas no se alcanzaron: remodelar la oferta institucional en salud a las necesidades poblacionales.

El contexto político de la CABA no promueve los encuentros entre sectores y tampoco la garantía de derechos adquiridos y vigentes. Puede ser momento de discusiones intra e intersectoriales para obtener diálogos constructores de redes interinstitucionales capaces de garantizar derechos. Reorganizar recursos historizando sobre las potencialidades de autoridad sin autoritarismos intentando contrahegemonía. ¿Seremos capaces?

Si bien los marcos normativos son confusos – por la contaminación jurídica acerca de Salud Escolar - y no existe una política pública que defina los lazos intersectoriales entre educación y salud existe un escenario legalmente vigente sobre garantía de derechos en la ciudad (Ley 114) que podría ser útil para encontrar sentidos comunes a ambos sectores: define un horizonte en común si ambos estamos entendiendo nuestras funciones de servidores públicos como garantía del ejercicio de los derechos de los niños y niñas de nuestra ciudad, garantidos también al adherirse nuestro país en 1999 a la Convención Internacional de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

El actual paradigma de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes se topa con los resabios encarnados en los actores: las huellas históricas de viejos emblemas que deberán ser removidas. La alternativa que plantea la ley 2598 da cuenta de que la intersectorialidad intentada hasta hoy no fue fructífera y se requiere volver a unificar el discurso y contar con una misma lógica (la educativa). Pero aunque el contexto normativo y el político no resulten alineados con la posibilidad de articular instituciones, sectores y lógicas de intervención, tal vez dichos esfuerzos por alcanzar lo inter sean los más necesarios para atravesar momentos de tantas tensiones. Será cuestión de sopesar el desafío e intentar reconocer lo común entre los diferentes sectores. Concluyo que existen posibilidades de plantear y ejecutar la intersectorialidad desde la implementación de la salud escolar hoy en CABA.

La posibilidad de encuentro que ofrece el programa – a pesar de sus complicaciones e ineficacias – es una ocasión oportuna para intentar el desafío de lo intersectorial. Y dicha intersección podría resultar en sinergia que logre poner en agenda política la salud infantil y resolver encuentros a nivel macro. Los otros esperan ... y nosotros también?.

BIBLIOGRAFÍA

Revistas y artículos:

Armus, Diego “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?” en revista Salud Colectiva, Volumen 6, Nº 1, enero/abril 2010, Lanús, UNLa.

AGÜERO y otros “Salud escolar en la ciudad de Buenos Aires: 1880-1900. ¿Un instrumento de control social?” en Revista de Historia y Humanidades Médicas. Publicaciones de la Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, Tercera Época, Volumen 1. Nº 1, Bs As, 2005

- Alliaud, Andrea “Los maestros y su historia: los orígenes del magisterio argentino” CEAL, Bs As, Nº 1, 1993
- Súnico, Francisco “La inspección médica en Instrucción Pública” en LSM, marzo de 1903, pág. 236 a 239
- Sisto, Genaro “El médico escolar: sus funciones” Bs As, Weiss y Preusche, 1917
- Larguía, Alfredo. Historia de la vacuna en la República Argentina. Su distribución (en: LSM, 07/1903), 614-6.)
- Sanidad Escolar 1884-1960 ..., 20-1. Cf.: El Informe del Estado de la Educación Común en la República Argentina, de 1887, por Benjamín Zorrilla).

Agüero y Gioldi “Un siglo de Salud Escolar en la ciudad de Buenos Aires” en la Revista del Htal. Ramos Mejía de la Secretaría de Salud del Gobierno de Buenos Aires, Mayo de 2002.

Battolla y Bortz “Los orígenes de la salud escolar en Buenos Aires” en Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, diciembre de 2007, Volumen 27, Nro 2.

Belmartino, Susana “¿Salud para todos?, Voces en el Fénix nº 1, pag. 40, 2000

Belmartino, Susana: Corporación médica y poder en salud en Argentina 1920/1945, OPS, 1988, pág. 168

Carballeda, Alfredo Juan Manuel “La medicalización de la vida cotidiana como trasfondo de la intervención social: una revisión de determinantes del medio.” En Margen, revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, ISSN-e0327-7585 Nº 59, 2010

De Gentile y otros “Abordaje interdisciplinario de la problemática del escolar”, en Archivos Argentinos de Pediatría, Volumen 94, Número 3, Año 1996, SAP

Ereñú, N. y A. Lobo “Posibilidades de éxito del Programa de salud escolar en el Area Programática del Hospital Vélez Sarsfield”, Espuba, Año 1995.

Filgueira, Fernando “Pasado, presente y futuro de los Estados latinoamericanos” en *Protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Canadá: IDRC. (2011).

Grupo taller de trabajo de campo etnográfico del IDES (2001) “De las notas de campo a la teoría. Descubrimiento y redefinición de nagual en los registros chiapanecos de Esther Hermitte” en *Alteridades* 11 (21) Pp. 65-79

Gutreiman, Lic. Ana, Lic. Silvana Lorenzetti ,Lic.Gabriela Borgesi “**Un análisis del perfil de derivaciones a salud mental. Nuevas modalidades de intervención en salud escolar**” **AUTORES:** .ponencia en 3º congreso APS/ CABA Año 2007

Isuani, A. y Mercer, H. “La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina. ¿PLURALISMO O IRRACIONALIDAD?” Boletín Informativo Techint, 244, 1986, pag 9 a 40

Lukin, Alicia Sara **MEDICINA Y SOCIEDAD REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782 Año 27 , Nº 4 2007 SALUD ESCOLAR RELATO DE UNA EXPERIENCIA, SU APLICACIÓN Y FUNDAMENTOS** . Médica Pediatra. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría y Secretaria del Grupo de Trabajo de Salud Escolar. Coordinadora del Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital General de Agudos José M. Penna del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Macera “A propósito de la Libreta Sanitaria Escolar”, en La obra de la Inspección Médica Escolar, Dirección Nacional de Higiene, Año 1943.

Medina Vázquez, Javier “Función de pensamiento a largo plazo: acción y redimensionamiento institucional” Página 40

Monitor de la Educación Argentina – Capítulo 9

Olivieri, Enrique, Organización de la medicina escolar , 6º Congreso Nacional de Medicina, Córdoba, 16 al 21/10/1938, Tomo III, Rosario, Gráfica Pomponio, 1939, p669-685 y en Revista de higiene y medicina escolares, Año 1, Nº 1, 1942, (páginas 84 a 103)

Rizzo, Pablo A. “El Espacio Público de la Ciudad de Mendoza (Argentina), Espacio de Disputa y Expresión Ciudadana”

Róvere, Mario: La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas Arch Argent Pediatr 2013;111(3):224-231 / 224

Schicht "Proyecto de Libreta Escolar a iniciarse en la escuela" en Revista Médica escolar, Año 1, Número 1, mayo/agosto 1942 (páginas 128 a 137)

Otros documentos consultados:

**Ministerio de Educación. Dirección General de Planeamiento.
Departamento de Estadística de la Dirección de Investigación.
Relevamiento anual 2007 – CABA**

**Ministerio de Salud CABA "Control de salud integral del escolar
2010/2011"**

**Dardis, Lorena y Greber, Bettina "Reconstruyendo una historia"
Investigación de la Residencia de Psicopedagogía del Hospital Vélez
Sarsfield, año 1997.**

de la Aldea, Elena - Ignacio Lewkowicz La subjetividad heroica: un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud (Charla en el Htal. Durand 7/7/1999).

Consultas en Google académico

www.fmv-uba.org.ar/histomedicina_old/salud_escolar.asp "Salud escolar en la ciudad de Buenos Aires: 1880-1900. ¿Un instrumento de control social?" de Agüero, Milanino y otros. **Revista de Historia y Humanidades Médicas. Publicaciones de la Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, Tercera época, Vol. 1, Nro. 1, Buenos Aires, 2005.**

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100021 <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a21.pdf>
Anuario de investigaciones. v.16 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. 2009 "Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar", de Funes, M. y otros

Wenger, E. Una teoría social del aprendizaje en Comunidades de práctica Aprendizaje, significado e identidad, Pag. 22-23, Paidós, Bs As, 2001

Túlio Batista Franco¹, Emerson Elias Merhy² Salud colectiva v.5 n.2 Lanús mayo/ago. 2009 Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo

Normas:

Decreto 3362/89 en el Boletín Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Número 18685 21/12/1989.

Ley 2598/07 en el Boletín Oficial de CABA, Número 2854, 21/01/2008.

Leyes de la CABA vinculadas al tema de Salud Escolar: 114, 153.

Decreto 281/11 Boletín Oficial 3673 del 27/5/11 - CABA

Constitución de la CABA.

Programa Nacional de Sanidad Escolar, Resolución 439/08, Ministerio de Salud de la Nación.

Libros:

C. Acevedo y C. Pitelli “La libreta sanitaria ó el pudor de las niñas” en “Estudios de Historia del primer peronismo” de H. Cucuzza, Lugar Editorial, 1997.

Alvarez, Adriana “Ramos Mejía: salud pública y multitud en la Argentina finisecular” en Política, médicos y enfermedades de Lobato, Mirta, Ed. Biblos, 1996, pág. 81

Armus, D. “Enfermedades, médicos y cultura higiénica” Pág. 283 a 289 en Tomo VII de Nueva Historia Argentina, Editorial Sudamericana, 2000.

Armus, “Salud, TBC y crisis en BsAs de 1870 a 1950”, 2007, La ciudad impura, Bs As Ed. Euhasa,

Armus (comp.), Avatares de la medicalización, ed. Lugar, 2005. p. 106

Armus, Diego “El descubrimiento de la enfermedad como problema social” Capítulo XII del Tomo 5 “El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916) en Nueva Historia Argentina, editorial Sudamericana, 2000.

Araujo Hartz y Vieira Da Silva “Evaluación en salud”, Capítulo 2 Uso de modelos en la evaluación en salud: aspectos conceptuales y operacionales, Editorial Lugar, Bs.As, 2009.

Belmartino, Susana: Las obras sociales: continuidad ó ruptura pag 218 pág. 238 en Política médicos y enfermedades Mirta Lobato, ed. Biblos, 1996)

Carballeda, Alfredo Juan Manuel (director de mi tesis) "Naturalismo, Realismo Literario y la explicación de los fenómenos sociales

Carballeda, Alfredo Juan Manuel La medicalización de la vida cotidiana como trasfondo de la intervención social: una revisión de "determinantes del medio"

Carballeda, Alfredo Juan Manuel "Los cuerpos fragmentados" Bs.As. Ed. Lugar 2004

Sandra Carli, El campo de la niñez, 101, en Escuela, democracia y orden (1916-1943) pag. 125 a 129, A. Puiggrós, Galerna, 1992)

Cammarota, Adrián El cuidado de la salud de los escolares en la provincia de Buenos Aires durante el primer peronismo (1946-1955). Las libretas sanitarias, las fichas de salud y las cédulas escolares Revista Propuesta Educativa N° 35 Pág. 113/120 Año 2010

Coni, Emilio "Memorias de un médico higienista" Capítulo XI: inspección médica e higiénica de las escuelas (1881),pág. 242, Bs. As. Talleres gráficos argentinos, Flaiban, 1918.

Correa, Alejandra "Parir es morir un poco. Partos en el Siglo XIX." en Tomo 1 de Historia de las mujeres en la Argentina. Gil Lozano – Pita – Ini, Bs As. Ed. Taurus, 2000, pág. 206

di Liscia María Colonias y escuelas de niños débiles en instituciones y formas de control social en américa latina 1840-1940 Prometeo 2005 pag 96

Elías, Emerson "Salud: cartografía del trabajo vivo" Bs.As. Lugar editorial, 2006

Elichiry, Nora (Comp) (1987) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315)

Foucault, Michel "Vigilar y castigar", México, 1986

Guber, Rosana "La etnografía" Método, campo y reflexividad. Grupo Editorial Norma. 2001. Cap. 2

Kohl, Alejandro, Higienismo Argentino Historia de una utopía, , pag. 44, Editorial Dunken, 2006) y Ferrara, Floreal en pág 11 , pág. 52 y pág. 38

Lemus, Jorge "Áreas Programáticas. Conceptos de salud pública, epidemiología y atención primaria, aplicados a la estrategia de distritos y sistemas locales de salud en las grandes ciudades. Evaluación de la experiencia de la ciudad de Buenos Aires". Editorial Kohan Bs.As. 1994 (página 58)

Lewkowicz, Ignacio (2004) "Pensar sin Estado" Buenos Aires: Editorial Paidós
Puntos 2: Marengo, Roberto Estructuración y consolidación del poder normalizador en Sociedad civil y estado A. Puiggrós Galerna 1991 Institución Nación y 8: Instituciones perplejas

Marengo, Roberto "Estructuración y consolidación del poder normalizador" en Sociedad Civil y Estado de Puigross, Adriana, ed. Galerna, 1991

Matus, Carlos "Planificación, libertad y conflicto" Página 106 en Política planificación y gobierno, Fundación Altadir, 1987.

Milstein, Diana "Higiene, autoridad y escuela" Madres, maestras y médicos. Un estudio acerca del deterioro del Estado.. Ed. Miño y Dávila, Agosto de 2003.

Karina Ramaciotti Capítulo: "De chico el árbol se puede enderezar" en "Las infancias en la historia argentina" de Lionetti y Migrez, Prohistoria, 2012.

Ramacciotti, K. La política sanitaria del peronismo, Ed. Biblos, 2009, pag 41

Mario Róvere "Redes en salud; los Grupos, las instituciones la comunidad" - 2ª edición, 2006 - El Agora Fundacion Civil, Córdoba

Miguel Somoza Rodríguez, Una mirada vigilante, educación del ciudadano y hegemonía en Argentina en Estudio de la educación durante el primer peronismo de Cucuzza, Héctor, Editorial Los libros del Riel, Bs.As., 1997, pag.115 a 147

Testa, Mario (1990) "Pensar en salud" Buenos Aires: Lugar Editorial Pág.112

Tobar, Federico "¿Qué es el universalismo básico?" Capítulo 10 de Universalismo básico: una nueva política social para América Latina" Carlos Molina Editor BID – Planeta 2006

Wagner Campos de Souza, Gastón "Gestión en salud: en defensa de la vida" Ed. Lugar 2009

Anexos

1. - Reglamento del Cuerpo Médico Escolar

Capitulo I

1 - Los médicos escolares tendrán intervención en todas las cuestiones que se relacionen con la higiene de las escuelas.

2 - Los médicos escolares deberán informar colectivamente en las cuestiones que se relacionen con la higiene general de las escuelas. Lo hará cada uno de ellos aisladamente cuando se trate de casos particulares.

3 - Siempre que se construyan edificios escolares, adopten modelos para bancos, aparatos de gimnasia, etc., deberán someterse previamente a estudio de los médicos escolares, los respectivos planos, modelos o aparatos.

4 - Sólo se aceptarán certificados por los médicos escolares o aquellos que lleven su visto bueno.

5 - Los médicos escolares redactarán una guía higiénica para los directores de las escuelas, estableciendo los preceptos a que deben arreglar la marcha de sus establecimientos.

6 - Los Consejos Escolares prestarán su cooperación a los médicos para el desempeño de sus funciones.

7 - Los médicos escolares presentarán al Consejo Nacional de Educación, el 31 de diciembre de cada año, un informe consignando sus trabajos y las observaciones y reformas que la práctica les aconseje.

8 - Los Secretarios de los Consejos Escolares serán los encargados del buen cumplimiento de las disposiciones del médico en sus distritos respectivos.

9 - Los informes sobre las cuestiones generales de higiene los darán los médicos escolares siempre que el Consejo Nacional de Educación los solicite, y en estos casos sólo por intermedio de éstos podrán pedirlo los Consejos Escolares de Distrito.

Capítulo II Disposiciones particulares

Cada uno de los médicos escolares tendrá a su cargo la inspección higiénica de siete distritos y sus funciones serán las siguientes.

1 - Estudiar los horarios de cada escuela.

2 - Reglamentar la instalación de los aparatos de gimnasia y los ejercicios físicos de los niños.

3 - Vigilar la distribución de los niños, según la capacidad de cada salón.

4 - Proceder a la vacunación de los niños que no lo estén o la de los que a su juicio la necesitan.

5- Examinar todo niño que por su debilidad constitucional, convalecencia, etc.,deba ir a su domicilio en las horas hábiles de clase.

6 - Pasar a los padres de familia, por intermedio de los Consejos Escolares, una circular en que estén consignadas enfermedades cuyo contagio puede ser llevado a la escuela por los niños.

7 - Visitar frecuentemente las escuelas de sus Distritos.

8 - Presentar cada tres meses un informe al Consejo Nacional, indicando las observaciones y medidas que su ejercicio les sugiere.

9 - Informar a los Consejos Escolares siempre que lo soliciten, sobre las cuestiones que se relacionan con la higiene particular de cada escuela.

10 - Todas las dificultades que en el ejercicio de sus funciones encontraron los médicos escolares deberán ser resueltas por los Consejos Escolares, debiendo ser siempre atendidas las indicaciones de los facultativos.

Capitulo III Directores de las escuelas

A los efectos del presente reglamento los Directores de las escuelas deberán:

1 - Presentar por intermedio del Consejo Escolar respectivo, (inmediatamente después de publicado este Reglamento) al médico de su distrito, una relación en la que deben manifestar detalladamente los horarios que han adoptado y la aplicación que de ellos hacen.

2 -No admitir en sus escuelas niño alguno que no presente certificado de vacunación, con el visto bueno del médico de su Distrito.

3 -Dar cuenta inmediata al médico de su Distrito y al Consejo Escolar respectivo, siempre que tengan entre sus alumnos alguno atacado de enfermedad contagiosa, o que sepan que en sus respectivos domicilios existen enfermos en esas condiciones.

4-Dar cuenta en las primeras 24 horas al médico de su Distrito, siempre que tengan enfermos en sus respectivas familias, a fin de que certifique si la enfermedad es o no contagiosa.

5- Los infractores a esta última disposición sufrirán una multa de treinta nacionales, y si constase que habían tenido conocimiento de que la enfermedad era contagiosa, serán inmediatamente separados de sus puestos. (95 Sanidad Escolar 1884-1960, 21-

4.

LEGISLATURA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

LEY N° 2598/07

SALUD ESCOLAR - NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES - EDUCACIÓN - ALUMNOS - ESCUELAS DE GESTIÓN ESTATAL - PRIVADA - PRIMARIA - INICIAL - SECUNDARIA - SALUD INTEGRAL - PESO - TALLA - INMUNIZACIONES - CAPACIDADES SENSORIALES - HABILIDADES MOTRICES - HIGIENE - NUTRICIÓN - EXAMEN - EPIDEMIAS - ENFERMEDADES - VACUNACIÓN - PRIMEROS AUXILIOS

Buenos Aires, 06 de diciembre de 2007

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
sanciona con fuerza de
Ley:

SALUD ESCOLAR TÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1° - La Ciudad Autónoma de Buenos Aires garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud escolar integral de todos los niños, niñas y adolescentes incluidos en el sistema educativo.

Artículo 2° - La presente ley será de aplicación a todos los alumnos/as de los establecimientos educativos, de gestión estatal o privada, dependientes de la autoridad educativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en lo que respecta a los Niveles de Educación Inicial, Educación Primaria y Educación Secundaria, en todas sus modalidades.

Artículo 3° - Son objetivos generales de la presente ley.

- a) Garantizar el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes de las escuelas de gestión estatal o privada, al control y seguimiento de su estado de salud integral desde el ingreso al sistema educativo hasta su egreso del mismo.
- b) Maximizar los resultados de la enseñanza-aprendizaje a través de la atención y el seguimiento de la salud integral de todos los alumnos/as.
- c) Optimizar las oportunidades de aprendizaje y permanencia de todos los alumnos/as en el sistema educativo.

Artículo 4° - Son objetivos específicos de la presente ley:

- a) Garantizar el examen periódico integral de: peso, talla, estado nutricional, inmunizaciones, capacidades sensoriales y habilidades motrices.
- b) Informar de manera confidencial a los niños, niñas y adolescentes y sus familias sobre el estado de su salud.
- c) Garantizar la orientación y derivación hacia el sistema de salud toda vez que sea necesario.
- d) Desarrollar un sistema de registro que la autoridad educativa determine de los controles, derivaciones y cumplimiento de las indicaciones relativas a la salud integral.
- e) Desarrollar el aprendizaje de las normas de higiene y nutrición que coadyuvan al mejor estado de salud general.
- f) Promover la participación de las familias y docentes en el cuidado de la salud como integralidad bio-psico-socio-cultural.

TÍTULO II - ACTIVIDADES SANITARIAS CAPÍTULO I. De los exámenes de salud.

Artículo 5° - Se realizarán exámenes de salud o reconocimientos sanitarios de carácter gratuito, con la periodicidad y en la forma que reglamentariamente se determine.

En cualquier caso, los exámenes de salud deberán incluir como mínimo, los siguientes aspectos:

- a) Control de crecimiento, del estado nutricional y del desarrollo y maduración puberal.
- b) Identificación de anomalías y defectos sensoriales y físicos.
- c) Detección de enfermedades de relevancia epidemiológica para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

con la periodicidad y en la forma que reglamentariamente se determine. En cualquier caso, los exámenes de salud deberán incluir como mínimo, los siguientes aspectos:

- a) Control de crecimiento, del estado nutricional y del desarrollo y maduración puberal.
- b) Identificación de anomalías y defectos sensoriales y físicos.
- c) Detección de enfermedades de relevancia epidemiológica para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- d) Control de vacunaciones.
- e) Exámenes oftalmológicos, odontológicos y fonaudiológicos.

Artículo 6° - La información resultante de los exámenes de salud se recogerá en los documentos y registros que determine la autoridad educativa.

Asimismo se proveerá la inclusión de dicha información en la historia clínica única de conformidad con la Ley N° 153 y la Ley N° 1.815.

Artículo 7° - La información recogida en los documentos, registros, así como en los exámenes de salud será de carácter confidencial y, en ningún caso, afectará a la integración de los alumnos/as en la comunidad educativa.

CAPÍTULO II. Registración.

Artículo 8° - Institúyase en todo el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires un documento único con toda la información sanitaria atinente a la salud general de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 9° - En el documento establecido por el art. 8° se consignarán los datos de filiación, sanitarios, inmunizaciones, exámenes de salud, reconocimientos sanitarios, información sanitaria y demás especificaciones que determine la reglamentación.

CAPÍTULO III. Actividades sanitarias en relación con establecimientos educativos.

Artículo 10 - Los edificios, instalaciones, equipamientos y entorno de los establecimientos educativos deberán cumplir las condiciones higiénico-sanitarias y de seguridad establecidas por la Ley N° 1.706 para los establecimientos de gestión estatal y la Ley N° 2.189 para los de gestión privada, así como las que determine la reglamentación.

Artículo 11 - La autoridad competente, mediante la inspección, vigilancia y asesoramiento de los establecimientos educativos, efectuará un control de las condiciones establecidas en el artículo anterior proponiendo en su caso a los organismos correspondientes la corrección de las anomalías que pudieran detectarse.

Artículo 12 - Todos los establecimientos educativos contarán con los medios precisos para poder prestar asistencia de primeros auxilios. A tales efectos dispondrán, como mínimo, de un botiquín con los equipamientos que

reglamentariamente se determine.

El equipo de primeros auxilios estará situado en un lugar bien visible, de fácil acceso y dedicado exclusivamente a este fin.

Artículo 13 - El personal de los establecimientos educativos deberá recibir la capacitación correspondiente para poder prestar asistencia de primeros auxilios, de conformidad con lo que determine la reglamentación.

Artículo 14 - Los programas de los institutos de formación docente deberán incluir la capacitación en primeros auxilios.

Artículo 15 - El personal de los establecimientos educativos supervisará, asistirá y cooperará con los equipos inter y multidisciplinarios en la realización de las actividades sanitarias, cuando las mismas se realicen dentro de los establecimientos educativos.

TÍTULO III - ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

Artículo 16 - Corresponde a la máxima autoridad responsable de la conducción educativa del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la planificación, dirección, coordinación, control y evaluación de las actividades reguladas en la presente ley.

Artículo 17 - La autoridad educativa organizará equipos inter y multidisciplinarios en cada uno de los Distritos Escolares, los que gestionarán las acciones previstas por la presente ley en articulación con los recursos humanos y materiales de los Hospitales, Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), Centros de Salud Barriales y demás efectores del Subsector Estatal del Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 18 - Las autoridades educativas y sanitarias coordinarán las actuaciones en todos los Distritos Escolares, en orden a garantizar la consecución de los objetivos previstos en la presente ley, constituyéndose al efecto un Comité de Salud Escolar con representación equitativa de ambos Ministerios.

Artículo 19 - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su publicación.

Cláusula Transitoria: los equipos inter y multidisciplinarios establecidos por el artículo 16 se organizarán a partir de la articulación y coordinación de los recursos humanos y programas existentes en el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 20 - Comuníquese, etc.

Buenos Aires, 15 de enero de 2008.

En virtud de lo prescripto en el artículo 86 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 8° del Decreto N° 2.343/98, certifico que la Ley N° 2.598 (Expediente N° 94.718/07), sancionada por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en su sesión del 6 de diciembre de 2007 ha quedado

automáticamente promulgada el día 14 de enero de 2008.

Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, gírese copia a la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por intermedio de la Dirección General de Asuntos Legislativos y Organismos de Control, y para su conocimiento y demás efectos, pase a los Ministerios de Educación y de Salud y a la Jefatura de Gabinete de Ministros. Cumplido, archívese. **Clusellas**

4 relaciones definidas:

REGLAMENTA	<u>CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES</u>	Ley 2598 de Salud Escolar, garantiza el derecho a la salud integral previsto por art. 20 de la Constitución de la Ciudad
COMPLEMENTA	<u>LEY N° 1815/05</u>	Art. 6 de la Ley 2598 de Salud Escolar, establece que la información resultante de los exámenes se incluirá en la historia clínica única de acuerdo con la Ley 1815
REQUIERE	<u>LEY N° 2189/06</u>	Cap III Art. 10 de la Ley 2598 establece que los edificios, instalaciones, equipamientos y entorno de los establecimientos educativos

deberán cumplir
las condiciones
de seguridad
establecidas por
la Ley N° 2189
para los
establecimientos
de gestión
privada

LEY N° 1706/05

Cap III Art. 10
de la Ley 2598
establece que
los edificios,
instalaciones,
equipamientos y
entorno de los
establecimientos
educativos
deberán cumplir
las condiciones
de seguridad
establecidas por
la Ley N° 1.706
para los
establecimientos
de gestión
estatal

MINISTERIO DE SALUD

Resolución 439/2008

Créase el Programa Nacional de Sanidad Escolar (ProSanE).

Bs. As., 16/5/2008

VISTO el Expediente N° 2002-5.384/08-9 del registro del MINISTERIO DE SALUD y el Decreto N° 621 de fecha 11 de abril de 2008, y

CONSIDERANDO:

Que por el Decreto citado en el VISTO se aprueban los lineamientos del PLAN NACIONAL DE ABORDAJE INTEGRAL, en el ámbito del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Que entre los objetivos específicos del PLAN NACIONAL DE ABORDAJE INTEGRAL se encuentra el de mejorar la calidad de vida de las comunidades a través de la realización de distintas líneas de acción.

Que se debe procurar el acceso a la salud integral de la comunidad por medio de la generación y fortalecimiento de prestaciones y servicios de salud, así como la promoción y desarrollo de hábitos de vida saludables, especialmente en la población infantil, a fin de favorecer su desarrollo integral.

Que en el marco del citado PLAN NACIONAL DE ABORDAJE INTEGRAL se manifiesta la necesidad de crear en la órbita del MINISTERIO DE SALUD, el PROGRAMA NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR (ProSanE).

Que la fundamentación de dicho Programa Nacional, así como sus objetivos generales y específicos, como su desarrollo y ejecución, se encuentran detallados en el ANEXO I de la presente resolución.

Que de acuerdo a lo informado por la Subsecretaría de Coordinación, dicho Programa prevé experiencias piloto en el Municipio de La Matanza, en el Departamento de San Fernando (CHACO), en San Fernando del Valle de Catamarca (CATAMARCA) y en San Miguel de Tucumán (TUCUMAN).

Que asimismo se realizará una primera etapa de Ejecución en QUINCE (15) partidos del segundo cordón del Conurbano Bonaerense, NOA y NEA durante el segundo semestre de 2008; extendiéndose a todo el país a partir del ejercicio 2009.

Que el mencionado Programa Nacional tendrá dependencia directa de la Unidad Ministro.

Que la DIRECCION DE PROGRAMACION Y CONTROL PRESUPUESTARIO informa que el

gasto que demande la ejecución efectiva del Programa Nacional que se crea, será atendido con cargo al Presupuesto Jurisdiccional que anualmente se aprueba y todo otro recurso y/o financiamiento que a tal fin se disponga.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la “Ley de Ministerios T.O. 1992”, modificada por Ley N° 26.338.

Por ello, LA MINISTRA DE SALUD RESUELVE:

Artículo 1º — Créase en el ámbito de la UNIDAD MINISTRO de este Ministerio el PROGRAMA NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR (ProSanE), que como ANEXO I forma parte integrante de la presente.

Art. 2º — El gasto que demande la ejecución efectiva del Programa Nacional que se crea, será atendido con cargo al Presupuesto Jurisdiccional que anualmente se aprueba y todo otro recurso y/o financiamiento que a tal fin se disponga.

Art. 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial a sus efectos.

Cumplido, archívese. — María G. Ocaña.

ANEXO I

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Programa Nacional de Sanidad Escolar (ProSanE) Abril de 2008

FUNDAMENTACION

Históricamente la Salud Pública en Argentina orientó las acciones en el campo de la Salud infantil enfocándose fundamentalmente en los niños de hasta 5 años de edad, con el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad infantil.

En este punto, la política aplicada ha demostrado ser exitosa al lograr un descenso de la tasa de mortalidad infantil de un 25,6‰ en 1990 a un 12,9‰ en el 2006, representado una disminución del 49,6% en este rango etario.

Sin embargo, los esfuerzos y las políticas que han permitido obtener estos resultados no han tenido su correlato en las franjas de niños de mayor edad.

La escuela es una de las herramientas igualadoras más importantes con la que cuenta un País. No sólo en su aspecto educacional, sino también como centro de proyección de los niños, ya que les brinda posibilidades de desarrollo personal, siendo una esencial etapa integradora y formadora de los mismos en la comunidad. Unir la escuela y la salud resulta imprescindible para permitir el acceso a la salud de aquellos niños que no cuentan con cobertura.

Es así que, mientras que en el año 2003 un 48,1% de la población nacional no se encontraba cubierta por ninguna obra social o plan médico (con brechas que oscilaban entre el 26,2% en la Ciudad de Buenos Aires y el 65,8% en Formosa) el 98,1% de los niños entre 6 y 12 años se encontraban escolarizados.

Es justamente la falta de una Política Nacional que articule la educación y la salud, con objetivos y acciones comunes y concretas, la que profundizó las diferencias entre las distintas localidades de nuestro país, generando fuertes inequidades y desigualdades para su población que no pudieron ser superadas por los esfuerzos aislados de los gobiernos provinciales o municipales.

Estas circunstancias son las que nos llevan a poner en marcha esta primera etapa del Programa Nacional de Sanidad Escolar como un medio para que nuestros niños puedan recibir, en el ámbito al que concurren con habitualidad, la prevención, el diagnóstico temprano y la eventual derivación para una atención especializada en caso de ser necesario. Implementar una política Nacional de Salud para la Niñez, preventiva y reparativa, aprovechando la universalidad que tiene la educación primaria en todas las franjas de la población, permite recuperar, en definitiva, el rol que el Estado no debería haber resignado jamás.

El Programa está orientado a continuar y potenciar el trabajo realizado en los niños menores de 5 años al momento de incorporarse al sistema escolar, permitiendo detectar las patologías propias de la niñez, efectuando su seguimiento y tratamiento, controlando patrones básicos del desarrollo del niño como altura, peso y vacunación, entre otros, servirá para lograr reducir las inequidades entre la población de las distintas jurisdicciones. Al mismo tiempo el ProSanE llevará adelante acciones de prevención y educación para la salud.

Más allá de los objetivos propios de este Programa, estamos convencidos que la resolución de determinadas patologías no sólo redundará en términos de la salud del niño, sino también, le facilitará el aprendizaje y su desarrollo personal, social y cultural. Nuestros niños son el futuro y principal potencial de nuestra Nación.

OBJETIVOS GENERALES

Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud para que garantice cobertura universal en la resolución de los problemas de los niños en edad escolar.

Disminuir los índices de morbimortalidad y de deserción escolar por causas prevenibles o tratables.

Reforzar el rol social y la participación de las Universidades Nacionales, con base en las Facultades

de Medicina y de Ciencias relacionadas con la Salud, en la articulación de estrategias de promoción, protección y de educación para la salud, retribuyendo así a la sociedad en general, el esfuerzo que ésta realiza, para su financiamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Efectuar un diagnóstico sobre el estado de Salud de los niños de primer y séptimo grado en los establecimientos educativos del país.

Detección de anomalías o patologías propias del niño en edad escolar, con un concepto de atención integral, detección precoz, reparación y derivación a centros especializados.

Establecer acciones de prevención en Salud ya sea enfermedades inmuno-prevenibles o enfermedades que aparecen en la adultez (drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, etc.).

Generar acciones de resiliencia para el futuro joven y adulto.

DESARROLLO Y EJECUCION

El presente programa está dirigido a realizar un diagnóstico de la situación de salud de los niños que concurren a las escuelas primarias de todo el país, adaptándose a la realidades operativas de cada área y las necesidades de cada Municipio y/o provincia. Para ello es menester la definición de distintas etapas para un adecuado desarrollo que incluye las siguientes acciones:

Selección y Capacitación del personal interviniente.

Diseño de los materiales para Educación para la salud.

Lanzamiento inicial de la primera etapa del programa.

Evaluación, análisis de los resultados de la primera etapa y su eventual reformulación.

Formación de formadores.

- Adaptación y ajuste a las necesidades particulares de cada área o Región.
- Completar el cronograma con las etapas subsiguientes.
- Evaluación de Impacto.
- Posibilidad de creación de nuevas modalidades.

Resulta evidente que por las características mencionadas, el abordaje de este programa es diferente al concepto clásico del manejo habitual de la salud escolar que se implementa en la actualidad, el programa es innovativo y mucho más amplio dado que se plantea a la Salud Escolar como un concepto que incluye dos dimensiones:

- a) La pesquisa de Patología y su reparación.
- b) El desarrollo de acciones de Educación para la Salud, dirigido a los mismos niños, padres y educadores.

Estas acciones incluyen una pediatría amplia, apoyada en un concepto multidisciplinario, que incluya detección de trastornos del aprendizaje, oftalmología, fonoaudiología, salud bucodental, etc.

Para ello el programa establece lo siguiente:

Actividades de tipo inmediato que consisten fundamentalmente en detección y reparación de las patologías y anormalidades detectadas.

Las acciones inmediatas pediátricas al ingreso escolar deben incluir un examen clínico general con especial énfasis en detección de trastornos ortopédicos, oftalmológicos, crecimiento y desarrollo, pediculosis, estado actual de las coberturas vacunales y su reparación. Estas acciones se efectúan en la misma escuela. Las que requieran tratamiento especializado se implementarán en los Centros de Salud de la Comunidad, Hospitales Zonales y Centros Especializados según el requerimiento.

También el programa contempla detección rápida de trastornos en el aprendizaje cuya solución será efectuada durante el transcurso de la actividad escolar.

Actividades de mediano plazo, que son aquellas que se desarrollan en el transcurso de la actividad escolar, que responden básicamente a la prevención primaria de la Salud incluyendo adicciones, prevención de accidentes y enfermedades en el adulto creando en el niño las herramientas de prevención. Es una meta del programa que los niños sean partícipes activos en la prevención de estas graves situaciones.

Los objetivos se orientan a apoyar, no sólo al niño en edad escolar, sino también, a generar acciones que en el futuro provoquen cambios cualitativos en la calidad de vida de la población adulta, aportando actividades dentro del ámbito educativo de promoción de la salud para que el niño obtenga el máximo de oportunidades para su desarrollo.

RECURSOS HUMANOS DEL EQUIPO DE SALUD

Para el desarrollo del programa se requiere un equipo coordinador para los aspectos como la relación con los Centros de Salud, Hospitales zonales, etc. Y la vinculación con el equipo de salud operativo por escuela o área según sea necesario que en principio está conformado por: Médico pediatra u otro, que actúa como coordinador de un equipo multidisciplinario que incluya profesionales necesarios para el cumplimiento de las metas y necesidades de los niños. Dentro de estas disciplinas se incluyen Odontología, Fonoaudiología, etc.

Se incluyen, con actividad supervisada, estudiantes de Medicina que cursan la materia Pediatría y del internado rotatorio.

El médico clínico pediatra u otro; participa como coordinador del equipo en terreno (la escuela en este caso) y tiene como objetivos los siguientes:

Llevar a cabo las acciones sanitarias específicas establecidas y acordadas por los distintos actores del Programa que incluyen el examen clínico completo, examen de agudeza visual y detección de trastornos cromáticos.

Prevenir los trastornos que las diferentes patologías —orgánicas y socioculturales— originan en el aprendizaje escolar.

Controlar la cobertura de vacunación de los alumnos.

Detectar las alteraciones del crecimiento y desarrollo en todas sus áreas y la patología orgánica de la población asistida.

Diseñar las estrategias terapéuticas posibles.

Analizar su relación con las dificultades para el aprendizaje escolar.

Atenuar su impacto.

Orientar a las familias durante sus crisis normales y patológicas.

Analizar su relación con las dificultades para el aprendizaje escolar.

Atenuar su impacto.

Programar, realizar y evaluar las actividades docentes dirigidas a médicos residentes y alumnos de pediatría.

Asesorar en temas de su especialidad a los otros miembros del Equipo.

AREA ODONTOLOGIA

Los objetivos de esta actividad es reconocer las patologías habituales (caries, malaoclusión dentaria).

Eventual topicación con fluor para la prevención de caries.

ETAPAS DE EJECUCION

Etapa inicial de diagnóstico y reformulación. Para esta etapa se ha seleccionado un primer relevamiento en instituciones escolares del Municipio La Matanza (Pcia. de Buenos Aires.) y los departamento de San Fernando (Pcia. del Chaco), Capital (Pcia. de Catamarca) y San Miguel de Tucumán (Pcia. de Tucumán); totalizando 600 escuelas y más de 95.000 alumnos. Mayo 2008.

Primera etapa de ejecución. 15 partidos del segundo cordón del conurbano bonaerense, NOA y NEA. Junio - Diciembre 2008.

Segunda etapa resto del país.

INVERSION DEL PROGRAMA PARA EL AÑO 2008

Recursos Humanos, Insumos y logística \$ 20.000.000.-

Estimación de la inversión para la resolución de las patologías detectadas a partir del relevamiento efectuado

85.000 alumnos con patología oftalmológica \$ 4.250.000.-

35.000 alumnos con patologías fonoaudiológicas \$ 7.000.000.-

150.000 alumnos con patologías estomatológicas \$ 9.000.000.-

50.000 alumnos con trastornos de aprendizaje no dependientes de las situaciones anteriores, los que se resolverán con los gabinetes psicopedagógicos con un aporte ministerial para aumento de su capacidad operativa de \$ 3.000.000.-

Para los alumnos cubiertos por la Seguridad Social, la Administración de Programas Especiales (APE) creará módulos de reintegro para las Obras Sociales que resuelvan la problemática detectada para la población a su cargo.

Para los niños sin cobertura se abordará con la integralidad de los programas nacionales, provinciales y municipales.

