



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
ROSARIO

Facultad de Ciencia Política y Relaciones
Internacionales

DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL

TÍTULO DE LA TESIS

Salud mental perinatal

Aportes del trabajo social en las intervenciones con personas gestantes y sus familias en la ciudad de Mar del Plata en el primer nivel de atención en salud que promuevan el abordaje integral y promo- preventivo en la etapa perinatal.

AUTOR: Esp. Sandra Marañón

Director: Dra. Viviana Ibáñez

FECHA: Agosto 2023

Salud mental perinatal

Aportes del trabajo social en las intervenciones con personas gestantes y sus familias en la ciudad de Mar del Plata en el primer nivel de atención en salud que promuevan el abordaje integral y promo-preventivo en la etapa perinatal.

Doctoranda: Sandra Marañón

Contenido	
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Agradecimientos	8
Introducción	10
1. Capítulo 1: Políticas públicas: evolución histórica en Argentina, definiciones y entramados socio históricos.	21
Capítulo 2: Salud sexual y reproductiva: intervención del estado en políticas de cuidado de la salud materna infantil	64
Capítulo 3: Ámbito perinatal: especificidad del área.....	111
3.1 Contexto perinatal: preconcepción-embarazo –parto-puerperio – primera infancia	111
3.1.1 Etapa pre-concepcional: características psicosociales de este período	122
3.1.2 Riesgos psicosociales y posibles intervenciones.....	127
3.1.3 Normativas específicas de este período	130
3.1.4 Procesos de gestación: gestación biológica, psíquica y social.	146
3.1.5 Parto y puerperio: intervenciones interdisciplinarias.	157
3.1.6 Primera infancia: ventana de oportunidades	176
Capítulo 4: La práctica profesional del trabajo social en salud y en salud perinatal como ámbito de especialización	190
4.1 Antecedentes históricos del trabajo social en salud en la república argentina.	190
4.2 Perspectivas teóricas actuales en salud y antecedentes teóricos del trabajo social en salud.....	200
4.3 Perspectivas metodológicas actuales y antecedentes en el ámbito de la salud	207
4.4 Práctica profesional del trabajo social en el área perinatal	210
4.4.1 Las intervenciones del trabajo social en el área perinatal: especificidad de la práctica.....	210
Capítulo 5: Salud perinatal: políticas públicas y marco normativo en la ciudad de Mar del Plata en los centros de atención primaria de la salud.....	232
5.1 La APS como estrategia de atención superadora del modelo biomédico: fundamentos, niveles de atención y la promo-prevención.	232

5.2 Aplicaciones e implementaciones de programas y planes de atención en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Mar del Plata en el ámbito de la salud pública.....	257
5.3 Programa: El trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años: recreando nuevas estrategias.	264
5.4 Plan Nacer –Sumar.....	268
5.5 Programa: El Servicio Social en el abordaje integral de la embarazada.....	271
5.2 Centros de atención primaria en salud de la ciudad. Batán, Iremi y Aeroparque: características sociodemográficas.	274
5.7 El trabajador social en el primer nivel de atención: características de sus intervenciones con las familias en el ámbito perinatal.....	286
Capítulo 6: Apartado metodológico.....	291
6.1. Explicación del enfoque de investigación seleccionado	291
6.1.2 Nivel y diseño de la investigación	296
6.1.3 Tipo de estudio	296
6.2 Contexto del estudio.....	297
6.2.1 Áreas programáticas	298
6.3 Población y muestra de estudio.....	300
6.4 Fuentes primarias y secundarias.....	306
6.5 Método y técnicas de recolección de datos	307
6.6 Análisis de los datos.....	313
Capítulo 7: Entre las normativas y las demandas: tensiones y posibilidades de la intervención del trabajo social en el ámbito perinatal	335
7.1 El proceso de investigación: problema inspirador de la investigación	335
7.2 Dando voz al trabajo social: problematizando la normativa en relación a la práctica cotidiana en los centros de atención primaria.....	335
7.3 Aportes del Trabajo social a las intervenciones con familias gestantes en el primer nivel de atención.....	335
7.4 Trabajo social perinatal ¿nuevo ámbito de especialización?	335
7.5 Conclusiones	335

Siglas, acrónimos y abreviaturas	384
Referencias bibliográficas.....	385

Resumen

La presente tesis doctoral tiene como propósito visibilizar el aporte del Trabajo social a las intervenciones en el campo de la Salud Mental Perinatal describiendo las intervenciones específicas que esta disciplina realiza en el primer nivel de atención en los Centros de Atención Primaria de la Salud con las familias gestantes y qué aportes podría brindar desde su especificidad y contacto con la población de personas gestantes.

Esta investigación tiene como objetivos principales: analizar el surgimiento de políticas públicas en el área de la salud sexual y reproductiva en la República Argentina y cuál ha sido su desarrollo hasta nuestros días, identificando obstáculos y avances en la implementación de las mismas; describir la complejidad del área perinatal y las características específicas de esta etapa vital en lo concerniente a la pre concepción, la gestación, el parto y el puerperio, así como la primera infancia.

Luego de esta introducción teórica a la temática que se aborda se despliega el desarrollo de los objetivos específicos que abordan la especificidad de la intervención del Trabajo social en salud y en la etapa perinatal, describiendo obstáculos y posibilidades de ejercicio del rol como transformador de los contextos sociales en el espacio de la Atención primaria de la Salud.

Finalmente se desarrolla una propuesta de especialización del Trabajo social en la temática y las intervenciones posibles en cada momento de este momento fundante en la vida de las personas.

Abstract

The purpose of this doctoral thesis is to make visible the contribution of Social Work interventions in the Perinatal Mental Health, describing the specific contributions of the discipline at the first level of care in Primary Health Care Centers with pregnant families.

The main objectives of this research are: to analyze the emergence of public policies in the area of sexual and reproductive health in the Argentine Republic and what their development has been up to the present day, to identify obstacles and advances in their implementation; to describe the complexity of the perinatal area and the specific characteristics of this vital stage concerning preconception, gestation, childbirth, and the puerperium as well as early childhood.

After this theoretical introduction, we develop the specific objectives that clarify the specificity of the intervention of Social Work in Perinatal mental health, describing obstacles and possibilities of exercising the role of a transformer of the contexts in the area of Primary Health Care.

Finally, we present a proposal for the specialization of Social Work in the area and the possible interventions at each period of this founding moment in people's life.

Agradecimientos

Finalizar esta etapa implica haber recorrido un largo camino sostenida por otros y otras que alojaron mis dudas, ansiedades, frustraciones, alegrías y cansancio. Personas que generosamente resignaron también tiempo de sus vidas para acompañarme a que finalice esta tesis, sobre todo, mi familia.

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la directora de esta tesis doctoral, la Dra. Viviana Ibáñez, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. En síntesis, y continuando con uno de los conceptos troncales de esta tesis, por su maternaje.

Gracias al Doctorado en Trabajo Social por haber abierto la puerta cuando me acerqué a la facultad para consultar sobre la carrera de grado luego de haberme recibido de psicóloga y permitirme volver a mi primera pasión que fue el Trabajo Social. Muchos caminos me distrajeron y fue la Psicología Perinatal y el trabajo en territorio lo que me orientó a reencontrarme con esta disciplina.

También agradezco a la Dra. Alicia Gonzalez Saibene por su temple, rigurosidad científica y generosidad durante todos estos años. Recuerdo y agradezco a cada uno/a de los y las compañeras con quienes comenzamos esta formación hace varios años.

Gracias a todos y todas las docentes de los seminarios de esta formación. Fueron de excelencia y aportaron a mi crecimiento profesional y personal. Gracias a mis amigas, compañeros/as de la facultad, a los titulares de las cátedras en las que trabajo, por darme el tiempo necesario para escribir esta tesis.

Por último, GRACIAS a mi familia, a mi mamá y a mi hermana, porque fui alojada en una familia que atravesó conflictos, pero que maternó y paternó suficientemente bien permitiéndome vivir una infancia feliz y que me protegió en momentos difíciles.

GRACIAS a Pedro, mi compañero de vida, estudio y aventuras. GRACIAS a Santiago y Camila, mis hijos por entender mi amor por el conocimiento. Gracias por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo. A todos y todas, muchas gracias.

Introducción

El proyecto de tesis doctoral que aquí se presenta, se enmarca dentro del Doctorado en Trabajo social, que se dicta en la Universidad Nacional de Rosario. Esta investigación titulada ***Salud mental perinatal: Aportes del trabajo social en el primer nivel de atención en salud en las intervenciones con familias gestantes, que promuevan el abordaje integral y promo- preventivo en la etapa perinatal***, consiste en el análisis de las intervenciones y aportes del trabajo social en dicha etapa (embarazo-parto-puerperio y primera infancia).

Uno de los propósitos es describir la influencia de estas intervenciones en relación al desarrollo del maternaje y paternaje, factores protectores del desarrollo, en las familias que concurren a los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata y que aborden la atención integral de las personas gestantes proponiendo que la disciplina del Trabajo Social puede brindar aportes que se enmarquen dentro de un área especializada de trabajo.

La población de la ciudad de Mar del Plata cuenta con grupos poblacionales que debido a sus condiciones de vulnerabilidad socio-cultural y socio-sanitarios presentan mayor riesgo psico-social. La población de personas gestantes es uno de ellos. Entre estos riesgos en el período perinatal (embarazo- parto-puerperio y primera infancia) se evidencia la probabilidad de muertes prematuras o la imposibilidad de construir el vínculo de apego necesario para la constitución subjetiva de los sujetos. La etapa perinatal es una etapa de crisis y vulnerabilidad tanto para la persona

que atraviesa el embarazo como para el niño o niña por nacer. Aquellas intervenciones destinadas a promover un ambiente saludable en todas las dimensiones (biológica-emocional y social) implican el trabajo interdisciplinario articulando diferentes formas de intervención entre los distintos servicios de salud.

El Trabajo social es una disciplina que interviene conectando los Programas de Políticas sanitarias referidos a esta etapa con la población, a través de estrategias de intervención comunitaria en salud. Algunos de los interrogantes que guían esta investigación son: cuáles son las intervenciones que realizan, qué instrumentos utilizan en esas intervenciones en esta etapa vital y fundante para el psiquismo de las personas y cuáles promueven el desarrollo de procesos psicoafectivos protectores como son el maternaje y el paternaje.

Desde el campo específico de mi práctica profesional, la psicología, se ha teorizado en relación a los determinantes psico-sociales que influyen en la constitución del aparato psíquico de los sujetos y la importancia del desarrollo del maternaje y paternaje. Sin embargo, no puede abordarse este campo sólo desde la psicología. Es así que, como especialidad, la Psicología Perinatal trabaja interdisciplinariamente y una de las áreas de importancia en la construcción de las intervenciones con personas gestantes y sus familias es el Trabajo Social. Por el trabajo realizado en territorio en los tres Centros de atención primaria de la salud desde el proyecto de extensión Nacer entre palabras, se ha observado la importancia de indagar cuáles son y así definir, las intervenciones que el trabajador social de la salud realiza en este contexto de lo perinatal y que promueven la construcción de vínculos saludables desde ese primer momento de vida y determinar los aportes que esta disciplina puede aportar.

Los primeros años de vida de un niño o niña constituyen una etapa fundante de su subjetividad, etapa primordial en el desarrollo y la atención a la primera infancia es uno de los temas prioritarios en las políticas públicas desde un paradigma integral y centrado en el enfoque de derechos. Este enfoque supone comprender que la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas son aspectos interrelacionados. Entre estos aspectos incluimos la presencia de todos los adultos y adultas significativas para ese niño o niña, familias, profesionales y actores y actrices comunitarias. Personas que se relacionarán con ese niño o niña asumiendo un rol determinante para su crianza dándole cuidado, afecto, estímulo, valores y protección necesaria.

De los centros de atención primaria que abordan la atención integral de las personas gestantes la investigación se focalizó en tres de los treinta y dos que tiene la ciudad de Mar del Plata y que reciben y atienden a la mayoría de la población gestante de la ciudad: el centro de atención primaria de la salud IREMI, el centro de atención primaria de la salud Aeroparque y el centro de atención primaria de la salud de Batán. Estos centros de atención primaria acompañan los procesos de gestación de más de 300 personas. También son los centros en los que se radicó el proyecto de extensión que da origen a la pregunta guía de esta investigación.

El desarrollo infantil saludable aumenta considerablemente cuando es acompañado por políticas públicas de carácter multidisciplinario e intersectorial que favorezcan el acceso de las familias a recursos, conocimientos y servicios de atención de calidad. Ese es el lugar privilegiado del trabajo social por el contacto con las familias que acuden a “las salitas”, un rol que no se tiene que burocratizar y que tiene que ser

ejercido desde una ética profesional de calidad que implique un posicionamiento reflexivo y crítico frente a la normativa y que posibilite intervenir en forma temprana con el propósito de prevenir de dificultades en el desarrollo cognitivo-afectivo- emocional-biológico y social. Por lo tanto, indagar cuáles de las intervenciones que realizan los trabajadores sociales en estos tres centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Mar del Plata que posibilitan una construcción del vínculo de apego saludable posibilitará implementar estrategias de prevención y promoción de la salud materno-paterno-infantil para, por ejemplo, prevenir posibles conflictos en la etapa de la adolescencia , conflictos de carácter antisocial muchos de los cuales tienen su origen o causa en estas primeras etapas de constitución subjetiva.

En nuestro trabajo en territorio, desde la psicología perinatal con personas gestantes en situación de vulnerabilidad social de nuestra ciudad que concurren a los centros de salud de atención primaria hemos observado obstáculos en la construcción del vínculo de apego temprano necesario para la constitución subjetiva de los niños y niñas. Este problema en la construcción del vínculo temprano de apego implica riesgo, muchas veces, riesgo de vida.

Es por este motivo, que detectar distintos tipos de riesgo psicosocial-perinatal durante el periodo de embarazo-parto y puerperio evaluando la dimensión psicosocial de la maternidad a través de intervenciones psicosociales valorando las diferentes situaciones que podrían obstaculizar el desarrollo del maternaje y paternaje y del vínculo temprano es prioritario y se encuadra dentro de los principales objetivos de los programas de prevención de salud materna- paterna – infantil. Es en este punto que se torna imprescindible la tarea del Trabajo Social.

¿Cómo acceden las familias a los programas? ¿Qué intervenciones realizan los y las trabajadores sociales? ¿Qué tipos de riesgos pueden detectar? ¿Qué instrumentos utilizan?

El objetivo general de esta investigación es conocer y definir cuáles son los aportes del trabajo social en el área perinatal en los centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Mar del Plata en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Nos proponemos analizar las influencias de dichas intervenciones en el desarrollo de procesos psicoafectivos (maternaje- paternaje) que protegen la constitución psíquica de las niñas.

También se proponen como objetivos específicos, conocer las intervenciones del trabajo social en el área perinatal en tres centros de atención primaria de salud (contexto preconcepcional-embarazo –parto-puerperio) para conectar estas intervenciones con los programas implementados en el área perinatal en la ciudad de Mar del Plata y no solo enumerarlos y describirlos.

Otros interrogantes que se intentan responder son: cuáles son las tensiones entre las demandas y las normativas con las que se encuentran los y las trabajadores sociales en este ámbito, cuán posible es la implementación de los mismos y que obstáculos o facilitadores encuentran en su práctica y así poder definir luego, la especificidad de la práctica del trabajo social en la etapa perinatal, más específicamente en el período gestacional.

Los Centros de Atención Primaria de la Salud –CAPS- son los establecimientos a través de los cuales el municipio brinda asistencia sanitaria esencial. En el Partido de General Pueyrredón funcionan

actualmente 32 CAPS, todos dotados de moderna tecnología y con equipos profesionales calificados. De esos 32 CAPS, 20 fueron construidos, ampliados, modificados o reformados recientemente, en el marco del Plan Estratégico de Salud.

Luego de un relevamiento de los centros de atención primaria en salud hemos registrado que en 14 de ellos se implementarían los programas que abordan la atención integral de la persona gestante. Estos son Iremi, Belgrano, Las Heras, La Peregrina, Estación Chapadmalal, Alto Camet, Posta Félix U. Camet, Belisario Roldán, Centro 2, Faro Norte, Libertad, Aeroparque. Todos ellos con características propias a nivel institucional y poblacional. Los programas que se desarrollan en el área perinatal son: El trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años, el Plan Nacer-Sumar y El servicio social en el abordaje integral de la embarazada y los interrogantes que guiarán nuestra investigación, problematizan la real implementación de estas políticas públicas definiendo qué obstáculos o facilitadores aparecen en la práctica cotidiana en la atención. De los 14 mencionados focalizamos la intervención en 3 de ellos: Batán-Iremi-Aeroparque.

A partir de las concepciones teóricas, los antecedentes encontrados y las preguntas de investigación consideramos a la metodología cualitativa como la más pertinente para abordar el problema de estudio, evidenciar el contexto, los significados de las interacciones sociales, comprender, interpretar y describir los vínculos sociales implicados. (Eddy, 2008; Patton, 2002; y Grinnell, 1997).

Explorar y describir los contextos en que se desarrollan las intervenciones del Trabajo Social posibilitará dar respuesta a los

interrogantes que guiaron esta investigación. Se intentará comprender los procesos, las vinculaciones entre personas y situaciones, experiencias o circunstancias, poder identificar problemas sociales (Daymon,2010).En primera instancia se relevaron los centros de atención primaria de salud que implementan la atención integral de las personas gestantes , luego analizamos los fundamentos, objetivos y estrategias que proponen los programas implementados para analizar la posibilidad de implementación de los mismos describiendo obstáculos, posibilidades , población destinataria y diálogos posibles entre las normativas y las intervenciones en territorio. Al administrar entrevistas semi- estructuradas se conoció cómo es la intervención con las familias gestantes y cuáles los obstáculos o facilitadores de la misma y por medio de la bitácora de campo se registraron las observaciones realizadas en el campo durante el proceso en los centros de salud.

Esta investigación se centra en puntualizar y analizar los aportes del trabajo social al desarrollo e implementación de políticas públicas en relación a la salud materna infantil resaltando el rol de los trabajadores sociales como mediadores entre estas y la población. Por lo tanto, realizaremos, previamente, en el capítulo 1, un análisis del desarrollo de las políticas sociales en nuestro país. El análisis de las políticas públicas implicó, en primer lugar, definir y contextualizar a las mismas, proceso este que determina el análisis del rol del estado no solo en su fase normativa, sino en su rol intervencionista y promotor del orden social.

La salud materna infantil y el cuidado de la infancia y de las familias han sido y son, desde fines del siglo XIX y durante el siglo XX, temas de agenda pública en nuestro país. Es así que las acciones desarrolladas por los diferentes gobiernos en pos del acompañamiento, protección y promoción

de derechos -en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva y a la salud materna infantil- han tenido una lógica de desarrollo que pretendo analizar en relación a los aportes teóricos, metodológicos y profesionales del trabajo social y a sus contextos de surgimiento e implementación.

Se abordará el análisis de estos contextos entendiendo la política como herramienta de transformación social desde un paradigma que cambió a lo largo de los años y que pasó del tutelaje a la concepción de las personas como sujetos de derechos, concepción que implica desarrollar políticas públicas que tiendan al mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores más vulnerables de la población ; en el caso de este trabajo de investigación se analizarán las políticas públicas desarrolladas a cabo en el área perinatal.

En el desarrollo del primer capítulo se describe el desarrollo de las políticas públicas en la Argentina. En el capítulo 2 se indaga el contexto de surgimiento de las políticas sociales en materia de salud materna infantil, entendiendo a dichas políticas como decisiones de los Estados para abordar y reducir la vulnerabilidad de la población. Se observará en el desarrollo que según el modelo político que encarnó la vida institucional del país serán las líneas de acción propuestas por dichos gobiernos, líneas de acción que encierran la cosmovisión con la que se interviene en dicho campo: cómo entienden la maternidad, como definen la salud materna infantil, qué concepción de infancia sostienen, etc.

En este caso, se analizan cuáles han sido a lo largo de la historia del trabajo social ese conjunto de dispositivos puestos en marcha para acompañar, proteger y promover ciudadanía considerando este aspecto

político como un plus y que en el caso del trabajo social es intrínseco a su identidad mucho más que otras disciplinas ya que es puente entre la normativa y la comunidad.

En el capítulo 3 se describe la especificidad de la etapa perinatal. Antes es necesario retomar las definiciones de salud mental, como ese proceso dinámico determinado por factores históricos, culturales, sociales, biológicos y políticos. Entendiendo a la salud mental como un campo interdisciplinario de saberes y abordajes múltiples, considerándose a la salud como un proceso multideterminado por diversos factores priorizando los derechos de las personas con padecimiento psíquico, a tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento, como también a recibir una atención integral desde una perspectiva interdisciplinaria, también en lo perinatal. La promoción de la salud y la prevención de problemáticas que pueden surgir en el periodo del embarazo, parto y puerperio es una preocupación de la Salud Pública Nacional y también internacional.

Se sabe de la importancia de realizar controles precozmente durante el primer trimestre del embarazo y también que las mujeres en edad fértil se interesen en la preparación para emprender un embarazo. Para ello es necesario un contexto que brinde una atención y asistencia coordinada entre distintos ámbitos institucionales especialmente cuando se trata de población en situación de vulnerabilidad. Además, que esta atención no sólo se enfoque en los aspectos biológicos de la gestación sino además en los psicosociales.

Se postula desde esta investigación que los cuidados prenatales tienen que incluir además de lo específicamente médico otras dimensiones como son: el respeto por la diversidad y las experiencias vitales de cada

persona y su familia, el respeto por los derechos sexuales y reproductivos, brindar atención de calidad por parte de todos los profesionales del Equipo de Salud a la gestante y recién nacido, la utilización pertinente de la tecnología en los caso requeridos, consideración de los aspectos: físicos, psicológicos, familiares y socio-económicos de la gestante.

En el capítulo 4 se abordan los antecedentes históricos del trabajo social en salud en la República Argentina, cuáles son las perspectivas teóricas y metodológicas para definir cuáles son las intervenciones que realizan durante el proceso de gestación y acompañamiento de las familias, la práctica profesional del Trabajo Social en salud y en salud perinatal como ámbito de especialización: ¿Cuáles son las intervenciones que realizan? ¿Cuáles son los objetivos de dichas intervenciones? ¿Qué obstáculos identifican en la implementación de los programas relevados?

En el capítulo 5 se describen las políticas públicas en salud mental perinatal en la ciudad de Mar del Plata que se implementan en el nivel de atención primaria de la salud. Cuáles han sido los contextos de surgimiento de dichas políticas, qué objetivos han sustentado el diseño de los mismos y cómo es la implementación en los centros de atención primaria elegidos para la investigación: Batán, Iremi y Aeroparque y cómo se encuadran dentro de la estrategia de atención primaria en salud (APS).

En el capítulo 6 se describen las decisiones metodológicas que guiaron el desarrollo de esta investigación, la explicación del enfoque metodológico seleccionado, el nivel y tipo de estudio, las características del contexto y de la población seleccionada y la enumeración de las categorías

seleccionadas para el análisis de los datos recabados en las observaciones, entrevistas y análisis de los programas seleccionados.

En el capítulo 7 se desarrollan las tensiones entre las normativas y las demandas de la población objeto de estudio con el objetivo de dar voz a los y las trabajadores sociales alumbrando la especificidad de su práctica en el contexto perinatal y lo fundamental de su intervención para poder definir, tal vez, un nuevo ámbito de especialización de la disciplina. Además se presentan las conclusiones del análisis y el anexo metodológico en el que se presentan las especificaciones del tipo de investigación, estudio y muestra seleccionada.

La propuesta de la especialidad tiene el objetivo de presentar una herramienta teórica y metodológica que aborde el trabajo interdisciplinario de la atención perinatal en los Centros de Atención primaria de salud, que promueva una perspectiva de salud integral y preventiva para los/as infancias y su familia, abriendo un espacio de estudio y reflexión, que problematice la importancia de la atención integral en salud perinatal, que construya instrumentos de evaluación y detección de factores de riesgo y factores protectores en las familias gestantes. Además, que puedan comprender e intervenir con personas gestantes en contextos y situaciones de vulnerabilidad y también que puedan formular y sistematizar procesos innovadores que promuevan la prevención y la promoción en salud perinatal desde bases epistemológicas, teóricas y conceptuales procedentes de las disciplinas sociales.

1. Capítulo 1: Políticas públicas: evolución histórica en Argentina, definiciones y entramados socio históricos.

1.1 Políticas públicas: El Estado como interventor.

El propósito de esta investigación es definir y analizar las intervenciones del Trabajo social en el ámbito de la salud materna infantil y sus aportes en relación al desarrollo e implementación de políticas públicas resaltando el rol de los y las trabajadores sociales como mediadores entre estas y la población. Por lo tanto, se realizará, previamente, un análisis del desarrollo de las políticas sociales en nuestro país para luego, al final de este capítulo, analizar si los y las trabajadores sociales pueden ser puentes entre las políticas sociales y la comunidad sabiendo que las condiciones del contexto inciden en el desarrollo de las profesiones propiciando escenarios más posibilitadores o más obstaculizadores.

El análisis de las políticas públicas implica, en primer lugar, definir y contextualizar a las mismas, proceso este que determina el análisis del rol del estado no solo en su fase normativa, sino en su rol intervencionista y promotor del orden social.

Las intervenciones sociales del Estado se concretan en las políticas públicas que siempre, o al menos intentan, ser mediaciones entre él y los ciudadanos. Toda política social podría ser definida como la intervención del estado en la realidad de un sector poblacional con el objetivo de aumentar su bienestar y promover la construcción de ciudadanía. Se intentará describir cuáles han sido estas intervenciones en el ámbito de la

salud materna infantil, categoría conceptual que también problematizamos a lo largo de la investigación proponiendo un ejercicio de deconstrucción, al decir de Derrida (1997: 23-27), que proponga la visibilización de la función paterna como eje estructurante de la salud materna-paterna infantil a través de una conceptualización que la defina ya no solo como salud materna infantil.

1. 1.1.Estado: conceptualización necesaria

Ahora bien, es necesario en primer lugar abordar el concepto de Estado, entendiendo que las políticas sociales emergen con la aparición del estado capitalista, como estrategia para compensar la desigualdad consecuencia de dicho sistema social-económico y político. Un estado organizador de la vida económica con el propósito de garantizar dicho desarrollo y un estado organizador de la vida social a través de sus estructuras político-jurídicas, el conjunto de instituciones que administran y regulan la conducta social a través de mecanismos de poder.

Tarea compleja la definición del Estado. Un concepto que la filosofía, la antropología, la sociología han intentado definir y que no intentaremos superar. Es por este motivo que solo se tomarán, prudentemente, algunas definiciones que contextualizan el surgimiento de las políticas públicas.

Recorriendo algunos autores que han definido al Estado se tomará en primera instancia a Gramsci, quien aporta definiciones en relación a este concepto, afirmando que “En la noción general de Estado entran elementos que también son comunes a la noción de sociedad civil. En este sentido se

podría decir que Estado=sociedad política más sociedad civil, esto es hegemonía de coerción.” (Gramsci, 1973).

Así, para Gramsci, el Estado “es todo el conjunto de actividades teóricas y prácticas con las cuales la clase dirigente justifica y mantiene no solamente su dominación, sino también consigue obtener el consenso activo de los gobernados¹” (Gramsci, 1981, T 5, C 15, 10: 186).

También en el texto de su autoría Notas sobre política y Estado Moderno (1973:190) explica que “más allá de las funciones represivas de tutela de una sociedad de clases, ejerce una función pedagógica en la construcción/consolidación/reproducción de la dirección cultural de la clase hegemónica. Así el “Estado torna homogéneo al grupo dominante y tiende a crear un conformismo social que es útil a la línea de desarrollo del grupo dirigente.”

Esta conceptualización del Estado y sus funciones pedagógicas, normalizadoras, disciplinadoras es la que interpela la concepción de políticas sociales que impera en el sentido común de la población. Existiría una función social de protección, pero también de disciplinamiento. Es uno de los objetivos de la investigación, conocer cuál ha sido el rol del Trabajo social ¿Cuándo ese rol fue de protección? ¿Cuándo fue emancipador? ¿Cuándo fue ejercido como herramienta de disciplinamiento?

¹ Ruiz Sanjuan, C. (2016). Estado, sociedad civil y hegemonía en el pensamiento político de Gramsci. Revista de Filosofía y Teoría política (47) Recuperado de:
<http://www.rfytp.fahce.unlp.edu.ar/article/view/RFTPe002>

Sonia Fleury analiza la relación del estado con las políticas sociales en su texto “Estado sin ciudadanos” y afirma que “la política social se encuentra inscrita dentro del estado capitalista” y postula que toda emergencia y desarrollo de una política social es la expresión contradictoria de la relación al menos de tres actores: la burocracia estatal, la burguesía industrial y los trabajadores urbanos. Es así que la intervención estatal a través de una política social está siempre multideterminada (1997:52).

O’Connor (1997:19) afirma: “Nuestra primera premisa es que el Estado capitalista ha de intentar desempeñar dos funciones básicas y muchas veces contradictorias: acumulación y legitimación. Esto quiere decir que el Estado ha de mantener, o crear, las condiciones en que se haga posible una lucrativa acumulación del capital. Mientras tanto el Estado también debe mantener o crear condiciones de armonía social”.

Un interrogante que surge al releer la afirmación de O’Connor es si las intervenciones de los/las trabajadores sociales contribuyen a sostener la armonía social o al menos de intentar sostener una baja conflictividad social al ser puentes entre las políticas públicas y la población.

1.1.2 Evolución del Estado: procesos de transformación social

La evolución del estado muestra el paso de un sistema feudal, a un estado nacional absolutista, luego a un estado capitalista de democracia restringida para llegar al momento actual que existe desde 1900 en adelante, un estado capitalista de democracia ampliada, cuyo modo de producción es el capitalista monopolista y donde el poder político interviene en el orden

social y en lo económico social participando la población a través del sufragio universal. Fueron las condiciones del contexto, es decir, las necesidades del desarrollo de las sociedades lo que impulsó la planificación de políticas sociales para atenuar el impacto de las desigualdades sociales.

A partir del siglo XIX se describe un estado social de derecho, un estado democrático, entendiendo a la democracia en dos sentidos relacionados, el político y el social. En el campo económico fue regulador de la economía, promovió el desarrollo del sector privado, desarrollando actividades industriales. A finales del siglo XIX el Estado Moderno intenta nivelar las diferencias entre las clases sociales y los ciudadanos logran tener igualdad jurídica.

El Estado de Bienestar, ese estado benefactor que pugna por brindar protección y recursos a la población para que puedan acceder a la satisfacción de sus necesidades surge luego de la crisis del 30 adoptando un modelo keynesiano que permitía posicionarlo como regulador de la economía siendo la crisis de 1929 fue un quiebre en el desarrollo de los Estados Modernos, aunque en algunos países como Argentina se impulsó la sustitución de importaciones. Mientras tanto en el área social las políticas públicas impulsadas por este modelo de Estado fueron ampliadas para “Cubrir aquellos riesgos e incertidumbres a los que estaban expuestos el trabajador asalariado y su familia en la sociedad capitalista” (Offe, 2008:110).

Alfredo Carballada analiza en su libro “El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención” (2006:37), algunos antecedentes del origen del Estado de bienestar en la Argentina y describe cómo a fines del siglo XX la crisis del sistema capitalista propiciará

importantes cambios en la vida cotidiana de las personas, así como en la conformación de los Estados nación.

Son las crisis sociales originadas por este sistema económico-político lo que impulsará a las ciencias sociales a intentar comprender los nuevos conflictos y tratarán de impulsar reformas que sirvan para mantener el orden instituido. Momento privilegiado para la sociología clásica que observa a la sociedad como el cuerpo social, ese organismo que deberá sostenerse sano, autorregulado y en equilibrio para sostener el orden constituido. Afirma Touraine, A: “Para esa sociología clásica, el bien, no es ni la armonía con el orden del mundo o con leyes divinas y ni siquiera con la producción de un orden que ponga freno a las pasiones y a la violencia, sino la contribución de un actor –o mejor de un órgano- al funcionamiento del cuerpo social” (Touraine, 1992:345).

Como plantea Carballada la presencia del Estado se va instalando progresivamente con la aparición de algunas intervenciones relacionadas con la higiene médica, la educación y la minoridad al aumentar el grado de conflicto social y el surgimiento de la “cuestión social argentina” como producto de la modernización de la sociedad y los fenómenos migratorios (Carballada, 2006:38).

Las decisiones tomadas a nivel estatal, en este análisis, las decisiones tomadas en relación a las políticas sociales serían el resultado de un juego de presiones de la sociedad hacia las instituciones y desde las propias instituciones hacia la sociedad para así lograr perdurar en el tiempo. Con el objetivo de amortiguar las consecuencias de las desigualdades el Estado interviene directamente en aquellos aspectos de la realidad que generan falta de bienestar y desarrollo y desigualdad en la población.

Estos aspectos de la realidad en los que interviene el Estado son: el económico, el social y la seguridad. La política económica orientada a desarrollar la reproducción del capital, a regular los ciclos económicos a través de las políticas financiera, monetaria, crediticia y del endeudamiento público.

La política de seguridad, destinada a controlar y resolver los conflictos sociales y los conflictos entre estados. Aquí en este caso el Estado actúa como expresión político-social de la estructura social dominante.

La política social, a través de la cual, el Estado intenta atenuar las diferencias existentes entre sectores sociales. Se podría entonces conceptualizar a la política social como ese conjunto de decisiones que crea derechos y obligaciones en la sociedad. Así, cada política social se diversifica en políticas específicas: de vivienda, de salud, de promoción social con sus propios objetivos y acciones para lograr implementarla.

1.1.3 Origen de las políticas públicas: antecedentes históricos

En esta etapa, que podríamos llamar de rastreo casi arqueológico del origen de las políticas públicas, reconstruiremos el accionar del Estado en el campo social e inevitablemente nos remontaremos a los inicios a partir de la modernidad y a aquellos hitos históricos que determinaron la implementación de dichas políticas sociales.

La primera política social apareció en Alemania en el siglo XIX donde Otto Von Bismarck implementó un seguro social para todos aquellos asalariados con el objetivo de canalizar las demandas de los obreros. Estas medidas se replicaron en otros países con el propósito de garantizar niveles de ingresos mínimos para la alimentación, la educación, la salud y la vivienda para todos los ciudadanos.

Otro antecedente es el informe Beveridge y sus conclusiones en el período de la segunda posguerra. El informe describe los mecanismos técnico- económicos que permiten atenuar las desigualdades sociales, indicando cómo financiar las mismas dentro del Presupuesto Nacional del Estado.

Este informe es el primer documento que se conoce en el campo de la seguridad y así comienzan a diseñarse estrategias socio económicas para proteger a la población y para satisfacer las necesidades de la misma. El informe es considerado como la carta de Seguridad Social contemporánea y provocó un movimiento político-social de tal magnitud que el impacto se hizo evidente en otros países (Bowen, 1992:75).

Beveridge afirmó que la política de Seguridad Social debe estar dirigida a abolir el estado de indigencia asegurando a todo ciudadano un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades. Se describen en el plan tres previsiones para que este sistema social sea beneficioso (Peris, 2009:59,79-100)

1. Las asignaciones familiares o bonificaciones a personas encargadas de cuidar a los infantes hasta los 15 años, ampliándose dicha asignación en caso de continuar la

escolaridad hasta los 16. El objetivo era brindarles todos los cuidados necesarios en la infancia, concibiendo a la infancia como la etapa de mayor importancia en la constitución de personas capaces de integrarse a una sociedad con normas, derechos y obligaciones.

2. Todos aquellos servicios que garantizarán el cuidado y prevención en el trabajo para que las personas pudieran restablecerse y recuperar su capacidad de trabajo brindando un servicio de salud que asegure plenamente los tratamientos de todos los ciudadanos sin distinción de clase social.
3. También la continuidad en el trabajo estaba protegida: subsidios en caso de licencias prolongadas, reglas de protección en el trabajo, integración al sistema laboral de aquellas personas que hayan sufrido accidentes o posean algún tipo de incapacidad.

Estas indicaciones se sustentaban en tres principios básicos del proyecto que postulaban la necesidad de realizar cambios de raíz, basados en políticas públicas de seguridad social propuestas por el Estado en cooperación con la población (Peris, 2009: 10-11)

Según el Informe Beveridge del año 1942, el Estado debe garantizar a la población un ingreso suficiente para satisfacer las necesidades y para hacer frente asituaciones propias de la vida: vejez, enfermedad, desempleo, etc. y brindar así igualdad de oportunidades.

En esta primera etapa de relevamiento y análisis las políticas públicas se sustentaron en los siguientes modelos: el modelo liberal primario—previo a la Gran Depresión de 1929, momento en el que surgen los primeros ejemplos de seguridad social del sector formal urbano y empiezan a implementarse políticas

sociales en educación y salud. En relación al mercado la regulación estatal es escasa y la asistencia está a cargo de organizaciones e instituciones benéficas filantrópicas o de caridad.

Desde 1900 a 1950 encontramos el modelo mencionado anteriormente y el modelo de industrialización por sustitución de importaciones desde 1930 hasta la mitad de la década de los 70. En este momento el Estado interviene activamente en el plano económico y asistencial. (Campana, 2016:6)

Tanto Argentina como Uruguay, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica fueron agrupados por Mesa Lago, dentro de los países pioneros en establecer seguros sociales entre 1920 y 1930. El estado de bienestar se ubica entre la crisis del 30 y el período posterior a la 2da guerra mundial, ampliando las coberturas en cuestiones sociales hasta 1960.

Las primeras intervenciones del Estado en lo que refiere a Políticas sociales comienzan a desarrollarse a partir del año 1943 (Carballeda, 1995) y se instituyen nuevos sentidos en lo que concierne a la salud, la educación y lo social y cómo estas acciones crearon un nuevo universo simbólico (Carballeda, 1995).

Sin embargo es posible ir aún más atrás en el tiempo y relevar cómo surgen las ideas de las garantías sociales apoyadas en la noción de riesgo (Carballeda, 2006 :39). Por ejemplo, ante la aparición de nuevas instituciones de atención a personas con padecimientos psiquiátricos, las primeras colonias de Alienados siguiendo el modelo de Europa, las instituciones Open Door en las que a los internados no se los clasificaba por su posible peligrosidad según la teoría Lombros, sino que se lo hacía según los oficios que desempeñaban se intentaba incluir a los pacientes psiquiátricos en la sociedad. Es así que la figura

del visitador social se hará cada vez más necesaria para garantizar la relación entre los pacientes y su medio social.

Entonces las intervenciones del Estado se sustentarán en nociones como riesgo a la enfermedad, la invalidez, la indigencia, el empobrecimiento. Siendo la noción de riesgo el concepto sobre el cual los expertos diseñarán políticas públicas, intervenciones y estrategias para prevenirlo o actuar sobre él.

Nora Britos toma los aportes de Esping-Andersen para señalar que en nuestro país durante el período de estado de bienestar (1940-1970) los modelos políticos que imperaban eran un modelo conservador o corporativista de protección social con rasgos del modelo social demócrata y que durante ese período las políticas de asistencia y promoción social fueron residuales. Es así que los dispositivos de protección social se orientaron a la cobertura de diferentes riesgos sociales: jubilación, pensión, asignaciones familiares y las políticas de salud pública y educación se diseñaron bajo una lógica universal y basada en la ciudadanía. (Britos, 2006: 92-93).

Continuando con los aportes de Carballada y su análisis de los antecedentes del estado de bienestar en nuestro país y las intervenciones a nivel social observamos que, cómo refiere el autor, estas intervenciones están muy lejanas aún del paradigma o noción de derechos sociales. La intervención está basada en la construcción de “dispositivos artificiales” que sostienen el orden y la cohesión social, dificultades emergentes de las crisis de fin del siglo XIX y los primeros años del siglo XX.

En nuestro país las intervenciones eran mínimas y se continuaba con la aplicación de acciones que llevaban adelante organismos como, por ejemplo, la Sociedad de Beneficencia, organismos que intervienen en lo

social y de tipo paraestatal.

1.2 Posibles definiciones de un concepto complejo: las políticas públicas

En este trabajo de investigación se han relevado diferentes definiciones aportadas por varios autores: Offe, Cortés y Marshall, Belmartino, Fleury, Fallappa y Andreacci entre otros.

Se toma en primer lugar la propuesta de Belmartino (et al., 2001) quien las conceptualiza como el modo de producción de las condiciones que aseguran la existencia de la sociedad como tal, fundamentalmente en dos sentidos: garantizando sistemas de protección frente a situaciones que suponen riesgo para el bienestar individual o familiar; y orientándose hacia condiciones de carencia que afectan a grupos poblacionales de diversa magnitud y que están asociadas a la imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas.

También aporta su conceptualización Fleury (1997) que las define como la relación social que se establecen entre el Estado y las clases sociales, que se traduce en un conjunto de derechos positivos que vincula al ciudadano con el Estado.

Fallappa y Andreacci (2009:12) refieren que son el instrumento de construcción de ciudadanía, entendiendo a la ciudadanía como el resultado de las intervenciones estatales y de los derechos que el Estado efectivamente garantiza.

Según Álvarez Leguizamón (2008:7), las políticas sociales son un entramado de relaciones de fuerza donde los intereses de dominio y las luchas sociales van constituyendo sujetos, reforzando derechos o creando nuevas desigualdades y configuraciones tutelares sosteniéndose en paradigmas que incluyen transformaciones históricas que dan las condiciones de emergencia de dichas intervenciones estatales.

Teniendo en cuenta la complejidad del concepto y de su posible definición se toma aquella que la define como “el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental” (Meny y Thoenig, 1992: 89). En esta definición se remarca el espacio institucional en el que se diseña la política pública, es decir desde donde emerge y que le da legitimidad. En este caso son los actores institucionales quienes ejercen el poder en ese momento y que se definen como los autores de dichas políticas públicas.

Siguiendo con los aportes de los mismos autores se aporta, además, que una política “se presenta bajo la forma de un conjunto de prácticas y normas que emanan de uno o varios actores públicos” (1992: 89), estas prácticas que emergen de diferentes sectores de poder visibilizar las luchas y presiones de diferentes sectores en relación a un aspecto determinado de la realidad de una población.

Es interesante tomar esta cuestión de las presiones y luchas de poder que se dan en el origen, diseño, implementación y gestión para acercarnos a una definición alternativa que nos brinda Dye (1995) en su texto *Understanding Public Policy* y que refiere que “una política pública es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer” (1995:2). En ese no hacer

también se visibilizan los mecanismos coercitivos que también encarnan las políticas públicas.

Oszlak y O'Donnell (1982:112) proponen una definición de política pública que la concibe como “un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil”

Se resalta la dimensión de omisión como acción y el efecto de esta omisión cuando la política pública es planteada como una respuesta a una demanda o necesidad social en la que intervienen varios actores sociales, muchas veces en conflicto.

Aguilar Villanueva define a la política pública como: “un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, que se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y los sectores de la ciudadanía; que han sido decididas por autoridades públicas legítimas; que son ejecutadas por actores gubernamentales y estatales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad” (Aguilar Villanueva, 2009: 14).

Martínez Nogueira (2004) expresa que por política pública puede entenderse un:

1. Campo de acción: un aspecto de la realidad que intenta ser impactado por la actividad estatal (política social, política exterior, política de innovación, etc.). A su vez, a un nivel más desagregado, este campo de acción puede considerarse como un conjunto de problemas a cuya resolución se orienta la acción del estado a través de instrumentos y acciones específicas.

2. Declaratoria de intención: conjunto de promesas y compromisos de acción. Se refiere a conductas deliberadas para el logro de objetivos, la definición de lineamientos para la acción, la regulación de comportamientos, la asignación de recursos y la determinación de responsabilidades. Estas promesas tienen su expresión material en la enunciación de los contenidos de la política.

3. Proceso de conversión: una movilización de recursos (de diferente tipo: de poder, de conocimiento, institucionales y organizacionales, de legitimidad social, simbólicos) para el logro de objetivos políticos. Las capacidades existentes, su naturaleza, dotación, atributos, relaciones recíprocas, compatibilidad y convergencia determinarán el grado en que la promesa se convierta en resultados e impactos efectivos.

4. Ciclo de acción: actividades de formulación, ejecución, seguimiento y evaluación, cada una de las cuales supone la realización de acciones diferenciadas, pero a la vez articuladas, que comprende además las intervenciones de múltiples actores como agencias con competencia política o técnica o como participantes con distinto grado de responsabilidad, involucramiento o continuidad.

5. Conjunto de productos, resultados e impactos: consecuencia del proceso de conversión en el marco de ese ciclo de acción que permiten atribuir sentido y consecuencias a la intencionalidad del Gobierno y el Estado. De este modo, las políticas públicas no son sólo la expresión de una intencionalidad dirigida a resolver algún problema incorporado a la agenda de gobierno. Suponen también definiciones de estos problemas, postulación de relaciones causales en torno a ellos, lineamientos y criterios para orientar decisiones y acciones, mandatos y atribuciones de competencias y recursos a distintas organizaciones públicas (el Estado), así como las consecuencias efectivas (resultados e impactos) que producen.

Como afirma Castel (2004,2010) “lo social” es el conjunto de dispositivos puestos en marcha para compensar el déficit de recursos necesarios para que los individuos puedan vivir en sociedad por sus propios medios. Lo social funciona como una propiedad social análoga al de la propiedad privada. Es entendido como un tejido reparador que emerge como respuesta a la cuestión social en tanto vacío o fractura.” Esta cuestión social se hace explícita a partir de 1830 con la cuestión del pauperismo por el aumento de la indigencia en la población durante la Revolución Industrial que evidenciaba un conflicto entre el orden jurídico que intentaba reconocer los derechos de las personas y un orden económico que aumentaba los índices de exclusión y pobreza².

Podemos repensar esta cita de Castel y afirmar que la propiedad social sea análoga al de la propiedad privada implica pensar la posibilidad de construir un territorio propio en el que la construcción de ciudadanía, la

²Véase Digilio, P. “Vicisitudes del bienestar” en Filosofía y Trabajo social, 65 (2002).

autonomía y el ejercicio de los derechos fundamentales tenga lugar. Un espacio social de reconocimiento de las personas como parte de un entramado que aloja, sostiene y subjetiviza.

Esquema de desarrollo y diseño de las políticas públicas

Cuando los estados definen y deciden las acciones que llevarán a cabo a través de las políticas públicas definen objetivos y medios para alcanzar dichos objetivos. Estas decisiones se adoptan en el marco institucional y siguen un esquema de desarrollo, describe a este esquema de la siguiente manera

- a. Ideas políticas: materia prima del proceso
- b. Elección política: en general las decisiones políticas se encuentran plasmadas en leyes o actos administrativos de menor envergadura.
- c. Producción: es la aplicación de las decisiones que se han tomado, siendo esta una instancia en la que se especifican y modifican las ideas políticas
- d. Acciones gubernamentales finales: los ciudadanos experimentan en el nivel concreto los resultados de la acción del gobierno.
- e. Resultados en el mundo real: Son las acciones finales que emergen de los estadios previos afectando el nivel de vida de los ciudadanos."

Según Mendicoa (1997) los aspectos fundamentales del diseño de una política social son: La aptitud: objetivos, claridad, profundidad de adhesión y coherencia.

- a. La factibilidad: según los recursos institucionales, políticos, legales y organizacionales.

- b. La capacidad institucional: técnica o administrativa.
- c. El marco condicional: delimitado por el espacio de articulación multiactoral y la participación.

1.2.2 Características de las políticas públicas: posible clasificación y componentes

Según la definición de Meny y Thoenig (1992) podemos puntualizar las siguientes características:

1. Un contenido: toda política pública moviliza recursos de todo tipo para generar ciertos resultados o productos.
2. Un programa: una política pública no se reduce a un acto o decisión considerado aisladamente sino que detrás de cada acto existe un marco de referencia que integra y da coherencia a esos actos o actividades.
3. Una orientación normativa: la política pública no es la resultante de respuestas aleatorias, carentes de sentido o direccionalidad, sino la expresión de las finalidades (mapas cognitivos e ideologías) y preferencias que el/los decisores no pueden dejar de asumir.
4. Un factor de coerción: toda política pública procede de una autoridad gubernamental legítimamente investida, dotada de los recursos de coerción necesarios para imponer las decisiones de política adoptadas.

5. Una competencia social: las políticas públicas se dirigen hacia determinados grupos o poblaciones, y buscan modificar sus comportamientos, afectar sus intereses o modificar los contextos en los cuales estos se desenvuelven.

1.2.3 Posible clasificación de las políticas sociales

Según Arturo Fernández y Margarita Rozas (1948:32) en su texto Políticas sociales y Trabajo social, se pueden clasificar a las políticas sociales según sus áreas de intervención y desarrollan las siguientes áreas de necesidades sociales:

- a. empleo y el ingreso mínimo
- b. protección de las condiciones de trabajo
- c. la educación, la formación y la cultura
- d. la higiene pública y la salud
- e. la asistencia y la promoción social
- f. el urbanismo y la vivienda
- g. el tiempo libre y la recreación

Asimismo, las áreas pueden definirse en función de las personas beneficiadas por las políticas sociales (Fernández, Rosas 1984: 43):

-Trabajadores

-Ancianos

-Disminuidos Físicos y Psíquicos

-Mujeres

-Niños

-Matrimonios, etc.

Según el área de intervención serán los indicadores que se tomarán en cuenta para planificar las acciones y objetivos. Por ejemplo: remuneración salarial, condiciones de vivienda, prácticas culturales, protección y seguridad social, tasas de mortalidad infantil, desnutrición, deserción escolar.

Las políticas sociales y su implementación incluyen la planificación, la administración y la gestión. En cada una de estas instancias el rol de los trabajadores sociales es decisivo como agentes promotor y ejecutor de las mismas.

1.2.4 Componentes de las políticas sociales

Según Aguilar Villanueva (1996) toda política pública se define por la presencia de:

1. Un componente de autoridad (institucional): puesto que la política pública constituye un acto de autoridad adoptado por una autoridad que dispone de la legitimidad y que se ajusta a todos los procedimientos establecidos legalmente.

2. Un componente decisional: en tanto toda política pública implica la presencia de una decisión (acción o inacción).
3. Un componente conductual: dado que toda política pública desencadena un conjunto de acciones, actividades y comportamientos de múltiples actores, no necesaria o exclusivamente gubernamentales.
4. Un componente causal: en la medida que toda política busca producir determinados resultados o efectos sobre los comportamientos de ciertos actores o grupos sociales o sobre los contextos o situaciones en la que despliegan sus acciones los ciudadanos.

1.3 Etapas de desarrollo de las políticas públicas en Argentina

En este sentido analizar las políticas sociales es entramarlas en un contexto histórico que propició las condiciones para su emergencia. Podría definirse a la política social como aquella posición ideológica que a través de estrategias de acción concretas interviene en la realidad de sectores sociales determinados, en este caso la salud materna infantil.

El vínculo entre las políticas sociales y los momentos históricos es insoslayable, esto permitirá conocer los posicionamientos ideológicos que luego se plasman en acciones concretas relacionadas con la construcción de ciudadanía y la apropiación de los derechos sociales. Las políticas sociales se entraman en procesos económicos, políticos, sociales y culturales y entender el momento histórico de creación e implementación de dichas políticas públicas es esencial para analizar los antecedentes, los motivos, los

hechos que dieron lugar a las mismas. A través de cada una de estas políticas públicas y las acciones concretas se trasluce el enfoque desde el que se llevan a cabo las mismas. Conocer los orígenes y principios teóricos, metodológicos e ideológicos es fundamental para la formación de los y las trabajadoras sociales que serán el puente entre estas acciones y el pueblo, la comunidad, el territorio. Al ser las políticas sociales espacios privilegiados de intervención de los y las trabajadoras sociales, analizaremos también los posibles aportes y forma de instrumentación.

Se toman los aportes de Jaime, Dufour, Alessandro y Amaya (2013)³ quienes describen cuatro etapas o ciclos en la historización de las políticas públicas determinando qué características específicas tenía el Estado y dichas acciones.

1.3.1 El capitalismo oligárquico: contexto de surgimiento y caracterización de las políticas públicas

El capitalismo oligárquico: Cavarozzi (1996) describe una primera etapa, es la denominada Capitalismo Oligárquico, desde la década de 1860 hasta el comienzo de la Primera Guerra Mundial en 1914. En ese período, refieren los autores que se desplegaron los procesos de construcción de las instituciones estatales, organizando el orden civil en torno a un Estado cuyas políticas públicas fueron simultáneamente universales y excluyentes y la economía se integró al emergente sistema capitalista mundial.

³ http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/icsya-unaj/20171114040327/pdf_1260.pdf

Desde sus inicios, la política oligárquica tuvo dos dimensiones: el bloqueo de toda participación a organizaciones políticas de clases subalternas y la consecuente participación de las clases propietarias como únicos agentes políticos de la época a través de partidos de notables.

A través de esta estrategia para mantener el orden social, generó y garantizó la reproducción de las relaciones sociales y permitió según refiere Sábato (1988) a los actores dominantes apropiarse de una porción considerable de los excedentes en términos de ingresos.

Características de las políticas públicas de esta etapa:

Mercado de trabajo: generación de empleo, pero disciplinamiento de la mano de obra.

Seguridad social: aparición de los primeros seguros sociales de carácter mutualista y regulado por el Estado.

Educación: se impusieron estrategias de homogeneización sociocultural y adecuación a las necesidades productivas. Se secularizó la educación básica.

Primeras políticas dirigidas a la generación de infraestructura social básica.

Dispositivos asistenciales: se adecuaron a las necesidades del mercado de trabajo.

A principios de la década del 40 la sociedad de Beneficencia estaba desprestigiada pero continuaba interviniendo en las áreas de salud y minoridad. Este grupo minoritario de mujeres pertenecientes a sectores de la oligarquía y que excluía formas democráticas de organización y que reproducía en un punto la exclusión social de sectores vulnerabilizados de la sociedad. Eran las categorías de pobre, carenciado, indigente las que guiaban las intervenciones fortaleciendo ese estado de vulnerabilidad de estos sectores poblacionales. No era suficiente la intención de proteger a niños, jóvenes y adultos, era necesario el análisis de las situaciones sociales, de la cuestión social, como emergente de condiciones políticas, sociales y económicas. Por este motivo las intervenciones tenían aún una lógica de análisis positivista con el objetivo de sostener el orden y la convivencia social y tenía tres ejes o dimensiones: diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

1.3.2 El Estado social: contexto de surgimiento y características de las políticas públicas

El estado Social: período que comienza en la década del 30 y que finaliza a mediados de la década del 70'. Este periodo fue definido de diferentes maneras: como matriz estadocéntrica (Cavarozzi, 1987), como estado benefactor (Lo Vuolo, 1991) o estado de bienestar argentino (Isuani, 2005); o universalismo estratificado (Mesa-Lago, 1991; Filguera, 1998). Este proceso de “gran transformación” (Polanyi, 1992), se produjo por la imposibilidad del régimen oligárquico de incorporar a actores sociales emergentes, y otorgó al estado un rol esencial como factor regulador de la

vida económica y social y como modalidad de integración de amplios sectores de la población.

Como refiere Carballada (2006:41) comienza a gestarse en nuestro país un nuevo elemento, la política social y a nivel mundial comienzan a retomarse cuestiones de seguridad social como un proceso que se inicia con la beneficencia, sigue con el mutualismo y termina en la previsión social. Se plantea a la seguridad social como un “derecho a la solidaridad” y que contribuye al bienestar de toda la población.

La relación entre políticas públicas y estado de bienestar puede observarse en nuestro país a partir de 1944 encontrando algunos antecedentes como la creación de la caja de Jubilaciones y pensiones para empleados públicos en 1904. Con respecto a la disciplina, al Trabajo social, se funda la primer Escuela de Asistencia social del Museo Social Argentino en el año 1930, la carrera de Asistencia Social que dependía de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, el curso de Visitadoras de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1924 y en la Universidad de La Plata en 1938.

En 1930 se crea la primera Escuela de Servicio Social que dependía del Museo Social Argentino. En su trabajo “El Trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención”, Alfredo Carballada vincula la conformación de estas primeras escuelas de Asistencia social con una concepción paramédica y luego para-jurídica centrándose en el objetivo de mejorar la organización social y la función de la visitadora era de intermediaria natural entre el usuario y el médico. Además, la asistencia sanitaria se centralizaba en el Departamento Nacional de Higiene que dependía del Ministerio del Interior y que tenía dependencias en todas las

provincias. En 1944 se crean las direcciones de Salud Pública y Asistencia social y las intervenciones comienzan a orientarse a que el estado ya no tenga como objetivo preparar y cuidar al cuerpo para el trabajo, sino que ahora es un bien a cuidar y es así que la acción social dependerá de la intervención del Estado. En el año 1933 el gobierno de Agustín Justo, gobierno conservador, convoca a la Conferencia Nacional de Asistencia social con el objetivo de administrar los recursos asistenciales y también se intenta encuadrar a las intervenciones en lo social desde la asistencia.

Los principales ejes del debate de esta conferencia se centraron en el progreso, la pobreza y la asistencia del Estado. El texto de Krmpotic, Claudia Sandra (2002). La Conferencia nacional de Asistencia Social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal, ilumina este recorrido de análisis.

La conferencia se realizó en Buenos Aires entre el 20 y 25 de noviembre de 1933 y es considerado un antecedente significativo en lo que refiere a la profesionalización de la asistencia social en nuestro país y punto de partida para la planificación de políticas sociales por el Estado. La conferencia fue organizada por el Ministerio de Relaciones y Culto de la Nación, que convocó al encuentro a todas las instituciones que trabajaran en acción social. En sus conclusiones se refuerza la idea de una mayor intervención del Estado en la cuestión social y un dato que es interesante para nuestra investigación que es la mención del deber del estado para asegurar la reproducción de la población.

También se organiza en esa Conferencia la coordinación de todas aquellas organizaciones que trabajaban en la asistencia social para hacer más efectivas sus intervenciones. Las áreas de intervención eran: las

problemáticas de salud en relación a enfermedades infectocontagiosas, la prevención, la educación para la salud, las enfermedades y los cuidados de la infancia, siendo un área predominante para intervenir todo aquello referido a la mujer, su salud, su trabajo como obrera, las condiciones laborales y su rol como transmisora de valores y hábitos en sus familias.

Comienza a considerarse a la Asistencia social como orientada a lograr el ajuste del individuo a la sociedad y al mejoramiento social del individuo a la familia a través de todos aquellos medios que aconsejaban la higiene física y mental (Tenti, E.:1989).

Características de las políticas públicas en esta etapa:

Combinación de políticas de seguridad social en relación al mercado de trabajo y la implementación de mecanismos de asistencia social dirigida a los sectores más desprotegidos y no insertos en las prácticas productivas instituidas.

Mercado de trabajo: se dispuso garantizar el mínimo universal para los sectores trabajadores. Se propiciaron políticas de pleno empleo y generalización de las relaciones salariales formales. Se regularon los contratos de empleo con la tendencia a consolidar modalidades fordistas de organización del trabajo

-Políticas de protección social.

-Políticas de pleno empleo y generalización de las relaciones salariales formales.

- Cobertura de riesgos de la vida activa.

- Educación: desarrollo de la educación pública, se incluyó la educación media y superior.

- Creación de una red de salud pública estatal

- Políticas sociales asistenciales (transferencia de bienes, servicios o ingresos monetarios)

- Política económica: modelo de sustitución de importaciones.

A partir de 1955 el clima político y social comienza a sufrir la alternancia de gobiernos militares y civiles y el estado de bienestar intenta sostenerse a pesar de esta inestabilidad política.

En los años 70' el Estado de Bienestar comienza a resquebrajarse: crisis económicas, recesión, inflación, alza del precio del petróleo acentuando la crisis fiscal e implementando una política de reducción del gasto público privatizando funciones propias del Estado (salud, educación), desregulando los mercados y flexibilizando las relaciones laborales. Medidas todas ellas que agudizaron las desigualdades sociales.

1.3.3 El proceso de desestatización: contexto y características de las políticas públicas

El proceso de desestatización: época de gobiernos militares dictatoriales, con profundas crisis sociales y financieras con enfrentamientos políticos- ideológicos que derivaron en el desmantelamiento de los mecanismos de intervención estatal (Cavarozzi, 1996). La política económica se orientó por recomendaciones del llamado “Consenso de Washington”, que fueron apoyadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

Características de las políticas públicas de ese momento:

Reforma macroeconómica, incluyendo disciplina fiscal, ajuste y control del gasto público, reforma impositiva y liberalización financiera.

Reforma del sector externo, incluyendo liberalización de importaciones, reducción de derechos aduaneros, eliminación de subsidios a industriales estatales.

Promoción del desarrollo de empresas privadas a través de un proceso de privatizaciones, desregulación, garantías para el derecho de la propiedad, y atracción de inversiones extranjeras. La lógica que imperaba era la del mercado, con políticas de exclusión y vulneración.

También hemos relevado los aportes de Juan Manuel Cerda (2010) quien en su artículo “Cambios y continuidades de las políticas sociales en Argentina. La historia de una ciudadanía particularista” expuesto en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP en la Facultad de Humanidades describe como la historia de las políticas sociales en Argentina no estuvo exenta de rupturas, obstáculos y también continuidades y de mayor o menor inclusión social.

Propone entonces analizar cinco etapas que determinan los cambios en las mismas políticas sociales y no tanto con los cambios políticos o económicos. Podríamos preguntarnos si los cambios políticos y económicos no condicionan el diseño y desarrollo de las políticas sociales pero la descripción que realiza de estas etapas colaborará en nuestra investigación para responder a las preguntas de cuáles fueron las políticas públicas desarrolladas en relación a la salud materna infantil.

Cerda ubica a la primera etapa desde el período colonial hasta la conformación del Estado Nacional, una segunda etapa desde la formación del Estado federal hasta el surgimiento del peronismo, una tercera etapa desde los orígenes del peronismo hasta mediados de los años 70`, período de universalización de los derechos políticos y de ampliación de los derechos sociales. La cuarta etapa luego del proceso militar hasta la crisis del 2001-2002. Finalmente, la quinta etapa desde ese momento hasta la actualidad, período que tuvo como características predominantes la falta de inclusión social, los elevados índices de pobreza y la falta de desarrollo sostenido.

Durante la primera etapa el gobierno de Rivadavia creó la Sociedad de Beneficencia, una organización que tenía como objetivo el cuidado de los sectores más vulnerables de la sociedad porteña y también como parte de control social.

La sociedad de beneficencia tenía a su cargo el cuidado de los menores, ancianos, enfermos, delincuentes y mujeres solteras. La organización de ese cuidado estaba en manos de las mujeres de la élite porteña que se ocupaban, además, de obras de caridad.

En la segunda etapa el Estado Nacional se consolida y el país se incorpora al mercado mundial como productora de materias primas teniendo la economía un aumento en el desarrollo. Surgen movimientos políticos en defensa de los obreros como el Partido Socialista en 1896 y el movimiento anarquista. Hubo una fuerte inmigración que hizo que se implementaran medidas, algunas de ellas de control y exclusión. Por ejemplo las leyes de residencia y de defensa social. La ley 1420 que disponía que la educación fuese pública, laica y gratuita para los niños entre 6 y 14 años. El primer derecho social, universal y obligatorio y que determina, al menos en ese momento, la distancia entre la Iglesia y el Estado se amplía, delimitando territorios de poder e iniciando el debate en relación los alcances del Estado en la intervención social. Hasta ese momento la asistencia social estaba en manos de las sociedades de socorros mutuos. Se crean las primeras cajas de jubilaciones y pensiones, la ley Sáenz Peña 8871 que habilita el voto masculino, universal, secreto y obligatorio en el año 1912.

En 1929 se produce una crisis económica mundial, conocida como el crack de 1929 que también tuvo graves consecuencias en la Argentina provocó una mayor intervención del estado en relación no solo a la economía sino también en cuanto a políticas sociales.

La tercera etapa visibiliza un estado social fragmentado y a partir del año 1943 con el surgimiento del peronismo se implementa una nueva forma de política social, el eje era lo colectivo por encima de los intereses individuales. Intentó centralizar el sistema de jubilaciones, creó servicios sociales sindicales que impactaron en el sistema de salud fragmentándolo. Por ejemplo en la Constitución del año 1949, en el capítulo 2, se plasma la

visión de esta época en la que acceder al trabajo era acceder a la seguridad social.

El peronismo lleva adelante una política social en manos del Estado y la Fundación de Ayuda Social coordinada por Eva Duarte de Perón que reemplazó a la Sociedad de Beneficencia pero que además modificó sus intervenciones en la sociedad. Los aportes económicos que sostenían las actividades de esta fundación provenían de capitales privados y públicos y los propósitos eran atenuar las desigualdades sociales, brindar herramientas de trabajo a los sectores más vulnerables siendo la justicia social el eje rector sobre el cual se sustentaban dichas acciones y pretendían lograr que los sectores más vulnerables pudieran acceder a una vivienda, a agua potable, vestimenta, alimentos y juguetes para los niños. En síntesis, acceder a derechos sociales.

El golpe militar de 1955 promovió sucesivas interrupciones y la proscripción del peronismo, entonces la línea de políticas sociales llevadas adelante por el gobierno peronista y fundamentalmente por la Fundación Eva Perón fue interrumpidas, manteniendo solo algunas como el sistema de jubilaciones o las obras sociales sindicales (Bellmartino, 2005).

A partir de ese momento y durante los gobiernos militares el modelo imperante fue el neoliberal, con desindustrialización y ausencia del Estado, con proceso hiperinflacionarios y políticas sociales de corte neoliberal, como en los años 90` el plan de convertibilidad. También aumento del endeudamiento externo, desregulación del mercado de trabajo. Todas medidas que afectaron a grandes sectores de la población de sectores medios y bajos. Por ejemplo, la prohibición de indexación de los salarios y

la reducción de las contribuciones patronales al sistema de seguridad social, aumento de desempleo, incremento de trabajo informal y precariedad laboral.

También el sistema educativo sufrió los avatares de estas políticas neoliberales: la descentralización y traspaso de los sistemas de educación nacional a las provincias y municipios sin asignación de recursos .El sistema de salud se vio pauperizado con déficit en la asignación de recursos al sistema y con gran impulso del sistema privado tanto en lo educativo como en lo sanitario , además de la reforma previsional del sistema de jubilaciones y pensiones con el desfinanciamiento del sistema público como consecuencia.

En los 90`, las políticas implementadas ampliaron la destrucción del concepto de ciudadanía disminuyendo el rol distributivo del Estado implementado políticas focalizadas reguladas por el mercado con empeoramiento de las condiciones sociales y pérdida de servicios básicos de subsistencia que es pérdida de derechos, desencadenando todo este proceso en el estallido social del año 2000- 2001, con la caída del gobierno de De la Rúa, aumento de la tasa de desempleo mayor al 20%, con niveles de pobreza mayores al 50% y de indigencia cercanos al 28%.Una época dolorosa de nuestra historia y que dejó huellas aún al día de hoy. A partir del año 2002 el objetivo de las políticas sociales fue proteger y contener a los sectores más vulnerables y resarcir el daño que las políticas neoliberales habían provocado. Los planes como el Plan Jefas y Jefes de hogar desocupados que asistía a hogares de personas desocupadas con hijos menores de 18 años y que con su abordaje cubría el 75% del salario mínimo, vital y móvil.

Este programa, según refieren los autores y los datos recabados en diferentes documentos, fue el más ambicioso de la época, pero el cierre de los padrones para el ingreso de nuevos beneficiarios en el año 2004 y la desactualización de las sumas otorgadas hicieron que el programa perdiera relevancia como política social que pretendía reducir los niveles de exclusión como explica Laura Gorrilbert en su artículo Aprendizajes del Plan Jefas y Jefes de Hogar en Argentina (2006).

1.4 El proceso de recuperación del estado: contexto y características de las políticas públicas

Con el advenimiento de un gobierno nacional y popular en el año 2003 de la mano de Néstor Kirchner se diseñaron nuevos programas de asistencia social que dependían del Ministerio de Desarrollo Social. Entre ellos podemos mencionar: el Plan familias para la inclusión social, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, el plan Manos a la obras del ministerio de Trabajo y Seguridad social, el programa de empleo comunitario y el programa Jóvenes con más y mejor trabajo. También el plan de Inclusión previsional , la Asignación universal por hijo que a partir del año 2009 brindó asistencia a padres con hijos menores de 18 años que estén desempleados, inactivos, trabajadores del servicio doméstico, monotributistas sociales o empleo no registrado, programas focalizados de asistencia social para sectores vulnerables con políticas de recuperación de las condiciones laborales y del consumo iniciándose así una disminución de los altos índices de pobreza e indigencia, índices que en la actualidad y luego de un intervalo en las políticas sociales de promoción y protección de derechos con el gobierno precedido por Mauricio Macri, han vuelto a aumentar.

Hemos recorrido la historia de las políticas públicas en nuestro país, hemos recopilado diferentes aportes de autores y definiciones, planteando características y componentes hasta un recorrido histórico por los diferentes modelos políticos que han entramado a dichas políticas para, en el próximo capítulo, enlazar estos momentos con las políticas públicas objeto de análisis de nuestra investigación: las políticas públicas implementadas en salud materna infantil.

1.5 El trabajo social y su rol como puente entre las políticas públicas y la comunidad.

Es necesario indagar en la historia del Trabajo social, en sus inicios académicos y en su construcción como disciplina y profesión ya que este análisis permitirá: problematizar el rol de la profesión como puente entre las políticas públicas y la comunidad y comprender los imaginarios, representaciones y significados asignados a esta profesión que desarrolla su tarea en la trinchera, entendiendo la trinchera como ese espacio en el que se encuentran el dolor, la lucha, la vulnerabilidad, la desigualdad y la inequidad.

Espacio de lucha privilegiado para el trabajo social, ya que son los y las trabajadores sociales quienes se encuentran cara a cara con los sujetos destinatarios de las políticas públicas, testigos privilegiados de situaciones cotidianas en las que los derechos se encuentran vulnerados, arrasados, negados e invisibilizados.

Según el trabajo realizado por la Dra. Susana Cazzaniga (2019) en el libro Trabajo social y Políticas sociales encontramos como dato a tener en cuenta que es generalmente en los primeros años de la carrera de grado que se aborda la historia del Trabajo Social. Según refiere Cazzaniga (2019:261) este abordaje se sostiene sobre fundamentos epistemológicos de orden evolucionista que describen a las intervenciones como estrategias de respuesta a problemas de sectores de la población excluidos y que considera a cada etapa mejor a la anterior pero sin tener en cuenta el contexto histórico-político como condicionante de la construcción de las formas de intervención. Ya sea como habilitante o como obstaculizador, como contexto que promueve la transformación o que reproduce situaciones sociales de exclusión.

Es ese el análisis que nos proponemos al preguntarnos cuáles y cómo han sido las intervenciones del Trabajo social en relación a las políticas públicas en salud materna infantil en nuestro país.

Ha sido el capitalismo y sus políticas neoliberales las condiciones que han dado origen al surgimiento de la disciplina. Gustavo Parra hace un aporte valioso en ese sentido pero que según el análisis de Susana Cazzaniga invisibiliza, al menos, tres aspectos que la autora describe:

- a. Las particularidades regionales: el surgimiento de la profesión se remonta a aquellos momentos en que el estado interviene en las cuestiones sociales, pero también hay que tener en cuenta las particularidades de cada región. Es en este texto en que se menciona, por ejemplo, el caso de las trabajadoras sociales de Santa Fé que se diferenciaban de las visitadoras de higiene reconociéndose como

profesionales de la asistencia social con autonomía.

b. La cuestión de género: imprescindible para reflexionar sobre el lugar de las mujeres y el lugar asignado desde las lógicas patriarcales que ha reproducido estereotipos y roles de género.

c.El reconocimiento de la diversidad epistemológica: se postula la pluralidad de voces en relación a los entramados teóricos que sustenta la teoría social crítica.

Según las investigaciones realizadas por Biernat y Ramacciotti (2008, p.332-348)⁴. El origen de los espacios de formación de las Visitadoras Escolares y de Higiene social está atravesado por las acciones estatales de tutela y protección que intentaron garantizar las condiciones morales y materiales para fortalecer el binomio madre-hijo, fueron las madres las principales destinatarias. Las intervenciones incluían los consejos que ofrecía el médico de familia, la visita de las visitadoras de higiene que colaboraban en los dispensarios e institutos de Puericultura para los sectores más vulnerables.

En ese momento que las mujeres se ocuparan de la vida laboral era observado como riesgoso para el desarrollo biológico y moral de la infancia, entonces las medidas tomadas tenían el objetivo de garantizar que las mujeres madres pudieran dedicarse exclusivamente a la crianza de sus hijos/as: la ley de protección a la mujer obrera, sancionada en el año 1933 y

^{4 4} Véase en Hernández Mary Natalia y Cazzaniga Susana (coordinadoras) (2019). Trabajo Social y políticas públicas desde una perspectiva histórica (TOMO I) La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo social. Recuperado de <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/libros>

modificada en el año 1936, la ley de protección maternal e infantil en 1936 y la creación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Si el objetivo de este primer capítulo es indagar el rol de la disciplina del Trabajo social en relación a las políticas públicas y la comunidad se hace imprescindible tomar el artículo de Norberto Alayón Política social y Trabajo social (2010). En este escrito el autor reafirma como históricamente se han entramado las políticas sociales y el Trabajo social y propone como hipótesis que su entramado se asienta en el objetivo núcleo de la identidad de la profesión: contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población en varias de sus dimensiones: la conceptual, la laboral y la institucional no solo, afirma, en la pasado, sino que esta relación lo estará también en el futuro.

A pesar de que este sea el objetivo principal compartido, las políticas sociales resultan insuficientes para reducir la pobreza y la indigencia. La pobreza es un elemento constitutivo del sistema capitalista, casi un rasgo identitario y es, al menos, difícil neutralizar sus efectos de exclusión y desigualdad. Alayón cita en su texto a Adam Smith y su caracterización del mercado “El mercado es incompatible con la ética, porque cualquier acción moral voluntaria contradice las propias reglas del mercado y simplemente termina por desplazar al empresario moralizante”.

Es el estado quien tiene las herramientas para disminuir los efectos del sistema capitalista a través de la acción específica de ciertos “agentes”, en este caso los y las trabajadoras sociales como actores y actrices capaces de diseñar e implementar políticas de bienestar en un Estado capitalista. En relación a las políticas sociales en el área de la salud materna paterna infantil es necesaria una mayor implicación de esta disciplina, implicación

que demarque un campo de acción en el que las intervenciones sean preventivas.

Alayón afirma que el Estado y su accionar nunca están ausentes, ya sea por presencia o por ausencia, el estado no “se achica” sino que aumenta su intervención en pos del mercado y no de los intereses de la población ni de su bienestar, ni de su equidad, ni su justicia. Reafirmando así el carácter democrático de las políticas sociales. Wolfe, tomado por Alayón, afirma: la mayor parte del gasto estatal es popular, no en un sentido abstracto, sino en cuanto afecta a los individuos en particular (seguridad social, hospitales, compensaciones de desempleo, etc.). El silogismo es inmodificable: el gasto en bienestar social es democrático; algunos (la tendencia anti estatista) quieren eliminarlo o reducirlo sustancialmente; quienes proponen eso se vuelven antidemocráticos. En otras palabras, el ataque a la actividad gubernamental se ha convertido en un ataque, no demasiado bien disimulado, a la democracia misma”

Las políticas sociales son un tema esencial en la profesión del Trabajo social y fue a fines de los años 70 que la disciplina se enfocó en el análisis de la función de las políticas sociales , época en la que también se realizaba una fuerte crítica a los Estados de Bienestar afirmando que las políticas sociales era reproductoras de las relaciones sociales de producción, coagulando posiciones evidenciando el carácter paradójal de las mismas, ya que responden simultáneamente a las necesidades de clases sociales opuestas. Sin embargo hay que defender la supremacía de la política sobre la economía y evitar que el mercado continúe limando la ética profesional.

Al inicio de este capítulo y siendo profesional de otra disciplina, la psicología, intenté definir las políticas sociales rastreando en diferentes

autores. Para concluir este primer capítulo se toma la sugerencia que Ayalón brinda en su artículo, la definición de Claudia Danani⁵, trabajadora social y politóloga argentina, que define a las políticas sociales como un tipo de “políticas estatales” y dentro de éstas, de sus intervenciones sociales (o intervenciones sociales del Estado). Explica el autor que “Así concebidas, las políticas sociales son constitutivas del régimen social de acumulación y encuentran su especificidad en el hecho de orientarse de manera directa a las condiciones de vida (y de reproducción de la vida) de distintos sectores y grupos sociales, operando especialmente en el momento de la distribución secundaria del ingreso. Es decir: no en la distribución del ingreso directamente derivada del proceso de producción, por la vía de la retribución a los factores, sino por mecanismos de redistribución que se le superponen. En este sentido, históricamente han cumplido una función reguladora de las condiciones de venta y uso de la fuerza de trabajo”.

¿Cuál es el rol de los y las trabajadores sociales, de la disciplina en relación a las políticas públicas? Un posicionamiento ético que ponga a salvo la identidad profesional, ese objetivo que priorice el bienestar general de los sectores poblacionales y que garantice la equidad y la solidaridad. Todo un desafío que no se debe resignar, más allá de las presiones, los contextos, el mercado y este sistema capitalista que es difícil pensar como extinguido. En este contexto adverso, no solo puente sino promotor, diseñador, ejecutor de políticas sociales que garanticen derechos, en el tema de esta investigación, en relación al área de la salud materna paterna infantil.

^{5 5} Véase Fuente: Revista Trabajo Social UNAM VI Época • Número 1 diciembre 2010, Ciudad de México

En palabras de Alayón: "... el posicionamiento en pro de la defensa y aumento de los presupuestos destinados al campo de lo social, al campo de los sectores populares desfavorecidos, se constituye en una perspectiva estratégica y progresista que las y los trabajadores sociales no debiéramos desvalorizar, no debiéramos desestimar, ni mucho menos resignar." (Alayón, 2010:279)

Entonces, las políticas sociales no son solo programas y planes, sino que son "definiciones del problema y del sujeto destinatario". En el caso de esta investigación de las posibles intervenciones del Trabajo social que mejoren la vida de las personas gestantes y sus familias.

Para concluir este capítulo y comenzar a analizar la especificidad de las políticas públicas en el área de la realidad que aborda esta investigación retomaremos los interrogantes planteados por las docentes en el seminario cursado durante este doctorado denominado Teoría de la Política social. Estos interrogantes y sus respuestas presentes en la introducción del curso fundamentan también esta investigación

¿Por qué la historia? preguntan las autoras y la respuesta se fundamenta en la necesidad de reconocer a la política social dentro de procesos económicos, políticos, sociales y culturales y así identificar la forma de intervención del

Estado en la cuestión social. Esta perspectiva histórica permitirá descubrir las tensiones propias del sistema capitalista imperante que evidencian las desigualdades resultantes de las lógicas propias de este

sistema. La historia brinda los ejes de análisis de la situación, del contexto pasado y presente y podría anticipar los efectos de esas intervenciones en lo social.

“¿Por qué importa la teoría de la política social? Porque estudiar la teoría de la política social permite no sólo identificar las distintas perspectivas teórico- epistemológicas existentes en materia de su estudio e investigación, sino también - y principalmente- discutir el Estado más que en su dimensión normativa en su rol de activo productor y reproductor del orden social”. Refieren dos niveles de análisis: la política social (en singular) y las políticas sociales (en plural) y afirman que la política social constituye un enfoque desde el cual es posible detectar un conjunto de funciones de las intervenciones sociales del Estado; la función alude a los objetivos estratégicos, a la finalidad productiva de tales intervenciones. Dirán además que las políticas sociales se refieren a esas “concretas intervenciones sociales del Estado y han sido conceptualizadas y estudiadas desde distintos puntos de vista (más o menos cercanas al institucionalismo, pero siempre como mediaciones entre el Estado y los/las ciudadanas).”

Otro de los interrogantes planteados es ¿Por qué estudiar la relación ciudadanía-derechos sociales-política social? Porque la dimensión de la ciudadanía social es constitutiva de la ciudadanía moderna que se materializa en derechos sociales que las políticas sociales buscan garantizar.

Finalmente, “¿Por qué estudiar política social en Trabajo Social? Porque esta disciplina se desarrolló en los dispositivos de protección social, desarrollando actividades de asistencia y promoción en relación a cómo la cuestión social de cada época se delimita. Por este motivo, las políticas sociales se constituyen en los espacios privilegiados de actuación de los/las

trabajadoras sociales. Las autoras consideran fundamental que las y los profesionales de Trabajo Social “tengan una adecuada y sólida formación teórico-práctica para el análisis de la política social, partiendo de reconocer la dimensión política intrínseca de sus prácticas de intervención e investigación.”

Capítulo 2: Salud sexual y reproductiva: intervención del estado en políticas de cuidado de la salud materna infantil

2.1 Contexto de surgimiento de las normativas y políticas públicas en salud materna infantil.

La salud materna infantil, el cuidado de la infancia y de las familias han sido y son, desde fines del siglo XIX y durante el siglo XX, temas de agenda pública en nuestro país. Es así que las acciones desarrolladas por los diferentes gobiernos en pos del acompañamiento, protección y promoción de derechos -en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva y a la salud materna infantil- han tenido una lógica de desarrollo que se intentará poner en diálogo con los aportes teóricos, metodológicos y profesionales del trabajo social y a sus contextos de surgimiento e implementación.

Se abordará el análisis de estos contextos entendiendo la política como herramienta de transformación social y desde un paradigma que cambió a lo largo de los años pasando del tutelaje a la concepción de las personas como sujetos de derechos, concepción que implica desarrollar políticas públicas que tiendan al mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores más vulnerables de la población ; en el caso de este trabajo de investigación se analizarán las políticas públicas desarrolladas a cabo en el área perinatal

En el desarrollo del primer capítulo se describió la evolución de las políticas públicas en la Argentina, sus características y temas de intervención; interrogando el rol de el/la trabajadora social en relación a su compromiso ético político en el diseño e implementación de dichas políticas.

En este capítulo se desarrolla el contexto de surgimiento de las políticas sociales en materia de salud materna infantil, entendiendo a dichas políticas como decisiones de los Estados para abordar y reducir la vulnerabilidad de la población en esta etapa vital. Se observa que según el modelo político que encarnó la vida institucional del país serán las líneas de acción propuestas, líneas de acción que encierran la cosmovisión con la que se interviene en dicho campo: cómo entienden la maternidad, como definen la salud materna infantil, qué concepción de infancia sostienen, etc.

En este caso se definirá cuáles han sido a lo largo de la historia del trabajo social ese conjunto de dispositivos puestos en marcha para acompañar, proteger y promover ciudadanía en las familias en la etapa perinatal, es decir, desde la etapa pre-concepcional, pasando por los procesos de gestación, parto y puerperio hasta la primera infancia.

La herramienta del estado que posibilita construir esta propiedad social son las políticas sociales que diseñan programas que intentan acercar distancias, proteger la salud de la población e implementar dispositivos promo preventivos, en nuestro análisis relacionados con la salud sexual y reproductiva y el área perinatal Robert Castel⁶ ha afirmado que un ejercicio en clave de historia del presente aborda un problema actual y busca rastrear

⁶ Véase en Campana, M. (2014) Del Estado social al Estado Neoliberal: un nuevo pacto social en nuestra América Revista Perspectivas Sociales /9-30.

las condiciones de emergencia, para poder así identificar líneas de continuidad como rupturas. Es decir, volver hacia el pasado con un interrogante del hoy: cómo surgieron las políticas públicas en relación a la salud materna infantil.

La salud y la vida de los y las niñas y sus familias han sido una preocupación central en las sociedades modernas. A fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX se encuentran indicios de la preocupación del Estado y de los profesionales del área. El interrogante es cuál es la relación del estado con la sociedad a través de las políticas públicas que se despliegan frente a problemáticas complejas como es la salud materna infantil en el período comprendido entre 1900 y 1950, en primera instancia.

Describir el contexto de surgimiento de las políticas públicas relacionadas con nuestra área de interés, la salud materna infantil, implica indagar cuáles han sido los paradigmas que subyacen a las diferentes gestiones de gobierno y observar cómo estos paradigmas se plasman en intervenciones concretas. Según Pérez Irigoyen (1997) es a partir de 1880 que el Estado asume una mayor intervención en materia sanitaria tendiendo a centralizar la política de salud y darle un carácter nacional. Es el contexto en el que el higienismo es el paradigma predominante creándose el departamento de Higiene. Esta creación fue consecuencia de objetivos e intereses políticos derivados de la situación nacional y provincial (González Leandri, 2010: 69)

Un hecho a mencionar es que el gobierno de Rivadavia (1826-1827) crea la Sociedad de Beneficencia, una organización paraestatal llevada adelante por las mujeres de la elite argentina, mujeres de la oligarquía

nacional que se ocupaban de funciones de caridad para aquellos sectores poblacionales como los ancianos, niños, mujeres solteras, enfermos y delincuentes. En esta etapa fueron las Damas de Beneficencia quienes se ocupaban del cuidado y la asistencia.

La necesidad de intervenir para proteger la salud materna infantil surge con fuerza en el discurso médico higienista a fines del siglo XIX, como referimos anteriormente debido a las altas tasas de mortalidad infantil que se registraban en el país, presentándose una tasa cuyo valor máximo en el período 1865-1869 fue de 296,4 por mil⁷.

Las instituciones sanitarias de ese período eran las siguientes según se refiere en el texto “Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina” escrito por Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch: (2004:63-64)

1887 Creación de la Oficina de Estadística Municipal de Buenos Aires.

1873: Creación de la Oficina Demográfica del Departamento Nacional de Higiene. Publicación de los Anales del D. N. de H., que se transforman en Anales de Higiene y Medicina Legal al incluir la publicación periódica de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública. Creación de la Sociedad Médica Argentina.

1892: Creación del Patronato de la Infancia. Integración del mismo en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de

⁷ Véase en Mazzeo, V. (2017). La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la Ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, 14(26), 47-60.

Buenos Aires que se crea ese año. También la Escuela de Enfermería creada por Cecilia Grierson se integra en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública que dirige Coni.

Es la última década del siglo XX y es esta institución de asistencia pública de dimensiones filantrópicas la que brindará atención a través de un consultorio médico gratuito para la primera infancia, una sala cuna para menores de seis años y un internado para niños abandonados. Todas estas acciones eran sustentadas por donaciones privadas y subsidios de la comuna.

1899: Iniciación de los Congresos Científicos y los Congresos Médicos Latinoamericanos.

1901: Creación de la Liga Argentina de Lucha contra la Tuberculosis. Durante el año 1902⁸ se revelan datos referidos a nuestra área de investigación, la salud perinatal. En ese momento Gabriela Coni, inspectora de la Municipalidad de Buenos Aires y de adherencia socialista, presentó un proyecto de ordenanza para prohibir el empleo de las mujeres 30 días antes y después del parto⁹

En 1904, en plena presidencia de Julio Argentino Roca y siendo ministro Joaquín V González se envía un proyecto desde el Poder ejecutivo proponiendo un período de descanso para las mujeres embarazadas de 20

⁸ Proyecto de Ley de derechos de padres y madres en el trabajo, 2005. Honorable Cámara de Diputados y Senado de la Nación Argentina.

⁹ Dickamn, Enrique; Diario de Sesiones, Honorable Cámara de Diputados, 26-6-18, tomo I, página 667.

días antes del parto y 40 días posteriores al mismo. Es Alfredo Palacios quien desde 1904 propone normativas destinadas a la protección del niño y la madre. El objetivo principal era reducir la mortalidad infantil y se centraba en la intervención en el binomio madre- hijo contemplando los períodos preconcepcional y prenatal, así como la primera infancia tratando de articular las acciones de aquellas instituciones que se dedicaban a la temática.

En 1905 ¹⁰Alfredo Palacios, siendo diputado nacional, presentó un proyecto de ley en el que proponía el descanso obligatorio antes y después del parto, con derecho al salario y con la obligación de instalar en las fábricas ambientes seguros y con perfecta higiene para que las mujeres pudieran dar de amamantar a sus hijos media hora por la mañana y media hora por la tarde. Este proyecto de ley dio origen a la primera ley de Trabajo de Mujeres y Menores, promulgada en 1907 bajo el número 5201 que contemplaba el descanso optativo para la mujer trabajadora 30 días posteriores al parto y la posibilidad de tomar descansos de 15 minutos cada dos horas para amamantar¹¹.

Esta ley es derogada en el año 1924 y reemplazada por la ley 11.317 ¹² por la que se prohibía la incorporación de mujeres al trabajo en las seis semanas posteriores al parto y se propicia la creación de salas maternales en los establecimientos para niños menores de 2 años y se enumeran actividades que podían ser de riesgo para mujeres y menores. Esta ley fue

¹⁰ Palacios, Alfredo *La justicia social*, editorial Claridad, Buenos Aires, 1954, páginas 195-196.

¹¹ Palacios, Alfredo, op.cit, y Mercado Matilde: La primera ley de trabajo femenino. *La mujer obrera* (1890-1910), Centro Editor de América Latina, 1988.

¹² h ttps://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11317-194070/texto

extendida a todo el país y para todo tipo de institución, ya sea pública o privada

En 1908 se desarrollan políticas a través de organismos como la Dirección de la primera infancia que tenía una triple función: brindar asistencia médica, educacional y social a través de los dispensarios de los lactantes, de las instituciones de puericultura y de los centros sanitarios de internación

En 1923 se crea la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la infancia dependiente del Departamento Nacional de Higiene bajo la coordinación del pediatra e higienista Gregorio Aráoz Alfaro fundamentando esta creación para prevenir los altos índices de mortalidad infantil que sufría nuestro país. Las causas que manifiesta son entre otras la “falta de asistencia médica y social a la madre y el niño y a la ignorancia de las madres de la población sobre medidas de higiene infantil y puericultura”. Propone además la creación de consultorios y dispensarios de lactancia y centro de atención materno-infantiles. Además comienzan a tener protagonismo las visitadoras de higiene social (Aráoz Alfaro, 1928), inspectoras de domicilio, observando los comportamientos, registrando lo normal y lo patológico.

En 1933 se desarrolla la 1er Conferencia Nacional de Asistencia social, definiendo a la asistencia social en el primer artículo del proyecto de ley que se deriva de las deliberaciones de aquella primera conferencia. Este proyecto de ley de asistencia y previsión social reconoce “a todo habitante que se encuentre en situación de desamparo ocasionado por abandono en la menor edad, desocupación, enfermedad, invalidez y vejez, el derecho a

solicitar y recibir socorro gratuito” integrando a la asistencia médica la asistencia social. (Veronelli, 2004:422)

Ese mismo año ¹³, Alfredo Palacios nuevamente junto a Mario Bravo presentan un proyecto que contemplaba el seguro por maternidad, disponiendo que se prohibía el empleo de mujeres 30 días anteriores al parto y 45 días posteriores al mismo, un subsidio que equivalía a su salario, pudiendo conservar su puesto de trabajo durante la licencia.

No es posible dejar fuera de estos antecedentes la lucha de Alicia Moreau de Justo, activa defensora de los derechos de las mujeres, quien junto a otras mujeres militantes reclamaban la ley de la maternidad y tampoco podemos dejar de citar, tomar sus palabras que son una síntesis de la importancia que adquieren las intervenciones tempranas en esta etapa fundante de la vida.

Alicia Moreau de Justo afirmaba “Nuestro grado de evolución social, el desarrollo de nuestras industrias, que incorporan continuamente nuevos contingentes de mujeres (...) exigen que se proteja a la mujer obrera, que se proteja al niño, para que estas dos vidas no sean quebrantadas o aminoradas por las duras exigencias del trabajo. La más alta política es la previsión. Proteger a la madre, pero sobre todo a la madre que trabaja, es el primer deber de toda sociedad que quiera asegurar la salud y por ende las generaciones venideras¹⁴”.

¹³ Véase Palacios Alfredo (1939): La defensa del valor humano. Legislación social argentina Editorial claridad. Buenos Aires.

¹⁴ Idem

Esta ley fue sancionada en septiembre de 1934 bajo el número 11.933 con los siguientes lineamientos: prohibición del empleo 30 días antes del parto y 45 días después del mismo en todo tipo de establecimiento, la percepción de un subsidio equivalente al salario percibido y el derecho a la atención gratuita de un médico o partera y la posibilidad de conservar su puesto de trabajo.

Primeros indicios de la lucha por los derechos de las mujeres en cuestiones de maternidad y de los niños en cuestiones de crianza, es así que en 1936 se propone la creación de la Dirección de Maternidad bajo el amparo de la ley 12341. Es Alfredo Palacios quien en su argumentación por la creación de este ámbito y con el objetivo de reducir la mortalidad infantil afirma lo siguiente: "Este proyecto comprende, en efecto, la unidad biológica: madre e hijo. Contempla los períodos preconcepcional y prenatal, así como la primera infancia en todos los aspectos, coordina y vincula todas las instituciones que están diseminadas en la República y que lleva vida precaria, creando el organismo dirigente que controle, vigile y regule, a objeto de que la protección sea eficaz, evitando la anarquía y la dispersión de fuerzas.

Este organismo entrará en las provincias y en los municipios estableciendo una red de maternidades y centros de protección infantil y adoptando tipos de instituciones desde los hogares, talleres maternos y salas de lactancia y lactarios, hasta los dispensarios ambulantes, verdaderos consultorios de puericultura que penetrarán en los lugares más lejanos de la

República; el centro de higiene maternal e infantil de una aldea podrá irradiar sus beneficios en plena campaña¹⁵”.

Así el Estado toma la decisión de reducir los altos índices de mortalidad infantil y mejorar las condiciones de salud de las mujeres a través de acciones concretas teniendo como objetivo el binomio madre-hijo. Según refiere Lucuix (2001) quien analiza el texto de la ley, la norma tiene el objetivo primordial de “propender al perfeccionamiento de las generaciones futuras para el cultivo armónico de la personalidad del niño en todos sus aspectos, combatiendo la morbimortalidad infantil en todas sus causas y amparando a la madre o a la futura madre”.

Las causas que mayor atención requerían eran la desnutrición o la subalimentación de este binomio y ya en ese momento, 1936, el objetivo del Programa Materno Infantil era atacar estas causas a través de la promoción y atención de la salud en madres y niños.

La Dirección de Maternidad e Infancia tenía atribuciones para realizar investigaciones, coordinar instituciones, promover la asistencia médica y constituir servicios de salud que dependía del Ministerio del Interior extendiendo su intervención a todas las provincias y municipios.

Hacia el año 1943 el Estado tenía características intervencionistas, proteccionistas impulsando la redistribución de la riqueza a favor de los sectores asalariados. Esto se plasma en la Constitución del año 1949, en la que se plantean derechos relacionados directamente con el cuidado y la

¹⁵ Véase Alfredo Palacios (1939): La defensa del valor humano. Legislación social argentina. Editorial claridad. Buenos Aires

protección de la familia en la primera parte del texto, en el capítulo III estableciendo los derechos sociales de la familia.

El derecho a la protección de la familia, en el artículo 37 inciso 8 estableciendo que “la protección de la familia responde a un natural designio del individuo, desde que en ella se generan sus más elevados sentimientos afectivos y todo empeño tendiente a su bienestar debe ser estimulado y favorecido por la comunidad, como el medio más indicado de propender al mejoramiento del género humano y a la consolidación de principios espirituales y morales que constituyen la esencia de la convivencia social.”

Establece en su artículo a la familia como núcleo primario y fundamental de la sociedad haciéndolo objeto privilegiado de atención por parte del estado, garantizando la asistencia y atención a la madre y al niño en su artículo 4 en el apartado correspondiente a familia.

Si bien, a la luz de los cambios de paradigma que han acontecido en relación al constructo de familia no podemos dejar de observar el contexto de emergencia de dicha normativa y el énfasis que hace en la dimensión socio- afectiva de la salud, dimensión que promueve la constitución de sujetos capaces de establecer vínculos sociales saludables, que alojan, sostienen, incluyen y entran a esos sujetos en una historia psico-social.

En el relevamiento de las instituciones encontramos que en el año 1946 se crea el Ministerio de Salud propiciando la entrega de leche a las familias a través del programa Materno Infantil a partir de 1948. En el año 1946 por decreto 14807 se crea la secretaría de salud pública que dependía de la Presidencia de la Nación y fue el Dr. Ramón Carrillo fue el encargado

de llevarlo adelante otorgándole el rango de Ministro Secretario de Estado (Lucuix, 2001:42).

Ramón Carrillo, referente del sanitarismo argentino, elabora un plan global para el sector de Salud Pública amparado en el art. 68 de la Constitución del año 1949 que lo habilitaba para tal fin, otorgándole la capacidad de crear el código sanitario. También en la Constitución del 49, en el apartado II referido a la familia, sostiene en el inciso 4 que “La atención y asistencia de la madre y del niño gozarán de la especial y privilegiada consideración del Estado.”

Las acciones propuestas eran las siguientes:

- La obligatoriedad de los hospitales de contar con Servicios Sociales y de estadísticas.
- Medicina sanitaria o profiláctica, articulando con cultura y educación para la difusión de mensajes que crearan conciencia sanitaria en la población y, de este modo, transformar el concepto negativo de enfermedad por el positivo de salud, enseñándole a “evitar”, es decir promover, cultivar y desarrollar la salud.
- Medicina social o preventiva para evitar la desnutrición en aquellas zonas rurales más alejadas y considerar los factores socio-económicos en el desarrollo de la salud.
- Luchar contra la mortalidad infantil.

Es en el año 1946 se creó el Ministerio de Salud y en el año 1948 la implementación del Programa materno infantil, es en ese momento que se formaliza como una de las estrategias la entrega de leche a las familias. Entre 1949 y 1952 se llevaron adelante en nuestro país políticas públicas que garantizaron la concepción más equitativa e integral de la salud.

En 1955 y obligado por el contexto político de nuestro país, pleno golpe militar, es separado del Ministerio comenzando una etapa de retroceso en materia de salud pública.

Durante el gobierno de Illia, iniciado en el año 1957 se propone un plan de salud que pretendía otorgar la coordinación de los hospitales a las provincias y los municipios, situación que provocó un estado de anarquía y desarticulación que derivó en el desmantelamiento en lo que refiere a recursos humanos y técnicos. Esta situación recrudeció con los siguientes gobiernos de inscripción militar, enfatizando la política descentralizadora. También se modifica en octubre del año 1967 la Ley de Ministerios y se promulga la ley 17.271 en mayo de 1967, creando el Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Es así que el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública pasa a ser parte del nuevo ministerio devenido en Secretaría de Estado de Salud Pública, creando así la Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad (SEPAC) (Lucuix2001:45).

La salud materna infantil fue y continúa siendo una problemática social actual y el eje de la mortalidad materna infantil una de sus aristas más complejas de abordar. Un problema que se repite en toda Latinoamérica y que se relaciona directamente con la situación de pobreza

en la que se encuentra gran parte de la población. En el año 1990, según refiere la investigación de Lucuix, se llevó adelante en Nueva York la Cumbre Mundial a favor de la infancia en la que más de 100 presidentes aprobaron y firmaron la declaración Mundial para la supervivencia, la protección y el desarrollo de los niños y niñas del mundo.

En 1991 la Dirección de salud materna infantil pasó a depender de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud. Es allí que si bien las acciones de la Dirección de Salud Materna Infantil abarcan todo el territorio nacional la ejecución del programa es descentralizada y comienza a depender de los organismos provinciales.

El Programa materno Infantil se creó en el año 1994 con el propósito, nuevamente, de disminuir la morbi-mortalidad y mejorar las condiciones de vida de la población de referencia y es en 1995 que se amplía la cobertura para la población adolescente, nuevamente con una mirada promo preventiva y de trabajo interdisciplinario.

Entre los objetivos del programa se pretendía evitar la enfermedad y la muerte, pero además y primordialmente satisfacer las necesidades integrales de hombres y mujeres en el proceso de crecimiento, desarrollo y reproducción humana a partir de la articulación en red de los servicios de salud orientados a la atención integral de la mujer, el niño y el adolescente en todas las etapas del ciclo vital.

Menciona entre sus objetivos generales, mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud de las mujeres, niños y adolescentes; promover el bienestar, promover la implementación de un modelo de atención integral, con énfasis en acciones preventivas, promover la

conformación de redes entre los diferentes servicios de salud y entre estos con otros sectores y actores sociales y desarrollar estrategias de prevención primordial y medidas de autocuidado.

Todas esas estrategias de acción se encuadran en actividades de sensibilización, capacitación, supervisión, articulación y movilización de recursos. Desde Nación el Programa Materno Infantil cubría las necesidades de niños y niñas entre 0 y 5 años brindando atención pediátrica y la entrega de dos kilos de leche mensuales por niño y se prioriza la atención a niños con desnutrición crónica, embarazadas, madres en período de lactancia (6 meses) y de pacientes con patologías especiales.

También se priorizan acciones preventivas y de vigilancia o control del embarazo, crecimiento y desarrollo de los y las niñas menores de 6 años, asegurar la complementación alimentaria .Por ejemplo en el período 1994-1996 se otorgó un 77% del presupuesto nacional consistente en la entrega de leche entera en polvo a niños y niñas a partir de los 6 meses y hasta los dos años de edad, mujeres embarazadas y nodrizas incluyendo leche fortificada con vitaminas y hierro a niños y niñas desnutridas hasta los 6 años. También se afianzaron otras acciones, como entrega de medicamentos, acciones de capacitación, normalización y asesoramiento técnico a las provincias a través de reuniones periódicas. Este programa es transferido al Ministerio de Salud vía decreto reglamentario en el año 1994¹⁶.

Los componentes del Programa Materno Infantil eran los siguientes:

¹⁶ <https://normas.gba.gob.ar/documentos/V9nz1SP0.html>

- 1-cuidado de la salud materna infantil
- 2-complementación alimentaria
- 3-entrega de medicamentos
- 4-actividades de capacitación
- 5-normalización y asesoramiento a las provincias

El objetivo de este programa de atención de la madre y el niño se define como “lograr una cobertura a nivel nacional de la atención de las embarazadas, madres, nodrizas y niños de manera de alcanzar las metas propuestas en el compromiso nacional a favor de la madre y el/la niña”, además caracteriza a los/as beneficiarios/as delimitando la población a mujeres embarazadas, puérperas, nodrizas y niños/as hasta 6 años provenientes de hogares con NBI (necesidades básicas insatisfechas) y desnutridos hasta 2 años previendo una cobertura para 1.200.000 personas para ese año.

En 1996 entonces, Argentina, se comprometió a través de sus representantes en la Cumbre, a dirigir todos los esfuerzo y recursos posibles a elevar la calidad de vida de madres y niños/niñas y a la vez asegurar un lugar prioritario en la agenda política ratificando en el año 1996 su compromiso a favor de la madre y el niño/a proponiendo metas de trabajo a alcanzar durante el año 2000. A partir del año 1997 la atención de la salud materno infantil se implementó como una actividad , dejando la categoría de subprograma.

Se transcriben las metas mencionadas y estipuladas en el año 1992.

Metas de salud infantil año 2000:

- Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a menos de 20 0/00 en todo el país.
- Reducir en no menos del 25 0/00 la TMI en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional.
- Reducir a menos de 23 0/00 la Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) en todo el país.
- Reducir la mortalidad fetal tardía en 1/3.
- Mantener la cobertura de vacunación por encima de 900/0

Metas de Salud Materna para el año 2000

- Reducir a menos de 40 por mil la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en todo el país.
- Lograr la detección temprana del embarazo (en el 1er trimestre).
- Lograr un mínimo de cinco controles prenatales.
- Asegurar un mínimo de un control postnatal a la puérpera

Metas Nutrición para el año 2000

- Virtual eliminación de malnutrición severa en todas las regiones.

- Vigilancia del crecimiento y desarrollo en el 800/0 de los menores de 5 años.
- Reducir a menos del 70/0 la prevalencia del Bajo Peso al Nacer Control de las deficiencias de hierro y yodo.
- Lograr que el 60% de los niños sean amamantados por lo menos hasta el 4to mes de vida en forma exclusiva.

En el año 1998 la mortalidad infantil fue de 19,1 por cada 1000 nacidos vivos en nuestro país, mientras que en Cuba el porcentaje fue de 9,4, en Chile 11.1 y en Uruguay de 16. Estos datos demuestran que la salud materno infantil constituye un escenario donde las desigualdades se acrecientan según las posibilidades materiales provocando esta situación la posibilidad de sobrevivir o no¹⁷. El eje materno infantil ha sido objeto de políticas públicas en reiteradas oportunidades y ha sido incluido en los objetivos de desarrollo del milenio. Como refieren investigaciones que hemos tomado como antecedentes para esta investigación, desde el año 1950 las tasas de mortalidad infantil han evidenciado una tendencia descendente. Sin embargo, continúan las desigualdades según la zona de referencia, a mayor precariedad de las condiciones de vida, mayor posibilidad de morir tanto para la madre como para el niño/a.

Según refieren los autores (Marro y Fattore, 2018) el comportamiento de estos índices se ha mantenido estable en el período 1990-2010 pero con aumento de la desigualdad según la provincia. En lo que refiere a la zona tomada para esta investigación se observan los siguientes datos:

¹⁷ Véase Marro MJ, Fattore GL. *Análisis de tendencia de la desigualdad en la mortalidad materno-infantil*, Argentina, 1990-2010. Rev. Argent Salud Pública, 2018; Abr;9(35):17-24

En la provincia de Buenos Aires la tasa de mortalidad infantil en 1990 fue de 24,1, en el año 2000 de 15,4 y en el año 2010 de 12,2. En cuanto a la mortalidad materna la tasa en 1990 fue de 27,2, en el año 2000 de 17,4 y en el año 2010 de 14.

La disminución en las desigualdades en el período 2000-2010 se debió a la intervención del Estado a través de políticas públicas destinadas a ampliar la red de agua potable y cloacas y la implementación de programas orientados a niños/as menores de 6 años en el marco del Plan Federal de Salud. La disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil se correlaciona con la disminución de las desigualdades en el ingreso. De todos modos, hoy en el año 2022 y con los altos índices de pobreza que sufre el país continúa siendo un problema de salud pública.

En el año 2001, se incorporó a las preguntas de informe estadístico de definiciones en cuanto a antecedentes de embarazo con el objetivo de corregir el subregistro de muerte materna. Cuestiones que hoy continúan invisibilizadas. El SIP (Sistema de información perinatal) refiere que en el año 2006 se redujeron los índices de mortalidad infantil y materna pero que era imprescindible crear nuevas estrategias y nuevos enfoques de atención. De 400.000 partos en el sistema público, 10 % no tienen control y el 17% tiene entre 1 y 4 controles, siendo lo esperable 5. Además el 30% de los partos realizados en el sector público demuestran controles insuficientes, siendo una tasa que puede aumentar fuertemente en las diferentes provincias. Este dato refuerza la idea de la construcción de nuevas estrategias de capacitación, acompañamiento y seguridad de los embarazos, focalizando en la articulación con las instituciones del primer nivel de

atención para incorporar y/o potenciar nuevos actores/actrices locales y de otros ministerios.

En el año 2006, entonces, la estrategia era ampliar, mejorar y optimizar la accesibilidad, cobertura, atención y prestación de salud para jerarquizar la atención calificada y capacitada que posibilite la atención oportuna y cuidados necesarios en los sectores sociales en situación de vulnerabilidad y en situación de alto riesgo social, focalizando el fortalecimiento de acciones intersectoriales.

A partir de estos datos relevados en el año 2006 por el Ministerio de Salud de la Nación la pregunta que resuena es ¿Cuál es la situación en términos de captación, cobertura y calidad en el primer nivel de atención?

Según el SIP en el año 2006 nacieron vivos en el ámbito público 696.451 bebés, en el ámbito no oficial 416.609. La tasa de natalidad fue del 17,9% y la cobertura del 91,4 % quedando 8,6% sin control .En cuanto a la periodicidad en el control el 66% de los embarazos tuvo 5 controles o más, mientras que el 24,7 de 1a 4 (insuficientes) .El promedio fue de 4,8 controles. Durante el primer trimestre lo realizó el 29%, en el segundo trimestre el 30% y el tercer trimestre el 12,6%.

Como resumen de este informe elaborado en el año 2006 por el Ministerio de Salud de la Nación se destacan los siguientes emergentes:

- Deficiencia en cobertura, número, oportunidad y calidad de los controles en el primer nivel.

- Inadecuación en la identificación de condiciones de riesgo, promoción y prevención.
- Inadecuación en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Todas estas situaciones contribuyen a que las tasas de morbilidad y mortalidad infantil no se reduzcan.

Retomando este dato, se subraya que las tasas de mortalidad materna infantil disminuyen cuando las políticas públicas cumplen con las condiciones propias de su estructura y planificación y se abordan las cuestiones de salud intersectorial e integralmente. En el período 2000-2010 se redujo la cantidad de población con necesidades básicas insatisfechas, según lo referido por el texto mencionado previamente publicado en el año 2018, por Marro MJ, Fattore GL y que analizan la tendencia de la desigualdad en la mortalidad materno-infantil entre 1990 y 2010.

Habiendo vivido el caos económico -político y social del último período del gobierno de De la Rúa y que continuó al gobierno neoliberal de Carlos Menem, tomaría estos índices como posibles a partir del año 2003 en adelante con la llegada al gobierno de un modelo nacional y popular de la mano de Néstor Kirchner.

Es importante señalar que en el año 2010 la mayor cantidad de muertes maternas estuvo relacionada con causas obstétricas directas (hemorragias, infecciones, complicaciones por hipertensión arterial y del puerperio) en gran proporción, evitables.

2.2 La Salud Sexual y Reproductiva: definiciones y alcances.

2.2.1 Recorrido histórico de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Para realizar este recorrido histórico que ilumine cómo se instaló en nuestro país una política pública sobre derechos sexuales y reproductivos tomamos como fuente el texto “La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia” que compilaron Mónica Petracci y Silvina Ramos en el año 2006 y que brinda herramientas para comprender cuáles han sido los obstáculos y posibilidades en la construcción colectiva de estos derechos.

En la introducción, las autoras refieren que la hoy política pública llamada de salud y derechos sexuales y reproductivos se inició con la recuperación de la democracia en nuestro país derogándose en ese momento los derechos restrictivos del gobierno de Isabel Perón y de la dictadura militar , a saber: el Decreto 659 sobre la prohibición de los anticonceptivos orales y las actividades de control de la natalidad en hospitales públicos sancionado durante la tercer presidencia peronista en 1974 y al Decreto 3938 de 1977 de la Junta Militar que prohibió las actividades relacionadas al control de la natalidad.

Se crea el Programa de Procreación responsable en la ciudad de Buenos Aires en el año 1988, se produce un cambio de paradigma de una época de restricciones y omisiones a una época en el que se visibilizan los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales. Es en esta compilación que se intenta detallar el recorrido hasta nuestros días en que los derechos sobre la salud sexual y reproductiva son parte

fundamental en las agendas nacionales, provinciales y municipales. Este proceso no fue lineal ni sin obstáculos desde el año 1955 hasta el año 2002, año en que se sanciona la Ley 25673 de Salud Sexual y procreación responsable. Existen otros trabajos preliminares que también tomaremos como bibliografía de consulta, por ejemplo, el elaborado por el área de salud, Economía y Sociedad del CEDES en el que describe los avances y retrocesos en la definición de estos derechos.

Llegar a la sanción de la ley 25673 no fue un proceso lineal en todas las regiones del país, al año 2002 ya catorce provincias habían sancionado sus leyes: La Pampa, Córdoba (posteriormente derogada), Mendoza, Corrientes, Chaco, Río Negro, Neuquén, Jujuy, Chubut, Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego, Santa Fe y San Luis. Otras lo hicieron luego del año 2002; Santa Cruz, Salta y Santiago del Estero. La primera provincia que tuvo su normativa en relación a la salud sexual y reproductiva fue La Pampa con la Ley 1363, aprobada en noviembre de 1991 en la Legislatura a través de la cual se creó el Programa Provincial de Procreación Responsable (Di Liscia, 2012. 32)

La ley nacional promovió la sanción de leyes provinciales a través del artículo 13º y hasta el año 2006 lo hicieron las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Rioja, Santiago del Estero, Corrientes y Santa Cruz.

Participaron en la discusión varias instituciones y referentes políticos y sociales, agencias internacionales, organizaciones del movimiento de mujeres y organizaciones que trabajaban y trabajan diariamente en la defensa de la diversidad sexual y el feminismo. Es en artículo 5 donde se mencionan por primera vez a los y las trabajadores

sociales: “El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, **trabajadores sociales** y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a. Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud.
- b. Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa.
- c. Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa.
- d. Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, HIV/sida y cáncer genital y mamario.

En el año 1986 se derogan los derechos restrictivos en lo que refiere a anticoncepción promulgados por el gobierno militar en los años 1974 y 1977 y es a través del decreto 2274/86 que se reconoce “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos” y demás se autoriza a los servicios de salud estatales a brindar orientación y asistencia en temas referidos a orientación y asistencia en asuntos de

procreación con el objetivo de mejorar la salud de la madre y el niño.(pág. 20)

No todas las normativas refieren al tema de la misma manera, algunas lo mencionan como salud reproductiva, otras como salud sexual y algunas ponen el énfasis en la procreación responsable siendo las que incluyen la dimensión de la salud sexual las más avanzadas que solo las que refieren al tema de la reproducción. Los discursos son generadores de prácticas y estos significantes según sean utilizados generan prácticas más ligadas a la construcción de ciudadanía y respeto a la autonomía de las personas o más ligadas a representaciones sociales más asociadas al paradigma biomédico sin tener en cuenta las dimensiones históricas, sociales, psicológicas y culturales de la sexualidad humana.

Es también necesario resaltar la no mención a la paternidad en las normativas y la responsabilidad otorgada a las mujeres como casi únicas responsables de la gestación y crianza de sus hijos.

La ley 25673 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud define en su artículo 2, sus principales objetivos:

- a. Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- b. Disminuir la morbilidad materno-infantil.
- c. Prevenir embarazos no intencionales.

- d. Promover la salud sexual (y reproductiva) de los (y las) adolescentes.
- e. Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamaria.
- f. Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- g. Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

2.2.2 Derechos Sexuales y Reproductivos: obstáculos y posibilidades de la implementación en la práctica.

Es fundamental abordar esta temática desde el enfoque de derechos, esto significa orientar las prácticas hacia el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Estos derechos no se subsumen unos a otros; los derechos sexuales son aquellos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. En tanto, los derechos reproductivos se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados.

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como parte de los derechos humanos. Están establecidos en la Constitución Nacional,

por los tratados internacionales de derechos humanos que la integran, otros tratados y acuerdos internacionales aprobados por la Argentina, así como por las leyes nacionales sobre el tema.

Estos derechos deben ser defendidos y respetados como derechos humanos fundamentales y universales. Deben ser tenidos en cuenta en toda práctica y en el diseño de políticas públicas y de políticas de salud diferenciando derechos sexuales y derechos reproductivos.

Ya la Organización mundial de la salud (OMS, 2001) define el derecho a la planificación familiar como “un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país.” Esta afirmación implica el derecho de todas las personas a tener fácil acceso a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo y define a la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Este paradigma interpela el modelo médico hegemónico que en su conjunto de teorías y prácticas se ha encargado de delimitar lo normal de lo anormal, lo sano de lo patológico, lo legitimado y lo que no lo es. Un enfoque reduccionista que se ha encargado de colonizar subjetividades y de deshumanizar las prácticas en salud, en este caso la salud sexual y reproductiva.

Si analizamos entonces el tema abordado desde un paradigma crítico observaremos que si bien hemos tenido avances significativos en lo que a legislaciones refiere, aún hoy quedan deudas pendientes, como por ejemplo, el abordaje intercultural.

El documento de trabajo elaborado para las consejerías en salud sexual y reproductiva por el Ministerio de Educación en el 2008 describe lo que sucede cuando las prácticas de los equipos de salud relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva se desarrollan desde el modelo tradicional, suelen implicar: el uso de estrategias de control vinculadas con la atención o con el acceso a recursos; una concepción de normalidad y anormalidad, suponiendo, en general, que la normalidad es una categoría de lo natural y asociada a la heterosexualidad y la noción de sexualidad inseparable de la reproducción como sinónimo de aparato reproductor femenino y su funcionamiento.

El sistema de salud tradicional ha encasillado a la mujer en su rol materno casi exclusivamente, volviendo a los discursos imperantes podemos observar que los programas y planes de salud en esta temática la abordan invisibilizando el rol del varón, reduciendo el abordaje a la Salud Materno infantil. Podríamos preguntarnos cuál es el lugar atribuido a la salud paterna y tal vez incluir ambas dimensiones y referirnos a la Salud Materno-paterno infantil. ¿Sólo la mujer puede ejercer funciones de cuidado, protección, sostén y solo es el varón quien puede ejercer funciones de proveedor?

Las formas en que es representada la mujer y su período de gestación, el parto y las formas medicalizadas del mismo, las relaciones de explotación y precarización laboral, los modelos estereotipados de belleza y salud que

reproducen en los medios formas esclavizadas de vivir la salud sexual y reproductiva interpelan a las diferentes disciplinas, entre ellas al trabajo social.

Encontrarnos con los otros/as en nuestras prácticas en salud desde una perspectiva de derecho implica escuchar reconociendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas usuarias. Impone problematizar y repensar el encuentro con los otros incluyendo la singularidad y el contexto social respetando la autonomía.

Antes de finalizar este análisis debemos mencionar una deuda pendiente en la atención de la salud, el abordaje intercultural. La interculturalidad en salud, definida por el Ministerio de Salud de la nación (2017) “será entendida como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural. Un instrumento clave en esta tarea es el concepto de “consultas previas, libres e informadas”.

Procesos colectivos, emancipadores, de diálogo entre saberes y culturas implican un cambio en nuestra forma de ver al otro.

2.2.3 Programa de salud sexual y reproductiva: diseño, implementación y planes que lo componen.

El programa de Salud sexual y reproductiva se promulgó en el año 1988, pero es importante realizar un recorrido histórico de cómo se fueron definiendo las líneas de acción del mencionado programa. Desde el año 1948 en la Declaración de los Derechos Humanos se hace mención al derecho a la salud y a la salud de las personas gestantes y las infancias. En 1952 la Organización Internacional del Trabajo estableció un Convenio sobre la protección de la maternidad. Siguiendo con este recorrido en el año 1978 patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia se realizó la Conferencia de Alma Ata sobre atención primaria de salud definiéndose como un derecho humano fundamental que debe ser promovido para todos los pueblos del mundo.

En el año 1979 se produce otro hito en este proceso, se lleva adelante la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas, hecho que definió una declaración internacional de derechos para la mujer basada en la igualdad entre los sexos proclamando vías de acción para que los Estados partes garanticen dichos derechos.

Se proclama indispensable y también un derecho el acceso a la información para contribuir a garantizar los derechos a la salud, a la protección de la maternidad y al bienestar de la familia brindando información y asesoramiento sobre planificación familiar. De esta manera se expresa el derecho “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos¹⁸”.

¹⁸ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas (CEDAW) 1979. Artículo 16 “e”. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Un interrogante a dilucidar es cuándo nace este concepto de Salud sexual y reproductiva, y con esta definición surge en el año 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) en El Cairo y que reemplazó al término salud materna infantil, integrando de esta manera a toda la población y no reduciendo el concepto sólo a la responsabilidad de la mujer. Se produce además un cambio de paradigma en el que se incorporan las categorías de bienestar y calidad de vida y no solo la regulación de la vida sexual y reproductiva. Es en la misma conferencia en la que se define, se define a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia¹⁹”.

En Argentina fue en el año 1994, año de la reforma constitucional, que se incorpora el artículo 75 inciso 22 a la Constitución Nacional en el que se reconoce el derecho a la salud sexual y el derecho a la salud reproductiva, ligados entre sí. Ya en el año 1985 los había reconocido como derechos humanos al ratificar la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Al proclamarse en la Carta

¹⁹ Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas. El Cairo 1994. Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Bases para la Acción: 7.2. Recuperado de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Magna, el Estado se compromete a garantizar el pleno ejercicio de la siguiente manera²⁰:

*Respetar y garantizar el más alto nivel posible de salud sexual y salud reproductiva (art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y art. 1º, ley nacional 23.311).

*Adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (art. 12, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y art. 1º, ley nacional 23.179).

*Respetar y garantizar el derecho de las niñas a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (art. 27, Convención sobre los Derechos del Niño y ley nacional 23.849).

*Respetar y garantizar el derecho de todas las personas con discapacidad a escoger dónde, cómo y con quién vivir, así como el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro.

*Respetar y garantizar el derecho de todas las personas con discapacidad a acceder en condiciones de igualdad a una atención de salud de la misma calidad y a los mismos servicios de salud que los demás, adoptando todas las medidas apropiadas

²⁰ Véase Matía, Marisa G. et al (2017) Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos

para velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud, garantizando que la atención de la salud se preste sobre la base de un consentimiento libre e informado (art 25, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y art. 1º, ley nacional 26.378).

En 1995, en Beijing, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer²¹ se reafirman estos derechos a la autonomía, a la emancipación, a la libertad, a la salud como derecho fundamental, a la posibilidad de planificar y decidir sobre su salud sexual y reproductiva entre muchos más.

En el año 1996, los Estados miembros de la Unión Europea adoptaron el “Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo”, basados en los principios de El Cairo y en el año 2000, en la Cumbre del Milenio, se indicaron como objetivos prioritarios: reducir la mortalidad de mujeres gestantes y avanzar hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres. Estos objetivos se prorrogaron hasta el año 2015.

Todos estos antecedentes son el sustento que guían el diseño e implementación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva y tienen como objetivo primordial garantizar el acceso a la información, educación y servicios en lo relacionado a su salud sexual y reproductiva para, de este modo, reducir desigualdades y prácticas de inequidad y discriminatorias.

²¹ Véase Beijing Full report-Informe de la cuarta conferencia sobre la mujer (1995)
A/CONF.177/20/Rev.1 Publicación de las Naciones Unidas Número de venta: 96.IV.13

Es esencial entonces la formación y actualización permanente de los equipos de salud en la temática para que puedan de este modo garantizarse prácticas e intervenciones que eviten la discriminación, que garanticen el acceso a programas y servicios cumpliendo con los requisitos que implica esta accesibilidad: que no haya discriminación, que se pueda acceder física y económicamente y que la información esté disponible.

Fue en Octubre del año 2002 que la mayoría del Congreso Nacional aprobó la creación del Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable con el fin de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas y disminuir así las desigualdades que impactan en la salud sexual y salud reproductiva desde una perspectiva de género y de derechos.

2.2.4 Instituciones involucradas. Implementación y funciones

Las instituciones involucradas y las funciones que se espera realicen dependen del Ministerio de Salud de la Nación transcriben a continuación los lineamientos del programa que depende de este organismo nacional. Hoy la Dirección a cargo del mismo es la dirección de Salud Perinatal y Niñez que es el órgano de formulación y aplicación de las políticas de salud del Estado nacional dirigidas a niñas, niños, adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Su tarea se desarrolla dentro del marco de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Esta tarea se sustenta en leyes nacionales y acuerdos internacionales incorporados a la legislación argentina.

Según consta en la página del ministerio los objetivos que intenta lograr son:

- Reducir las probabilidades de enfermar o morir (morbi-mortalidad) de la población de niñas, niños, adolescentes y mujeres embarazadas.
- Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, así como las posibilidades de acceso a ellos de toda la población, en especial la más vulnerable.
- Conocer el estado de salud de los niños y las niñas al principio y al fin de la escolaridad primaria, a fin de detectar patologías y derivar en forma oportuna su resolución.
- Promueve la regionalización de la atención perinatal en las jurisdicciones, de manera que cada madre y cada niño/a sea atendido en un establecimiento con la complejidad que requiere su nivel de riesgo, luego de que éste haya sido detectado oportunamente.
- Reducir las desigualdades entre los indicadores de salud correspondientes a cada uno de los géneros, las distintas áreas geográficas, los niveles socioeconómicos, etnias, etc.

Todo esto a través de la asistencia técnica y financiera, la redacción de normativas para la atención, distribución de insumos y la realización de

actividades de capacitación dirigidas al sector salud de las distintas jurisdicciones del país²²

Áreas de trabajo:

Área de ginecología y obstetricia

Sus principales estrategias de trabajo son:

- La asistencia para organizar redes perinatales.
- La evaluación de la calidad de atención gineco- obstétrica, en especial de las situaciones de emergencia obstétrica.
- La capacitación del recurso humano.
- La promoción del control preconcepcional, prenatal y puerperal.
- El mejoramiento de la calidad de la atención post-aborto.
- El perfeccionamiento de los instrumentos de registro.
- El análisis permanente de las causas de morbi-mortalidad materna.

Área de Neonatología:

Trabaja en:

- La asistencia para la organización de redes perinatales.
- La evaluación, el mejoramiento de la calidad y la homogeneización de la atención neonatal, en especial la de alta complejidad; la profilaxis de las infecciones respiratorias en la población vulnerable .

²² Ministerio de Salud de la Nación, 2020

- La atención y el seguimiento interdisciplinario de los recién nacidos de riesgo.

Área de salud integral del niño:

Sus principales estrategias de trabajo son:

- La promoción y la mejora de la calidad del control en salud de las niñas y niños, incluyendo la promoción de la lactancia materna, la observación del desarrollo infantil, la promoción de las inmunizaciones, etc.
- La prevención y atención de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- La prevención del Síndrome de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante- la promoción de la Salud Ambiental Infantil.
- El análisis de la mortalidad infantil –a fin de generar intervenciones orientadas a su reducción.
- La pesquisa neonatal, tanto de enfermedades congénitas endócrino-metabólicas como de la hipoacusia, la retinopatía del prematuro, las cardiopatías congénitas, la enfermedad de Chagas y la sífilis. El Programa Nacional para el Fortalecimiento de la Detección Precoz de Enfermedades Congénitas apoya a los programas provinciales con insumos y capacitación para la pesquisa, así como con la provisión de leches especiales para los casos positivos de Fenilcetonuria y Galactosemia hasta la edad de un año.

Área de Nutrición:

Su trabajo se orienta a:

- Preservar y mejorar el estado de nutrición de las mujeres en edad fértil, niñas, niños, y adolescentes por medio del control apropiado del estado nutricional y la promoción del crecimiento saludable, con especial énfasis en: la educación alimentaria, la promoción de estilos de vida saludable, la captación y rehabilitación nutricional de la población malnutrida.
- Promover especialmente la lactancia materna.
- Vigilancia epidemiológica sobre prevalencias y hábitos alimentarios.

Luego del relevamiento de las áreas involucradas se observa la ausencia del área psico-social, un área que podría llevarse adelante desde la disciplina del Trabajo social y la especificidad del área de la Psicología perinatal.

Área de reproducción asistida:

El Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida fue creado en el año 2016 a través de la [Resolución Ministerial 2190-E/2016](#) resultando actualmente su denominación Coordinación de Reproducción Médicamente Asistida.

Objetivos:

- Promover el acceso efectivo e igualitario a las técnicas y procedimientos de reproducción humana asistida en todo el territorio de la República Argentina.
- Coordinar con las autoridades sanitarias de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la creación de servicios de reproducción médicamente asistida de distintas complejidades, según necesidades existencia previa de los mencionados servicios en establecimientos sanitarios públicos de cada jurisdicción a nivel regional.

- Garantizar junto a la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud el acceso a información actualizada (establecimientos públicos y privados que realizan reproducción humana asistida en todo el territorio de la República Argentina- ReFes).
- Proveer el servicio de certificación de consentimientos informados para Tratamientos de Reproducción Humana Asistida – TRHA (en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).
- Asistir técnica y científicamente a las autoridades sanitarias provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para mejorar el modelo de atención para TRHA.

En este marco es importante destacar los programas y políticas sociales que se derivan de este marco normativo según el momento de la etapa perinatal, por ejemplo, el abordaje de los 1000 días.

El Ministerio de Salud de la Nación implementó luego de la sanción 27611, ley de atención y cuidado integral durante el embarazo y la primera infancia el Plan 1000 días que pretende lograr la atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia.

En su primer artículo determina como objetivo primordial “fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la

desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia”.

De este modo reconoce la gestación, el nacimiento, la crianza y el cuidado de niñas y niños como una responsabilidad pública y compromete a la articulación de diferentes áreas y niveles de gobierno a realizar acciones conjuntas para el logro de este objetivo.

Según consta en el documento sus principios rectores son:

- a. Atención integral de la salud de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y niñas hasta los tres (3) años de edad
- b. Articulación y coordinación de los distintos organismos competentes en las políticas públicas dirigidas a la primera infancia hasta los tres (3) años de edad
- c. Simplificación de los trámites necesarios para el acceso a los derechos de la seguridad social
- d. Diseño de políticas públicas que brinden la asistencia y el acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud
- e. Respeto irrestricto del interés superior del niño y de la niña y del principio de autonomía progresiva
- f. Respeto a la autonomía de las mujeres y otras personas gestantes
- g. Respeto a la identidad de género de las personas.
- h. Acceso a la información y a la capacitación para el ejercicio de derechos
- i. Atención especializada de acuerdo con la interseccionalidad de los derechos y vulneraciones de estos.

Establece además derechos como: derecho a la seguridad social, a la identidad, a la salud integral, a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad, derecho a la información. El análisis de este apartado en relación a los derechos será retomado en el capítulo 3 y en las conclusiones de esta investigación.

La coordinación de tareas estará a cargo de las siguientes dependencias:

Ministerio de Salud de la Nación

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad

Ministerio de Desarrollo Social

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF)

El Ministerio de Educación; f. De la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES)

Del Registro Nacional de las Personas (RENAPER)

Del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

2.3 Políticas públicas y marco normativo en la provincia de Buenos Aires.

2.3.1 Aplicaciones e implementación de planes y programas de atención en salud perinatal en la provincia de Buenos Aires.

En la provincia de Buenos Aires los planes y programas de atención en salud perinatal están bajo jurisdicción de la Dirección de salud sexual y reproductiva (DSSR) que tiene por objetivo garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas y todos los y las habitantes de la provincia. Este equipo técnico articula sus acciones con las diferentes Regiones Sanitarias y los diferentes equipos de salud para asegurar el acceso a una atención de calidad en el marco del respeto a la autonomía personal, la integridad física, la igualdad y la diversidad.

Es propósito de esta Dirección lograr que todos y todas las personas que habitan la provincia tengan garantizado el acceso universal a servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva de calidad para lograr eliminar actos de discriminación hacia niñas, mujeres y personas con capacidad de gestar y para de ese modo ejercer de manera plena el derecho a la salud y al placer, en el marco de una política de cuidados.²³

En este sentido el programa de Infancias y juventudes implementa políticas públicas de atención y cuidado de la salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes bonaerenses de 0 a 18 años. Se propone de este modo abordar de forma integral los padecimientos en salud mental a través de intervenciones que aseguren la accesibilidad a los dispositivos y servicios de salud de la Provincia de Buenos Aires. Abordar situaciones como consumo problemático, violencia, medicalización de las infancias y padecimientos subjetivos para promover intervenciones asistenciales, preventivas, de promoción y formación de los equipos de salud.

Por este motivo el Programa tiene vinculación directa con Direcciones y Programas de diferentes Subsecretarías del Ministerio de Salud, de Justicia y Derechos Humanos, la Dirección General de Cultura y educación, el organismo provincial de la Niñez y Adolescencias, el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad y el Ministerio de Seguridad. También con todas aquellas instituciones y organismos vinculadas a la infancia y a la adolescencia, regulando todas estas prácticas bajo el abanico de las leyes vigentes en nuestro país: Ley 26657(Ley nacional de protección al derecho a la salud mental), Ley

²³ Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires

N° 14580 y Ley N° 13298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes) para promover el acompañamiento desde una mirada respetuosa de las potencialidades de cada niño, niña, adolescente y joven para la garantía de sus derechos.

Este programa articula su red de atención en todas las regiones sanitarias de la provincia conformando equipos de trabajo para el abordaje de la salud mental de las infancias. Todas actividades orientadas a la promoción, prevención y asistencia incorporando diferentes estrategias, sobre todo las lúdicas.

Existen también equipos móviles de apoyo que realizan atención en crisis y dispositivos integrales de abordaje en salud mental en ámbitos hospitalarios y escolares. Además, realiza acompañamiento a los Servicios Zonales, locales, los centros cerrados, los hogares convivenciales con el objetivo de intercambiar experiencias, realizar acuerdos, diseñar protocolos y acompañar derivaciones en caso de ser necesarias.

En relación al tema de nuestra investigación este organismo participa de la Mesa Interministerial Niñas No Madres, colaborando en la elaboración del Sistema de Registro de embarazos de niños, niñas y adolescentes en menores de 15 años, y de la Mesa interministerial de abordaje y prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes, participando en la confección de registros, guías y estrategias para el abordaje de problemáticas o situaciones dentro de las distintas áreas dedicadas a niños, niñas y adolescentes. Los ejes mencionados en la página del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires son:

1. Acompañamiento y enlace con los recursos institucionales y comunitarios donde habitan los NNyJ.

2. Ampliación de la red de atención de los efectores de salud de carácter ambulatorio.
3. Promoción, consolidación y ampliación de atención de NNAyJ en episodios de crisis que no pueden ser asistidas bajo las otras formas de atención.
4. Instancias de acuerdos, redes y articulaciones tendientes a construir abordajes integrales desde el Estado, tanto provincial como municipal, entre otros.
5. Fortalecimiento y consolidación de un paradigma de abordaje de buenas prácticas en salud mental con NNAyJ.
6. Diseño e implementación de sistemas de reportes, registro y análisis de la información. Creación de un repositorio de investigaciones y estudios vinculados a salud mental con NNAyJ.

Plan Qunita:

Es un Programa interministerial de acompañamiento y cuidado de la salud de las mujeres y personas embarazadas y sus familias en el marco del “Plan Nacional de los 1000 días”, creado por la Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo, Parto, Puerperio y la Primera Infancia. Este plan tiene como finalidad potenciar el cuidado integral de la salud a través de intervenciones que garanticen el acceso a todos los derechos vigentes en relación al embarazo, parto, nacimiento, puerperio y desarrollo infantil.

Además, al momento del nacimiento, se entregará a las familias, un kit con una Cuna-Moisés y elementos de cuidado, que se otorgarán en las maternidades públicas de la provincia de Buenos Aires que cumplan con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales y garanticen los derechos establecidos en la Ley de Parto Respetado.

Personas destinatarias del programa:

En una primera etapa, la cobertura está dirigida a mujeres y personas embarazadas titulares de la Asignación por Embarazo para la Protección Social, con cobertura pública exclusiva, que residan en la provincia de Buenos Aires y sus familias. A partir de allí las personas registradas recibirán al momento del nacimiento el kit a partir del año 2022

Acceso al programa:

Las mujeres y personas gestantes que se encuentren cursando el primer trimestre y sean titulares de la Asignación por embarazo y de protección social a través de la gestión que se realice en el CAPS de referencia al inscribirse en el Plan SUMAR e informar su condición de embarazo.

2.4 El lugar del trabajo social en las políticas públicas que abordan el área perinatal ¿Un aporte invisibilizado?

A lo largo de este trabajo describimos cómo han evolucionado los programas de atención materno infantil hasta la actualidad y que rol se les asignó a la disciplina del trabajo social en sus lineamientos, cómo los cambios sociales impregnaron los sustentos teóricos de cada una de esas líneas de acción y como se plasmaba en la formación de los profesionales trabajadores sociales.

También describimos cuál ha sido el impacto de los cambios sociales, las nuevas configuraciones familiares y las variables sociodemográficas en

la población objeto de acompañamiento y en los profesionales a cargo de dichos programas.

Los estados son los responsables de articular estrategias, políticas sociales y públicas para proteger y promover la salud sexual y reproductiva, la salud mental perinatal y la salud materna-paterna- infantil y los profesionales son responsables de ser el instrumento, el puente, el medio entre la comunidad y las normativas, las políticas públicas.

Luego de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo en los tres Centros de Atención primaria de la salud (Batán, Iremi y Aeroparque) y de las observaciones hechas durante los talleres que se desarrollan desde el proyecto de extensión que dirijo he observado que las intervenciones del/a trabajadora social quedan reducidas a la administración de entrevistas a las familias si estas son derivadas por los otros servicios (obstetricia, ginecología, clínica médica) pero que no está sistematizada la intervención de manera que se pueda abordar el conjunto de las personas gestantes que concurren a los CAPS.

A pesar de que no se definen intervenciones puntuales en los programas nacionales y provinciales, en la ciudad de Mar del Plata se delinean las intervenciones que deben realizar en relación a la atención integral de la embarazada y de la primera infancia en los programas creados por el área de Servicio Social del Municipio.

En este sentido y si bien el análisis de los programas y de las intervenciones que realizan se aborda en capítulos posteriores es posible adelantar algunas conclusiones. Según el Programa de Desarrollo infantil analizado, las intervenciones o prestaciones que deberían realizar los y las

trabajadores sociales se fundamentan en el abordaje integral, interdisciplinario, promoviendo derechos y asegurando la accesibilidad a la atención en salud perinatal pero se observan obstáculos, sobre todo en lo interdisciplinario.

La planificación de intervenciones tendientes a potenciar las capacidades de cada embarazada y niño no se realiza sistemáticamente. Es escasa la promoción de espacios de crecimiento y reflexión con la comunidad en temas referidos al desarrollo infantil. Si bien el modelo de abordaje propuesto es el socio educativo y comunitario, predomina el terapéutico con escasa participación de la comunidad.

En el programa no se menciona el abordaje en salud mental y es escasa la incorporación de nuevas disciplinas a los centros de salud a pesar de estar especificadas cuales deberían incluirse. La capacitación es opcional y no existen espacios de capacitación conjunta de los equipos de salud. Por último, la articulación con otros programas provinciales y nacionales se realiza a través de la inscripción al Anses.

Capítulo 3: Ámbito perinatal: especificidad del área

3.1 Contexto perinatal: preconcepción-embarazo –parto-puerperio – primera infancia

Definir el contexto perinatal implica delimitar una etapa vital de las personas que abarca desde la etapa preconcepcional a los primeros años de vida, la primera infancia, alrededor de los cinco años. Intentaremos describir las características propias de estas etapas y articular con las intervenciones que se realizan o podrían realizarse desde la disciplina del Trabajo Social.

El ámbito perinatal ha sido definido en forma preponderante por la medicina y también por las diferentes especialidades dentro de ese campo: la obstetricia, la pediatría, la neonatología, la ginecología pero esta definición de la etapa perinatal invalida, excluye e invisibiliza la dimensión psicosocial de la misma. Observemos la definición de lo perinatal desde el modelo médico y encontraremos definiciones como control y acompañamiento del embarazo, control gestacional, evaluación de aspectos de la salud de la mujer en el embarazo para garantizar un parto seguro y un puerperio sin complicaciones y que comprende desde la semana 22 de gestación hasta el término de las primeras cuatro semanas de vida del neonato. Dividiendo estos períodos en perinatal y neonatal. Esto es así si tomamos solo los determinantes biológicos de la salud pero es fundamental integrar los determinantes psicosociales que influyen en la salud perinatal.

Consideramos importante mencionar los antecedentes de los abordajes en relación a la salud mental perinatal y registrar que ya en los inicios de la

psiquiatría se habían descripto casos de sepsis puerperal y situaciones post-aborto acompañadas por delirios. Entre otros antecedentes encontramos que en 1551, Castelo Branco, un médico portugués describía la melancolía puerperal, que en 1614 se describen casos de psicosis post-eclampsia y en 1757 de mencionan casos de neonaticidio e infanticidio. Fue Kirkland quien en 1774 describió casos de obnubilación de la conciencia durante el trabajo de parto. Luego en 1797, Osiander desarrolla casos de manía puerperal y dificultades en establecer la relación con el bebé alternado o rechazando la constitución de este vínculo. Todos estos antecedentes fueron desarrollados en las preliminares del texto elaborado por Maldonado, Durán y Brockington en el año 2011, quienes compilaron los aportes en el texto “La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal” y que fue publicada por la Organización panamericana de la salud en ese año.

Otros antecedentes mencionan que durante los siglos XIX y XX se observaron más de 15 formas de psicosis puerperal. Se determina así el desarrollo de disciplinas que aborden la salud mental perinatal con intervenciones que sean promo-preventivas y es Tom Main en el año 1946 quien decide, en relación a estas intervenciones que mencionamos como preventivas, ingresar tanto a la madre como al bebé a la misma sala hospitalaria iniciando el desarrollo de la psiquiatría perinatal proponiendo la constitución de equipos interdisciplinarios para su abordaje. Esta postura es uno de los fundamentos para postular que el abordaje no puede ser solo desde la dimensión biológica o psicológica, más aun teniendo en cuenta la definición de salud mental que se plantea en nuestra ley de protección al derecho a la salud mental y que la define como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

También las notas preliminares del texto mencionado, se propone la constitución de servicios comunitarios, hospitales de día y/o unidades de internación. Hay antecedentes de la implementación de esta modalidad de intervención en Alemania, Australia, Gran Bretaña y Francia, aún no en Latinoamérica donde aún los abordajes no son todo lo interdisciplinarios que requiere la complejidad de esta etapa vital. Por ejemplo con respecto a los índices de mortalidad materna, que en nuestra región continúa siendo elevado. Al año 2019 y tomando el período 1990-2010 es del 9,2, según lo publicado por el Ministerio de Salud, la Secretaría de Acceso a la Salud Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica, la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica Dirección de Estadísticas e Información en Salud en el Boletín N° 163 sobre Natalidad y Mortalidad infantil del año 2021.

Entonces, la etapa perinatal que abarca la pre concepción, la gestación, el parto, el puerperio y la primera infancia tiene en cada momento de su ciclo características específicas tanto en lo biológico, lo social, lo cultural y lo emocional. En los siguientes apartados detallaremos estas especificidades, pero es interesante indagar cuáles han sido las palabras que han nombrado la maternidad y cómo estas palabras han contribuido a construir imaginarios sociales sobre la misma, también en los profesionales que abordan la esta etapa en la vida de las mujeres y en las personas con capacidad de gestar.

¿Cómo se han nombrado los procesos que involucran al nacer? ¿Qué prácticas han generado estas palabras? ¿Qué lugar ha ocupado la palabra sobre la maternidad en la historia? ¿Cuáles han sido las imágenes que representan este proceso?

Comenzando este viaje en el tiempo lleguemos a la edad antigua y los mitos sobre la maternidad, comparto este mito que utilicé en mi tesis de especialización:

El Mito de Gea

“Gea es la madre Tierra de donde surgen todas las razas divinas. Ella nace después de Caos y antes de Eros (el Amor). Ella sola engendró a Urano (el Cielo) que la cubre al igual que Ponto (el mar).

Después se une con Urano y da a luz a los seis titanes: Océano, Ceo, Crío, Hiperión, Japeto y Cronos. También tuvo a las seis titánides: Tía, Rea, Temis, Mnemósine, Febe y Tetis (madre del héroe Aquiles). Después nacieron los cíclopes (monstruos gigantes con un solo ojo), divinidades relacionadas con el rayo y el trueno. Por último, nacieron los Hecatónquiros, seres de cien brazos, gigantescos y violentos.

Urano odiaba a todos sus hijos, por lo que los obligaba a vivir en las profundidades de su madre. Un día ella decidió liberarlos y les pidió que se vengaran de su padre, pero todos le temían demasiado. Sólo el menor, Cronos aceptó, pues lo odiaba mucho. Gea le entregó una hoz de acero a su hijo. En la noche cuando Urano cubrió a Gea toda para unirse con ella, Cronos le cortó los testículos a su padre y los arrojó detrás de él. La sangre que brotaba de la herida fecundó a Gea y de ahí nacieron los Gigantes, las Herinias y las Ninfas de los Fresnos, además de todas las divinidades relacionadas con los árboles.

Posterior a esta mutilación, Gea se unió con Ponto de donde nacieron las divinidades marinas: Nereo, Taumante, Forcis, Ceto y Euribia. Mientras, Cronos reinaba en el mundo y se había vuelto un tirano terrible y había encerrado a sus hermanos en el Tártaro, por lo que Gea planeó una nueva venganza. Los hijos de Rea y Cronos habían sido devorados por su padre, pero cuando ella estaba en

cinta de Zeus, pidió ayuda. Gea y Urano le revelaron el secreto de los Destinos y le enseñaron cómo burlar a Cronos. Cuando el niño nace, Gea lo esconde en una caverna, al mismo tiempo que a Cronos le era entregada una piedra envuelta en mantillas, a la que devoró sin notar la diferencia.

Cuando Zeus era mayor, luchó abiertamente con Cronos y Gea le hizo saber que necesitaría la ayuda de los Titanes. Estos al ser liberados por Zeus del Tártaro, le dieron el rayo, el trueno y el relámpago, armas con las que destronó a su padre.”

Pero Gea seguía descontenta por la suerte de los Hecatónquiros, que habían sido derrotados, por lo que se une con Tártaro (dios de los abismos) y engendró a Tifón, con el que tuvieron que luchar los dioses por largo tiempo. Además, nació de esta unión otro monstruo, Equidna.

La mayoría de las teogonías le atribuyen a Gea la maternidad de diversos monstruos como Caribdis, las Harpías, Pitón, el dragón guardián del vellocino de oro, e incluso la Fama. Con el tiempo, Gea se convirtió en la madre universal, y conforme el mundo helénico personificaba a sus dioses, la tierra se encarnaba en divinidades como Deméter o Cibeles, y la tierra como elemento abandonaba la mitología.

Gea se consideraba, además, como inspiradora de muchos oráculos, poseía los secretos de los Destinos, y sus predicciones eran más antiguas y seguras que las del mismo Apolo. Gea como madre creadora de monstruos y divinidades, integrando las emociones, las puras y las oscuras, la venganza y el amor. Soledad al engendrar. Los secretos. El rol del padre que obligaba a vivir a sus hijos en las profundidades de su madre. Podríamos preguntarnos cuáles son las palabras que hoy se repiten en los discursos sobre la maternidad. Esta relación

nos hace pensar en las dimensiones sociales, históricas y psicológicas de la maternidad y no sólo la biológica y en ese sentido preguntarnos qué comunidades han acompañado a las maternidades.

El concepto de Castoriadis de imaginario social nos ayuda a pensar cómo se han construido las significaciones en relación a la maternidad y cómo se han colado entre los diferentes momentos históricos hasta llegar a la actualidad y seguir construyendo mitos. Siguiendo a Castoriadis nuestra sociedad construye significaciones en relación a la maternidad sosteniendo la idea o imaginario de que la maternidad es función de la mujer y de que al atravesar este proceso se realiza como tal. Asociado a palabras como feminidad, ternura, etc. Así funciona en la sociedad el imaginario social instituyendo significados, construyendo socialmente formas de ser madre, imaginarios que construyen subjetividad.

Palabras que definen qué es ser madre, como es la maternidad, que es ser padre, que es ser niño, bebé, hijo. Como afirma Ana M. Fernández (1994) estas producciones de sentido de carácter histórico producen mitos que regulan el hacer de los sujetos. Se constituyen así discursos que generan prácticas que están guiadas por construcciones políticas, ideológicas, científicas y hasta populares. Al respecto, Fernández (1994) señala expresamente: “Desde la multiplicidad discursiva- discursos populares, científicos, políticos, ideológicos sobre la mujer- se organiza un real Mujer=Madre que no es la realidad, pero que se constituye como si lo fuera.”

¿Qué lugar puede habilitar la palabra en la maternidad, la palabra instituyente que permita repensar los imaginarios, reflexionar y así construir otros discursos sobre la maternidad?

En su texto *Historia de las madres en Occidente: repensar la maternidad* Oiberman (2005:115) nos explica cómo la maternidad recorre un camino desde la imposición o ley natural a la maternidad elegida. Esto conduce a pensar la maternidad en su doble dimensión la clara y la oscura podríamos decir, en su ambigüedad, en el amor y en la agresividad.

Aquí la palabra cobra sentido, devela, habilita caminos, hace nacer. Y recorriendo el mismo texto se identifican palabras simbólicas que han construido imaginarios sociales sobre la maternidad. En la antigüedad sin la existencia de la palabra que la defina, aparece el mito como dimensión simbólica de la maternidad, tinieblas de la matriz. En Roma aparece la norma que legisla el proceso, comienzo del patriarcado, en el feudalismo como asunto de mujeres y la ausencia de los hombres en el parto, luego glorificada en el siglo XVIII por la Iglesia y la imagen de la Virgen María aparece la dimensión espiritual y carnal. Siguiendo en este viaje la revolución industrial y el atravesamiento de la maternidad por condiciones laborales precarias y finalmente en la actualidad la pregunta sobre la maternidad casi en un movimiento cíclico de buscar nuevas palabras que la definan.

Ante las prácticas, en muchas ocasiones abusivas, del modelo médico hegemónico surge un nuevo paradigma de atención en salud. Un paradigma centrado en los derechos humanos que se fortaleció en las últimas décadas en el campo de la salud. Tomar el marco regulatorio de los derechos humanos como eje de acción en relación a las prácticas en salud tiende a reemplazar los enfoques más reduccionistas de periodos anteriores. Una nueva visión de sujeto se desprende del enfoque de derechos en políticas públicas que se han basado en normativas internacionales en relación a derechos sociales, garantizando el derecho a la salud. Tanto la OMS como la OPS y los gobiernos sustentan la revisión de sus prácticas en salud bajo estos principios. El área de la salud

mental perinatal no escapa a estas reglamentaciones y es fundamental para los y las profesionales de la salud conocer cuáles son las reglamentaciones que encuadran su práctica.

Es partir del siglo XX que la maternidad adquiere un nuevo sentido y se extiende más allá de la autonomía física del niño/a, asumiendo la responsabilidad de garantizar su educación (Oberman, 2008). También es a partir de la segunda mitad de este siglo que se empiezan a reconocer oficialmente los derechos del niño y de la niña.

En 1946, las Naciones Unidas crean la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Foundation), cuyo objetivo principal es el de ayudar a los niños que carecen de una buena alimentación, educación y cuidados. También, en 1959 se aprueba la Declaración Universal de los Derechos del Niño. Lelong (1958) referenciado en Fiszlelew & Oiberman, (1995) menciona que fue el médico francés Caron, quien creó la palabra puericultura en 1865, y la definió como la ciencia de criar, higiénica y fisiológicamente a los niños ¿Cuáles son los sentidos actuales de la maternidad y la paternidad? ¿Cómo influye en las prácticas profesionales la existencia de esos sentidos?

Con respecto a la paternidad también se han atravesado diferentes etapas a lo largo de la historia y es un fenómeno poco indagado. La mayoría de las investigaciones relacionadas sobre vivencias en embarazos se ha priorizado aquella que refiere a la mujer o persona gestante y a la relación madre-persona gestante- bebé, siendo pocas las investigaciones en relación al rol paterno y a la relación o vínculo padre-persona no gestante bebé (siempre hablando de funciones).

En nuestro país es Liliana Nieri una de las principales referentes en la temática, ha investigado sobre la construcción de la paternidad, los efectos del embarazo en la subjetividad paterna, etc. En referencia al concepto de paternidad se define como: “El proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos, jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto al de la madre”. (Oiberman, 1998) Siguiendo los lineamientos de la Dra. Oiberman (2009) la paternidad se caracteriza por los siguientes factores:

- Compromiso de padre en el proceso de embarazo, parto y puerperio
- Satisfacción en la relación de pareja
- Influencia de las experiencias infantiles con su propio padre
- Un rol masculino no estereotipado, que le permita participar de los cuidados del bebé, sin entrar en conflicto con su virilidad.

También se ha investigado la paternidad desde una mirada psicosocial caracterizándose a lo largo de la historia de diferentes modos. Históricamente el rol de los padres ha ido cambiando y las paternidades se encontraban en proceso de reconstrucción. Según sostiene Liliana Nieri (2012b) se observa que este proceso de reconstrucción se relaciona con las expectativas, la cultura, las necesidades económicas y las propias experiencias de los hombres. Según las investigaciones leídas se observa que los cambios sociohistóricos que fueron ocurriendo llevaron a una modificación cultural y psicológica en relación a las funciones y roles en la paternidad y la maternidad.

Con el fin de contextualizar y pensar la paternidad, se realiza un recorrido histórico y evolutivo de la misma. Lamb (1887) desarrolla los cambios de las

paternidades a lo largo del siglo XX en la sociedad occidental. Afirma que hasta finales del siglo XIX el rol de padre tenía como única función enseñar y transmitir costumbres buenas, es decir, la función fue reducida a la moral cristiana de ese entonces.

Luego, a principios del siglo XX, plantea al padre como único sostén económico, lo que implicó la responsabilidad absoluta de la crianza y el cuidado de los hijos en las madres, quedando el padre como proveedor de los recursos económicos. Es importante mencionar que, en dicho contexto atravesado por el sistema patriarcal, se encontraban marcadas las divisiones de las esferas de lo público y lo privado. La primera relacionada directamente con los varones, sostén proveedor, mientras que la segunda relacionada con el rol femenino de las mujeres, destinado al trabajo doméstico y crianza de los hijos/as.

El comienzo de la Segunda Guerra trajo consigo el desempleo de los varones y la obligación de estar en los campos de batalla. Así, las mujeres logran salir del espacio privado, sus casas, para pasar a ocupar un lugar fuera de ellas desempeñándose en puestos de trabajo. Durante mucho tiempo la paternidad quedó ligada al modelo de identificación sexual, es decir, el padre tomado como modelo de virilidad, valentía, liderazgo.

Por último, a partir de los años 70, el autor menciona al padre como nutricio o como sinónimo de amor parental. En dicha etapa se hace mención al padre como partícipe en la crianza de los hijos/as, el cuidado de los mismos y las tareas domésticas.

Según las investigaciones realizadas por Liliana Nieri (2012a) existe un nuevo padre dispuesto a acompañar a su pareja, a proteger y a criar a su hijo/a. Esto demuestra que la función del padre no es secundaria a la de la madre, sino

que ambos se complementan. Siguiendo esta línea, Nieri sostiene que debe haber también una madre dispuesta a incluir al padre desde el comienzo del embarazo, permitiendo que este la sostenga y la acompañe.

May Ka (1982) investigó y describió diferentes estilos de reacciones y comportamientos del padre en el embarazo. La autora descubrió que los padres atraviesan por tres fases durante el embarazo. La primera fase comienza desde que se enteran de la noticia del embarazo y tiene como principal característica la reacción ante este anuncio. La segunda fase ocurriría entre la semana 12 y 25, es decir, en el segundo trimestre del embarazo y es cuando los padres sienten cierta ambivalencia con sentimientos de ansiedad y la posibilidad de que se desencadenen conflictos internos relacionados con el rol del padre. Puede ocurrir cierto distanciamiento emocional. Esta fase finaliza cuando aparecen los signos visibles del embarazo. La fase final ocurre entre la semana 25 a la 30 y se caracteriza por la preparación para la paternidad y el rol que van a ejercer, es decir, que el hombre tiene que redefinirse a sí mismo como padre del niño. En esta última etapa los padres se preocupan por la salud de su futuro hijo y necesitan ser tranquilizados.

Desde la especificidad de la Psicología perinatal también se hace referencia a la importancia de la figura paterna, a quien ejerza su función como constitutiva del psiquismo. Tal como señalan Abelleira y Delucca (2004), se pueden caracterizar las funciones organizadoras básicas que desarrollan quienes se desempeñan como figuras parentales. Estas funciones son la función de amparo, sostén y la función simbólica de regulación e interdicción. Dichas funciones, revisten una importancia primordial para la constitución subjetiva de los niños y las niñas.

Por otra parte, retomando a Nieri (2012c) se puede afirmar que el apoyo emocional del padre durante el embarazo se caracteriza por respaldar a su pareja embarazada y este apoyo emocional de quien acompaña contribuye a que la madre se adapte satisfactoriamente a su condición. Barnard (1982, como se citó en Nieri, 2012c) sostiene que el compromiso del padre en el embarazo refuerza su propia identidad como agente activo y participante en el camino a asumir el rol paterno.

En lo que se refiere a los comportamientos del padre durante el embarazo se puede mencionar el Síndrome de Couvade que se caracteriza por una serie de signos y síntomas físicos que experimenta el futuro padre y que desaparecen inmediatamente después del nacimiento (Maldonado, 2008).

Es importante resaltar que estas investigaciones previas mencionadas no tenían incorporada la perspectiva de género aún y mencionan al varón como una posibilidad de paternar, luego de la lucha colectiva feminista y la deconstrucción emprendida por las disciplinas es hora de resaltar que describimos funciones, materna y paterna, que tienen que ver con cuidado, sostén, protección, alojar, subjetivar y nutrir independientemente de quien la ejerza. Es por este motivo que es posible hablar de cuidadores de estas niñeces, no solo de madres y padres.

Por todo lo desarrollado anteriormente, se plantea la necesidad de deconstruir la frase salud materna infantil y construir nuevos sentidos planteando la necesidad de abordar la salud materna paterna infantil.

3.1.1 Etapa pre-concepcional: características psicosociales de este período

Denominamos etapa preconcepcional al período previo a la gestación, etapa fundamental para implementar intervenciones promo-preventivas. Es una etapa en la que las personas con capacidad de gestar se encuentran con la posibilidad de cursar un embarazo y que deben tener la posibilidad de acceder a la información necesaria, clara y precisa en relación a sus derechos sexuales, reproductivos y no- reproductivos. De esta manera garantizamos el derecho de la comunidad a acceder a los recursos técnicos, científicos y humanos que puedan acompañar esta etapa vital.

Esta etapa vital está también regulada por el paradigma de Maternidades seguras y centradas en la familia que desarrollaremos en el apartado dedicado a las normativas específicas de esta etapa vital. Las actividades llevadas adelante por el Ministerio de Salud de la Nación desde la Dirección de salud sexual y reproductiva se enmarcan en el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes, que ordena la tarea de alcanzar el 4° y 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio, cuestión a la que se comprometió nuestro país para el año 2015. Este objetivo tiene como meta principal ofrecer al equipo de salud orientaciones acerca de la atención, el asesoramiento y los recursos asistenciales a los que deben acceder las personas que desean lograr un embarazo, las embarazadas y las puérperas.

Según datos relevados en el año 2013 en la guía de recomendaciones para el control preconcepcional, prenatal y puerperal que diseñó la Dirección de salud perinatal niñez en nuestro país más del 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, esto es, sin control prenatal alguno.

De las que se controlan, apenas una cuarta parte (24,3%; Fuente: SIP - 2008), inicia los controles precozmente durante el primer trimestre y menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en los acompañamientos en la etapa de gestación.

Es un dato que describe la complejidad del abordaje integral de la salud sexual y reproductiva de las personas con capacidad de gestar. Otro de los objetivos mencionados en esta guía es la Regionalización de la Atención Perinatal que permitiría acceder a un sistema asistencial coordinado, en un área geográfica determinada, con acuerdos de gestión intra e interinstitucionales con el fin de para alcanzar los objetivos que menciona la guía:

- Atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos
- Utilización apropiada de la tecnología requerida
- Personal altamente entrenado
- Costo/efectividad razonable.

Hemos observado que es en estas recomendaciones que por primera vez aparece la mención a los y las trabajadores sociales como integrantes de los equipos de salud que están implicados en el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva de las personas. En todos los documentos relevados anteriormente este campo de la salud parece ser cuestión exclusiva del paradigma médico, cuestión esta que no naturalizamos, sino que interrogamos a la luz de la representación social del/a trabajadora social y de las prácticas que de ella se prescriben.

Acceder a controles y consultas preconcepcionales es fundamental para preservar y proteger la salud y el bienestar de las personas con capacidad de gestar y de sus futuros hijos e hijas si desean llevar adelante un embarazo. Es el

momento oportuno para que el equipo de salud pueda brindar toda la información necesaria para que las personas puedan conocer cuáles son los cuidados y los riesgos a tener en cuenta, según la singularidad de cada familia, en caso de desear gestar un hijo/hija.

Durante el acompañamiento y asesoramiento en la etapa preconcepcional la pareja con deseos de gestar debe poder acceder a información sobre Salud Reproductiva de manera clara, para que puedan tomar decisiones adecuadas, a continuación las recomendaciones mencionadas en el documento:

Consejería en Anticoncepción: para planificar el momento, la cantidad de embarazos y el tiempo transcurrido entre éstos, evitando así los intervalos intergenésicos menores a 24 meses.

*Identificar los factores de riesgo de cada embarazo, incluyendo los antecedentes personales y familiares, así como las conductas poco saludables y los factores ambientales.

*Ayudar a la paciente a reconocer su propio estado de salud previo al embarazo, a realizar cambios en las conductas de riesgo y a llevar a cabo los tratamientos necesarios para lograr un embarazo saludable.

*Identificar a las parejas con riesgo genético aumentado y brindarles información adecuada para que realicen las consultas específicas y tomen decisiones reproductivas adecuadas. (Levitt, 1993)

Las consejerías tienen el objetivo de que las familias que deseen iniciar una gestación puedan contar con toda información necesaria para asumir la

responsabilidad de llevar adelante un embarazo siendo la decisión final la que tomen luego de un proceso de reflexión y asesoramiento.

Un interrogante que surge al relevar esta información es si esto sucede en los Centros de atención primaria de la salud de nuestra ciudad y quienes son los/as profesionales a cargo. Como se explicó al inicio del capítulo, todas las intervenciones que se realizan en esta etapa están también basadas en los principios del paradigma de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, a saber:

- Respetar la diversidad y las experiencias de las personas.
- Respetar y transmitir los derechos sexuales y reproductivos.
- Tener en cuenta los aspectos: físicos, psicológicos, familiares y socio-económico
- Informar acerca de los cuidados que requieren tanto el embarazo como su etapa previa.

La información brindada a las familias que deseen cursar un embarazo se relaciona con los siguientes aspectos de la vida: hábitos y estilo de vida (nutrición, actividad física, ingesta de alcohol o tabaco, consumo de sustancias, hábitos laborales y ambientales, antecedentes familiares, obstétricos, en relación a enfermedades crónicas, situaciones de vulnerabilidad, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, asesoramiento en anticoncepción, salud bucodental, vacunación, enfermedades crónicas y la realización de un examen físico).

En este sentido como aporte de esta investigación podemos agregar la necesidad de incorporar en este primer contacto con las personas y familias con capacidad de gestar una entrevista psico-social que se plantea como recurso a

utilizar y que se presenta en el capítulo 6. Es así que en el apartado correspondiente al análisis de las entrevistas realizadas articularemos las recomendaciones plasmadas en la guía de atención prenatal con las intervenciones realizadas en el territorio por los/as trabajadoras sociales.

3.1.2 Riesgos psicosociales y posibles intervenciones.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que, para algunas, dicha probabilidad es mayor que para otras. Teniendo en cuenta esta diferencia se plantea un arco de posibilidades que va desde el bajo riesgo hasta un máximo de riesgo de atravesar un daño y problemas relacionados a la etapa reproductiva.

La evaluación de riesgos es una tarea compleja que requiere el abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial teniendo en cuenta que el concepto de riesgo es probabilístico y que no es directa la relación entre un factor de riesgo y la posibilidad de sufrir algún daño. Existe, por el contrario, una multiplicidad de factores que se entrelazan y pueden provocar daño en las personas gestantes y su familia y que si no son indagados y detectados a lo largo de la gestación pueden provocar complicaciones graves.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud²⁴ propone Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales que deben asegurarse para garantizar las condiciones de bienestar de la persona gestante y su familia, a saber:

²⁴ Recomendaciones extraídas y adaptadas de las directrices de la OMS sobre optimización de la salud materna y neonatal de 2012.

Quirúrgica y procedimientos obstétricos: poder realizar cesáreas, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de la placenta, legrado por aborto incompleto.

- Anestésica: general y regional.
- Transfusión de sangre segura: Determinar grupo y factor Rh, prueba cruzada, contar con banco de sangre o reserva renovable.
- Tratamientos médicos para resolver el shock, sepsis, eclampsia.
- Asistencia neonatal inmediata: recepción reanimación cardiopulmonar, control térmico.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal: listado de factores de riesgo obstétrico y neonatal para la derivación al nivel de complejidad adecuado.
- Transporte oportuno al nivel de referencia: teléfono, radio y vehículo permanente (pág.34)

Existe un listado de factores de riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas y que se enumeran en las recomendaciones:

*Condiciones socio-demográficas

*Edad: mayor o menor de 17 años a 35 años (período considerado de mayor fertilidad)

*Desocupación personal y/o familiar.

*Analfabetismo.

*Desnutrición.

*Obesidad.

*Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.

- *Tabaquismo.
- *Violencia Doméstica Antecedentes obstétricos
- *Muerte perinatal en gestación anterior.
- *Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural.
- *Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- *Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g.
- *Aborto habitual o provocado.
- *Cirugía uterina anterior.
- *Hipertensión.
- *DBT gestacional en embarazos anteriores.
- *Nuliparidad o multiparidad.
- *Intervalo intergenésico < de 2 años Patologías del embarazo actual.
- *Desviaciones en el crecimiento fetal.
- *Embarazo múltiple.
- *Oligoamnios/ polihidramnios.
- *Ganancia de peso inadecuada.
- *Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.
- *Preeclampsia.
- *Hemorragias durante la gestación.
- *Ruptura prematura de membranas ovulares.
- *Placenta previa.
- *Diabetes gestacional.
- *Hepatopatías del embarazo
- *Malformaciones fetales.
- *Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización.
- *Óbito fetal.
- *Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubéola; Citomegalovirus, Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda.

Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Endocrinopatías.
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades Infecciosas.

Es evidente al releer las consideraciones sobre los riesgos en el embarazo cuál es la dimensión de la salud que predomina y cuales se invisibilizan en un reduccionismo propio del modelo médico hegemónico. Las dimensiones sociales, emocionales, culturales no son relevadas en su magnitud aun cuando muchas de las patologías mencionadas tienen su origen en situaciones de estrés sufridas por la persona gestante, por ejemplo: hipertensión arterial, embarazo de parto pretérmino, ganancia de peso inadecuada, multiparidad, intervalo intergenésico menor a dos años.

3.1.3 Normativas específicas de este período

El paradigma centrado en los derechos humanos se fortaleció en las últimas décadas en el campo de la salud. Tomar el marco regulatorio de los derechos humanos como eje de acción en relación a las prácticas en salud tiende a reemplazar los enfoques más reduccionistas de periodos anteriores. Es así que una nueva visión de sujeto se desprende del enfoque de derechos en políticas

públicas que se han basado en normativas internacionales en relación a derechos sociales, garantizando el derecho a la salud.

Tanto la OMS como la OPS y los gobiernos sustentan la revisión de sus prácticas en salud bajo estos principios. Las personas son, bajo este paradigma, sujetos de derecho y no objetos de protección. El área de la salud mental perinatal no escapa a estas reglamentaciones y es fundamental para el los profesionales que se desempeñan en el área, conocer cuáles son las que encuadran sus prácticas. Es a partir del siglo XX que la maternidad adquiere un nuevo sentido y se extiende más allá de la autonomía física del niño, asumiendo la responsabilidad de garantizar su educación (Oiberman, 2008) .También es a partir de la segunda mitad de este siglo que se empiezan a reconocer oficialmente los derechos del niño y de la niña. Cómo comentamos en el apartado anterior es en 1946 que las Naciones Unidas crean la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Foundation), cuyo objetivo principal es el de ayudar a los niños que carecen de una buena alimentación, educación y cuidados. También, en 1959 se aprueba la Declaración Universal de los Derechos del Niño.

En la actualidad la Psicología perinatal es la rama de la psicología que aborda el período comprendido entre el embarazo, el parto, el puerperio y la primera infancia. Con el paso del tiempo ha ido adquiriendo un perfil cada vez más específico no respondiendo a un solo marco teórico y con un encuadre flexible. La formación en esta especialidad abarca diferentes áreas de intervención y son múltiples las situaciones en las que intervenir, todas ellas vinculadas al contexto perinatal, sin embargo la psicología y sus paradigmas no es suficiente para abordar la complejidad de esta etapa.

Es Edgar Morin y el paradigma de la complejidad quien aporta herramientas para iluminar la complejidad de esta etapa vital. Según Edgar Morin, acuerdo “vivimos bajo el imperio de los principios de disyunción, de reducción y abstracción, cuyo conjunto constituye el paradigma de la simplificación” (Morin, 2003: 29-32).

El contexto perinatal es complejo, complejo en la interrelación de dimensiones que lo atraviesan y complejo en su abordaje. Siguiendo a Morin, se deben evitar los reduccionismo en las intervenciones. Es precisamente una de las características del abordaje psicológico perinatal el abordaje interdisciplinario ya que la salud mental perinatal requiere de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial.

Siguiendo al autor, este refiere que: “La disyunción basada en separaciones y compartimentaciones, ha favorecido la falta de comunicación entre el conocimiento científico y la reflexión filosófica, pero sobre todo, ha privado a la ciencia de toda posibilidad de conocerse, de reflexionarse, incluso de concebirse científicamente a sí misma” (Morin, 2003: 28-29). Sin embargo, las intervenciones en el campo de la salud mental aún no han superado este obstáculo. En este sentido es necesario reflexionar y problematizar las características que toman las formaciones en las universidades y la ausencia de articulación e interdisciplina dentro de las carreras y entre las carreras.

La definición de salud mental en la ley 26657 en el artículo 3º define y reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Esta definición es posible de pensarse en la etapa perinatal y definir a la salud

mental perinatal como un proceso determinado por componentes históricos familiares, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos desde el momento de la preconcepción hasta la primera infancia, atravesando el embarazo, el parto y el puerperio.

Entonces conocer la normativa vigente referida a estas situaciones que detallaremos luego y que se traduce en un imperativo ético, insta a preguntarnos cuáles son nuestros modos de sujeción²⁵ a la norma, cuáles son los principios que la guían, cuál es la reglamentación vigente y a la luz de qué valores y principios sostenemos las prácticas en salud.

Sería esperable aunar los principios que guían la práctica profesional en los principios que postula la bioética: el principio de autonomía, el principio de justicia distributiva, el principio de beneficencia no maleficencia y el principio de prudencia

Las normas son pautas que los profesionales establecen y consensuan como adecuadas para su práctica pero se espera que esas pautas sean analizadas críticamente y con juicio propio. Es decir que no sean aceptadas heterónomamente sino desde una posición crítica, reflexiva y responsable. En el encuentro con ese otro/a sujeto de la intervención existen tres reglas morales de carácter deontológico como obligaciones del profesional: confidencialidad, veracidad y consentimiento informado. Analizando el código de ética de la disciplina del Trabajo Social encontramos los principios rectores de la práctica profesional y que postulan a la ética como el ejercicio de la libertad. Se transcriben a continuación los mismos:

²⁵ Véase en Díaz, E. (1990) La constitución del sujeto moral en época de crisis. Plegamientos de la moral

- 1.- Todo ser humano posee un valor único, con independencia de origen, sexo, edad, creencia, etnicidad, condición socio-económica, o de su contribución a la sociedad.
- 2.- Toda persona humana tiene el derecho de realizarse plenamente para y con los demás.
- 3.- Toda sociedad, cualquiera que sea, debe funcionar con miras a proporcionar una mejor calidad de vida a la totalidad de sus miembros.
- 4.- El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos.
- 5.- El Profesional en Servicio Social deberá:

*Pronunciarse ante los hechos que lesionan la dignidad humana y/o derechos ciudadanos.

*Actuar comprometidamente en la esfera de su labor dentro de la competencia legal que le corresponda y trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales de las Ciencias Sociales y/o profesiones afines.

*Capacitarse en forma permanente para poder adecuar la lectura de la realidad y la intervención profesional que en cada caso corresponda.

En el código de ética que regula la práctica profesional de los y las trabajadores sociales se explicitan entonces valores, principios y normas que son ejes rectores de la actividad profesional. Este último punto, a su vez, nos llevará

a realizar algunas consideraciones sobre el derecho al cuidado como tal y las obligaciones que incumben al Estado para su garantía.

Al respecto, es importante destacar que todas las personas requieren cuidado, tanto la infancia como la vejez –en su caso- implican relaciones de dependencia. Algunas personas a su vez necesitan un grado mayor de cuidado durante sus vidas, por ejemplo, por razones de enfermedad o en situaciones de discapacidad física y/o psicosocial.

En el ámbito perinatal los y las profesionales se enfrentan a situaciones que ponen en cuestión lo antes mencionado en relación a nuestras prácticas, por ejemplo: el parto, la violencia obstétrica, los cuidados paliativos en neonatología y el duelo perinatal. Tomemos el principio de autonomía, principio que sostiene nuestra concepción del otro/a como sujeto de derechos reconociéndose su dignidad humana. Inevitablemente la complejidad de ciertas situaciones plantea conflictos y dilemas importantes a la hora de intervenir según este principio.

Por ejemplo, en el caso del consentimiento, momento en que tenemos que asegurar que para que haya una auténtica manifestación de su autonomía deberíamos cerciorarnos que este es el resultado del conocimiento suficiente, la comprensión y la valoración de la situación en la que se encuentre este sujeto garantizando que se den condiciones de competencia, información y libertad.

En el artículo 5 de la Declaración Universal sobre Bioética y derechos humanos se manifiesta en relación al principio de autonomía lo siguiente: se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de

ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Es el derecho del/a paciente a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones. Esta autonomía, se construye en una relación asimétrica entre el paciente y su familia y los profesionales de la salud y las intervenciones se dan en contextos en que muchas veces los derechos de los usuarios del sistema de salud se ven vulnerados.

Los y las profesionales de la salud tienen un compromiso ético-político en lo que implica la intervención en lo que refiere a la construcción de ciudadanía, es decir, en ser puente entre el derecho a la salud y los usuarios. Ser puente o lazo implica, en primer lugar, conocer la normativa y en segundo lugar promover acciones que garanticen el acceso a la información por parte de los usuarios. El profesional dará información y animará a el/la paciente a realizar preguntas para ayudarlo a tomar su decisión para acortar esas distancias en la comunicación. Hoy se tiende a que la toma de decisiones sea compartida. Nos referimos a una autonomía intersubjetivamente considerada o simbólicamente mediada según refiere y postula ley 26529, ley de Derechos del paciente.

El/la paciente/usuario/persona gestante debe estar en condiciones de comunicar su decisión si ha sido informado adecuadamente de sus opciones, y la misma debe ser consistente con sus valores y metas y mantenerse estable en el tiempo. Toda persona tiene el derecho a no ser informada si así lo expresa previamente, y además el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

El trabajador social realiza sus intervenciones interdisciplinariamente, desarrollando sus actividades en el área de la medicina y es en ese ámbito que

toma protagonismo la figura del consentimiento informado, expresión máxima de la autonomía del paciente, estableciendo deberes para el equipo de salud que tiene que respetar este principio.

Desde mi ejercicio profesional, la psicología, y como especialidad la psicología perinatal actuamos como puente entre las diferentes disciplinas, una de ellas el trabajo social, intentando que este principio se plasme como real y que tanto la persona gestante como la familia de ese/a bebé comprenda fehacientemente el alcance de las diferentes prácticas.

Todas las normativas relacionadas al área perinatal contemplan este principio y deberían guiar el accionar profesional. En muchas ocasiones existen limitaciones al principio de autonomía, sin embargo, este principio es rector en nuestro hacer y debemos respetarlo como norma salvo en aquellas situaciones en que la autonomía está disminuida. Si ese es el caso será necesario aclarar los motivos de tal disminución.

En el artículo 6 de la Declaración de la declaración sobre Bioética y derechos Humanos, en relación al consentimiento, afirma que: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada lo podrá revocar en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Si bien la mención es a la medicina, consideramos que este principio atraviesa a todas las disciplinas que se desempeñan en el área de la salud. El consentimiento informado consiste en la aceptación razonada, libre y conforme al propio sistema de valores, por parte del paciente, de una terapia o intervención propuesta por el

equipo de salud, relativa a una situación de diagnóstico, terapéutica, de pronóstico o experimental.”

Existen muchas situaciones en las que la decisión es compartida y esto incluye tres elementos fundamentales: el intercambio de información (personal y médica) entre el/la usuaria y el/la profesional de la salud, o equipo de salud, la discusión sobre las distintas opciones de intervención y llegar a una decisión consensuada. En este proceso de interacción, vincular, el profesional aporta sus conocimientos, así como información acerca de los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud.

En este aspecto el rol del/la trabajadora social es fundamental ya que al actuar de puente entre la persona embarazada y/o su familia y el equipo de salud propiciará el diálogo entre las partes, aclarando, acompañando, casi como en una traducción los conceptos y/o términos que muchas veces el saber médico sostiene en un lenguaje críptico. Este posicionamiento ayuda a evitar la actitud paternalista que muchas veces el saber médico encarna.

Como antecedente fundamental en lo que refiere a las normativas que promueven a los derechos humanos como marco regulador de las prácticas encontramos el Modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia. (MSCF). Este modelo reconoce desde su cultura organizacional a los padres/madres y al equipo de salud como centrales en la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido definiendo la seguridad de la atención como una de sus prioridades, estimulando el respeto y la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido implementando prácticas seguras.

El modelo MSCF busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSCF y definen los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estos son:

Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención:

Toda MSCF considera la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud.

El modelo MSCF, para promover un cambio en la cultura organizacional hacia un modelo centrado en la familia y la seguridad de la atención, se sustenta en tres principios.

- Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija: el modelo MSCF protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija. La protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo, que se sustenta en los siguientes principios básicos.
- Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio: el modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija. Los siguientes principios sustentan esta propuesta

- Uso de prácticas efectivas y seguras: el modelo MSCF promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Otra situación en la que intervienen los profesionales de la salud en esta área es en la atención del recién nacido sano y de riesgo y como antecedente se encuentra que desde UNICEF (2010) se fomenta la concientización acerca de los derechos de los prematuros, y uno de los derechos del mismo incluye acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

Desde este organismo sostienen que los programas de seguimiento tienen por finalidad prevenir y atender problemas de salud vinculados a la prematuridad, que pueden manifestarse a corto o a largo plazo, como dificultades en el crecimiento, en el desarrollo, en el aprendizaje, en el movimiento, en la visión o en la audición. El seguimiento de los prematuros de alto riesgo debe realizarse al menos hasta los 3 años de vida o, idealmente, hasta la edad escolar. Si un prematuro presenta una condición crónica compleja que justifique una atención especializada, puede necesitar seguimiento hasta el final de su adolescencia, con derivación programada a un centro de adultos. Como marco regulatorio contamos con las siguientes normativas y que como profesionales de la salud nos interpelan desde un compromiso ético:

Normativas:

Ley 26657: de protección al derecho a la salud mental.

Ley 26529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Ley 13298: Ley de promoción y protección integral de los derechos de los niños y sus decretos reglamentarios (300/2005), (177/2014) modificación del decreto 300/2005.

Ley 23849 (H-1685). Convención sobre los derechos del niño.

Ley 26061 (H-2863). Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Ley 26290 (ASE-3014). Capacitación al personal de las distintas fuerzas en materia de derechos humanos reconocidos a niñas, niños y adolescentes.

Resolución 1272/2017 Invitación a los municipios de la provincia de Buenos Aires a adherir al Sistema de Vigilancia para la Mortalidad Materna Neonatal e infantil.

Ley 14787. Regulación, promoción y protección de los Bancos de Leche Materna Humana Pasteurizada.

Guía de procedimientos para la promoción, fomento, apoyo y protección de la lactancia materna.

Ley 26873. Lactancia materna. Promoción y Concientización Pública.

Ley 14464. Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado. Adhiere a ley 26529.

Ley 24540. Régimen de identificación para los recién nacidos. Ley 24884. Modificación de la ley 24540.

Ley 261250 Educación sexual integral.

Ley 25673 Salud sexual y procreación responsable.

Ley 26130 Contracepción quirúrgica.

Ley 26743 de identidad de género.

Ley 26742 de Muerte digna.

Ley 11028. Prácticas médicas de fecundación asistida comprobada en seres humanos.

Ley 14208. Reconocimiento de la Infertilidad Humana como enfermedad.

Ley 26.862 de Fertilización asistida.

Ley 26862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Ley 25584. Prohibición de toda acción institucional que impida el inicio o continuidad del ciclo escolar de cualquier alumna embarazada.

Ley 25929: Derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto

Ley 13509. Cursos de preparación integral para la maternidad y de Psicoprofilaxis.

Ley 13066. Programa provincial destinado a garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable.

Ley 27610 y 27611(Interrupción voluntaria del embarazo y 1000 días).

En cada intervención que aborde la etapa perinatal y sea atravesada por estas normativas se propone un posicionamiento ético del profesional de la salud en el encuentro con los y las usuarias del sistema de salud. Entendiendo la ética como aquella posición singular del profesional frente a la norma. Posición que incluye la reflexión crítica y reflexiva sobre las consecuencias de sus actos, asumiendo las mismas desde una ligazón autónoma a la norma no heterónoma. Propiciando una ética del cuidado, esto es, en palabras de Carol Gilligan, en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos y de donde surge un reconocimiento de responsabilidad hacia los otros y valor a la acción como una forma de ayuda. Tiene que ver con la experiencia en situaciones reales y con el propósito de evitar el daño, ser responsable de otra persona, proteger, acompañar, atender. Este posicionamiento implica reconocer que para que las personas accedan a su bienestar se requiere el reconocimiento de deberes y derechos. Como explica Foucault los modos de sujeción a la norma remite a la pregunta deontológica: ¿cómo me reconozco ligado a la norma? , pregunta que implica asumir un posicionamiento crítico frente a la misma, de reflexión y de autonomía.

Alicia Stolkiner (2007:94) explica cómo la medicina social latinoamericana, como praxis, establece una articulación profunda con las praxis de derechos humanos emancipadoras. Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación. Esto va desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas. El rol del y la trabajadora social también se enmarca bajo este paraguas que son los derechos humanos y propiciar estrategias que permitan que los y las usuarias de salud del área perinatal, esto es madres, padres, hijos y red de sostén, construyan espacios de ciudadanía y así comiencen a apropiarse de su derecho a la salud, y en específico a la salud mental perinatal.

En muchas situaciones el encuentro con esas familias se produce en contextos de vulnerabilidad y con la accesibilidad reducida. También es necesario problematizar esta categoría y para analizarlo se tomará como referencia el texto de Florencia Luna (2008:7) titulado Vulnerabilidad: la metáfora de las capas en el que la autora explora el concepto que ha sido para identificar a ciertas poblaciones que parecieran necesitar protección social y presenta, luego de esa exploración y análisis, un concepto que puede ser útil a las ciencias sociales y a la bioética. Es así que propone entender el concepto sobre la idea de “capas de vulnerabilidad” en vez de analizarlo en subpoblaciones.

De este modo, la autora presenta su preocupación cuando se utiliza el término como una etiqueta muy utilizada para clasificar a grupos poblacionales, ocasionando que cada vez sean más y que la vulnerabilidad solo esté asociada a desigualdades de recursos y de poder. Toma los argumentos de Carole Levine et al. y sostiene que “virtualmente todo ser humano está incluido” y la crítica afirmando que el concepto de vulnerabilidad tiene dos dimensiones a tener en cuenta, una que tiene que ver con la condición humana de fragilidad y de finitud

y otra aquella que puede convertir a grupos poblacionales en vulnerables por la acción u omisión de instituciones, profesionales, etc. Intenta así “naturalizar la vulnerabilidad” y dejar por sentado esta posición inamovible ya que no habría necesidad de evitarlo o de proteger a ciertas personas.

Es necesario tomar conciencia de esta dimensión y conocer que la forma en que se comprende la vulnerabilidad puede llevar a reacciones positivas o negativas, siendo la esperable aquella intervención que no niegue esta condición por ejemplo en el momento de la gestación pero que no conlleve una actitud paternalista que termine por infantilizarles. Práctica, lamentablemente frecuente en el momento del parto. Es un concepto, el de vulnerabilidad, que no puede ser entendido fuera del contexto en el que se encuentra la persona o la población y Florencia Luna lo explica como un concepto dinámico y relacional²⁶ y que esto determina tanto su alcance como las maneras de pensarlo o concebirlo. Propone entonces, pensar el concepto de vulnerabilidad a través de la idea de capas. Capas que pueden ser flexibles, múltiples, diferentes y que pueden ser removidas de una en una, capa por capa (Luna, 2008:7)

Existen diferentes vulnerabilidades y estas capas están relacionadas con diferentes aspectos de la realidad de esas personas o poblaciones: circunstancias, contextos, ambientes, situaciones específicas. En el caso de esta investigación con familias gestantes podemos observar que existen diferentes capas de vulnerabilidad que complejizan la intervención del /la trabajadora social: no es lo mismo una persona con capacidad de gestar que tenga acceso a la educación que otra que no, una familia que posea una vivienda y trabajo a otra que no, poseer condiciones de habitabilidad (agua potable, cloaca, gas natural) que no, vivir cerca de los centros de atención en salud que no, etc.

²⁶ véase Luna, F. Las capas de la vulnerabilidad Apartado III

La autora propone también reflexionar sobre cómo las intervenciones, en su caso en el área de investigación, pero puede aplicarse a la práctica clínica social, puede convertir a la persona en vulnerable por este motivo la vulnerabilidad no puede entenderse como una condición permanente o categórica, sino que en las intervenciones los y las profesionales se encuentran con personas en situación de vulnerabilidad y con historias de vulnerabilidad que en muchos casos se transmite de generación en generación. En este sentido es necesario al planificar la intervención identificar esas capas de vulnerabilidad para luego ir quitando una a una analizando cómo esas capas interactúan entre sí y cómo se relacionan con el contexto. Es el concepto de interseccionalidad, el que nos da herramientas para comprender el entramado de capas en las que se encuentran las personas con capacidad de gestar y sus familias.

La interseccionalidad²⁷ es una herramienta que tiene como principio teórico que las personas tienen múltiples identidades que se determinan según las relaciones sociales, la historia y la dinámica de las relaciones de poder en las instituciones en las que se desarrollan. Las personas pertenecen a diferentes contextos y pueden vivenciar situaciones de opresión y de privilegios al mismo tiempo. Es por esto que analizar interseccionalmente los diferentes tipos de discriminación y desigualdad que resultan del entramado del género, la etnia, la clase social, etc. y como este entramado de diferentes capas va otorgando posiciones de desigualdad a las mujeres. En relación al tema de investigación propuesta, esta herramienta permite analizar la situación de las mujeres y personas gestantes que se atienden en el primer nivel de atención en salud en

²⁷ Véase en “An Intersectional Approach to Discrimination: Addressing Multiple Grounds in Human Rights Claims”, Ontario Human Rights Commission, Discussion Paper, Policy and Education Branch. (2001) [Disponible en línea en: <http://www.ohrc.on.ca/English/publications>]

nuestra ciudad y detectar las situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran.

3.1.4 Procesos de gestación: gestación biológica, psíquica y social.

El embarazo, el parto y el puerperio tienen aspectos psicológicos determinados a abordar en este período vital: Tanto el embarazo como el puerperio son etapas que significan un cambio, una crisis en la vida de las mujeres. Múltiples son los cambios que se originan y que determinarán que esta etapa sea una etapa de vulnerabilidad y que esta vulnerabilidad se observe en su estado emocional hasta llegar a presentar, en muchas ocasiones, síntomas necesarios de abordaje psicológico y social.

Podríamos encuadrar el nacimiento de un hijo o una hija dentro del concepto de ruptura biográfica, un hecho en la biografía que dejará sus marcas, sus huellas. Cuando el encuentro entre la persona gestante con su hijo o hija se produce, deben instaurarse una serie de acomodaciones que desembocará en una adaptación progresiva, tanto física como psíquica y que le permitirán a esa persona comenzar a construirse como madre o padre. Stern es un autor que dedicó gran parte de su vida a estudiar como una mujer y un varón pueden convertirse en padres, construirse como padres.

Es así que, en su libro, *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*, explica el proceso de identificación complejo que implica convertirse en madre. Una madre que nace psicológicamente en el proceso de gestación y en el parto, aún durante el puerperio. Un vínculo que se construye y que puede llevar tiempo, un tiempo

psíquico más allá del cronológico y en relación a las posibilidades de esa mujer de estar disponible para su bebé, su historia y su estructura de personalidad.

Se trata del nacimiento de una nueva identidad la “psiquis materna”. Así lo presenta en el capítulo introductorio, la psique materna o el paisaje mental de una nueva madre (“La psyché maternelle ou le paysage mental d’une nouvelle mère”), en el que desarrolla las cuestiones que se irán desplegando alrededor de esta nueva estructura mental, abordando cuestiones relativas a su origen, su universalidad y sus particularidades, sus fases y puntos de referencia. También las diferencias que existen entre una y otra madre. Es necesario realizar un pasaje de hija a madre con lo contradictorio y ambivalente que puede resultar este pasaje, por el dolor de la pérdida de un estado y el pasaje a otro desconocido necesitando encontrarse con otras mujeres que estén atravesando esa experiencia. Es entonces, según desarrolla Stern que comienzan a formarse diferentes triángulos: padre-madre-niño/a y madre de la madre-madre-bebé. Este adquiere una importancia fundamental ya que la mujer que va a construirse como madre comienza a cuestionarse si esa madre que ella tuvo como hija es la madre a tomar como modelo y también los cambios que va a manifestar en relación a su compañero/a en lo que refiere a la pareja.

Stern también describe el estado de alta emocionabilidad que encubre a la persona gestante durante el embarazo, desarrollando una nueva sensibilidad hacia el mundo que la rodea. Comienza un recorrido desconocido por ella, nuevas conductas, rutinas, cambios de rol que también influyen en su construcción como madre ya que no es un proceso natural. El instinto maternal no existe, es una construcción social. También la idea de responsabilidad que implica acompañar la crianza de ese hijo/a y que Stern define como la “responsabilidad parental última”, entonces será la madre la última responsable

de todo lo que sea o haga el niño/a y tanto sus logros como sus fracasos le serán automáticamente atribuidos.

Stern llama la atención sobre el tema de la maternidad desde una perspectiva de “asignatura pendiente” para la sociedad en general cuando el abordaje de este proceso se ha reducido al estudio de tasas de mortalidad y natalidad sin tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud y los procesos psicológicos derivados de estos cambios biográfico como son el embarazo, el parto y el puerperio con el riesgo que conlleva ya que obviar esta experiencia subjetiva puede desencadenar en riesgos para ese bebé y para la mujer. El convertirse en madre o padre es un proceso progresivo que comienza durante la gestación y termina de completarse luego del nacimiento del / la bebé según la disponibilidad emocional de quienes ejerzan esas funciones constituyendo una operación que debe realizar el psiquismo y que es compleja. Stern refiere que la maternidad es un viaje que tiene tres estaciones posibles: prepararse para ser madre, el nacimiento de una madre y la adaptación a ese nuevo rol.

Esta adaptación puede verse afectada por diversos factores, algunos de ellos determinantes. Existen condicionantes o variables biológicas, psicológicas y sociales. En la interacción de factores de riesgo y factores protectores, algunos del orden genético y otros del orden de lo ambiental y de la psicopatología. Entonces en esos cambios y ajustes emocionales que debe realizar la persona gestante y su entorno familiar y su red de sostén se requieren de intervenciones que colaboren en la construcción de ese “recipiente emocional” del psiquismo de quienes cumplen las funciones maternas y paternas. Recipiente emocional o placenta afectiva, como menciona Mirta Videla (1990) siendo este un período que condensa una multiplicidad de experiencias y vivencias que instalan una transición al maternaje y al paternaje, como procesos psicoafectivos dentro de la maternidad y la paternidad que son las dimensiones biológicas de la gestación.

Diferenciamos la dimensión biológica de la dimensión psicoafectiva y tomemos las categorías de maternaje y paternaje como la acción y efecto de convertirse en madre y /o padre. Tanto el maternaje como el paternaje son conjuntos de procesos psicoafectivos que se desarrollan en la mujer y en el varón en ocasión de la maternidad y la paternidad. Estos procesos se caracterizan por el contacto emocional –tierno y cálido- que la madre y el padre le otorgan a su bebé. Aunque no siempre se da cuando acontece la maternidad/paternidad biológica, se deriva el proceso de la maternalización y paternaje. En el desarrollo del maternaje y paternaje, la calidad de la relación entre la madre/padre y su bebé se verá influida por: su historia en tanto hijos/as, por la realidad corporal del bebé y por la relación con sus propios padres y madres. La bibliografía existente se remite preferentemente a la maternidad y al maternaje, pero también indagaremos ese proceso.

Es Donald Winnicott quien delineó las características de este proceso como las capacidades que tiene la madre en relación al bebé:

- Ponerse en el lugar del bebé e identificarse.
- Darse cuenta de lo que el bebé necesita.
- Estimular y calmar al bebé.
- Paciencia
- Capacidad de aprendizaje.

Llegando así a la definición de la preocupación maternal primaria, esa preocupación que desarrolla aquella madre suficientemente buena. Es una condición psicológica de la madre que se caracteriza por ser una sensibilidad extrema que le permite a la madre identificarse plenamente con las necesidades

del bebé y así poder satisfacerlo. Es una madre sana, no solo psicológicamente sino por el ambiente social y familiar. Cuando alcanza la preocupación maternal primaria la madre es capaz de proporcionar un medio suficientemente bueno en el cual la criatura comienza a existir y así construir un yo personal.

No es instintiva, dato fundamental para comprender la dimensión psicoafectiva de la maternidad y que también las maternidades y paternidades son construcciones sociales determinadas por el contexto socio-histórico en el que se desarrollan las parentalidades. Para definir al paternaje tomaremos las palabras de Oiberman ,que lo define de la siguiente manera: “proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto al de la madre” (Oiberman, 2008 :104). También en el padre, dicho proceso está atravesado en función de: su historia personal, su actualidad y las vivencias en relación a su hijo por nacer y/o recién nacido. La forma en que se unan dichos atravesamientos se expresarán en las conductas que asume en relación a su pareja e hijo/a.

Describiremos algunos de los factores patogénicos:

Cambios físicos durante el embarazo:

El embarazo es un continuo proceso de adaptación, el cuerpo de la mujer sufre cambios, dolores lumbares, insomnio, dificultad en el retorno venoso, cansancio mayor al habitual además de manifestaciones de ansiedad o depresión. Es importante indagar y tener en cuenta procesos previos, embarazos anteriores, presencia de enfermedades crónicas, problemas de fertilidad o complicaciones en el desarrollo del embarazo actual o de los anteriores. Estas circunstancias

aumentan la preocupación en la mujer y su entorno lo que produce mayor posibilidad de vivenciar episodios de ansiedad y estrés. Y son mucho más persistentes si se sospecha de alguna patología en el feto o en el recién nacido, llegando en el peor de los casos a la muerte neonatal.

Factores biológicos: se producen cambios físicos y hormonales. Los hormonales relacionados con la producción de neurohormonas como la prolactina, la progesterona, hormonas esteroideas (estradiol) y la oxitocina. Todas ellas interviniendo.

Durante el embarazo es importante que las mujeres no estén en contacto con agentes o situaciones estresores para que estas neurohormonas se mantengan en reposo, de tal forma que la oxitocina se acumule y no se produzca el parto de manera prematura ya que actúan inhibiendo la respuesta al estrés del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal.

En el postparto se produce un descenso brusco de estas hormonas sexuales, como los estrógenos y la progesterona que, asociado a una modificación de los niveles de cortisol en sangre, puede desencadenar cambios en el estado emocional de las mujeres por la falta de adaptación del sistema nervioso central ante esta caída brusca hormonal.

Factores psicológicos:

Es fundamental tener en cuenta la personalidad de base de la mujer gestante que va a determinar en gran medida la forma, la estrategia que pondrá en marcha para afrontar la transición de la maternidad y los cambios que dicha transición conlleva. La relación con su pareja y su red social, los antecedentes de resolución de problemas en otras situaciones fundamentales de su vida y su contexto social influyen en el estado emocional durante el embarazo. Indagar si existen antecedentes psiquiátricos previos, familiares o personales es

fundamental para prevenir el desencadenamiento de un trastorno psiquiátrico en esta época. El origen del embarazo, las circunstancias que rodearon su inicio, los motivos conscientes y los que no también deben ser tenidos en cuenta.

Factores sociales:

La cultura, sus antecedentes familiares, la sociedad y el momento histórico que atraviese una mujer gestante determinarán discursos y prácticas sobre esa maternidad. Discursos y prácticas que irán modelando la forma legitimada de ser madre, forma legitimada que en muchas ocasiones niega el lado no autorizado de este momento vital, el lado B de la maternidad. Ser la responsable absoluta de la crianza, de los cuidados y de las tareas relacionadas al cuidado de los y las hijas ha ocasionado muchas veces conflictos emocionales, fundados estos en aquellas expectativas que se esperan que las mujeres cumplan y sean así “buenas madres”. La tensión entre las ocupaciones singulares, trabajo, estudio, red social y el rol de madre fundamental, en muchas ocasiones ocasiona trastornos de ansiedad que afectan el vínculo entre la madre y su entorno.

Factores psicosociales:

La infancia vivida por la mujer gestante es una variable que influye en el período de gestación. Ella evoca recuerdos de su infancia y de acuerdo a lo traumático o no de la misma, puede manifestar angustia o depresión importantes. El no sentirse sostenida por su entorno social o vivir en un ambiente violento son factores que también influyen en la salud emocional de la embarazada aumentando la sensación de riesgo. Establecer con el profesional de salud una relación empática, de confianza y contenedora actúa como factor protector.

Otros factores pueden afectar el desarrollo emocional de la mujer embarazada, la situación laboral inestable, la pérdida del mismo, la relación conflictiva con sus otros significativos.

Factores sociodemográficos:

Existen estudios que indican que determinados factores, como por ejemplo tener un hijo a edades muy tempranas o muy tardías, el estado civil, el tiempo de convivencia con la pareja actual, el grado de estudios que haya alcanzado, la situación laboral de ambos miembros de la pareja o el número de hijos (especialmente si son pequeños) se relacionan con una mayor probabilidad de presentar alteraciones en el estado de ánimo

Efectos del estrés materno:

Muchas son las condiciones que pueden desencadenar un conflicto de orden emocional. El estrés materno puede originarse por todos los factores mencionados anteriormente y ante esta situación surgen del organismo respuestas fisiológicas y psico emocionales provocan en la mujer gestante tensión física y emocional, que afectan al feto provocando cambios físicos y metabólicos, como hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, desnutrición o presencia de sustancias tóxicas que pueden afectar al bebé y su bienestar en el útero, teniendo respuestas adaptativas o desadaptativas. Algunas de las consecuencias pueden ser el parto prematuro y el bajo peso al nacer y cuando las situaciones estresoras se suceden en el primer trimestre de gestación aumenta el riesgo de alteraciones congénitas o de tener un aborto espontáneo, sin dejar de mencionar que estas situaciones pueden condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño o niña que pueden verse hasta en la edad adulta.

El parto es un momento de estrés que necesita ser acompañado por un sostén emocional y físico, ya que pueden vivenciar situaciones imprevisibles que afecten la salud de la mujer y de su hijo o hija. Vivirse como situación amenazante puede desencadenar temor y ansiedad, que se traduce desde lo fisiológico en la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, activando también procesos conductuales y cognitivos para afrontar la situación.

Existen antecedentes que indican que hasta un 34% de mujeres refieren al parto como un momento traumático, momento que puede ocasionar efectos postraumáticos si esto se enlaza con características de personalidad de la mujer o si durante el parto sufrió ansiedad. Ambas situaciones que impiden desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces. Indagar las características psicológicas de las mujeres colabora para evitar efectos que luego pueden desencadenar en estados de depresión mayor en el postparto. La ansiedad es un estado que se presenta ante estímulos no identificados o amenazantes, es el síntoma más frecuente de las mujeres gestantes y se relaciona directamente con el grado de información que la mujer tiene respecto al período del embarazo, parto y puerperio.

Alrededor del 54% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más frecuente y más grave en el primer y el tercer trimestre. Si estos estados de ansiedad no se detectan y tramitan durante el embarazo pueden ocasionar efectos adversos en el desarrollo del feto ya que se lo expone a niveles elevados de cortisol, hormona que favorece la posibilidad de tener un parto prematuro, riesgo de bajo peso al nacer y problemas en el desarrollo neuroconductual en la infancia. Haber vivenciado partos traumáticos es un antecedente a evaluar en mujeres que nuevamente están embarazadas para tramitar y elaborar todos los temores y ansiedades en relación a este momento y la posibilidad de vivenciar nuevamente otra experiencia de ese tipo.

Otros estados emocionales como la tristeza y melancolía, sobre todo luego del parto, pueden afectar el desarrollo saludable de ese niño o niña. Entre un 10 y 12% en los 10 días posteriores al parto aparece el síndrome de Baby Blues, que se diferencia de la depresión mayor en que su aparición es más temprana, más leve y su sintomatología es transitoria. Sensaciones de irritabilidad, labilidad emocional, cambios de humor, dolores de cabeza, respuestas elevadas a los estímulos, preocupación excesiva por los otros hijos, todas ellas alcanzan su pico de 3 a 5 días después del parto. La hipersensibilidad y vulnerabilidad emocional están presentes en la subjetividad de la mujer que acaba de parir frente a la adaptación que exige la llegada de un nuevo hijo. Factores como, el cansancio, las alteraciones del sueño o del apetito son indicadores a tener en cuenta.

Según los datos antes mencionados, se presentan trastornos graves como depresión postparto en porcentajes al menos para estar atentos a propiciar estrategias promo preventivas. Un estado depresivo puede derivar en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado, la mala adherencia a las indicaciones médicas, el abuso de alcohol o incluso el suicidio. Cuando estos casos se presentan también se verá afectada la relación madre-hijo/a impidiendo que se desarrollen todas las funciones necesarias para el sostén emocional y nutricional del bebé. En la primera infancia también se observan consecuencias de esta situación, desarrollo de problemas cognitivos, de conducta, interpersonales, emocionales, trastornos de déficit de atención e hiperactividad. La imposibilidad de establecer un vínculo saludable con su hijo recién nacido es de riesgo para la vida de ese bebé.

Los síntomas de depresión mayor en el posparto como agotamiento, fatiga, falta de concentración, confusión, alteración del sueño y el apetito, pérdida de memoria, sentimiento de culpa, miedo a lastimarse o lastimar al niño,

irritabilidad, etc. pueden aparecer con una extrema intolerancia a su bebé llegando a situaciones extremas.

No podemos dejar de tener en cuenta trastornos psiquiátricos preexistentes, situaciones que debemos contemplar anticipadamente para prevenir situaciones límites y de riesgo tanto para la madre como para el bebé. Contar con apoyo social, una red de sostén que acompañe a la mujer en este proceso es imprescindible.

Por ejemplo fue Monique Bydlowski una de las primeras psicoanalistas que describió un proceso psicológico que se puede dar en las personas gestantes: la transparencia psíquica del embarazo y la deuda de vida que son esenciales para comprender el proceso de la maternidad y su desarrollo psicoafectivo. En sus propias palabras: “el don de la vida, a la vez promesa de inmortalidad y de muerte, induce una deuda circular de madre a hija...esta deuda de existencia, deuda simbólica que el niño viene a encarnar remite al hecho confirmado por la observación clínica en la crianza especialmente del primer hijo/a, una mujer cumple su deber de gratitud con su propia madre. A menudo observamos que las mujeres dan por un tiempo a su primer hijo/a para ser criado por su madre (Bydlowski, 2010.pág.163).La deuda de vida: Bydlowski explica que la aptitud para convertirse en madre implica que antes haya reconocido a su madre con gratitud, con esa persona que le dio la vida.

La transparencia psíquica es un aspecto del funcionamiento psíquico. La maternidad, como se ha desarrollado en este trabajo de investigación, es una crisis vital que actualiza conflictos propios de la infancia y de los vínculos tempranos. Es una reminiscencia de afectos, sin contenido representativo consciente y que fácilmente pueden pasar a la conciencia. Se deriva y es condición para que se dé una relación transferencial entre el /la terapeuta y la

paciente cuando puede acceder al preconsciente con asociaciones, especialmente con respecto a la infancia y a sus vínculos tempranos. Esto, además, se relaciona con los cambios hormonales que se dan en lo biológico y complementa la complejidad de este proceso. Puede haber regresiones y evoluciones, entre la niña que fue y la mujer próxima a convertirse en madre con modificaciones en sus mecanismos de defensa.

Otro autor Dayan (2014) establece que el reaseguro narcisista asociado al embarazo favorece el levantamiento parcial de la represión y habilita un abordaje más favorable. Como no siempre el concepto de transparencia psíquica es evidente se pueden observar casos de mujeres en las que, a modo defensivo, se intentan alejar las representaciones dolorosas o conflictivas y surgen otros mecanismos como: el clivaje, la denegación, el pensamiento operatorio y también, en algunos casos las psicosis funcionales. Entonces esta transparencia psíquica puede ser reemplazada por “una gran opacidad que seduce y fascina todo lo alrededor” (Dayan, 2014:45)

La maternidad implica un viaje, una mujer se construye como madre en ese camino. Delassus (1998) afirma “es un largo camino, que reencuentra un tesoro dejado de lado en la infancia pero construido durante la infancia. La madre es un secreto de la infancia, un asunto del inconsciente” (Delassus, 1998:31)

3.1.5 Parto y puerperio: intervenciones interdisciplinarias.

Hacer un análisis del momento del parto implica indagar las formas de nacer a lo largo del tiempo. Indagar las formas de nacer implica desandar un camino hacia los orígenes, casi un recorrido genealógico y arqueológico buscando los

restos de aquellas primeras formas de nacer para llegar a las formas actuales. Implica indagar las representaciones sociales del nacimiento, indagar en las dimensiones socio/históricas del nacer, analizar las relaciones de poder implícitas en ese acto, los rituales, los discursos y las escenas acontecidas.

Las primeras referencias sobre el nacimiento son aportadas por el Antiguo Testamento. Allí se narran dos partos, el Génesis 38.27 y el Génesis 35.16. Uno de ellos con el desenlace de la muerte materna. En ambos párrafos podemos encontrar como se asocia al momento del parto, la muerte, el dolor, la sexualidad y la culpa. Tomando a Althusser²⁸ y su conceptualización sobre los medios ideológicos del estado, se observa cómo la Iglesia ha creado subjetividad en relación a este momento trascendental.

En la Antigüedad la vida de las mujeres estaba definida por dos actos, el matrimonio y la maternidad. En la Antigua Roma los niños y niñas que nacían eran traídos al mundo por las parteras mientras que los médicos asistían excepcionalmente los alumbramientos, solo cuando la vida del bebé o de la madre estaba en peligro. Fue Sorano de Éfeso²⁹, médico del siglo II DC que ejerció en Alejandría y Roma quien escribió el primer tratado de ginecología, el "Libro de las enfermedades de las mujeres" – *Gynaikeia* en cuatro tomos y que fue traducido al latín por Muscio en el siglo VI DC. En la tercera parte de su libro, Sorano de Éfeso habla sobre el parto y cómo debe ser atendida la madre y el recién nacido durante el alumbramiento. Es interesante tomar de este autor las condiciones que debía reunir una comadrona para ser apta para atender un parto:

²⁸ Althusser, L. *Ideología y aparatos ideológicos del estado* (1970)

²⁹ Sorano de Éfeso, *Ginecología* libro I, caps. 1-59

*“Es preciso señalar las cualidades que conforman a la mejor comadrona para que las mejores sean conscientes de ello, las principiantes las miren como a modelos a seguir y los legos, en caso de necesidad, sepan a quién hay que acudir. En general, llamamos **completa** a aquella que solamente ha estudiado el arte médica por entero y perfecta a la que ha añadido una gran experiencia a sus conocimientos teóricos además de su excelencia profesional. En especial, llamamos comadrona **perfecta** a la que se ha ejercitado en todas las facetas de la terapia (pues algunos casos hay que tratarlos mediante el régimen, otros mediante la cirugía y otros hay que restablecerlos mediante la medicación) y a la que es capaz de dar instrucciones, de ver lo general y lo particular y, a partir de ello, elegir lo que conviene y no a partir de las causa teóricas, ni de la observación repetida de los síntomas generales o de uno de estos; además, entrando en más detalles, llamamos así a la que no cambia de método porque varíen los síntomas, da ánimos mientras acompaña el desarrollo de la enfermedad, no se perturba ni se asusta en los momentos difíciles, sabe justificar con solvencia los remedios empleados, consuela a las pacientes y se compadece sin haber dado necesariamente a luz con anterioridad, como sostienen algunos que opinan que para que se compadezca de las parturientas ha de tener conocimiento de los dolores del parto y que por eso es un trabajo más propio de una que ya ha dado a luz. Ha de ser fuerte por la labor que realiza y no necesariamente joven, como afirman algunos, pues una mujer joven puede ser débil y, por el contrario, una que ya no sea joven puede ser fuerte; ser moderada y estar siempre sobria por lo incierto del momento en que puede ser llamada a acudir ante pacientes en peligro. Ha de tener un carácter reservado pues va a compartir secretos de la vida privada y no amar el dinero para no suministrar vilmente un abortivo a cambio de una recompensa. No ha de ser supersticiosa para no despreciar lo que conviene hacer a causa de un sueño, de presagios, de una práctica secreta establecida o de un rito popular. Que cuide la tersura de sus manos, evitando las labores de la lana que pueden hacerlas*

rugosas; podrá tenerlas suaves con la ayuda de ungüentos, si no lo son por naturaleza. Así ha de ser la mejor comadrona.

El principal instrumento de las comadronas era la silla de parir³⁰, con respaldo, brazos y un asiento con un espacio en forma de media luna, por donde pasaba el niño. Entre el asiento y el suelo había tableros a los dos lados, pero no delante ni detrás, para que la comadrona se manejara. La parturienta se sentaba en la silla que había traído la comadrona al comienzo de la fase de expulsión y la dilatación se hacía en cama. Si la familia era muy pobre se utilizaba un asiento humano hecho por una persona fuerte, en cuyo regazo se acomodaba a la parturienta.

La comadrona (en latín *commater*) era asistida en su labor por tres personas, dos a los lados y una por detrás de la silla. Además también existían ginecólogas (*feminae medicae*) pero estas solo se dedicaban a la medicina de enfermedades propias de las mujeres. Las cesáreas solo se realizaban si la madre había muerto. Era una operación peligrosa y la embarazada corría peligro de muerte si se realizaba en vida por las infecciones y por probable muerte por hemorragias.

En la Antigua Grecia cuando era el momento del parto, las mujeres más expertas eran quienes asistían a la madre y recibían el nombre de Maiai, iatromaiai y omfalotomi³¹, lo que significa cortadoras de ombligo. En los pueblos indígenas por su parte, los partos los atendía una Mugana (abuela) que era la mujer más antigua de la tribu.

³⁰ Muñoz, María Engracia. 2013. Algunas notas sobre el parto en la antigua Roma.

³¹ El parto, pasado, presente y futuro. Bitácora médica.

<https://bitacoramedica18.wordpress.com/2011/06/17/el-parto-pasado-presente-y-futuro/>

En el antiguo Egipto, los aztecas y algunos pueblos del este africano ya la posición que adoptaban las mujeres a la hora del parto, era la de cuclillas. Asimismo, se utilizaba la posición en la que la progenitora se sentaba sobre las rodillas de algún ayudante, y este hecho viene a ser un antecedente de lo que se conoce como silla obstétrica. Si bien dicha silla llegó para sustituir el doloroso proceso que significaba para el asistente hacer de hombre – silla, no pasó mucho tiempo para que esta fuera reemplazada por la posición acostada en la cama.

Era sabido que la estructura de la pelvis podía condicionar el parto, así como también si el feto se encontraba en una posición dificultosa o la salud de la mujer no era buena (Harris y Ross,1987) ya sea por la mala alimentación como por las infecciones posparto. En Grecia, para reducir los riesgos se invocaba a las diosas. Louise Bruit (2000) relataba cómo en la antigua Grecia era imprescindible pasar por una ceremonia ritual después del parto para purificar tanto a la madre como a quienes ayudaban.

En la antigua mitología asiria, la diosa del parto, Ishtar, llevaba un cinturón de piedras para protegerse de los mismo, o atado a su muslo, infusiones de raíces, ingestión de caracoles, lombrices con vino de pasas, polvo de cuerno, pelos y orina de cabra. Ni hablar de la Geofagia, procedimientos a través del cual ingerían tierra con agua considerando muy eficaz si era de los atrios de las iglesias en los momentos en que el parto se retrasaba. También provocar el estornudo oliendo pimienta y aun la incitación al vómito. Ambos procesos que llevan al aumento de la presión intra abdominal, sin mencionar otros rituales mucho más tenebrosos como colgar animales del muslo de la parturienta.

También se plasma en la representación social del embarazo la posibilidad de una medicina aconsejada para aplacar la inestabilidad emocional de las mujeres. El útero es tomado como lugar sagrado y contenedor de todas las emociones

femeninas. El parto y sus fluidos eran vistos como contaminantes, al igual que la menstruación. El parto contaminaba a quien lo vivía y a quienes ayudaban en el proceso. Todo tipo de amuletos, fórmulas mágicas, exorcismos y demás eran valorados en el momento del parto.

En Roma las mujeres eran las encargadas de asistir los nacimientos; mujeres que vivían en una sociedad que menospreciaba sus cuerpos. Rouselle (1989) describe como el autoconocimiento a partir de la observación de sus procesos corporales era una actividad habitual, por ejemplo, las comadronas eran quienes adquirieron mayores conocimientos y se convirtieron en especialistas y era imprescindible, según Sorano de Éfeso, saber leer y escribir.

La obstetricia nace en Europa entre los años 765 y 1100 (Usandizaga, 1994) y muchas eran las representaciones sobre el cuerpo femenino de aquella época, sobre todo las referidas al útero. Es en esas representaciones que hallamos la lógica de los cuidados y tratamientos en los partos que se han sostenido más allá de la Edad Media. Al útero se le atribuía movilidad y capacidad de desplazarse por el cuerpo (Knibiehler y Fouquet, 1983; Rousselle, 1989), además de originar alteraciones en el parto o enfermedades típicamente femeninas. El carácter de la mujer se determinaba por él, siendo el mal carácter o los cambios en el estado de ánimo, reflejo de la inestabilidad uterina. La solución a este malestar sería el matrimonio seguido de embarazo. La gestación era vista como un bien necesario para las mujeres para aplacar los ataques histéricos padecidos en esa época.

El porcentaje de partos en los primeros siglos era entre el cinco y el diez por ciento y limitar la cantidad de hijos era una manera de evitar la exposición a la muerte, aunque la esterilidad era muy temida ya que era vista como un castigo. Estar contaminadas e impuras era otra característica de las mujeres por la

naturaleza de sus funciones biológicas. Mujeres portadoras de impureza y por este motivo capaz de moverse entre lo misterioso y lo sagrado.

En la edad media las comadronas y parteras que asistían en los partos tenían conocimientos y habilidades que no eran tan sólidas y muchas veces estos nacimientos terminaban en muertes que se veían como muertes anunciadas. Estos saberes también las convertían en brujas y eran incendiadas en la hoguera. La utilización de conjuros, supersticiones y magia rodearon siempre al nacimiento. El contexto de la época, plena edad media, alimentaba esas creencias en las que las dimensiones de lo diabólico y lo sagrado, la realidad y lo mítico confluían dando un sentido mágico a la existencia.

La iglesia supervisaba la actividad de las comadronas y rituales como el bautismo pueden pensarse como la forma de purificación de esas almas que han estado en contacto con ritos oscuros, mágicos, diversos. Además para ser una partera había que demostrar una vida de pudor, recato y moral para que puedan ejercer su trabajo.

No podemos dejar de lado esta característica de lo impuro para la representación social de la mujer y del parto, como explica Mary Douglas (1991), “es una representación que interviene en la organización de un determinado orden social, cuyo simbolismo refleja la forma de relación entre hombres y mujeres y por el que se pretende dar una explicación al status inferior de las mujeres.”

En las zonas rurales cualquier mujer colaboraba con los nacimientos aunque debía tener cierta experiencia. Pero el parto aún sigue está estrechamente ligado con la muerte. La medicina comenzaba lentamente a avanzar, se traducían

algunos textos hipocráticos y de Galeno pero la disección de cadáveres seguía prohibida.

Otro ritual que aún hoy continúa, sostenido desde el cristianismo es la misa de Ramón Nonato, un religioso nacido en un pueblo de la antigua Corona de Aragón en España. Su epíteto nonatus, deriva de haber sido extraído del útero de su madre por cesárea luego de que ella muriera y es en la actualidad el santo de las matronas, los partos, niños y niñas y embarazadas.

Reflexionando en relación al avance del pensamiento cristiano que inundaba el pensamiento filosófico de la época tenemos que observar cómo este pensamiento inhibía el pensamiento racional de las mujeres que eran las representantes del pecado y de Eva en la tierra y que a través del dolor en el parto exculpaban sus faltas. Es a través de las mujeres que se transmite el pecado original, reflejándose en frases como: *Aumentaré tu dolor cuando tengas hijos y con dolor los darás a luz*, casi como profecía autocumplida, orden sagrada, mandato.

¿Cómo estas profecías se transmiten a través del tiempo? Podemos tomar a Carl Jung y su estudio de los arquetipos y los fenómenos ancestrales, quien analizó cómo estos arquetipos se producen a nivel colectivo en las diferentes culturas y sociedades modelando nuestra manera de ser, actuar, pensar y sentir.

Desde la teoría de Carl Jung se entiende "lo inconsciente" que habita en nosotros como una composición de aspectos individuales y colectivos. Esta parte secreta de nuestra mente tiene, por así decirlo, un componente heredado culturalmente, una matriz mental que da forma a nuestra manera de percibir e interpretar las experiencias que nos ocurren como individuos.

Los arquetipos son la forma que toman algunas experiencias y recuerdos de nuestros primeros antepasados, según Jung. Esto implica que no nos desarrollamos de manera aislada al resto de la sociedad, sino que el contexto cultural nos influye, transmitiéndonos esquemas de pensamiento y de experimentación de la realidad que son heredados. Tal vez el parir con dolor, la representación del parto con sufrimiento podría pensarse como uno de estos arquetipos. Estos arquetipos dan significado a lo que nos sucede. Todos aquellos mitos y símbolos que parecen estar en todas las culturas es una señal para Jung de que todas las sociedades piensan y actúan a partir de una base cognitiva y emocional que no depende de las características singulares de los sujetos que viven la experiencia. Existiría entonces la evidencia de un inconsciente colectivo que actúa sobre los sujetos a la vez que lo hace parte de un inconsciente que es personal.

Los arquetipos, portadores de imágenes y símbolos recurrentes que aparecen bajo diferentes formas en todas las culturas y parecen heredarse en parte de generación en generación. Jung las define como imágenes universales y pueden ser reconocidas tanto en manifestaciones culturales de distintas sociedades como en el habla, el comportamiento de las personas y, por supuesto, en sus sueños. En cada arquetipo confluyen los símbolos y representaciones de cada contexto sociocultural.

Entre los más conocidos encontramos el de la madre, el padre, la persona, aun tal vez la muerte y el nacimiento. Podemos preguntarnos cuál es la imagen universal del parto y del nacimiento. El parto como fenómeno ancestral, como imagen universal, puede reconocerse en manifestaciones culturales de distintas sociedades ya sea en los relatos, en los comportamiento de las personas y por supuesto en los sueños. Nacer implica asumir un cuerpo y una subjetividad, es la iniciación y como toda iniciación tiene rituales.

Desde épocas ancestrales el parto ha estado relacionado a lo misterioso e imprevisible, a la búsqueda de certezas continua y se han ido a través del tiempo desarrollando técnicas para disminuir la lógica de la incertidumbre y la espera. Las ecografías, que son hechas cada vez más tempranamente, podrían pensarse en la necesidad de la transparencia y control de nuestras épocas y la poca tolerancia a lo no conocido. Esta incesante necesidad de certezas ha inundado la espera del nacimiento.

El parto es un espacio de encuentro entre los saberes populares y el saber médico hegemónico. La forma de encuentro puede estar mediada por nuestra intervención como psicólogos perinatales, propiciando esos intersticios donde la palabra ilumine las resistencias.

En nuestros días el nacimiento está mediado por la medicalización en todos sus ámbitos, sosteniéndose en un discurso de vigilancia, control, riesgo y dolor. La pregunta que recorrerá este trabajo será precisamente esta ¿Estamos destinadas a parir con dolor? ¿Estamos destinados a nacer bajo el imperativo de relaciones de control y dominación? ¿Cómo nos determina la forma en que llegamos al mundo?

Es a Margaret Mead³² a quien se le atribuyen las primeras etnografías culturales del nacimiento en los años 70. En estos textos encontramos como un hecho biológico universal, el parir, puede ser moldeado por los sistemas culturales de referencia de las mujeres y sus familias.

³² Mead, M. *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (1928).

El parto y el nacimiento son momentos al que se atribuyen significados, creencias y símbolos. Las prácticas que rodean a este momento los condicionan y, en muchas ocasiones, no son legitimadas por el discurso médico hegemónico que reconoce, legitima y visibiliza las formas de nacer actuales.

Este conocimiento autorizado como el reconocido y legitimado desautoriza el que portan muchas veces las mujeres y sus parteras, aquellas comadronas de nuestro contexto, las doulas. Este conocimiento, el del modelo médico hegemónico, objetiviza al usuario de salud, mecaniza el cuerpo y resalta la figura del médico disponiendo así, una relación asimétrica. Por ejemplo, ellos son los únicos que pueden entender la tecnología utilizada en el momento de nacer, en los momentos previos y posteriores decodificando la información proporcionada.

Otro aspecto a analizar es la rutinización del momento de nacer, práctica que se ha sistematizado, estandarizado y ritualizado sin instalar la pregunta sin elucidar, sin interpelar, sin cuestionar estas formas legitimadas de nacer.

Desde las intervenciones perinatales que realicen los y las trabajadoras de la salud se propone desnaturalizar este momento, el método del extrañamiento, ese método antropológico que permite explicitar la conciencia práctica y que permite extrañarnos de lo cotidiano, de lo establecido como orden sagrado, en este caso, de estas formas naturalizadas de nacer. Descotidianizar, deconstruir, descentrarnos, un ejercicio reflexivo que propiciará el cambio de las formas de nacer. Se propone hacer extraño algo tan familiar como el nacimiento para comprender finalmente que existen muchas y variadas concepciones, representaciones y prácticas asociadas al nacimiento.

El trabajo social puede colaborar para deconstruir estos patrones de poder y dominación a través del trabajo interdisciplinario que es propio de su rol.

Deconstrucción, que como afirma Derrida (1989:87-88) implica deshacer, descomponer, desenterrar estructuras anquilosadas y hacer una crítica radical de sus elementos constituyentes. Conocer los antecedentes de cómo ha tenido lugar el nacimiento y cómo ha evolucionado este proceso permite entenderlo y entramarlo con las formas actuales.

En esta deconstrucción se observa como la medicalización de la vida y la salud reproductiva comienza a instaurarse desde fines del siglo XVIII. Aparecen prácticas como el fórceps, la cirugía, etc. que disminuyen la mortalidad. Las mujeres que hasta ese momento eran protagonistas del acompañamiento del parto empiezan a ser excluidas por asociarlas a saberes esotéricos, las brujas del parto son excluidas y este momento queda en mano de los varones. Los partos dejan de ser domiciliarios y los hospitales se convierten en lugares de seguridad y asepsia. Las parteras se convierten en auxiliares de los médicos, ahora los expertos.

Pasaron de parir en sus hogares a parir en los hospitales. Indagando cómo fue la atención médica en la Argentina nos encontramos que las diferencias tenían que ver con las condiciones sociales, situación que hoy lamentablemente continúa. A partir del año 1920, cuando la oleada inmigratoria llega al país, comienza la preocupación por las políticas públicas que se focalizan en la natalidad y el cuidado de la diada o binomio, como se nombraba antes a la madre, al hijo o hija. Surgen nuevas especialidades como la ginecología, la obstetricia y la puericultura que empiezan a desarrollarse con el fin de promover condiciones de vida saludables para la mujer embarazada y sus hijos. Finalmente las prácticas que realizaban comadronas y mujeres cercanas a las embarazadas se relegaron, invisibilizaron, negaron y se las etiquetó como peligrosas e ilegales.

Se interpelaron los sahumerios, las infusiones o los ritos mágicos religiosos que se desarrollaban en las casas. Las mujeres estaban destinadas a cuidar a los hijos y a la familia, además de proporcionarse ayuda mutua en un ámbito de privacidad, pero fueron deslegitimadas. Sin embargo hay indicios que los médicos tomaron parte de sus conocimientos para armar el propio.

En 1985 la OMS, en una reunión convocada por la en Brasil, realiza la siguiente declaración “El nacimiento no es una enfermedad”. Este posicionamiento inició el proceso de transformación del modelo de atención de los partos en las instituciones de salud. En nuestro país fue en el año 2004 que se sanciona la Ley Nacional N.º 25.929 conocida como Ley de Parto Humanizado y que encuadra a la violencia obstétrica dentro de la violencia de género. Desde el paradigma de enfoque de derechos esta ley reconoce los derechos en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, por considerarse situaciones de especial vulnerabilidad para la mujer.

Se reconocen los derechos a (art. 2): ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar y a optar libremente; ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad y el respeto a sus pautas culturales; a facilitar su participación como protagonista de su propio parto; al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados; a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección; a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; a ser informada, sobre lactancia materna, cuidados de sí misma y del niño o niña, efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas.

Durante el año 2009, se sancionan otras dos leyes vinculadas con la temática: la Ley 26.529 de Derechos de los pacientes en su relación con instituciones y profesionales de la salud; y la Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

La Ley 29.529, reconoce los derechos de las personas en relación a la atención de su salud, tomando como pilar fundamental el respeto por la dignidad humana, la autonomía, intimidad y trato digno y respetuoso. Respecto a la Ley 26.485, la misma regula situaciones y establece derechos específicamente determinados para las mujeres. En el artículo 4 define la violencia contra las mujeres como toda conducta que por acción u omisión basada en una relación de desigualdad afecte integralmente la vida, dignidad y derechos de la mujer. Asimismo, en su art. 6 define las modalidades con las que puede ser ejercida la violencia contra las mujeres considerando los distintos ámbitos, incluyendo la ejercida contra la libertad reproductiva, la obstétrica y la mediática.

Según la CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la elaboración de sanciones para la violencia de género) en Enero del año 2017 se recibieron 89 denuncias de las cuales solo una es de la ciudad de Mar del Plata y corresponde a una institución privada y en el año 2021 52 denuncias. Cuando entrevistamos a las mujeres en el control del recién nacido sano contándonos y compartiendo esta experiencia les informamos de la existencia de la ley de parto humanizado y de los derechos que les pertenecen y están detallados en la ley. Las respuestas son de desconocimiento. Estas situaciones nos demandan una interacción con la comunidad que propicie la apropiación del derecho a la salud, y en este caso al derecho a no vivir el embarazo-parto y puerperio como algo patológico o traumático. Nos interpela a crear estrategias, que, construidas junto

a la comunidad, visibilicen estas situaciones y promuevan acciones orientadas a la prevención y promoción de la salud materno-paterno infantil.

Los sujetos más vulnerables son aquellos cuyas necesidades o intereses se encuentran amenazados o insatisfechos debido a la posición política, social, cultural o económica, entre otras, que ocupan en la sociedad. Desde esta perspectiva, los derechos pueden verse como exigencias de los sujetos más débiles frente a los más fuertes, esto es, como pretensiones de quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad frente a quienes detentan cualquier tipo de poder, tanto en el ámbito público como en el privado (Wilhelmi & Pisarello, 2008). Como se desarrolló hasta aquí, la temática de la violencia obstétrica, tiene relación con el ejercicio de los derechos reconocidos en la legislación, y con las dificultades que en este sentido presentan las poblaciones vulnerables.

Un antecedente primordial en lo que refiere a las normativas que promueven a los derechos humanos como marco regulador de las prácticas es el Modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia. (MSCF). Larguía et al. (2011:6) afirma que este modelo constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. Este modelo reconoce desde su cultura organizacional a los padres y al equipo de salud como centrales en la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido definiendo la seguridad de la atención como una de sus prioridades, estimulando el respeto y la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido implementando prácticas seguras.

El modelo MSCF busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSCF y definen los aspectos de la atención en salud mental perinatal:

1. El modelo MSCF es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el/ la paciente (y su familia) y seguridad del/a paciente.
2. Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.
3. Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma.
4. Tiene avales nacionales y de organismos internacionales. Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.
5. No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos.
6. Enfrenta la inequidad y la discriminación.
7. Admite publicidad en el marco de la ética. El equipo de salud conoce e informa a todas las mujeres que asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija. . Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o

hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

8. Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.
9. Es gratificante para todos los agentes de salud.
10. Posibilita el compromiso y la participación comunitaria. La familia asume un papel protagónico en el cuidado de su hijo; las autoridades de la maternidad se comprometen a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija, y los miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y a participar en actividades de voluntariado.
11. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.
12. Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.
13. Es costo-beneficiosa, replicable y segura.
14. Contribuye al cumplimiento de los ODM (objetivos del milenio)
15. Sus resultados pueden ser cuantificados. El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño/a.
16. Es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa. La institución fortalece las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna, participa en el HAMN (Hospital amigo de la madre y el niño),

y propone estrategias de promoción y asistencia conforme a su contexto sociocultural.

Estos 16 principios están enmarcados en cinco ejes conceptuales que guían el accionar de todos los profesionales del área perinatal.

De una práctica esotérica a una práctica enmarcada bajo el paraguas del enfoque de derechos, del respeto a la diversidad y a los saberes populares, del ocultamiento a la visibilización. La pregunta a desarrollar es si este pasaje se plasma en las formas actuales de nacer.

Para cambiar el mundo, dijo O'dent, hay que cambiar la forma de nacer; para cambiar la forma de nacer hay que intervenir en el período previo. Esas 36 semanas de gestación en las que las usuarias del sistema de salud concurren a los centros asistenciales de salud en el primer nivel de atención para ser acompañadas durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Es en esta etapa en que las intervenciones del equipo de salud son fundamentales y determinan en gran medida la experiencia de parto que luego tendrán esas personas. Los y las trabajadoras sociales son junto a la obstétrica los y las profesionales que tienen contacto desde el momento en que la persona recibe la noticia de estar gestando un/a hija. Son estas disciplinas las que pueden prevenir y promover salud en esta etapa vital y detectar situaciones de riesgo biológico, psicológico y social.

El puerperio es la etapa posterior al parto y que es definido según las diferentes disciplinas que intervienen: la medicina y la psicología sobre todo. Pero es una etapa en la que más allá de las definiciones en tiempo y características se constituye en una etapa de vulnerabilidad para la persona que acaba de parir. La palabra puerperio proviene del latín “*puer*” que significa niño

y “*parus*” dar a luz (Muñoz Aguirre, 2020) es utilizada para hacer referencia al periodo que sigue al parto o la cesárea. Partiendo de la perspectiva médica, este periodo se ubica desde la expulsión de la placenta hasta la sexta u octava semana; tiempo en que se lleva adelante la restauración anatómica y fisiológica del cuerpo de la mujer al estado anterior al embarazo, transcurre la lactancia y la adaptación entre la madre, el bebé y los alrededores.

En función del tiempo transcurrido desde el parto, el puerperio puede dividirse en tres etapas: Puerperio inmediato, que abarca las primeras 24 horas, puerperio mediato de 2 a 7 días y puerperio tardío que se prolonga de 8 a 42 días aproximadamente (Peralta, 1996). Algunos autores plantean la existencia de un puerperio alejado que se extendería desde los 45 días hasta un tiempo impreciso, en el que la mujer recupera completamente su estado pregravido (Ventura Ramos, 2020).

A través de la psicología perinatal es posible apreciar ciertas limitaciones en esta postura, desde esta especialidad el periodo de puerperio: “biológicamente comienza luego del parto y se extiende hasta aproximadamente las seis semanas posteriores a éste, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino. Pero emocionalmente se extiende mucho más, próximo a los dos años del bebé. El puerperio continúa afianzando esta nueva identidad de la mujer, momento crucial de accionar en relación a las fantasías proyectadas en el bebé imaginado, ahora con un bebé real en sus brazos. Configura entonces, una etapa de adaptación donde, además, se procura el bienestar del niño, el comienzo y continuidad de la lactancia, la construcción de la relación de apego y del proceso de parentalidad, la crianza y más.” (Díaz, 2020:3)

A su vez es interesante considerar los planteos de la Enfermería Transcultural acerca del puerperio como un periodo de cambios biopsicosociales, durante el

cual la alimentación, la higiene y los cuidados que lleva adelante la madre hacia sí misma y su bebe dependen en gran medida de las creencias y significaciones que son transmitidas de generación en generación dentro de una determinada cultura (Prieto Bocanegra & Ruiz de Cárdenas, 2013).

Existe en los centros de atención primaria de la salud el dispositivo de consultorio de puerperio, momento en que luego de la externación después del parto la mujer/persona con capacidad de gestar concurre al control del recién nacido sano a efectuar los primeros controles a su bebé. En ese momento es atendida por la obstétrica, la pediatra y las enfermeras pero no por las trabajadoras sociales. Esta interconsulta se realiza solo si es necesario corroborar algún dato en relación a la inscripción, asignaciones, etc.

Sin embargo, es este también un momento privilegiado de la atención son las trabajadoras sociales para que puedan indagar a través de la entrevista de salud mental perinatal cuáles son sus miedos, cómo ha vivenciado la experiencia de su parto, su red social de sostén, como ha iniciado la lactancia, en qué condiciones de habitabilidad está el hogar al que llega este bebé, como comienza a construir ese vínculo y si existe algún indicador de depresión postparto, problemática presente en muchos casos.

3.1.6 Primera infancia: ventana de oportunidades

El inicio a la vida comienza con un evento traumático, el parto. Un momento conmoviente donde ocurre la primera separación que comienza con un grito, un grito que indica que ha nacido un niño o una niña. Comienza allí la dependencia simbiótica que se inicia con la lactancia. Luego, las pérdidas y

renuncias Una tras otra: el destete, el deambular, el control de esfínteres y el inicio de la exploración del mundo hasta el momento en que el entorno social de ese/a niña lo incorporan al mundo de las palabras.

El documento de UNICEF, del año 2010³³, plantea que la primera infancia es el período de mayor y más rápido desarrollo en la vida de una persona. Es en esa etapa que se sientan las bases del futuro de cada niño/a, en lo referente a su salud, su bienestar y educación.

Es imprescindible entonces que todas y todos tengan oportunidades que les permitan desarrollar una vida plena en el ejercicio de sus derechos, garantizar el acceso a un sistema de protección social de calidad desde el comienzo permitirá marcar una diferencia en el desarrollo de los niños y niñas, y en consecuencia de toda la sociedad.

Es allí que las intervenciones de los y las trabajadores sociales son fundamentales para que tempranamente las desigualdades sociales puedan erradicarse. Postula también el documento citado que Naciones Unidas reconoce la importancia de la primera infancia, e incluyó el desarrollo temprano en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que guiará su trabajo hasta 2030. En la misma línea, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) busca reforzar el compromiso con la primera infancia a nivel global, también en Argentina. El objetivo planteado es que cada niño y cada niña tengan el mejor comienzo, ese comienzo es en la etapa perinatal.

³³ Primera infancia 2010-2016 Unicef

Al referirse a esta etapa vital como ventana de oportunidades no se puede dejar de mencionar que en nuestro país la mayor concentración de la pobreza está en la infancia, también la desigualdad por regiones lo que impide que esta etapa sea una ventana de oportunidades. Son urgentes intervenciones que garanticen el abordaje multidimensional de las niñeces. Un abordaje que considere las áreas de salud, educación, cuidado y protección, entre otras y que se coordine intersectorial e interjurisdiccionalmente para implementar políticas integrales que fomenten el desarrollo de las infancias con equidad. Es necesario abordar entonces seis dimensiones: la inclusión social, el cuidado, la educación inicial, el desarrollo neurocognitivo y emocional, la salud y la nutrición y la protección contra la violencia.

Según los datos relevados en el documento de UNICEF y en el análisis que realiza en nuestro país la pobreza está centrada en las infancias. El 30% de los niños son multidimensionalmente pobres y en la primera infancia, el porcentaje asciende al 34,4%. Este porcentaje invisibiliza una gran desigualdad. Como se describe en el documento las condiciones de desigualdad entre las regiones inciden en el desarrollo de las niñeces y la probabilidad de que un niño/a que reside en el noroeste de nuestro país viva situaciones de pobreza infantil es 10 veces mayor que la de un niño/a que reside en la ciudad de Buenos Aires. Igual situación si se tiene en cuenta el acceso a la educación, modificándose la probabilidad de sufrir mayor pobreza dependiendo del nivel educativo alcanzado por sus padres/madres.

El acceso al sistema de protección social de niños y niñas, a pesar del crecimiento en la inversión dirigida a la niñez en los últimos años también es desigual. Según datos del año 2010 el 25% no accede a ningún beneficio de la seguridad social. Este porcentaje incluye un millón y medio de chicos que no reciben la Asignación Universal por Hijo (AUH) a pesar de cumplir con los

requisitos. Esta situación se agrava entre los niños del quintil de menores ingresos, donde el 27% no accede a ninguna forma de protección económica. Si bien durante el período 2013-2015 la inversión social, incluida la dirigida a la niñez, ha sido una de las principales prioridades de Argentina en los últimos años, tanto a nivel nacional como provincial esta no ha sido suficiente.

Por ejemplo en el año 2014 la inversión social representó más de la mitad de todo lo invertido por la administración nacional, y la inversión en niñez alcanzó el 3,3% del producto interno bruto pero el acceso a información de calidad a nivel nacional y provincial es insuficiente.

Reza el proverbio africano que para cuidar a un niño hace falta una aldea y eso se hace presente en la implementación de las políticas de cuidado de las infancias. es imprescindible un entramado social intersectorial entre las áreas de educación, salud y trabajo. Lamentablemente no es el ejercicio pleno de sus derechos lo que lo garantiza sino la inserción laboral de sus familias y las características de esta inserción, a mayor y mejor inserción laboral de las familias mayor red de cuidado de esas niñeces. Según los datos mencionados en el documento analizado el 79% de los y las niñas de entre 0 y 3 años, etapa que se aborda en este trabajo de investigación, no accede a servicios educativos y de cuidado variando esto según la región del país a la que pertenezca.

En la región pampeana este porcentaje es del 73% y en el noroeste entre el 90 y el 94%. También influye aquí el nivel educativo, con mayor asistencia y accesibilidad aquellos sectores que tienen mayor inserción educativa y en cuanto a las licencias por maternidad y paternidad, también se visibiliza la desigualdad y la reproducción de estereotipos de género asignando las tareas de cuidado solo a las mujeres ya que los varones poseen licencias de paternidad de dos días.

Recientemente se presentó un proyecto de ley que propone la ampliación de dichas licencias. Los fundamentos de este proyecto impulsarán la creación del Sistema integral de Políticas de cuidados en el país y tiene como prioridad reconocer la tarea de cuidado como una necesidad, un trabajo y un derecho. De este modo los períodos de licencia pasarán a ser cubiertos por el sistema de seguridad social y por los/as empleadores.

La licencia para la persona gestante se extenderá, si este proyecto es aprobado, de 90 a 126 días pudiéndose utilizarse 45 días antes del parto y 81 días posteriores al mismo. También se contempla la opción de utilizar 30 días previos al nacimiento y 96 luego del mismo. En tanto, para las personas no gestantes esta licencia se extendería de 2 a 90 días. Este proyecto de ley contempla también a las familias adoptantes que podrán tener el beneficio de contar de 2 a 12 días para quienes estén por adoptar y una licencia por 90 días para utilizarse posteriormente a la sentencia por adopción.

Es de destacar que la iniciativa contempla además, la licencia de 2 a 6 días para cuidar al cónyuge o conviviente que está en tratamiento de fertilización por técnicas de reproducción médicamente asistidas y la extiende de 3 a 10 días en el caso de tener hijos/as menores de edad a cargo. Además, incorpora las extensiones de las licencias para casos como: hijos/as con discapacidad, nacimientos o adopciones múltiples y cuando se dan nacimientos prematuros o con enfermedades crónicas.

Si este proyecto de ley es aprobado en el Congreso de la Nación será tarea de los y las trabajadores de la salud ser puente, ser mediadores entre la normativa y las familias para garantizar el acceso al ejercicio pleno de estos derechos. Derechos que priorizan el cuidado de las personas desde el momento de la gestación.

Actualmente esta situación es muy diferente. Las licencias por maternidad son de 98 días y no siempre pueden implementarse, dependiendo exclusivamente de la situación laboral de las personas, a mayor precarización laboral mayor dificultad en el ejercicio pleno de este derecho que contribuye al cuidado del desarrollo emocional del niño/a y al cuidado integral de la persona que ha parido. Situación que recrudece la vulnerabilidad en la que se encuentra luego de parir, muchas veces sin red social de sostén que acompañe un proceso complejo como el puerperio y que determina cómo será el proceso de cuidado de ese/a niña.

Según la Encuesta Permanente de Hogares del año 2015 las familias se organizan según sus posibilidades: reparten las tareas del hogar y del cuidado, siendo esta dimensión la de mayor riesgo cuando este cuidado implica riesgo, por ejemplo, al quedar los hijos/as más pequeños a cargo de otros/as niños mayores, pero también pequeños/as. La educación inicial es también un problema social complejo, en Argentina la educación inicial abarca a los/as niños/as entre 45 días a 5 años, y las salas de 4 y 5 años son obligatorias. En la actualidad 96% de los niños de 5 años, 81% de los niños de 4 años y 54% de los niños de 3 años asisten a nivel inicial, mientras que el nivel de cobertura de las salas de 2 y salas maternas es inferior al 10%, según datos de 2014 del Ministerio de Educación de la Nación.

El acceso a la educación inicial visibiliza la gran desigualdad existente entre las provincias y dentro de las sus zonas urbanas y/o rurales. Según datos del censo nacional del año 2010, solo un 36% de los niños y niñas de 3 y 4 años concurre al nivel inicial profundizando esta inequidad si los ingresos de sus familias están por debajo del nivel de pobreza restringiéndose de este modo el derecho a la educación y perjudicando su futuro en las dimensiones social,

cognitiva, y emocional. El desarrollo neurocognitivo y emocional es otra de las dimensiones de cuidado en la primera infancia y es el período más importante para el desarrollo de una persona.

Todas las experiencias de esos primeros años afectan la estructura y funcionamiento del cerebro y de la vida psíquica, ya que dependen de la interrelación entre factores genéticos y del medio ambiente, así como de la nutrición, el contacto, las caricias, las palabras y la interacción (Engle, Fernald, Alderman y otros, 2011; Shonkoff y Phillips, 2000).

La infancia temprana es un período fundante en el que las niñas necesitan atención, afecto, cuidado y experimentar situaciones que les permitan desarrollar su potencial. Es en ese momento y no en otro, por este motivo es prioritario la intervención y el sostén en ese momento vital. Todas aquellas experiencias que no sean positivas influyen directamente en el desarrollo de estas infancias determinando su vida futura a nivel cognitivo, social y emocional.

En lo que respecta a salud y nutrición también hallamos datos que preocupan. A pesar de que ha habido mejoras en los indicadores de mortalidad infantil en Argentina, aún hay desigualdad entre las diferentes regiones. La mayoría de las muertes infantiles pertenecen a niños y niñas de menos de un mes de vida y sobre todo en recién nacidos/as de menos de una semana. La mortalidad por desnutrición y anemia nutricional es del 0,4 % en niños/as hasta 5 años de edad.

Esta es la causa de muerte con mayor disminución entre el año 2003 y 2013 (disminuyó 84%; pasó de 228 casos en 2003 a 37 en 2013). Uno de los mayores problemas que existen es la desnutrición, la obesidad infantil y las deficiencias de micronutrientes.

El ambiente en el que un niño/a se desarrolla puede ser también un lugar de vulnerabilidad y que lo exponga a riesgo, por ejemplo en ambientes donde predomina la violencia. Una de las consecuencias del sistema patriarcal es la violencia contra las mujeres.

La ley 26485 conceptualiza en su artículo 4 a la violencia como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial como así también su seguridad personal.

Atravesar la violencia intrafamiliar o como refiere la ley, la violencia doméstica, genera consecuencias en todas las dimensiones de la salud y también se desplaza hacia las niñeces que son testigos y víctimas de la misma violencia en esta sociedad patriarcal y androcéntrica. Esta situación ha dejado de ser un asunto privado para ser una de las problemáticas sociales actuales derivándose de esta violencia hacia las mujeres, el maltrato infantil. Este maltrato es definido como todo acto por acción, omisión o trato negligente, de carácter no accidental, realizado por personas, por instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los efectos derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños/as de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su desarrollo saludable. Aunque no sean el objeto directo de las agresiones, padecen violencia psicológica, que es una forma de maltrato infantil y que la Convención Internacional de los Derechos del Niño considera una forma de maltrato infantil. Vivir la violencia intrafamiliar implica que estas niñas y niños crecen aprendiendo conductas de interacción con el medio que reproducen estas violencias.

Cuando estos/as niñas acompañan a las mujeres, sus madres en los circuitos institucionales/judiciales se exponen nuevamente a esta situación siendo testigos y víctimas simultáneamente. Este contexto incide en el crecimiento y desarrollo madurativo y construye su subjetividad con el riesgo de tomar como modelo esta forma de vincularse con otras personas por medio de comportamientos violentos no discriminando lo que es adecuado o no observándose efectos a corto como a largo plazo.

Esta introducción a la infancia plantea un interrogante ¿cómo garantizar que sea una ventana de oportunidades?

Con intervenciones integrales, políticas de cuidado y políticas públicas orientadas a esta población. En este sentido el programa 1000 días, sancionado a través de la ley 27611 del año 2020 intenta garantizar el acceso a la salud integral de niño y niñas desde el momento de la concepción hasta los dos primeros años de vida. En la página del Ministerio de Salud se exponen los lineamientos del mismo y la presentación comienza con esta frase: Una política pública comprometida con el objetivo de construir un país más equitativo e igualitario³⁴.

Los tres ejes que la sustentan son la equidad, el acceso y el cuidado y” reconoce la gestación, el nacimiento, la crianza y el cuidado de niñas y niños como una responsabilidad pública, comprometiendo a las distintas áreas y niveles de gobierno en una acción conjunta, bajo una mirada integral de cursos de vida y con perspectiva de derechos”.

³⁴ <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias>

Entonces esta iniciativa surge como posibilidad de brindar Apoyo alimentario a las familias en esta etapa vital y consiste en una transferencia de dinero para acompañar el crecimiento y desarrollo adecuados de las personas gestantes y de niños y niñas hasta los 3 años con el objetivo de garantizar que las familias accedan a alimentos saludables para esta etapa. En otros momentos la entrega de alimentos consistía en la entrega de leche en polvo que se retiraba de los centros de salud o de los hospitales , pero en esta nueva propuesta la idea es potenciar la elección de la familia en relación a los alimentos.

A este beneficio pueden acceder todas las personas que sean titulares de la AE (Asignación por embarazo) y titulares de la Asignación Universal por hijo/a para la protección social, por cada una de sus hijos/as hasta que cumplan los 3 años de edad. No es necesario hacer ningún trámite ya que el apoyo alimentario se está acreditando de manera automática y en la misma fecha y cuenta en la que las familias reciben la asignación.

A pesar de que la lactancia exclusiva es la indicación para los y las bebés, el apoyo alimentario se recibe antes de los seis meses, ya que está orientado a acompañar también a la alimentación de quienes ejercen las funciones de cuidado de estos niños y niñas. También asegura la entrega de leches medicamentosas en caso de niños y niñas que lo necesiten.

Nuevamente leyendo ley 27611 , ley nacional de protección y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia recorremos el cuerpo de la ley y en su artículo 1° define el objetivo: “La presente ley tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con

capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.

Siguiendo con este posicionamiento atravesado por la perspectiva de género y de derechos se transcriben sus principios rectores:

a-Atención integral de la salud de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y niñas hasta los tres (3) años de edad

b- Articulación y coordinación de los distintos organismos competentes en las políticas públicas dirigidas a la primera infancia hasta los tres (3) años de edad

c-Simplificación de los trámites necesarios para el acceso a los derechos de la seguridad social

d- Diseño de políticas públicas que brinden la asistencia y el acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud

e-Respeto irrestricto del interés superior del niño y de la niña y del principio de autonomía progresiva

f- Respeto a la autonomía de las mujeres y otras personas gestantes

g-Respeto a la identidad de género de las personas

h- Acceso a la información y a la capacitación para el ejercicio de derechos

i- Atención especializada de acuerdo con la interseccionalidad de los derechos y vulneraciones de estos.

En cuanto a los derechos que busca garantizar menciona: el derecho a la seguridad social, relacionado a todo lo concerniente a las asignaciones, montos y destinatarios; el derecho a la identidad, donde menciona las condiciones de inscripción inmediata del o la recién nacida en el mismo establecimiento a través del Sistema de Alerta Temprana de Nacimientos y el certificado digital de hechos vitales. Impulsando la creación, en el ámbito del Registro Nacional de las Personas (RENAPER), el Sistema de Alerta Temprana de Nacimientos a fin de garantizar el derecho a la identidad y a la inscripción e identificación inmediata de recién nacidas y nacidos.

También busca garantizar el derecho a la salud integral definiendo las intervenciones de forma interdisciplinaria, intersectorial y comunitaria. Siendo uno de los objetivos prioritarios la formación y capacitación de los equipos de salud para lograr definir estrategias de atención en salud perinatal que por ejemplo garanticen la articulación entre los niveles 1 y 2 de atención.

Otro de los derechos que busca garantizar es el derecho a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad. Por ejemplo, como menciona en el artículo 22 “para aquellos niños y aquellas niñas con condiciones de salud de mayor prevalencia a esta edad; antecedentes de parto pretérmino; cardiopatías congénitas; otras malformaciones o enfermedades congénitas, genéticas o metabólicas que impliquen un alto riesgo o impacto en la salud y calidad de vida, la autoridad de aplicación deberá organizar un modelo de atención por riesgo priorizando las intervenciones comunitarias centradas en las familias, en

el marco de la estrategia de atención primaria de la salud, con la consiguiente corresponsabilidad con los niveles de mayor complejidad de atención de la salud”.

También para personas gestantes que cursen patologías como trombofilia y también determina incorporar al proceso de acompañamiento en la gestación la ecografía de morfología fetal entre las 18 a 22 semanas de gestación, para definir malformaciones congénitas mayores o problemas de la salud fetal. En este momento y luego de las intervenciones en territorio con Nacer entre palabras, el equipo de extensión que dirijo, la información que surge de las entrevistas realizadas es que esta ecografía las personas la realizan en el ámbito privado, reproduciendo nuevamente situaciones de inequidad por el alto costo que tiene este estudio y al que no todas las familias pueden acceder.

El derecho a la información también se menciona como prioritario; para lograr este objetivo se propone el diseño de una guía de cuidados integrales de la salud. “La autoridad de aplicación diseñará y publicará en formato accesible una guía de cuidados integrales de la salud que contendrá información propia de cada etapa del curso vital, brindará información sobre el derecho a una vida libre de violencias, difundirá los beneficios de la lactancia materna y estimulará la corresponsabilidad en las tareas de cuidado con refuerzo en los vínculos tempranos, el juego y el disfrute. Se promoverá su difusión en todos los establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, que cuenten con atención obstétrica y/o pediátrica, dispositivos territoriales de cada organismo con competencia en la materia, y a través de todos los medios posibles.”

Estos 1000 días tienen un correlato en lo emocional, 1000 días en que la constitución psíquica de ese/a niña estará constituyéndose a través de la construcción de vínculos de cuidado y de responsabilidad compartida entre

quienes participan de la crianza, así se favorecerá el sueño seguro que garantice el desarrollo infantil saludable. Los talentos, potencialidades y personalidad se constituyen desde el primer día y se desarrollan a través del juego, la alimentación, la estimulación y solamente en esta etapa el cerebro establece entre 700 y 1000 conexiones neuronales por segundo implantando las bases del neurodesarrollo.

Capítulo 4: La práctica profesional del trabajo social en salud y en salud perinatal como ámbito de especialización

4.1 Antecedentes históricos del trabajo social en salud en la república argentina.

Hemos tomado como fuente para nuestra investigación los aportes de Carballada (2006) sobre la intervención, ya que el autor aporta elementos, a modo de interrogantes, que permiten elucidar las prácticas del trabajo social en el campo de la salud y comprender los avatares de esta práctica a lo largo de la historia. Estos interrogantes articulan el pasado y el presente de las intervenciones y proponen interpelarlas y problematizarlas.

Según lo planteado por el autor, dichos interrogantes pueden resumirse en los siguientes: ¿Cuál es el sentido (horizonte) de la intervención del Trabajo social? ¿Cómo ubicar la intervención en un escenario de crisis? ¿Qué formas de relación construye esta profesión desde sus prácticas? ¿Cuáles son los marcos conceptuales que predominaron a través del tiempo? ¿Cuál es la relación entre derechos sociales, ciudadanía e intervención del trabajo social? (pág.10).

Podríamos trasladar estos interrogantes al interrogante central en nuestra investigación en relación las intervenciones del trabajo social en el ámbito de la salud mental perinatal y preguntarnos ¿Cuál es el sentido de la intervención del trabajo social en el área perinatal? ¿Cómo ubicar la intervención en contextos de riesgo psicosocial para las familias? ¿Qué formas de relación construye esta profesión desde sus prácticas con las familias gestantes? ¿Cuáles son los marcos conceptuales que predominaron a través del tiempo en la intervención con las familias? ¿Cuál es la relación entre derechos sociales, ciudadanía e intervención

del trabajo social en el contexto perinatal y de primera infancia? Intentaremos responder estos interrogantes en el inciso de este capítulo que aborda la descripción de las intervenciones específicas del trabajo social en el área perinatal.

Todo análisis sobre las intervenciones de la disciplina tiene que ser contextualizado. Es por esto que desarrollaremos brevemente los aspectos teóricos y metodológicos de la intervención según el contexto histórico que delineó la forma de intervenir, el sujeto de intervención y los fundamentos epistemológicos de la práctica.

Comenzaremos el recorrido histórico de los orígenes del Trabajo social en Argentina y nos encontraremos en sus inicios con la influencia del discurso médico- higienista y del positivismo de la mano de Spencer. Años más tarde comienza a legitimarse la disciplina como práctica profesional al comenzar a intervenir en el campo de la salud en los comienzos del Estado de Bienestar. Carballeda también toma como elemento a analizar en la historia del Trabajo social la influencia de la iglesia y el sindicalismo en relación a las formas de intervención que comenzarán a implementarse en territorio, entendiendo que las formas de intervención van construyendo sujetos definidos que formarán parte de lo que se denomina “problema social”.

Aquí tomaremos la definición de Carballeda (2002: 96) “La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese otro sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una marca en la institución y desencadena una serie de dispositivos en instrumentos en esta”.

La intervención y sus formas dependen de la visión del sujeto que tenga la disciplina, el marco epistemológico y el contexto. Es por esto que la entrevista, herramienta de intervención privilegiada del trabajador social, también tuvo el sello del paradigma epistemológico de la época, el positivismo, en el momento del surgimiento del estado-nación argentino junto a otra forma de intervención, la observación que ordenaba sistemáticamente la información recabada en la entrevista.

Nos encontramos frente al paradigma indiciario que articulaba el marco epistemológico de la época, el positivismo, con la intervención. Buscar indicios, huellas, señales para llegar al conocimiento, en este caso de lo social. Este paradigma, emergente de la medicina tenía como objetivo la individualización, el seguimiento y el disciplinamiento. De este paradigma emergieron técnicas orientadas al disciplinamiento del cuerpo. Las bases epistemológicas de este paradigma otorgaban legitimidad a las prácticas, incluida en lo social. Además, impregnaba a la intervención de esta mirada atravesada por lo biológico, por la medicina haciendo del trabajo social una disciplina dependiente del paradigma médico hegemónico. Un paradigma que por sus rasgos y características fue herramienta disciplinadora de los estados.

Es oportuno citar a Michelle Foucault (1990), quien aborda los orígenes de la medicina y su vinculación con los individuos y la sociedad. Este autor expresa que:

“El capitalismo que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la consciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico,

lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault, 1990:125).

En su texto, “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”³⁵, Foucault describe tres momentos en la formación de la medicina social: la medicina del Estado que se focaliza en la organización de un saber médico estatal y en la normalización de la profesión; la medicina urbana, vinculada a los problemas de urbanización que generan hacinamiento, cloacas, etc. y la medicina de la fuerza laboral que tuvo como población de su intervención a los trabajadores y en la necesidad de recuperación de la fuerza de trabajo a través de prácticas que conservaran su salud, una de ellas la hospitalización.

La medicina social que refiere Foucault es el antecedente histórico de la biomedicina. Años más tarde, es Eduardo Menéndez (1990), antropólogo argentino quien va a definir al Modelo Médico Hegemónico como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica, que desde fines de siglo XVIII ha ido logrando relegar como subalternos a otro conjunto de prácticas, saberes e ideologías, hasta lograr identificarse como la forma preponderante de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”. (Menéndez, 1990:83).

El modelo médico hegemónico se enmarca en el desarrollo económico político de la burguesía que tiene su etapa de expansión y consolidación entre 1750 y 1880 y son los principios ideológicos de este sector social los que delinean las características y rasgos del modelo que se instalará como hegemónico. Poder hegemónico que es un sutil, simbólico, cultural y que, a

³⁵ [Michel Foucault. “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. Capítulo 6 de “La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación”. Editorial Altamira.](#)

través de los instrumentos o aparatos ideológicos del estado, al decir de Althusser construye subjetividad y determina formas de intervención, también en lo social y también a través de los y las profesionales que ejercen las disciplinas.

Este poder hegemónico, disciplinador y controlador de las subjetividades y los cuerpos es definido “como un proceso de dirección política, ideológica, cultural en el cual una clase o sector en alianza con otras clases logra una apropiación diferencial de las instancias de poder admitiendo espacios donde los grupos subalternos (no hegemónicos) desarrollen sus prácticas independientes”³⁶.

El proceso de salud enfermedad se asienta en lo biológico, es la dimensión prioritaria, desdibujando lo social a pesar de lo necesario de explicar cómo los determinantes sociales afectan la salud. Procesos de salud-enfermedad- atención que deben ser explicados en relación a su contexto histórico y comprendiendo que las formas de explicar estos procesos son construcciones sociales que encierran formas de definir a los sujetos y su historia vital.

Los rasgos y características de este modelo emergen de sus principios ideológicos y se plasman en un modelo de intervención que será jerárquico, asimétrico y clasista. Encontrando entre sus principales rasgos estructurales los siguientes³⁷:

³⁶ Boivin, M, Rosato, A., y Arribas, V. (1998) “Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología social y cultural” Cap. II. Pág. 153. Bs.As. Eudeba.

³⁷ Este texto fue elaborado por la Mg. María Cristina Belloc, Lic., Silvia Pérez y Mg. Ana Lía Verón, en el marco del curso de posgrado “Antropología de la salud”, dictado por la Dra. Mabel Grimberg, en noviembre de 2007, en el marco del Programa de Capacitación Docente Continua de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

*Biologismo: los principios causales de todos los procesos de salud/enfermedad son reducidos a los factores biológicos involucrados en ellos.

*Concepción teórica evolucionista-positivista.

*Ahistoricidad, asociabilidad, individualismo.

*Eficacia pragmática: los criterios de verdad de la disciplina se van construyendo y validando de acuerdo a su utilidad práctica.

*La salud-enfermedad como mercancía: la salud se convierte en un bien más de consumo, alrededor del cual se van construyendo circuitos de poder económico, la atención de la salud se constituye en un servicio profesional que cotiza en el mercado.

*Orientación básicamente curativa basada en la eliminación del síntoma: apunta a controlar las consecuencias de un proceso que lleva a la enfermedad y no a corregir las causas que le dan origen.

* Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia: establece una analogía en la que la salud se asocia a lo normal y la enfermedad a la ruptura de ese orden.

*Relación médico-paciente asimétrica en la que se da una subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión en el caso de las instituciones psiquiátricas.

Esta variable se fundamenta en la siguiente:

*Concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado incapaz de ser un constructor activo de su salud; en el caso de algunas enfermedades el paciente como responsable de su enfermedad. Por otro lado, se induce a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud (los “pacientes”) desalentando la participación activa y crítica.

*Exclusión del “consumidor” (paciente) en la producción de prevención (un claro ejemplo lo constituyen las campañas de prevención del HIV para adolescentes generadas desde el discurso médico sin atender los códigos propios de la población destinataria).

*Prevención no estructural que atiende a las consecuencias y no a los factores causales: (este rasgo se relaciona directamente con la variable referida a la orientación básicamente curativa), por ejemplo, la campaña de prevención del cólera que hacía eje en clorar el agua y no en subsanar las malas condiciones de provisión de agua potable y cloacas.

*No legitimación científica de otras prácticas: en general las que provienen de culturas no occidentales y aun el caso del psicoanálisis, por considerar que no responden al “método científico positivista”.

*Tendencia a la medicalización de los problemas: ej. la menopausia o el embarazo como momentos del ciclo vital de una mujer son reducidos a problemas que compete resolver a la medicina.

*Tendencia inductora al consumismo médico: por ejemplo, el desarrollo de especialidades que se dieron en llamar “la medicina del deseo”, cirugía plástica, reproducción asistida, etc.

*Predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad: los criterios de evaluación se focalizan en lo cuantitativo, por ejemplo, la cantidad de dosis de vacunas que se proveen y no en el análisis del cumplimiento del plan de vacunación.

Las autoras describen cómo estos rasgos estructurales caracterizan a la práctica médica dominante durante el siglo XIX y la mayor parte de la actual. Es en esa práctica que se enlaza el trabajo social siendo una disciplina auxiliar de la medicina, historia compartida con la psicología.

Este paradigma determinará prácticas que harán responsable a la persona padeciente de los procesos de salud-enfermedad-atención, tanto en relación a sus factores etiológicos como curativos, en un contexto en el que los determinantes sociales no son considerados y que determina la posición de los sujetos como “pacientes”, con todo el peso que este concepto posee.

La asistencia social tiene una huella de origen en estas prácticas y por mucho tiempo determinará sus intervenciones. Sólo cuando la medicina no encuentra causa aparente para su estado, comienza a considerar la dimensión psicosocial de la situación. Son prácticas reparativas no promo-preventivas y también lo son las intervenciones de la asistencia social ya que los procesos de salud enfermedad no son reconocidos como construcciones sociales ni entramados en la red de relaciones sociales que afectan las diferentes dimensiones de la salud, no solo la dimensión biológica.

Esta forma de intervención que impregnó también las prácticas de las visitadoras de higiene, las inspectoras de domicilio, que excluyó la posibilidad de otras prácticas consideradas alternativas que no se adecuaban a los postulados científicos de la época. Sin embargo, son esas prácticas alternativas las que muchas veces se reproducen y se sostienen en el tiempo por lo eficaz que resultan, por el reconocimiento social que tienen y por garantizar un acceso más económico a las mismas.

De todos modos, el paradigma del modelo médico hegemónico necesita imponer su hegemonía, a través del consenso y de su legitimación que necesita de las personas sanas para sostener el sistema capitalista de producción. Aquí se puede articular esta dimensión con el régimen de licencias actuales para padres y madres que atraviesan el parto. Hoy para los padres y/o personas no gestantes que acompañan es de dos días, esta normativa esconde una intención estrictamente económica, que el padre que es ubicado por el patriarcado en el lugar de proveedor retorne rápidamente al trabajo. Situación que invalida las emociones, ansiedades y temores que el padre/persona no gestante que acompaña también vivencia. A pesar de que el acto médico no solo es un acto técnico, sino también social e ideológico pero que no es asumida como tal en la práctica.

En tal sentido, Menéndez plantea que la medicina y el estado consideran que lo social es algo natural, dado y no conflictivo negando por ejemplo la influencia de los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad- atención. Es el Estado también quien legitima a la práctica médica como la única habilitada para actuar sobre el proceso de salud-enfermedad-atención dejando por fuera a la dimensión psico-social de la salud. ¿Cuáles son las funciones del modelo médico

hegemónico que describe Menéndez y que no sólo han impregnado a la disciplina médica?

Las funciones del modelo médico hegemónico se pueden agrupar en tres grupos:

1-Las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento.

2-Las funciones de control, normatización, medicalización y legitimación (evidente en discursos como “Control del embarazo”, “Control del crecimiento y desarrollo del niño”, “Control pediátrico”, etc. Todos estos se sustentan a través de las llamadas “propuestas normativas” que se construyen a partir de la interacción entre los organismos internacionales (OMS, OPS, etc.), las distintas organizaciones profesionales y el Estado y que se corporizan en: formularios de historias clínicas, gráficos de seguimiento, criterios unificados de diagnóstico y atención y, fundamentalmente, en los conceptos y definiciones que serán considerados válidos en el campo médico.

3-Funciones económicas ocupacionales.

Es fundamental en nuestros tiempos un concepto, el de riesgo, que da lugar al “enfoque de riesgo” muy utilizado en la construcción de acciones en salud pública. De esta manera categorías como: madre adolescente, madre añosa han determinado prácticas de control y de disciplinamiento. Estas categorías son mencionadas en el documento que analizaremos posteriormente en relación a las funciones del/a trabajadora social en la ciudad de Mar del Plata. También la categoría de vigilancia epidemiológica es consecuencia de este paradigma e implica el registro sistemático del desarrollo de ciertas patologías. De este modo el proceso de medicalización también ha impregnado el proceso de gestación, el parto, el puerperio y la primera infancia estableciendo modos de nacer y modos de criar dentro de categorías generales borrando la singularidad, la historia y el contexto. La medicalización y el reduccionismo a lo biológico impediría en estos

casos reconocer, y en consecuencia actuar, sobre otras problemáticas que son llevadas al campo de lo médico para su solución.

En cuanto a la mercantilización de la salud se observa que los sistemas de atención pública están también alcanzados por esta categoría. Es evidente la falta de recursos materiales y humanos y la precarización laboral de los y las trabajadoras de la salud. Es en estas prácticas y bajo este paradigma imperante que las intervenciones de los y las trabajadoras sociales puede instaurar un espacio de libertad, instituyente y emancipador visibilizando las otras dimensiones de la salud.

Luego del paradigma indiciario y cuando este ya no puede responder los interrogantes propios de la cuestión social y como emergente del contexto histórico de la época surge el paradigma desarrollista y finalmente el paradigma de la reconceptualización. Modelos que desarrollaremos luego.

4.2 Perspectivas teóricas actuales en salud y antecedentes teóricos del trabajo social en salud

Si indagamos en los antecedentes teóricos del trabajo social en salud hay que conocer cuáles fueron los paradigmas que ofrecieron las herramientas metodológicas y el sustento teórico. Como desarrollamos en el apartado anterior en la disciplina existen tres grandes paradigmas que definieron al sujeto de intervención y la metodología: el paradigma indiciario, el paradigma tecnocrático normativo o desarrollista, y finalmente el de la reconceptualización. Cada uno de ellos con una visión de sujeto y de las intervenciones definidas que ampliaremos en este apartado.

Con el fin de desarrollar este capítulo y analizar cuáles son las tensiones y posibilidades del hacer del Trabajo social en el área que hemos propuesto, el área perinatal, debemos recorrer el origen del Trabajo social con casos remontarnos a su pionera Mary Richmond. Con el objetivo de desprenderse de las dimensiones más asociadas a la caridad y al asistencialismo aporta un modelo teórico y metodológico que permitió a la disciplina abordar las historias de las personas que llegaban a la consulta desde una perspectiva ética en la que no se reproducía su vulnerabilidad, al menos esa era la propuesta.

Según el modelo propuesto la atención individual se orientaba a desarrollar la personalidad de la persona y la tomaba como medio fundamental para alcanzar su autosuficiencia y una participación activa en el cambio de sus condiciones de existencia otorgando especial relevancia al entorno familiar y la influencia que ejercía en ese desarrollo.

Es en este aspecto que encontramos un punto de diálogo entre la intervención del trabajo social y la posibilidad de convertirse en un espacio promo preventivo en salud mental perinatal. Es así que la información que se recababa en los encuentros con los consultantes se entramaba, luego de su interpretación, en un plan de intervención que tenía en cuenta el entramado social de la persona. Es desde ese momento en que la disciplina del Trabajo social reconoce la influencia de los factores sociales, económicos y/o culturales en el desarrollo de las personas y que el Trabajo social de casos debía contemplar la red social y el contexto en el que se desarrollaba y la comunidad en la que residía.

Siguiendo a Tomás Fernández García en su texto Trabajo social con casos debemos contextualizar la posibilidad de intervención de la disciplina según los contextos históricos. El autor refiere el contexto de la posguerra en Europa y

propongo llevar el análisis a la situación en nuestro continente, América Latina y en nuestro país para preguntarnos cuál era el contexto social de esos años y cómo este contexto influía en el desarrollo de las personas en su red familiar. (Fernández García, 2005:12)

El común denominador de las ciencias sociales era la preocupación por la desigualdad, la opresión y la elaboración de formas de intervención. Es el momento del desarrollismo, en un momento en que las teorías críticas cuestionan aquellas verdades absolutas. La idea de desarrollo de la comunidad a través de la implementación de políticas sociales fue el eje de la intervención para que las sociedades que eran definidas como atrasadas alcanzar la etapa de desarrollo esperable a través de la modernización. Aquí la intervención del trabajo social se ajusta a un modelo tecnocrático-normativo.

Durante estos años, la revisión crítica de modelos anteriores propone analizar la multicausalidad de los problemas sociales y de los condicionantes estructurales del proceso salud-enfermedad. Nociones como unicausalidad para explicar las situaciones de salud se cambian por multicausalidad, se implementan nuevos modelos epidemiológicos y surgen conceptos como prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

Durante los años 60 la noción de cambio social fue troncal y a partir de los lineamientos estipulados por la Alianza para el Progreso se apuntó a poner en marcha programas de maternidad e infancia, agua potable, control de las enfermedades, inmunizaciones, etc. centralizando la intervención también desde lo pedagógico con el desarrollo de las áreas de Educación para la salud. Este modelo da origen a los centros de salud bajo la noción de planificación normativa y el concepto de “historia natural de la enfermedad, el desarrollo de las áreas programáticas cercanas a los hospitales o unidades sanitaria y la visión

de salud comunitaria, que intentaba lograr la participación activa de la comunidad con el desarrollo de estrategias , formas , metodologías de intervención que comienzan a correrse del caso individual para acercarse a dispositivos de tipo grupal (Carballeda,2006.pág.85).

El autor también explica cómo surgen nuevos actores y actrices de intervención, por ejemplo. Los Agentes sanitarios o Agentes de salud que como líderes de la comunidad eran capacitados para obtener conocimientos sanitarios básicos. Así el Trabajo social comienza a acercarse a campos de acción que antes no conocía, áreas de la realidad no abordadas. Fue ese mismo contacto con la realidad que generó que se gestó otro paradigma de intervención, la reconceptualización, paradigma que desarrollaremos luego.

El paradigma indiciario estaba impregnado, como explicamos anteriormente, por el paradigma médico de vigilancia, control y disciplinamiento. Mientras tanto, el paradigma tecnocrático normativo o desarrollista surge con nuevas técnicas e instrumentos de intervención y una apertura al diálogo con otras disciplinas sociales con bases en la teoría del funcionalismo, la teoría del desarrollo económico y la idea de cambio social. Es así que, en la disciplina del Trabajo social se introduce la idea de desarrollo de la comunidad y nuevas formas de entender las necesidades de esa comunidad.

La idea de sujeto tendrá que ver con la idea de un sujeto desadaptado, carenciado, disfuncional, desajustado y la intervención tendrá que ver con la preparación de esa persona que tiene que lograr adaptarse, ajustarse al grupo social. Observarán los indicadores del contexto y las variables a analizar en un contexto y, desde este paradigma se plasmarán en una nueva forma de intervenir y de redactar los informes sociales. Comienza con este paradigma la intervención más centrada en la comunidad, el grupo, el contexto. En el caso de

esta investigación se observan, por ejemplo, las tasas de natalidad, de mortalidad materna -infantil, la cantidad de hijos/as, etc. Uno de los conceptos claves es el desarrollo de la comunidad, concepto que postula Caroline Ware en su texto *El desarrollo de la comunidad y el Trabajo social en América Latina* (1945-1976).

¿En qué se basó la acción social en nuestro territorio? La década de los 60 configura en nuestro territorio un gran desarrollo en las ciencias sociales. Los temas abordados tenían que ver con las políticas sociales, el desarrollo de la comunidad, las consecuencias del endeudamiento y el desarrollo de nuevas estrategias de intervención. Mientras que en Europa la acción social durante la dictadura se focalizó en la asistencia de prestaciones sanitarias, paliativa y puntual de las personas y familias que se encontraban en situaciones de extrema necesidad y que al ser solo paliativa, no proponía un sistema de protección integral lo que generó, según desarrolla el autor, un sistema benéfico y asistencial desordenado que modificó el rol de los y las trabajadores sociales para convertirlo en un rol puramente benéfico y asistencial que tenía como fin paliar las consecuencias de ese sistema opresor que propiciaba un posicionamiento paternalista. En nuestro país fue la expresión “desarrollo de la comunidad” la que orientó el diseño de las estrategias de intervención pública sobre sectores de la población más desfavorecidos haciendo énfasis en el problema de la desnutrición, la mortalidad infantil y el analfabetismo. Como afirma Carballada, en ese contexto la intervención en lo social desde las políticas sociales “no se presenta como resultado de la aplicación de un derecho sino como la cobertura de una falta que debe ser determinada por un especialista”.

Los métodos, los modelos, las técnicas que se usarán en el abordaje de las diferentes situaciones en el ámbito de la salud pública serán individuales o grupales. Un trabajo comunitario a través del desarrollo de actividades y

jornadas que promociónen la salud. Tendrá como objetivo la detección de redes de apoyo, factores de riesgo y factores protectores. (Carballeda, 2006)

Entre los antecedentes se encontraron: el modelo psicosocial, cuyos referentes son Mary Richmond, Gordon Hamilton y Florence Hollis, tal vez su representante más importante. Este modelo promovía la intervención no solo la escucha y comprensión de la situación y propiciaba la participación activa para el cambio a través de diferentes fases: el diagnóstico, el seguimiento y el cierre utilizando técnicas como la entrevista.

También hallamos el modelo de intervención en crisis en el que la intervención tendrá que ver con acompañar las fases de inicio de la crisis, la fase de seguimiento en la que se intentará recuperar aquellas estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones anteriores y la fase de intervención en la que el/la trabajadora social acompañará a la persona en la implementación de esos recursos.

Luego, el modelo clínico normativo, modelo de intervención que ha abordado situaciones problemáticas en relación a la familia, la escuela y el trabajo. Influenciado por el paradigma del modelo médico teniendo en cuenta las propias ansiedades, la consecuencia de experiencias infantiles y su historia, la estructura y el funcionamiento físico. Este modelo tomaba en consideración la personalidad del sujeto para plantear objetivos y que recupere su integración en el sistema social al resolver sus conductas disfuncionales.

También existe el modelo sistémico que basa sus intervenciones en el análisis de las interacciones del grupo en el que se inserta el sujeto abandonando la visión individualista de los modelos anteriores y ampliando su mirada al contexto en el que el sujeto se desarrolla evaluando su comunicación e

interacción con los y las demás miembros del sistema.

Además, el modelo de gestión de casos tendrá como intervención prioritaria la asistencia integral de personas que tengan limitaciones en algunas de las áreas de la vida, se intentará vincular a la persona con la red de recursos y servicios existentes y el modelo narrativo implementado por Michael White y David Epston que intenta recuperar la singularidad del caso explicando lo intransferible de la experiencia. Además de los mencionados, existen varios más como el modelo de counsellig, el modelo de asesoramiento en duelo, los modelos específicos de intervención grupal: ayuda mutua, de redes y de sistemas de apoyo.

Las técnicas más utilizadas son la guía de entrevista, el diario de campo, las historias clínicas, estudios socio-familiares, la observación, el diálogo informal, la gestión social, las visitas domiciliarias y los grupos de ayuda mutua.

El paradigma de la reconceptualización surge como emergente de las críticas hacia adentro del paradigma que lo precedió, el desarrollista. Durante la década de los años 60 el contexto socio histórico estuvo atravesado por cambios políticos, sociales, culturales y los movimientos de liberación y resistencia en varias partes del mundo. Ya no se encuentra en el territorio a un sujeto desadaptado, desajustado, disfuncional, sino que se encuentra a un sujeto portador de un saber, de una verdad, capaz de proponer cambios y transformaciones que luchará por el reconocimiento de sus derechos. El mundo cambia y cambian los modelos de intervención. Surgen nuevas formas de padecimiento y surgen nuevas formas de intervención. Ante nuevas formas de opresión, por ejemplo, las dictaduras, surgen formas de resistencia. Se comienza a desarrollar otro tipo de intervención: cambian las formas del lazo social, las relaciones de consumo, nuevas formas de dominación que aumentarán los

índices de pobreza y de exclusión. Allí en ese territorio comienza a implementarse la reconceptualización, se sigue interviniendo, pero desde una posición política, ideológica. Será una época en nuestro país de restricción de derechos que posibilitará, paradójicamente, formas de resistencia y movimientos de liberación. Cambian las configuraciones familiares con mayor inclusión y participación de las mujeres en los ámbitos laborales y educacionales y con autonomía sobre sus cuerpos y su salud reproductiva. De este modo, las formas de intervención tendrán como objetivo concientizar para la liberación a esos otros dominados, excluidos, sometidos dentro de las instituciones y fuera de ellas.

4.3 Perspectivas metodológicas actuales y antecedentes en el ámbito de la salud

Se realizó un análisis retrospectivo de las estrategias metodológicas utilizadas por el Trabajo social que nos permitió observar cuales son hoy esas estrategias de intervención y cómo se han modificado a lo largo del tiempo. En un inicio, como explica Carballeda (2006:23), las instituciones de la intervención fueron un “observatorio” del otro. Estas instituciones van a encarnar la “vigilancia jerárquica” y “la sanción normalizadora” que tiene como fin señalar aquello que está fuera de lo establecido culturalmente como normal. La inspección de los domicilios, el diseño de los hospitales, la observación de las conductas registrando lo normal y lo patológico fueron estrategias de intervención que han dejado una huella de identidad en la profesión. El examen de las situaciones por medio de la observación, la entrevista, el diagnóstico colocó a esa otra persona en el lugar de objeto de estudio, análisis, protección y evaluación reproduciendo los rasgos y características del modelo médico hegemónico transformando a esa persona en un “caso”.

Fue también el positivismo, corriente teórica y metodológica de la época que impregnó las prácticas del trabajo social proponiendo un esquema interpretativo-descriptivo desde el cual se construyó la observación que tenía como meta la búsqueda de lo desviado, lo incorrecto. La observación pretendía describir, interpretar y justificar situaciones siguiendo el modelo de la biología con el propósito moralizante de corregir desviaciones e indicar aquello que estaba bien y que estaba mal. Esa forma de mirar, de analizar fue heredada de la medicina higienista, ahora visitadoras de higiene social.

Desde mediados del siglo XIX la intervención en lo social se vincula a la vigilancia, el registro y la inspección. Es el registro uno de los instrumentos de poder de la disciplina ya que, como explica Carballada en su texto, construirá a través de la narración una verdad, una verdad que clasificará a esa situación y a las personas que son protagonistas de esta en un lugar más cercano a la normalidad o más cercano a lo patológico, pero será clasificada.

Tomando a Repetto (1935) la asistencia social realizaba dos funciones: vigilar a los enfermos en sus domicilios y administrar entrevistas que indaguen las dimensiones económica-social e higiénica y la segunda tenía como objetivo educar cultural, higiénica y técnicamente a los enfermos para “hacer del período de enfermedad, generalmente ocioso y estéril, un momento de la vida tan bien aprovechado para adquirir algunas nociones útiles, desarrollar alguna capacidad técnica y trabajar en una tarea compatible y remunerada”.

Todas estas intervenciones refieren a un modelo de intervención liberal-positivista que construirá un modelo de sujeto que habrá que corregir, disciplinar, normalizar dentro del sistema productivo. La intervención, entonces, será sustentada en tres ejes: la vigilancia, el registro y la inspección, intervenciones que intentarán construir una verdad en relación a esas personas y

sus contextos. Carballada señala que no solo se describe sino que se construyen “sujetos de conocimiento” esta tendencia a la homogeneización, clasificación, normalización es producto de la época y de un paradigma que intentaba clasificar, restituir el orden perdido. Estas intervenciones encierran una dimensión subjetiva que en muchas ocasiones encerraba una intromisión en la vida cotidiana de las personas y que además cualquier anomalía observada se transformaba en una situación de inadaptación social (2005:25).

¿Cómo interviene el trabajador social hoy? Con diferentes herramientas, entre ellas, la observación, la entrevista, el informe social y algunos dispositivos como talleres participativos.

Luego de la crisis del 2001 se evidenciaron nuevas formas de padecimiento, formas de padecimiento atravesadas por la violencia, la exclusión, la injusticia y la pérdida de derechos. Es esta situación la que impregna la intervención en lo social que va a comprender la salud como un proceso histórico-social que implica abordar lo social en términos de ciudadanía articulando la salud con los derechos sociales. La cuestión social propone nuevos interrogantes en torno a la intervención y sus formas proponiendo nuevos espacios y modelos. (Carballada, 2006:131-132). Algo que se tornó imprescindible fue la reflexión sobre las prácticas y los nuevos escenarios, escenarios heterogéneos y complejos.

También surgen otras problemáticas en salud: como describe Carballada, problemáticas relacionadas con la socialización y la construcción de identidad, el aumento de las dificultades en la accesibilidad (económica, social e institucional); la incertidumbre con respecto a las condiciones laborales de los profesionales de la salud; la aparición de problemáticas relacionadas con la drogadicción y el alcoholismo, las condiciones ambientales, alimentarias y de infraestructura, además de problemáticas relacionadas con la violencia. Todas

estas atraviesan el área de abordaje de esta tesis: la salud mental perinatal y las intervenciones posibles de los y las trabajadoras sociales en el primer nivel de atención. Nuevas formas de demanda que se inscriben en los cuerpos, en este caso, el cuerpo de las personas gestantes y sus familias pero que tal vez no se inscriban ni reflejen en los instrumentos utilizados y las intervenciones realizadas, al menos en el ámbito elegido para esta investigación: el campo de la salud perinatal (Carballeda, 2006: 133).

Para continuar con el desarrollo de esta investigación cuya pregunta inicial es cuáles son los aportes del Trabajo social a la salud mental perinatal en las intervenciones con las familias gestantes es necesario tener en cuenta los recorridos históricos mencionados anteriormente para analizar cuáles son continuidades de esos modelos en las intervenciones de la disciplina en la actualidad dentro de la complejidad que propone los social.

4.4 Práctica profesional del trabajo social en el área perinatal

4.4.1 Las intervenciones del trabajo social en el área perinatal: especificidad de la práctica

La población de la ciudad de Mar del Plata cuenta con grupos de población, familias o individuos que debido a sus condiciones de vulnerabilidad socio-cultural y socio-sanitarios presentan mayor riesgo psico-social. Si nos remitimos a cuestiones socio-económicas, el Censo 2022 arrojó los siguientes datos estadísticos: la pobreza en Mar del Plata en el segundo semestre del año 2022 fue del 30,4% afectando a 199.171 personas.

La pobreza afecta a 55.209 hogares de la ciudad y la indigencia es de 8,3%, afectando a 54.260 personas y 13.677 hogares. Este índice de indigencia, que representa a la población que no alcanza a comprar los alimentos mínimos para subsistir, incluye a familias gestantes y es una condición que seguramente afectará la intervención del Trabajo Social con estas familias. El INDEC da cuenta de que la pobreza afecta al grupo comprendido entre los 30 y los 64 años con un nivel del 37,8% y entre los recién nacidos y adolescentes hasta los 14 años, con el 37,1%.

La población de mujeres embarazadas se halla dentro de estos grupos afectando directamente el período perinatal (embarazo- parto-puerperio y primera infancia) donde se evidencia mayor probabilidad de muertes prematuras o imposibilidad de construir el vínculo de apego necesario para la constitución subjetiva de los sujetos.

Según los datos estadísticos publicados en la página de la Municipalidad de General Pueyrredón en el año 2021 se registraron 7096 nacimientos, de los cuales 36 niños/as fallecieron antes del año, 25 hasta los 28 días, 11 entre los 28 días y el año y 31 muertes fetales. Durante el año 2022, la tasa de nacimientos se redujo a 3500 aproximadamente según lo manifestado por la coordinadora de obstétricas del municipio. La profesional hipotetizó que el método anticonceptivo del implante (mayormente elegido por las usuarias), el IVE (la interrupción voluntaria del embarazo) y la ligadura de trompas son las causas principales de este descenso aunque no hay datos sistematizados aún. Tampoco de la cantidad total de personas gestantes que acuden a los controles por embarazo en el sistema público de salud.

La etapa perinatal es una etapa de crisis y vulnerabilidad tanto para la persona gestante que atraviesa el embarazo como para el niño o niña por nacer. Aquellas

intervenciones destinadas a promover un ambiente saludable en todas las dimensiones (biológica-emocional y social) implican el trabajo interdisciplinario articulando diferentes formas de intervención entre los distintos servicios de salud. El Trabajo social es una disciplina que interviene conectando los Programas de Políticas sanitarias referidos a esta etapa con la población, a través de estrategias de intervención comunitaria en salud.

En el año 1970 la Organización Mundial de la Salud definió los lineamientos de las intervenciones destinadas a ayudar y a acompañar a las familias y parejas en la etapa perinatal: planificación familiar, necesidad de educación y asesoramiento sobre la sexualidad, asistencia sanitaria en tratamientos de infecundidad, detección de patologías y asesoramiento genético (OMS, 1975). La maternidad y la paternidad son una etapa del ciclo vital en la que se producen crisis y cambios a nivel biopsicosocial. Allí la intervención de los y las trabajadoras sociales cumple una función primordial, muchas veces como engranaje entre los diferentes sistemas de salud ya que evaluará aquellas situaciones en las que las familias se encuentren en riesgo articulando estrategias y recursos para promover el desarrollo de ambientes salugénicos para todos.

Entre los indicadores de riesgo se encuentran; embarazos frecuentes, embarazos en edades extremas (OPS, 1994) gestaciones no deseadas, ambivalencia en el embarazo, adicciones, desarraigo social, déficits nutricionales, discapacidad de alguno de los padres, antecedentes de patologías psiquiátricas graves, conflictos sociales, violencia, desempleo, condiciones de trabajo precarias, conductas delictivas, etc. En estos casos toda red de apoyo social es vista como factor protector.

Como afirma Ana María Rodríguez (2018) al momento de valorar la importancia de la intervención del trabajador social debe tenerse en cuenta los

antecedentes en el área y recordar en el año 1905 las conclusiones a las que llegó el doctor Richard Cabot sobre la limitación de la intervención sanitaria, ya que no tenía en cuenta los factores sociales y culturales, decidiendo incorporar la figura de una trabajadora social en su clínica para que desde el interior del equipo de salud se abordaran estos inconvenientes sociales y culturales que les impedían, a los pacientes, alcanzar mejores niveles de salud (Miranda, 2001), podemos afirmar sobre la necesidad del abordaje social desde el ámbito de la salud también durante las fases de este proceso vital.

Si bien no existe en nuestro país el área específica de intervención como Trabajo social perinatal encontramos registros en Estados Unidos con la National Association of Perinatal Social Worker (NAPSW)³⁸ que marca cuatro objetivos en los que el/la trabajador/a social debería intervenir durante este periodo:

1. Trabajar con las mujeres y las familias para evaluar sus fortalezas y desafíos a medida que se acercan a la maternidad.
2. Mejorar los efectos de las dificultades psicosociales y médicas trabajando directamente con la mujer y la familia, al mismo tiempo que les ayuda a acceder a los servicios de apoyo a largo plazo cuando sea necesario.
3. Ayudar a crear relaciones sanas y nutritivas entre padres/madres e hijos/as.

³⁸ NAPSW-The National Association of Perinatal Social Workers was incorporated in 1980 for the purpose of promoting, expanding, and enhancing the role of social work in perinatal health care. The NAPSW helps individuals, families, and communities respond to psychosocial issues that emerge during the period from pre-pregnancy through an infant's first year of life.

4. Abogar por la mujer y su familia en el ámbito de la atención de la salud y en la comunidad (NAPSW, s.f.).

Los y las trabajadores sociales están capacitados para detectar factores de riesgo, por ejemplo:

- embarazos frecuente con poco espacio temporal entre ellos
- embarazos en edades extremas
- gestación no deseada o ambivalencia en el embarazo
- conductas adictivas
- alimentación no adecuada
- discapacidad de la madre o del padre
- patologías psiquiátricas graves
- relación conflictiva entre los integrantes de la pareja
- padres y madres adolescentes que tengan conductas de riesgo
- no habitabilidad de la vivienda
- incidencia negativa de las condiciones de trabajo en la salud de la madre y/o el feto
- analfabetismo
- violencia de género / abuso sexual
- precariedad económica
- conductas delictivas
- privación de la libertad de madre / padre
- falta de controles médicos en el embarazo
- falta de cuidado físico

También durante su intervención es posible detectar factores protectores:

- Presencia de apoyo social

- Factores interculturales
- Determinantes sociales de la salud

Retomando los objetivos e intervenciones propuestas por esta organización podríamos concluir que la tarea que realizan los y las trabajadores sociales en nuestros centros de atención primaria de la salud no dista demasiado de esta propuesta y podríamos afirmar que la enriquece. Es entonces que nos preguntamos por qué no sería posible una especialización de sus prácticas en el ámbito perinatal que convoque a las y los trabajadoras sociales que se desempeñen en el ámbito de la salud. Esta propuesta de especialización se fundamenta en la ausencia de contenidos teóricos específicos de la etapa perinatal, es decir todo lo que rodea al nacimiento, durante la formación de grado.

El/la trabajadora social es promotor de recursos, materiales y psicosociales y en la realidad de la práctica cotidiana su intervención queda reducida a la parte material en la urgencia y es imprescindible elucidar esta práctica para promover intervenciones promo preventivas. Ituarte (1993) define que la intervención del/a trabajadora social en el área de salud tiene un carácter clínico e implica el diagnóstico y el tratamiento psicosocial en relación al proceso salud-enfermedad- atención/orientación tanto con el/la usaría como con su familia y el entorno, como así también con el equipo sanitario. En este sentido podría complementarse la intervención con el carácter promo-preventivo propio de la estrategia en atención primaria de la salud.

En relación a la investigación desarrollada se considera que desarrolla un rol fundamental en la promoción de los procesos de maternaje y paternaje. Si bien en el capítulo 3 se han detallado los procesos psicológicos propios de la etapa perinatal, es imprescindible diferenciar las dimensiones biológicas y

psicosociales, por un lado la disposición anatómica de las personas con capacidad de gestar por tener un aparato reproductor que permite alojar y que se desarrolle una persona y el maternaje como proceso psicoafectivo que requiere de otra disponibilidad no sólo la biológica. Este proceso se refiere al conjunto de cuidados brindados al niño/a en un entorno de ternura activa, atenta y continuada que define el sentimiento maternal, esta disposición maternal al cuidado y protección. Como definió Winnicott la preocupación maternal primaria, que no siempre acompaña a la dimensión biológica. (Winnicott, 2005:5)

Diversos autores han descrito que existen procesos psicológicos presentes en la persona gestante que inciden en el desarrollo y cuidado del hijo/a recién nacido/a. La maternidad es un momento de crisis en el que existe una movilización de aspectos primarios y una reorganización de la identidad. Coinciden y se articulan cual engranaje constitutivo en este momento vital, la historia de esa persona, la estructura de personalidad y las características del bebé que van a determinar la posibilidad de desarrollo de este maternaje y de la construcción del vínculo entre ella y su hijo/a. También se puede pensar este proceso en lo referido al paternaje, pensando este proceso en aquella persona que acompaña a la persona gestante y ejercerá la función paterna, persona no gestante, el otro/a cuidadora .Es así que varios autores han conceptualizado estos procesos bajo la categoría de parentalidad.

Erickson (1959) afirma “Es en el segundo trimestre , cuando el feto da sus primeras señales de vida , una etapa de satisfacción y deleite (Erickson, 1959: 222) y utiliza la categoría de parentalidad .Este concepto surge a partir de los aportes de Claude Racamier, un especialista en psicosis puerperales, que une a los dos conceptos: maternalidad y parentalidad.

Lebovici, en tanto, define a la parentalidad como “el producto de la paternidad y como el fruto de la parentalización de los padres” (Solís, Ponton, 2004) pero si realizamos un ejercicio de deconstrucción invisibiliza la dimensión de la mujer y es necesario recuperar esta dimensión para explicar y visibilizar los procesos psicológicos que surgen en la persona con capacidad de gestar durante el embarazo, el parto y el puerperio.

El amor maternal es definido como ambiguo, ambivalente, contradictorio y la persona gestante fluctúa entre el amor y el resentimiento frente a esa nueva persona que ocupa su cuerpo. Lewis describe este sentimiento con la siguiente expresión: “Oh Dios, la furia negra que cae sobre a mí a veces, en especial por las noche ¡la desfachatez, la impudicia de esta criatura que plácidamente toma el alimento de mi cuerpo sin haber sido siquiera invitada (Lewis, 1950.p.222)

Como explicamos anteriormente, la maternidad es una crisis vital en la vida de las personas, haya sido ese embarazo planificado o no e implica una serie de identificaciones con los propios madre y padre, con la historia familiar, con la historia de ella o él como hijo/a reactualizándose en ese momento conflictos previos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la cualidad materna, una función del aparato psíquico que se desarrolla integrando huellas mnémicas en la organización de la personalidad y las funciones yoicas. Esto es lo que genera la diferencia en la cualidad maternal entre mujeres que pertenecen a la misma generación o grupo social aun dentro de la misma familia (Benedeck, 1983).

Hay otros autores como Jessner, Weigert & Foy (1970) afirman que no hay camino de retorno cuando se está por ser madre. Además, es un camino de construcción, tanto el maternaje como el paternaje. Este momento que puede ser

de felicidad puede ser también un momento de mucha angustia. Laplanche (1971) plantea en el Diccionario de psicoanálisis que la maternalización es una técnica de psicoterapia de la psicosis, por ejemplo, en la esquizofrenia y que se tiende a establecer entre el terapeuta y el paciente de un modo simbólico como real, análogo a la que existía entre una buena madre y su hijo/a.

Freud define el amor maternal como imprescindible, inalterable y permanente y que además es para las personas el primero y más importante de los amores, prototipo de todas las relaciones posteriores (Freud, 1967). Freud consideraba al amor maternal como el único que es ambivalente. Winnicott (1947), continuando con la idea de Freud, describe al amor maternal como ambivalente, contradictorio principalmente en los primeros meses de vida, la madre percibe que su bebé la necesita todo el tiempo y que la distrae de su vida sexual vivenciando a ese bebé como una prolongación de sí misma. Esto genera una corriente agresiva que si bien surge, no es la predominante. Cuando lo es hay que indagar si existe riesgo en la construcción de vínculo con su hijo/a.

Racamier afirma “En fin, este resentimiento de fondo, puede resonar más fuerte cuando la madre es para su bebé, la persona que siente, no sin razón, el gran poder de vida o muerte sobre el otro. (Racamier, 1984:45) .Winnicott (1947) establece la hipótesis de que la madre odia al bebé antes de que él pueda odiarla, y antes de que él pueda odiarla y antes de que él pueda saber que su madre pueda odiarlo. También describe la capacidad empática de la madre para entender y responder a las necesidades del bebé y así satisfacerla. Para que esto suceda es imprescindible que la persona gestante esté sana, sana en todas las dimensiones de la salud (psíquica, social, física). Este estado psicológico se complementa con la dependencia absoluta que tiene el bebé.

Sostener y alojar a ese /a bebé es fundante. Cualquier falla ambiental, provocará situaciones de vulnerabilidad tanto para la madre como para el/la bebé. Se entiende al ambiente como ese contexto con el que interactúa la madre, sobre todo el familiar.

En este sentido es Bion (1962) quien aporta claridad y hace referencia a la “reverie materna” como la capacidad de aceptar, alojar y transformar las angustias y los estados altamente desestructurantes del/la bebé, respondiendo con calma ante su demanda. Demanda que es urgente y desestabilizante para esa/a recién nacido/a y que necesita de un/a adulta que actúe como regulador del dolor y de una respuesta transformadora. Si la madre no puede hacerlo, esta tarea tendrá que ser hecha por el propio bebé o por otro/a cuidador/cuidadora pero siempre dependerá de ese/a otro/a adulta que sostenga a este bebé/a y también a su madre.

Entonces Racamier define a la maternalización como el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la persona en ocasión de la maternidad y por lo tanto es un proceso psico-biológico. Por este motivo es necesario recuperar las siguientes nociones:

-El amor maternal es ambivalente. Ni puro, ni ideal. Tampoco un sentimiento simple y sin conflicto. Es ambivalente, complejo, ambiguo y que integra sentimientos de amor y de rechazo. Agresividad, investimento y reconocimiento del otro/a y la confusión con el/ella.

-La maternidad es una fase del desarrollo psicoafectiva de la mujer y de los procesos que se desarrollan en esta etapa y que se relacionan con las relaciones conscientes e inconscientes de la madre con su hijo/a. Y estas relaciones se basan en las que ella tuvo con sus propios padres.

Es necesario afirmar que aunque haya maternidad no siempre se desarrolla la maternalización/maternaje. La maternidad reactiva los conflictos del pasado de la persona gestante con sus vínculos primarios. Es una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar y que ocurre en función de:

- su historia personal
- la estructura de personalidad
- su situación presente (relacional/pareja-familiar -social)
- la ubicación de este niño/a en el encadenamiento familiar

Erickson también define al maternaje como una crisis de identidad y de personalidad en la madre que puede acompañarse con la adolescencia identificando puntos en común con esa etapa:

- una transformación corporal y hormonal
- un cambio de rol en la red social
- importantes fluctuaciones pulsionales
- reactivación de conflictos infantiles
- disolución y reconstrucción de identificaciones precoces, en particular, con la propia madre
- una transformación de la imagen corporal en dos tiempos: primero al producirse el embarazo y luego del nacimiento del bebé
- transformación del sentimiento de identidad personal
- sistemas defensivos fragmentados o reforzados

Es observable como en el/la bebé sus etapas de evolución y desarrollo emocional se correlaciona con la psique materna. Spitz (1965) resalta la importancia de la construcción del vínculo materno en el primer año de vida

del/la bebé y cómo este proceso afecta la vida posterior del/a bebé. Este aspecto ya fue retomado en el capítulo 3 cuando se describieron los procesos psicológicos propios de la gestación y del puerperio pero era necesario retomarlos para comprender la importancia de las intervenciones de los trabajadores sociales.

Mary Richmond en su texto *Diagnóstico social* (1917) refiere que las teorías influyen en el trabajo profesional cotidiano, en las prácticas en los diferentes ámbitos en que el trabajador social desarrolla sus intervenciones pero que sin ninguna duda su trabajo influirá en la teoría. Retomando sus aportes e intentando poner en diálogo los conceptos antes mencionados con las teorías desarrolladas en la disciplina del Trabajo social, la autora afirma que las “intervenciones a nivel individual se evaporan” si el trabajador social ha pasado por alto la historia familiar del cliente. Define además al “Grupo Familiar” como aquel que incluye a todas aquellas personas que residen en el mismo domicilio, aunque se prestará una especial atención a padres e hijos - generalmente los miembros más importantes del grupo (1917: 208). En este sentido menciona las dificultades que han acontecido cuando no se ha tomado en cuenta esta historia familiar, por ejemplo menciona situaciones en que los niños/as han sido devueltos a hogares que no eran los adecuados y que no podían garantizar los cuidados necesarios. Refiere lo siguiente “Muchos niños son como puntos sueltos en una prenda de punto que la familia está a punto de deshacer, a menos que el problema se ataque desde el principio.”. Este principio podría pensarse en nuestra investigación como la etapa perinatal.

La autora insta a observar a la familia como un todo, mientras que Dubois puntualiza la necesidad de extender nuestro esfuerzo terapéutico a quienes viven con los pacientes, en vez de limitarlo a estos últimos ".A su vez el Dr. Putnam, referenciado por Richmond, afirma que la historia mental del hombre está

principalmente escrita por sus relaciones sociales y ninguna tentativa de ayudar a un ser humano que suponga influir en su mente a cualquier nivel tendrá éxito sin un conocimiento previo del grupo familiar en el que se encuadra o sin el establecimiento de una cooperación definida de ese grupo”(Richmond 1917:213).

Es así que en su texto, la autora, desarrolla un apartado titulado “La familia como un todo” y allí refiere que la familia y su historia debe abordarse a lo largo de su historia y enmarcada en esos contextos. Propone además indagar dimensiones de la vida familiar que tienen que ver con el tiempo libre, las aspiraciones, los proyectos, las relaciones que establecen entre ellos, qué actividades comparten y qué características tenían las familias de cada uno de los padres, entre otras afirmando que “el trabajador social que pasa por alto estos elementos y se preocupa sólo por los nombres y edades, número de habitaciones ocupadas, condiciones higiénicas, ingresos y gastos, asistencia escolar, etc., nunca obtendrá resultados duraderos en el trabajo social de casos”(1917 : 215).

Es también necesario indagar la cohesión familiar, es decir, si los lazos son fuertes o débiles y entrevistar al marido/padre por separado y en conjunto, hoy debemos pensar en las diversas configuraciones familiares y entrevistar a quien de todo el grupo familiar ejerza la función paterna. También contempla situaciones de alcoholismo, abandono, desempleo, pobreza extrema como factores de riesgo y la influencia de la madre y su estado físico y emocional así como antecedentes de hijos fallecidos y abortos que hubiera sufrido como factores que influyen en la crianza de los hijos y en su historia como madre y su actitud de cercanía o lejanía con ellos. Todos indicadores que se relacionan con la etapa perinatal y la importancia de la prevención en ese momento fundante.

Para analizar y describir las intervenciones del Trabajo social en el área perinatal tomaremos como fuente las entrevistas realizadas. Fue en una de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo que una de las trabajadoras sociales compartió dos documentos que también fueron fuentes de análisis para esta investigación. Este documento es el *Portafolio destinado a Rotación de Residencias de Pre y Pos Grado en Trabajo Social y/o Trabajadores Sociales de la División Servicio Social en Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón* realizado en el año 2018 con varias integrantes del Servicio social de la municipalidad.

Allí se definen las funciones del Servicio Social en los centros de salud de la ciudad de Mar del Plata se describen las funciones, el perfil del/la profesional, los objetivos y las características que tiene que tener la intervención del/a trabajadora social. Antes de abordar la especificidad de las intervenciones de la disciplina en el área perinatal mencionaremos lo referido anteriormente:

Las acciones que se proponen se fundamentan en lo promo-preventivo y por este motivo tienen que ser integrales y no focalizarse sólo en lo curativo, sino en la prevención primaria (protección y promoción de la salud), la prevención secundaria(curación) y la prevención terciaria(rehabilitación) articulando con otros efectores intervenciones interdisciplinarias.

Estas funciones están encuadradas en esas dimensiones. En lo promo-preventivo podrá elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden en la salud. También podrá suministrar información sobre hábitos saludables, comportamientos que posibiliten conservar la salud individual y colectiva. Se espera además que identifique cuáles son los obstáculos que impiden que la población acceda a mejores niveles

de salud: variables socio- económicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.

En lo preventivo tendrá que orientar a la población sobre el acceso a recursos institucionales y/o comunitarios, orientar a las familias para permitir la unidad familiar y brindar recursos para que mejoren su calidad de vida y su salud.

En cuanto a la dimensión mencionada como recuperación se espera que trabaje junto al equipo de salud para reparar los daños causados por la enfermedad y orientar a las familias en la búsqueda de estrategias para recuperar la salud e intentar estimular a la persona afectada a que desarrolle sus potencialidades.

En este documento se define el perfil de los y las trabajadores sociales que integren los equipos de salud y refiere que: tiene que capacitarse y comprometerse con la estrategia de APS, conocer el Programa de Maternidad e Infancia y del PROMIN, las normas de aplicación, conocer el área programática a la que pertenece como a su comunidad. Se espera que posea capacidad resolutive, que pueda reconocer y detectar factores de riesgo y aplicación de las estrategias que correspondan. Tendrá que mostrar disposición para integrar los equipos de salud y mostrar capacidad para resolver problemas comunitarios e individuales. Ser responsable y trabajar desde un paradigma que fomente la prevención y promoción de la salud.

El Servicio Social de la municipalidad pretende que los y las trabajadoras sociales integren los equipos de salud, elaboren y desarrollen los Programas que ya están en ejecución en el marco de la Atención primaria de la Salud. Entre los objetivos específicos se espera que los y las trabajadoras sociales participen de las actividades propuestas por el equipo de salud, aportando conocimientos específicos de su disciplina y así construir estrategias de intervención

interdisciplinarias, elaborar diagnósticos sociales de las familias teniendo en cuenta la dimensión bio-psico-social, brindar atención a la comunidad y aportar a la investigación a líneas de investigación.

También podrá participar de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de su área programática; coordinar los programas que ya existen en el municipio. En relación al área de la realidad que se aborda en esta investigación, el documento define como función prioritaria participar de los Programas materno Infantil que se desarrollen en los Centros de Salud.

Cada CAPS tiene dentro del equipo de salud a dos trabajadoras sociales, situación que puede variar según las características sociodemográficas del área programática de referencia. Los y las profesionales intervienen en diferentes niveles que mencionan de la siguiente manera: vulnerabilidad, riesgo y daño determinando cuales son indicadores de riesgo social y grupos vulnerables.

Entre los indicadores de riesgo detallados en el documento elaborado por los y las profesionales del Servicio Social dependiente de la Secretaría de Salud (Portafolio destinado a Rotación de Residencias de Pre y Pos Grado en Trabajo Social y/o Trabajadores Sociales de la División Servicio Social en Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. Año 2018) se mencionan los siguientes: situaciones sanitarias, económicas y/o culturales que permiten predecir la aparición de un daño y que en la evaluación de los datos del grupo familiar se interrelacionan los siguientes factores, indicando la prioridad de atención en los grupos de Vulnerabilidad I y II y de riesgo III y IV.

Estos están nucleados en grupos, I/II/III/IV. En el grupo I se nuclean personas sin factores de riesgo evidentes pero que por su situación vital requieren

contención y atención (vulnerabilidad). En este caso niños y niñas recién nacidas y personas gestantes.

En el grupo II se nuclean personas que no presentan síntomas pero que pueden tener factores de riesgo: jefe/jefa de familia sin pareja estable, madre que trabaja fuera del hogar por más de 8 horas seguidas y con niños/as menores de 5 años, que tengan antecedentes de patologías complejas, que presenten problemáticas a nivel de los vínculos familiares, que tengan ingresos bajos o trabajos precarizados, problemas habitacionales, que hayan emigrado por razones económicas, niños y niñas en período de lactancia con algún otro factor asociado, personas embarazadas que hayan tenido niños y niñas con bajo peso al nacer o prematuros, analfabetismo.

En el grupo III se nuclean las personas gestantes mayores de 40 años o menores de 18 años sin controles, familias con indicadores de desnutrición, familias en las que haya fallecido un niño/a menor de 1 año, familias que tengan niños/as que estén alimentados artificialmente o que tengan bajo peso, familias con niños/as que no están escolarizados, familias que tengan a algún integrante con padecimiento mental, familias en las que haya niños/as hipo estimulados.

En el grupo IV se agrupan personas con estos factores de riesgo: madre adolescente sin familia o que pertenezca a una familia que tenga otro factor de riesgo, que algún integrante tenga enfermedades infectocontagiosas y/o presente problemas de alcoholismo, tabaquismo, adicciones, etc., que posean antecedentes de violencia, abuso sexual, abandono físico/emocional y que tengan conductas de desprotección o patologías que se agraven por alimentación deficitaria. También familias cuyos ingresos estén por debajo de la línea de indigencia.

Según el documento analizado también se determinan las prestaciones que realiza el /la trabajadora social. Las mismas pueden ser grupales o individuales, en relación al grupo familiar menciona:

Grupo familiar:

Entrevista inicial familiar -Alta Social- (sede), entrevista por seguimiento de casos, informes, gestiones, apertura de legajos, atención por demanda, participación en reuniones de red de Servicio Social, salida a la comunidad. Programas y/o talleres preventivos. En cuanto a las entrevistas, instrumento de diagnóstico y tratamiento que permite recabar datos y conocer a las persona en su contexto al indagar diversas variables: situación habitacional, sanitaria, educacional, laboral y dinámica familiar. Son dos tipos de entrevistas; la entrevista en sede, que puede ser espontánea o programada y la entrevista domiciliaria que permite ampliar el diagnóstico en el contexto en el que se desenvuelve el grupo familiar y su dinámica interna.

Luego de realizar las entrevistas en los diferentes Centros de Atención primaria de la Salud en los que realizamos el trabajo de campo concluimos que las intervenciones del/a Trabajadora social en el ámbito perinatal son las siguientes:

- Entrevista individual, luego de la confirmación del embarazo y por derivación de la licenciada en obstetricia.

- Explicación de los diferentes beneficios a los que tiene derecho a acceder durante la gestación y la primera infancia.

- Información sobre la ley de parto humanizado (sólo en uno de los CAPS).

Las entrevistadas coincidieron en que no todas las personas gestantes acceden al contacto con el Servicio Social del centro de salud, a pesar de estar incluida dentro del Programa de Servicio de atención integral a la embarazada. La mayoría concurre a los servicios con el objetivo de conocer cuáles son y cómo acceder a los beneficios y no como la posibilidad de establecer un encuentro que acompañe el embarazo, el puerperio cuando vuelven a su Centro de salud de referencia luego del nacimiento para el control de recién nacido sano y en los primeros años de desarrollo.

Las cinco trabajadoras sociales entrevistadas manifiestan y acuerdan que la propuesta detallada en el documento es *“ambiciosa en relación a las posibilidades reales que tienen en su práctica cotidiana”*, manifiestan que las problemáticas con las que se encuentran día a día *“no permiten que puedan abocarse a cumplir con los protocolos, tiempos estipulados, otros dispositivos”*. También refieren que son pocas trabajadoras sociales en relación a la demanda que reciben y ese también es un obstáculo ya que *“no dan abasto”*.

En cuanto a las acciones promo preventivas que se planifican a nivel municipal refieren que muchas veces *“las personas llegan al final del embarazo y repiten historias familiares”*, *“ya sabemos que tal apellido se relaciona con esta problemática”*, *“son las familias conocidas”*. Cuando se les preguntó cuáles eran esas problemáticas definieron como la de mayor urgencia el consumo problemático en el embarazo y la poca red de sostén social que tienen esas personas gestantes, refiriendo a que *“esos embarazos son en muchos casos resultado de la falta de cuidado y de acciones precisamente preventivas en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva”* y manifestaron la ausencia de apoyo a nivel institucional y a nivel de políticas públicas en relación a esa problemática.

En relación a las acciones promo preventivas que desarrollan y a las temáticas que abordan, este aspecto varía según el área programática. Por ejemplo, en el CAPS Aeroparque las acciones promo preventivas apuntan a las siguientes problemáticas: soberanía alimentaria (trabajan con el programa de huertas del INTA (Instituto nacional de Tecnología Agropecuaria) y en relación a la salud perinatal con un taller sobre la ley de parto humanizado solamente.

En el CAPS Iremi la situación es diferente ya que la población que se referencia con esta área programática está mayormente integrada por pediatría y como centro de vacunación. Si bien es un centro de salud que recibe para su atención a personas gestantes con embarazos de riesgo, ya que allí funciona el único consultorio con profesional asignada para atender esta problemática, el paso de las personas gestantes es fluctuante ya que asisten para realizarse el control de laboratorio de glucemia postprandial alrededor de las 20 semanas pero sus centros de referencia son los demás CAPs de la ciudad.

En la entrevista realizada a las trabajadoras sociales de este CAPS (Iremi) refirieron que las *“embarazadas se les escapan”* al no haber derivación de las obstétricas a ellas. También que habían intentado entrevistarlas en sala de espera pero que las demandas se basaban en cuestiones socioeconómicas y en relación a la salud de otros hijos/as. Ellas refirieron que *“el mayor factor de riesgo que observaron y por el cual se derivan personas gestantes al consultorio de alto riesgo es por el consumo problemático de sustancias”*.

En el CAPS Batán las intervenciones promo preventivas se basan en la planificación familiar, en la construcción del informe social y la inscripción en las diferentes asignaciones y programas que acompañan la gestación. No realizan talleres de acompañamiento, manifestando que la mayor dificultad la encuentran en lo cultural. En su gran mayoría la población pertenece a la

comunidad boliviana y como refiere la trabajadora social *“son personas que no hablan, es muy difícil entrevistarlas. Tienen muchos mitos y creencias que nos dificultan acercarnos.”*

Tanto en el CAPS Aeroparque como en el CAPS Batán intentan elaborar dispositivos de divulgación de factores que inciden en la salud, tanto protectores como de riesgo y trabajar interdisciplinariamente tanto con Salud mental como con nutrición.

Los obstáculos observados son: las variables socio-económicas ya que la demanda se sustenta en el pedido de resolución de esas problemáticas y las culturales que inciden en la atención de los problemas de salud ya que cuestiones de cuidado, de promoción de la salud y de prevención de riesgos son cuestiones a deconstruir con la comunidad que solo se acerca al CAPS cuando la situación ya es urgente. En ese sentido se intenta orientar a la población sobre el acceso a los recursos institucionales y/o comunitarios y orientar a las familias para proteger la unidad familiar y brindar recursos que mejoren su calidad de vida y su salud.

El documento analizado menciona la dimensión de recuperación y es la dimensión que sobresale en los tres CAPs en los que se realizó el trabajo de campo. Las trabajadoras sociales de los tres centros de salud manifestaron que es en esas situaciones en las que el equipo de salud trabaja interdisciplinariamente, en situaciones previas de promoción y prevención de la salud las intervenciones son más fragmentadas (disciplinares).

Al preguntarles respecto a la capacitación en relación a APS manifestaron que *“lo hacen por su cuenta”* o que *“no tienen tiempo”* para realizarla aunque manifiestan lo esencial y la importancia de la formación permanente. Agregaron

que la virtualidad les dio esa posibilidad y que durante la pandemia intentaron capacitarse en diferentes problemática pero la situación de emergencia socio-sanitaria “*nos pasó por encima*” dijo una de las trabajadoras sociales. Todas las trabajadoras entrevistadas conocen el Programa de maternidad e Infancia y el PROMIN.

En relación a los protocolos que utilizan para entrevistar a las personas gestantes, todas manifestaron la necesidad de contar con un instrumento que indague factores de riesgo más allá de la dimensión social y que incorpore lo emocional. Este dato fundamenta la construcción de un protocolo de entrevista que aborde todas las dimensiones antes detalladas y fue un emergente de todas las entrevistas realizadas, la ausencia de un instrumento que permita sistematizar la información y el acompañamiento de las personas gestantes para incluir dentro de la historia clínica digital que se utiliza en el municipio.

Las profesionales entrevistadas utilizan como instrumento el informe social que indaga las siguientes dimensiones: datos personales, barrio al que pertenece, escolaridad alcanzada, ocupación, si posee obra social, qué programas recibe, cuál es el motivo de consulta, cómo está conformado su grupo conviviente, cómo es su situación habitacional, al económica laboral, cuál es la situación de salud y que observaciones o propuestas pueden incluirse. Al comentar en las entrevistas la importancia de la salud mental perinatal y los efectos en las personas gestantes y su bebé, las trabajadoras se mostraron interesadas en los aspectos psicológicos propios de esta etapa y al participar de los talleres que realizamos desde el proyecto de extensión manifestaron la necesidad de contar con mayores recursos teóricos y metodológicos.

Capítulo 5: Salud perinatal: políticas públicas y marco normativo en la ciudad de Mar del Plata en los centros de atención primaria de la salud

5.1 La APS como estrategia de atención superadora del modelo biomédico: fundamentos, niveles de atención y la promo-prevención.

La estrategia que permite superar el paradigma del modelo médico hegemónico es la atención primaria de la salud. Para abordar el análisis de esta estrategia, es necesario indagar cuáles fueron sus inicios y cuáles son las estrategias implementadas para su fortalecimiento en la actualidad.

Fue en el año 1978 que se realizó la Conferencia Internacional de Atención primaria de la salud en Alma Ata. Allí la OMS (Organización mundial de la salud) y UNICEF habían convocado a los países del mundo a una reunión cuyo tema principal era que el derecho a la salud, sea un derecho para todas las personas. Contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales.

Las organizaciones y gobiernos participantes redactaron la declaración y las recomendaciones para que se implementen todas las acciones necesarias para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo. La declaración de Alma Ata del año 1978 y su lema “Salud para todos en el año 2000” es la piedra fundacional de esta estrategia que concibe a la salud como un derecho humano fundamental, visibiliza la desigualdad y la inequidad existente entre los diferentes sectores de la población y que compromete para tal fin a todos los sectores de la sociedad: políticos, económicos, educativos y de salud.

Esta declaración postula, además, la importancia de la participación individual y colectiva en la planificación de las diferentes estrategias y actividades. Nuestro país también asumió este compromiso para que todos los pueblos del mundo

alcancen para el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar adelante una vida activa y saludable en todas las dimensiones: social, psicológica, biológica y cultural. En cuanto a la definición de la APS tomamos en forma textual los artículos VI y VII de la Declaración de Alma Ata para conceptualizarla:

Artículo VI: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Artículo VII: La atención primaria de salud: es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública:

1-Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas

2-Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales

3-Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores

4-Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar

5-Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados

6-Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

Esta declaración compromete a todos los gobiernos y organizaciones a articular acciones para el logro de los objetivos propuestos y de la implementación de la propuesta. La Organización Panamericana de la Salud elaboró un documento en el año 2008 cuyo objetivo fundamental fue la renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. En este documento se puntualizan los antecedentes y se refuerza la idea de la atención primaria en salud como un componente clave de los Sistemas de Salud y el impacto de la implementación de la misma para la salud y el desarrollo de la población. Fue así que, en el año 2003, en el mes de septiembre, se convoca a los estados miembros a fortalecer la APS y a la OPS a tener en cuenta los principios de la APS en las actividades planificadas y por este motivo en el año 2004, en el mes de mayo, se conformaron grupos de trabajos sobre la APS, en el año 2005 se realizó una consulta regional en la ciudad de Montevideo para, finalmente en el mes de septiembre del año 2005 publicar la Declaración Regional sobre la APS.

Es imprescindible construir un sistema de salud basado en esta estrategia que garantice la cobertura universal por medio de profesionales capacitados en

atención primaria y que gestione los recursos humanos y materiales según las necesidades de la población. Un sistema de salud que construya mecanismo de evaluación permanente de las acciones implementadas desde un abordaje interdisciplinario y una concepción integral de la salud.

En este proceso de revisión y renovación de la estrategia se convocó en Toronto la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud en el año 2005 llegando a la conclusión que son varios los desafíos a superar. Según lo relevado en el documento, podemos mencionar según lo referido alguno de ellos:

- *definir políticas y planes a largo plazo con sostén en el desarrollo de la capacidad institucional
- *capacitar y asignar funciones según estas capacidades a los trabajadores de la salud
- *que los y las trabajadores de la salud desempeñen sus actividades en ambientes de trabajo saludables
- *que se realicen articulaciones entre las diferentes instituciones y sectores de la sociedad como son las universidades y el sistema educativo y que se garanticen los recursos humanos de profesionales para la atención de la salud de la población.

Estos desafíos propuestos son fundamentales para el desarrollo de la estrategia de la APS y para afrontarlos es necesaria la capacitación de los y las profesionales. Estos equipos de salud tienen que desarrollar, según la reunión de expertos desarrollada en el II Seminario Internacional de Atención primaria-Salud de la Familia del año 2006 en Fortaleza, ciertas competencias básicas y el documento analizado en este capítulo es el resultado de esa reunión.

La inserción de los y las trabajadores sociales en los equipos de APS:

El equipo de salud es la unidad básica de trabajo de esta estrategia, equipos de trabajo que desempeñan sus funciones en los 32 Centros de Atención primaria de la salud de la ciudad de Mar del Plata en este momento y que están distribuidos estratégicamente según las necesidades de la población.

Integrar un equipo de salud implica ciertas competencias y habilidades sociales que se pueden ir desarrollándose a medida que se lleva a cabo la tarea. Tarea que será el objetivo principal de un grupo de profesionales que luego se convertirá en equipo una vez que supere los individualismos propios de cada disciplina y cuando se construya en forma colectiva una estrategia de trabajo basada en valores y principios que tengan como base la cooperación, la solidaridad, la reciprocidad, el respeto y la lucha por los derechos humanos que devengan en la disminución o eliminación de inequidades en el acceso a la salud.

El equipo debe tener criterios de organización claros, integralidad y disciplina y la capacidad de trabajar interdisciplinariamente para construir nuevos modelos de abordaje en salud. En cuanto a la interdisciplina se espera que sea el eje rector del trabajo en equipo siendo este un proceso dinámico, abierto y participativo donde prime la horizontalidad, la flexibilidad, la creatividad y la interacción comunicativa.

Retomando el concepto de interdisciplina, Alicia Stolkiner, en su texto La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas, se pregunta cómo llevar adelante prácticas interdisciplinarias en los equipos interprofesionales que trabajan en servicios y específicamente aquellos que lo hacen en contextos comunitarios ya que en estos últimos no sólo intervienen profesionales de disciplinas científicas sino que también actores con otros saberes , saberes

populares y artísticos, saberes no - disciplinares. Es entonces cuando Stolkiner refiere que la primera tarea que tiene ese equipo es de construcción intersaberes que logre definir el problema y sus actores. Luego establecer el marco referencial común que implica acuerdos ideológicos básicos: tipo de vínculo que el equipo que el equipo intenta construir con los usuarios/beneficiarios, cómo se define al sujeto de esas intervenciones, tipo de dispositivos a utilizar, incorporar la dimensión de la investigación y de evaluación desde dimensiones políticas, conceptuales y prácticas.

En relación al abordaje interdisciplinario en los centros de atención primaria en los que se desarrolló la investigación, se observa en las intervenciones que lo interdisciplinario se fundamenta en la interconsulta a otras disciplinas pero no en la construcción de una intervención superadora de lo disciplinar, cuestión que remite a la formación de los y las profesionales de la salud en general no sólo del trabajo social. Aún persisten en las intervenciones visiones fragmentadas de las problemáticas en salud.

Estos equipos de salud, que son componente esencial de los sistemas de salud basados en la APS, se sustentan en valores, principios y elementos definidos. Valores, principios y elementos que son mencionados en el documento de propuesta de renovación de la estrategia que propone la OPS.

Los detallaremos a continuación ya que son los valores, principios y elementos que son eje de la tarea y que como componentes organizacionales definen los programas y servicios. Según lo desarrollado en el documento Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS elaborado por la OPS en el año 2008, la APS tiene como principio fundamental garantizar el derecho a la salud, los valores que la definen son la solidaridad y la equidad y deben permitir el acceso y cobertura universal.

En relación al tema de estudio de esta investigación, el contacto con el equipo de salud que tiene la comunidad se realiza en los centros de salud barriales de referencia, “las salitas”, cómo son mencionadas por los usuarios. Es la puerta de entrada al sistema de salud que brinda orientación familiar y comunitaria por lo que la atención debe ser integral, integrada y continua con énfasis en la promoción y prevención. Ese primer contacto con el sistema de salud que debe garantizar una atención apropiada, generando mecanismos activos de participación de la comunidad.

A su vez, el equipo de salud debe contar con recursos humanos apropiados y recursos materiales adecuados y sostenibles y deberá construir intervenciones interdisciplinarias fomentando las acciones intersectoriales, orientadas a la calidad, la sostenibilidad y la justicia social. Durante la investigación, las profesionales entrevistadas y las observaciones realizadas dejan en evidencia, al menos, la falta de recursos humanos y materiales en lo que al abordaje en salud mental perinatal respecta.

La APS fundamenta las intervenciones en una perspectiva de salud pública no individual y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones ya que la familia y la comunidad son el foco primario de la planificación y la intervención.

Constituir un equipo de salud no es sólo la agrupación de diferentes disciplinas en un mismo ámbito, sino la constitución de un equipo cuyas acciones y organización tienen como objetivo la atención integral de la salud de la comunidad a la que pertenecen.

Cada equipo de trabajo se constituye según la demanda y características de la comunidad, no existe, según lo especificado en el documento, un modelo universal sino que según las necesidades de ese grupo poblacional se determina que profesionales lo integrarán. Por ejemplo en Cuba, en sus inicios, los equipos de salud estaban integrados por médicos y enfermeros/as de familia y la aparición de nuevas necesidades de salud hizo que otras especialidades fueran incorporándose.

Los miembros del equipo de salud deben combinar las actitudes, los conocimientos y habilidades y los recursos disponibles. La salud pública permite mejorar, proteger o mantener la salud de las poblaciones y posee funciones esenciales que están referidas en el documento de la OPS (pág.23)

1-Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.

2-Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.

3-Promoción de la salud.

4-Participación de los ciudadanos en la salud.

5-Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.

6-Fortalecimiento de la capacidad institucional, de regulación y fiscalización en materia de salud pública.

7-Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

8-Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

9-Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

10-Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud.

Los contextos políticos tienen efectos directos en las estrategias implementadas en el área de la salud, la concepción de salud como derecho o como bien de mercado se refleja en las políticas públicas que se diseñan desde los gobiernos. Así fue como durante los gobiernos neoliberales se evidenció un debilitamiento de Estado como generador de políticas públicas, implementando políticas de ajustes y reducción de gastos, con falta de capacitación de profesionales en APS y mayor formación de profesionales bajo el paradigma del modelo médico-hegemónico. Fue así que la consideración del concepto de salud como un bien de mercado y no como un derecho humano fundamental también debilitó la posibilidad de implementación plena de esta estrategia privilegiada en salud como es la APS.

La desigualdad y la inequidad fueron las características preponderantes en todos los aspectos de la vida de la población en esas décadas, desde el año 1989 al 2003 haciendo eclosión en la mayor crisis económica-política y social del año 2001 con elevados índices de desocupación y pobreza. Sin olvidar los 30 muertos que dejó la represión ejercida por las fuerzas policiales el 21 de diciembre de ese año.

Frente a esta situación el Estado declara la Emergencia sanitaria nacional y es la estrategia de APS un eje troncal del sistema. En la actualidad, a 20 años de ese momento y sin haber logrado alcanzar la meta de Salud para todos para el año 2000, el fortalecimiento de la APS es una de las políticas principales del Ministerio de Salud de la Nación.

Considerar a la salud como un hecho social y un derecho humano fundamental requiere del compromiso de todos los sectores de la comunidad para poder definir riesgos, necesidades, recursos y actividades. Entre esas actividades podemos mencionar: educación sanitaria, prevención y promoción de la salud, nutrición adecuada, acceso al agua potable y cloacas, inmunización para las principales enfermedades infecciosas, tratamiento adecuado para enfermedades y traumatismos comunes, suministro de medicamentos esenciales y la asistencia materno-infantil, tema central de nuestra tesis.

El área de Servicio Social en Salud en la ciudad de Mar del Plata tiene su sede en el CEMA (centro médico asistencial) y en la descripción de sus funciones en la página del municipio establece lo siguiente:

“La División orienta a los profesionales que la conforma a intervenir prioritariamente en el eje materno-infantil, incluyendo mujeres embarazadas y niños hasta 6 años de edad, desarrollando estrategias de intervenciones asistenciales, preventivas y de promoción ante problemáticas y necesidades sociales que presentan las familias, grupos y actores de la comunidad en el marco del proceso salud – enfermedad – atención, tendiendo a la construcción de estrategias de intervenciones interdisciplinarias.”

El/la Trabajadora Social al equipo interdisciplinario de salud aporta el estudio de las variables socioeconómicas, culturales y ambientales que inciden

positiva o negativamente en el proceso de salud-enfermedad. Facilita el acceso e integración de las personas a la institución de salud, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud. La intervención del/la trabajadora social debe encuadrarse dentro de dimensiones que garanticen la eliminación de barreras de acceso, la atención integral, la promoción de la salud y prevención de las enfermedades y el abordaje focalizado en la familia y la comunidad.

Sin embargo, según las entrevistas y las observaciones realizadas en los tres Centros de salud existen obstáculos en la implementación de estos objetivos, reduciéndose la intervención a la asignación de recursos e información sobre programas o asignaciones y la administración de una entrevista individual. Como manifestaron las trabajadoras sociales *“la realidad socio-económica se impone”* y es esa la demanda con mayor requerimiento. También relataron que en muchas ocasiones las personas gestantes acuden al primer control de obstetricia y son derivadas al servicio social para iniciar el acompañamiento por parte de las trabajadoras sociales pero no concurren. En ese sentido han elaborado diferentes estrategias, por ejemplo coordinar los turnos de primer control de embarazo en conjunto con la trabajadora social *“para que no se escapen”*.

Esta modalidad es difícil de sostener en el tiempo por diferentes motivos. Mencionan por ejemplo: rotación de los/as profesionales, falta de recursos humanos, tener un sistema mixto/fragmentado con el subsector estatal, el subsector de seguro social obligatorio (obras sociales), y el subsector privado. Refieren además que Mar del Plata es uno de los municipios con mayores índices de desempleo y trabajo informal, población que acude al subsector público estatal para atender sus problemáticas de salud.

Otra de los obstáculos que relatan es la dificultad en el acceso a los turnos con las diferentes especialidades a pesar de haberse creado una aplicación que permite hacerlo desde cualquier dispositivo digital, además de la dificultad de algunos centros de salud para acceder a la red de internet complejizando el acceso al sistema de Historia Clínica Digital. Al repreguntarles si esta situación también sucedía en los tres centros de salud seleccionados refieren que no, que en los tres pueden acceder pero que ellas rotan por otros CAPS que sí tienen esa dificultad. De los tres CAPS seleccionados sólo uno cuenta con guardia de 24 horas, el CAPS Batán.

También mencionan como obstáculos la falta de recategorización, la falta de especialidades en todos los centros (como trabajo social, salud mental, obstetricia, nutrición, odontología, enfermería, y promotores de salud) y ampliación de horarios. Tampoco se cuenta en la ciudad con un hospital municipal que pueda resolver las demandas de mediana complejidad y que podría ser un recurso que mejore el sistema de referencia-contrarreferencia entre los centros de atención primaria y los hospitales generales que se encuentran en la ciudad y que son provinciales. En relación a esta investigación el hospital con el que articulan los CAPS es el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil pero que al responder a la demanda de los municipios que integran la Zona Sanitaria VII se encuentra en muchas ocasiones *“saturado en la atención”*.

Otro de los obstáculos que mencionaron las trabajadoras entrevistadas es la falta de estadísticas en salud de la población de Mar del Plata que posibiliten tener una base de la cual partir para el desarrollo de políticas públicas en cualquier área de salud del municipio. Con respecto a este dato brindado por las trabajadoras investigamos en la página oficial del Municipio y se confirma la dificultad en el acceso a la información cualitativa de los datos registrados. Por ejemplo, existen publicaciones del año 2017 donde se refiere que en el Iremi

hubo 477 consultas anuales en el servicio social, con un aumento significativo en los meses de Agosto y Octubre. En el CAPS Batán hubo 1101 en el mismo año, con meses en los que no hubo consultas y tampoco se cuenta con un análisis cualitativo de esos datos. En CAPS Aeroparque se realizaron 442 consultas en el mismo año. Tampoco existe un análisis cualitativo de estos datos y en el informe por especialidad desde el año 2017 al 2021 y el anexo en el que figuran los datos es de difícil acceso. Si bien no se logró acceder a los datos exactos sobre las problemáticas por las que se realizan las consultas en las entrevistas se mencionaron las siguientes y en este orden de prioridad: violencia de género, consumo problemático de sustancias, problemas habitacionales, embarazo en la adolescencia y situaciones de indigencia o pobreza extrema.

“Municipios saludables”: una estrategia de articulación entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la salud:

En el año 2005 se distribuyeron en los municipios de nuestro país los portafolios educativos para municipios saludables. Esta herramienta fue el resultado del trabajo en conjunto entre la OPS y el Ministerio de salud y medio ambiente de la Nación (denominación de ese momento) a cargo del Dr. Ginés González García. La fundamentación del portafolio puntualiza la necesidad de acercarse a la población en los ámbitos de la vida cotidiana teniendo en cuenta los cambios paradigmáticos en la salud y en el proceso de salud-enfermedad-atención. Es el objetivo de esta publicación que el mismo estimulara el aprendizaje de los equipos de salud.

También participó de la construcción de esta herramienta la Red Argentina de Municipios y Comunidades saludables, un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación cuyo objetivo es fortalecer las capacidades de los municipios en la promoción y la gestión de la salud en el ámbito local. Además, incentiva

mayores grados de coordinación con las provincias con particular atención de los grupos vulnerables. En este período el municipio de Gral. Pueyrredón no se encuentra entre los municipios seleccionados para la implementación de la estrategia. En este sentido indagamos cuáles son los criterios de selección de los mismos y como resultado la página del Ministerio de Salud de la Nación los especifica:

Si bien los municipios son seleccionados por las provincias, su elección se encuentra sujeto al cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterio Equidad: Índice de Priorización Municipal (IPM) Se trata de un índice propuesto que intenta medir la vulnerabilidad y las brechas de desigualdad al interior de las provincias, a partir de indicadores socioeconómicos agrupados en 4 dimensiones: población, salud, educación e infraestructura.

Criterio de Población: El conjunto de municipios elegidos por la provincia deben alcanzar el 40% de la población total.

Criterio de desempeño: Quedan automáticamente seleccionados los municipios que alcanzaron la membresía de Saludable.

El documento define en primera instancia a que se denomina una comunidad o municipio saludable: es aquella en que los diferentes actores sociales, los gobernantes, las organizaciones locales públicas y privadas se comprometen a emprender un proceso de construcción económica, social, de preservación del ambiente y de construcción colectiva, en pos de la mejor calidad de vida de la población (pág.8).

Como antecedente podemos mencionar la creación del proyecto de “Ciudades saludables” en 1987 por la Oficina Europea de la Organización mundial de la salud tomando como base la doctrina de promoción de la salud de la Carta de Ottawa en 1986. En América Latina impulsa la estrategia denominada Municipios saludables, la OPS en el año 1991. Comienza a desarrollarse en Argentina a fines de la década del 90 con la denominación “Municipios y Comunidades Saludables”. En marzo del año 2004, las III Jornadas Nacionales de Municipios y Comunidades Saludables que se juntaron bajo el lema “Municipios en red por un país saludable” convocaron a 300 funcionarios municipales de todo el país en la ciudad de Buenos Aires. Estas Jornadas continuaron realizándose hasta el año 2019.

Políticas públicas locales y saludables:

El documento de Municipios saludables hace hincapié en la necesidad de revisar el contexto histórico y social en el que se llevan adelante las políticas públicas para lograr construir políticas públicas para las necesidades cotidianas de la población. Como refieren los autores hablar de lo público es referirse a tres acepciones inseparables del término política: ámbito, actividad y acción, imponiéndose la necesidad de construir un espacio de mediación donde es la sociedad el espacio que integra las acciones, los actores y actrices, los grupos y los intercambios.

Estas políticas públicas que no pueden perder de vista lo cotidiano, las necesidades de la comunidad tienen que también ser políticas públicas saludables. Este término se utilizó como título para la meta N° 13 de los Objetivos de las Políticas de salud para Todos en el año 1984 que definió la Oficina Regional para Europa de la OMS.

El uso del concepto política pública favorable para salud es utilizado por la OMS y otros organismos de salud para resaltar la importancia y necesidad de que los gobiernos reconozcan y aborden con estrategias integrales los vínculos entre la salud y los determinantes psicosociales. Sin embargo el concepto política pública saludable alude a toda decisión gubernamental que contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población (pág.14)

Otro eje troncal de las políticas es el concepto de salud integral, una concepción de salud que ya no se sustenta sólo con el saber médico sino que incluye otros saberes, otras miradas y también los saberes populares. La salud de la comunidad ya no depende exclusivamente del equipo de salud, sino que como se mencionó en el apartado anterior sobre la APS incluye y promueve la participación y construcción colectiva de todas las personas promoviendo así la autonomía y responsabilidad en el cuidado y promoción de la salud.

En relación a las políticas públicas en los municipios es condición para su diseño y ejecución comprender lo que sucede en ese contexto para proponer alternativas que potencien el acceso a la salud integral. Es este un espacio privilegiado para los y las trabajadoras sociales que tienen el contacto a diario con la comunidad que accede a los CAPS. Espacio privilegiado ya que, en ese intercambio, en cada visita y/o entrevista es quien recibe las demandas, angustias y situaciones de salud de la comunidad.

El compromiso y responsabilidad con estas políticas públicas saludables compromete a todos los actores y actrices de los diferentes niveles, es intersectorial. Trevor Hancock en su texto Gobernabilidad para ciudades y pueblos sanos: De la salud al desarrollo humano sostenible señala que el lugar más apropiado para implementar políticas públicas saludables es el nivel municipal ya que la red social dentro de la comunidad es fuerte, los encargados

de llevar adelante las políticas saludables son las mismas personas que viven y trabajan allí y son parte de la comunidad viéndose afectados por las mismas problemáticas y los circuitos burocráticos no son tan complejos ya que la cooperación intersectorial es mayor. La participación es fundamental, permite que todos los integrantes de ese grupo social realicen acciones para mejorar su salud y como lo define la OPS, “una comunidad comienza a ser saludable cuando sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio a la mejora continua y progresiva de las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes” (Trevos Hancocck,2008:18)

Factores de riesgo:

Al cambiar el paradigma en relación a la salud y entender la complejidad e integralidad del concepto y su multidimensionalidad comienzan a observarse que factores inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención es así que comienzan a analizarse, los determinantes psicosociales: niveles de distribución de la riqueza, condiciones de vida y del medio, alimentación, educación, empleo, los estilos de vida, el transporte, la comunicación, los procesos de urbanización (acceso al agua potable, cloacas, etc.).

El enfoque de riesgos fue un paradigma de política pública que contribuye a resolver las inequidades y a actualizar las cinco prioridades para el siglo XXI confirmadas en la Resolución sobre la Promoción de la Salud y que fue adoptada por la Asamblea Mundial de Salud en el mes de Mayo de 1998. Estas cinco prioridades son “promover la responsabilidad social, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, consolidar y ampliar las alianzas, aumentar las inversiones y asegurar una infraestructura necesaria”

También el documento enumera las acciones que deberían realizarse para lograr implementar estas prioridades (pág.19)

- Intensificar y expandir la investigación multidisciplinaria
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica e los riesgos que complemente los sistemas de vigilancia de patologías
- Elaborar tecnología adecuadas para reducir la vulnerabilidad de las poblaciones
- Estimular la definición locales de riesgos y las estrategias para enfrentarlos
- Aumentar las capacidades para identificar las amenazas para la salud en las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo y los hogares.
- Determinar el grado aceptable de los riesgos para la salud
- Desarrollar estrategias para que la población acceda a la información necesaria y adecuada para fortalecer la prevención y promoción de la salud.
- Promover la participación ciudadana para que la población participe responsablemente de en la toma de decisiones.
- Construir redes de municipios y escuelas saludables para que las personas de la comunidad puedan desarrollar actividades en su vida cotidiana que estén orientadas a la reducción de los riesgos para la salud.

Para lograr la implementación de políticas públicas saludables es necesario fortalecer los espacios de discusión e intercambio entre los diferentes sectores de la comunidad y de este modo poder tener en claro las necesidades de esa población.

La propuesta de Municipios saludables tiene como base fundamental la participación de todos los sectores de la comunidad y como principios rectores la descentralización, la participación social, la intersectorialidad, la información y el acceso a ella a través de una comunicación asertiva, el diálogo y el consenso.

En este sentido los equipos en salud deben tener la posibilidad de formación permanente, deben poder lograr el trabajo en equipo para que la toma de decisiones represente el aporte de todos. La participación de los distintos actores y actrices sociales promueve la solidaridad, la cooperación, la democratización del acceso a la información y a los recursos en salud.

Salud perinatal y municipios saludables:

En el portafolio Municipios saludables que se toma como documento de análisis se menciona el abordaje de la salud perinatal y comienza describiendo la situación en la que se encuentran las personas gestantes en nuestro país en relación a su salud.

El primer dato que refieren y que fue tomado del Programa Nacional de estadísticas en Salud del año 2001, es en relación a la cantidad de muertes maternas y sus posibles causas: aborto (33%), hemorragias(14%)infecciones (12%) y la hipertensión.

En la actualidad los datos que se pueden elevar son los siguientes y son del año 2019: 231 muertes de personas gestantes:1 de ellas entre 5 y 14 años, seguramente preadolescente o adolescente,71 de ellas entre 15 y 24 años, 98 entre 25 y 34 años y 60 entre 35 y 44 años.

En nuestro país el Congreso Nacional sancionó el 30 de diciembre de 2020 la Ley Nacional N° 27610, ley que protege el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Hasta ese momento la cantidad de muertes como consecuencia de abortos clandestinos era una cifra difícil de definir y se estimaba en relación a la cantidad de mujeres que acudían a la guardia por las consecuencias de ser prácticas clandestinas. Sin dejar de observar la significación de lo clandestino,

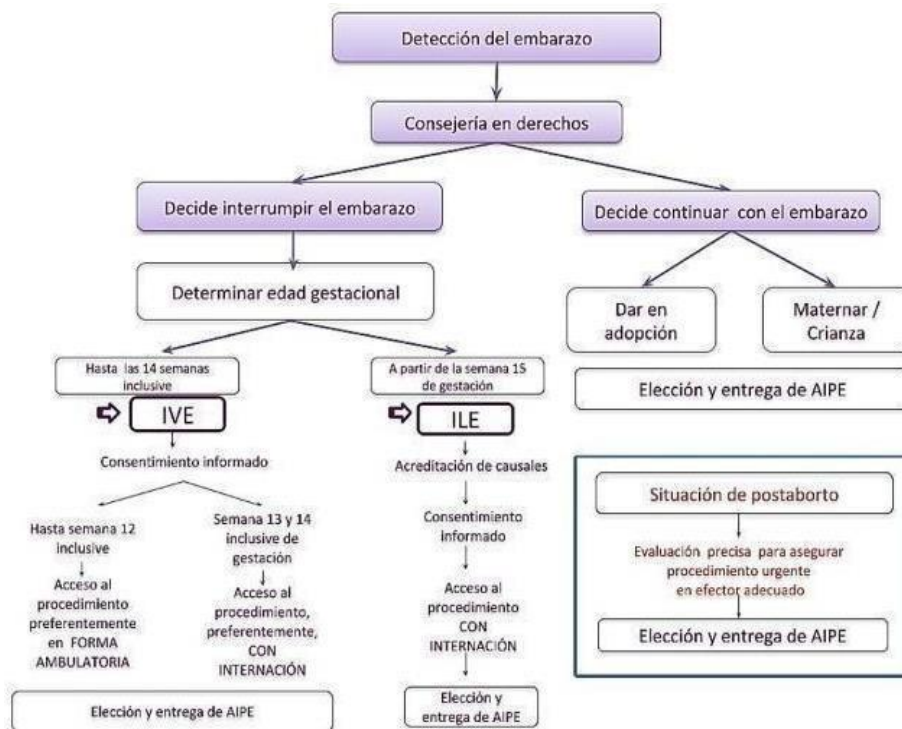
aquello que la Academia define como “secreto, oculto, especialmente hecho o dicho secretamente por temor a la ley o para eludirla.”

También desde su etimología, deriva del latín *clandestinus*, de *clam* (secreto) y *celare* (esconder). Sin embargo no era posible esconder, ocultar la muerte de mujeres que no accedían al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y que también fue un emergente de la inequidad y desigualdad social.

Según lo referenciado en la Guía de implementación de la IVE, esta cifra se encuentra entre 371.000 y 522.000, lo que indicaría que se producen entre 6 y 7 abortos por cada 10 partos y la segunda causa de egreso de mujeres en edad fértil de los hospitales es el aborto, mientras que la primera en el parto y sus complicaciones. En la provincia de Buenos Aires, se registran 15.000 egresos por esta causa, para el año 2019 el 5% del total de los egresos hospitalarios.

La ley 27610, ley de protección al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo determina principios rectores que guían la actuación profesional y que también atraviesa la intervención profesional. A saber: trato digno, privacidad y confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información, calidad y derecho a la información.

Estos principios se plasman en cada intervención en el circuito que transita la persona que decide acceder a este derecho y ese circuito incluye la consejería en derechos que tiene por objetivo acompañar a la persona en la toma de decisiones autónomas y que consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles y los potenciales riesgos. En la página 12 de la Guía de implementación de la IVE se observa el siguiente cuadro que se considera pertinente compartir para analizar el rol de los y las trabajadores sociales en ese circuito y que también implica hablar de salud mental perinatal.



Se observa que, en cualquiera de las escenas posibles, continuar o interrumpir la gestación el rol de los y las trabajadores sociales es trascendental, habilitando a la pregunta desde la escucha activa, brindando la información adecuada, clara y precisa para respetar y garantizar la autonomía de las personas.

Una vez que la gestación se confirma esta persona tiene el derecho a la atención integral de su salud y esto requiere que se active la Consejería de derechos.

Allí la persona podrá, luego de ser informada con información laica, científicamente validada, ser oportuna y expresada en términos comprensibles para la persona que consulta. Esta referencia a la información está determinada en la Guía en la página 12.

Las mismas causas que mencionamos para la mortalidad materna pueden derivar en la muerte de los recién nacidos, junto con la prematurez. Según las estadísticas es mayor la mortalidad neonatal (0 a 28 días de vida), un 60%, que la mortalidad infantil de 0 a 1 año. Este hecho es prevenible y en muchos de los casos es consecuencia de la desigualdad y la inequidad. Es por este motivo que el abordaje debe ser integral en los procesos de gestación, parto, puerperio y primera infancia. En muchos casos el acceso a los centros de salud no es posible por diferentes causas: la distancia, los horarios limitados, el cuidado de otros hijos, la dificultad de acceso a la información sobre la necesidad de realizarse los controles en esa etapa vital y, casos de analfabetismo también.

Como propone la OMS, los estados están obligados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible, garantizando servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. La dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DNMI) reconoce el concepto de derechos ciudadanos presente en el “Compromiso Nacional en favor de la madre y el niño”, asumido ante la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990), teniendo en cuenta en particular la “Convención Nacional de los derechos del Niño” (1989).

Las actividades centrales de esta dirección adquieren su encuadre en los lineamientos de la ley nacional 26.061 del año 2005 sobre Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, procurando alcanzar los objetivos tales como por ejemplo: Promover la participación ciudadana en las cuestiones relacionadas con la salud materno-infantil de la población. Los ejes fijados para abordar los objetivos fueron: salud perinatal, salud integral del niño y salud integral en la adolescencia.

En tanto a la salud perinatal los objetivos que delimita la DNMI son mejorar la calidad y la cobertura de la atención de las mujeres durante la etapa pre-concepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, a fin de disminuir las probabilidades de enfermar o morir. Es necesario entonces aumentar la capacidad de las comunidades para reconocer y defender los derechos de la mujer y las personas con capacidad de gestar para potenciar la protección especial que requiere la persona gestante y contribuiría a evitar las complicaciones derivadas del embarazo y favoreciendo el acceso a los servicios de salud. Es por este motivo que el equipo interdisciplinario de salud se acerque a la comunidad a través de un reconocimiento de sus creencias, recursos y necesidades y son los trabajadores sociales la puerta de entrada a este conocimiento y posterior reconocimiento.

Como referíamos anteriormente la OMS estima que un alto porcentaje de las enfermedades y muertes de bebés y personas gestantes podrían reducirse con un adecuado control prenatal e intervenciones en la comunidad. Agregaremos a que este adecuado control prenatal debe ser integral, no solo abordado desde el modelo médico sino de todas aquellas disciplinas afines y necesarias que abordan los determinantes psico-sociales de la salud y en el caso del tema de esta investigación se resalta la importancia de las intervenciones del trabajo social en este ámbito.

Todo acompañamiento del embarazo, problematizando el concepto de control tan ligado a intervenciones disciplinarias, puede requerir un mayor número de consultas, especialmente si hay detectados factores de riesgos en su salud tanto biológicos como psicosociales. También si se focaliza la intervención en la promoción y prevención de la salud a pesar de que, como dijo una de las trabajadoras sociales entrevistadas, *“los/as demás miembros de los equipos de salud de piensan que hacer promo-prevención no es trabajar”*.

Es necesario recalcar que Mar del Plata no ingresó dentro del programa de Municipios saludables hasta el año 2019, en Agosto de ese año cuando alcanzó los estándares requeridos y que tiene como objetivo analizar la situación de varios aspectos de la vida cotidiana como la situación social, la demografía, los datos económicos, los modos de vida, los niveles de escolarización y los servicios y sistemas de salud. Se intentó en ese momento conformar una mesa multisectorial que evaluó las condiciones de nuestro municipio y realizó aportes para lograr entrar dentro de la categoría de municipio saludable: criterio de población (alcanzar el 40% de la población total), el criterio de desempeño (lograr la categoría de saludable) y el criterio de equidad (índices de escolarización, salud e infraestructura). Sin embargo en la página oficial no hay descripciones de las acciones que se realizan en función de haber sido categorizado como municipio saludable. El único dato que se releva es que Mar del Plata es parte de la red Argentina de Municipios saludables, que ha firmado un acta de compromiso para abordar estrategias para lograr la equidad en materia de salud y en relación a las problemáticas sociales más relevantes que se mencionan oficialmente son: vulnerabilidad y riesgo nutricional, déficit habitacional integral, ausencia de trabajo y capacitación laboral, incapacidad económica para cobertura de elementos básicos para la vida cotidiana (garrafas, colchones, frazadas), prótesis y ortesis y conflictivas familiares de origen vincular. En ese sentido ha desarrollado proyectos comunitarios y programas para tratar de abordarlas, no existiendo uno que aborde específicamente a la salud perinatal en todas sus dimensiones no solamente en el aspecto más biologicista.

5.2 Aplicaciones e implementaciones de programas y planes de atención en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Mar del Plata en el ámbito de la salud pública.

Según lo especificado en el documento El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional (2013) elaborado por el Ministerio de salud y la Dirección de Maternidad e Infancia, posteriormente devenida Dirección de salud perinatal y niñez, el control preconcepcional incluye la prevención de infecciones de transmisión sexual, infecciones bucodentales, prevención de defectos del cierre del tubo neural y educación sobre hábitos y estilos de vida saludables. En todo control gestacional la persona gestante recibe un carnet perinatal en el que se registran los datos recabados en la consulta: vacunas, medicaciones recibidas, resultados de laboratorio, etc.

Es necesario describir cómo es la estructura de la salud pública en el municipio de Gral. Pueyrredón y por esto detallamos los datos recabados en una de las entrevistas a las trabajadoras sociales que brinda la información que han elaborado diferentes grupos de trabajadores sociales.

El Partido de Gral. Pueyrredón cuya ciudad cabecera es Mar del Plata, tiene aproximadamente 618.989 habitantes (dato estimativo último censo, año 2010). El sistema sanitario público se encuentra conformado por los tres niveles de atención. El primer nivel de atención, se conforma con 32 Centros de Atención Primaria de la Salud.

En el 2do y 3er nivel de atención se encuentran:

- CEMA – Centro de Especialidades médicas ambulatorias

- Hospital Interzonal Gral. De Agudos. Dr. O. Allende (HIGA).
- Hospital Interzonal Materno Infantil. Dr. V. Tetamanti (HIEMI).
- Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS).

En el 1er Nivel de atención de salud (APS) dependiente de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón hay 32 Centros de Atención Primaria que cuentan con Equipos Interdisciplinarios y Áreas Programáticas establecidas y Centros de Referencia (IREMI, Centro N. ° 2, Centro N°1).

En un segundo nivel dentro de APS se encuentra el CEMA (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias) y también dependen del sistema de salud municipal las Juntas Interdisciplinarias que otorgan el CUD (Certificado Único de Discapacidad). De los CAPS mencionados cuentan con guardias de 24 horas los siguientes: Belgrano, La Peregrina, Playas del Sur, Ameghino, Centro N. ° 2 y Batán.

El centro de salud es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de Atención Primaria de Salud, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo y la participación de los actores sociales de la comunidad. Como institución asume la responsabilidad de la atención de una comunidad y en sus actividades deben estar incluidos los aspectos preventivos, promocionales y de asistencia.

Los equipos de salud de los CAPS están conformados por personal administrativo y profesionales, entre ellos se pueden mencionar: Servicio Social, Pediatría, Enfermería, Clínica Médica, Medicina General, Obstetricia, Ginecología, Terapia Ocupacional, Psicología, Odontología, Traumatología, Nutricionista, Psiquiatría, Fonoaudiología, Psicopedagogía, personal técnico

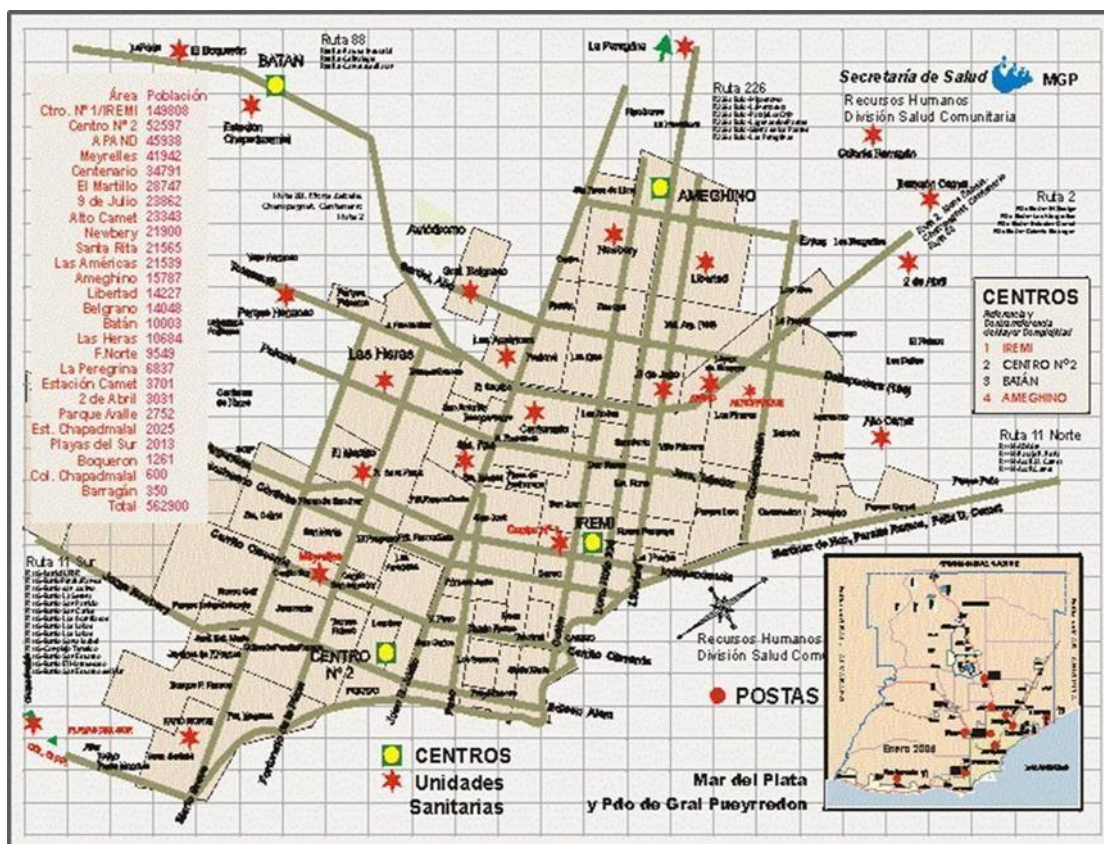
(laboratorio, rayos, ecografía y en farmacia), agentes sanitarios que dependen de la división de Salud comunitaria.

Cada centro se encuentra organizado por un equipo de diferentes especialidades, según demanda poblacional, complejidad y estructura del CAPS. Se trabaja de manera coordinada mediante interconsultas y/o derivaciones entre los diversos centros que no cuentan con la especialidad requerida, incorporándose en el año 2013 el Centro de Especialidades Médico Ambulatorias.

Las dependencias que articulan estrategias de intervención entre sí son:

- División Atención de la Salud Mental
- División Salud Escolar y Educación para la salud División Servicio Social en Salud
- División Promoción de la Salud
- División Laboratorio

Los centros de atención primaria de la salud a su vez se organizan en áreas programáticas:



En el año 2018 el Servicio Social de salud de la ciudad de Mar del Plata se refuncionaliza y se crea la división de Servicio Social en Atención Primaria de la Salud incorporándose a la secretaría de Salud del Municipio de Gral. Pueyrredón.

Según datos del año 2018 este servicio estaba compuesto de la siguiente manera:

- Una profesional a cargo de la jefatura de División hasta que se concrete el concurso.

- 42 profesionales de planta, una Lic. en Servicio Social en carácter de préstamo.
- Una administrativa.

Durante ese año el Programa de Servicio social en Salud se encontraba en revisión. La inserción del Asistente Social en el área de salud específicamente, ha significado la necesidad de definir nuevamente objetivos y actividades a realizar por los profesionales.

Según consta en el documento analizado la redefinición de los objetivos se basó en los ejes planteados de la atención primaria de salud (APS) y tuvo como metas prioritarias las siguientes: mejorar la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud, aumentar la disponibilidad de los recursos y la puesta en marcha de un sistema técnico y administrativo que responda a las demandas de la población.

Este abordaje implica que los y las profesionales conozcan las características del contexto socio-cultural en el que realizan sus intervenciones. Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio- cultural en lo que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad, así como interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad. Para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

Actualmente se implementan en los CAPS los siguientes Programas dependientes de Nación, Provincia y Municipio:

El Programa de Desarrollo Infantil que integra todas las acciones que favorezcan el desarrollo infantil desde la gestación hasta los 6 años en el MGP. Este programa intenta articular y normatizar las intervenciones del equipo de salud que se vienen realizando en el abordaje de la persona gestante y su familia focalizando en aquellas orientadas a la promoción y prevención. Los principios que orientan la implementación de este programa tienen como sujeto central al niño/a desde la gestación hasta los 6 años, entendiendo que todas las infancias tienen que tener iguales oportunidades para un desarrollo saludable y armonioso de sus potencialidades. Otra de los principios es que las políticas deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y deben ser flexibles a la diversidad de las necesidades de los niños. Este programa incluye a los programas desarrollados en este mismo capítulo: El trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años: recreando nuevas estrategias y el Servicio social en el abordaje integral de la embarazada en articulación con el programa Nacer – Sumar dependiente de nación.

Se promueve la participación activa de la comunidad y la atención integral e interdisciplinaria del/a niña y su familia entendida como “el conjunto de acciones coordinadas que satisfacen tanto las necesidades esenciales para preservar la vida, como aquellas que guardan relación con el desarrollo y aprendizaje humano.”

Estos principios orientadores se plasman en los siguientes objetivos y acciones³⁹

³⁹ Véase Programa de Desarrollo Infantil -MGP

Objetivo General:

- Promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0 a 6 años y de mujeres embarazadas del partido de Gral. Pueyrredón, desde las unidades y/o postas sanitarias.

Objetivos Específicos:

- Coordinar recursos, acciones e intervenciones existentes en la Secretaría de Salud
- Articular recursos existentes de las Secretarías de Salud, Educación y Desarrollo Social, en beneficio del desarrollo infantil.
- Articular las políticas públicas y privadas existentes en los distintos niveles.
- Maximizar la accesibilidad, asegurando la atención del niño en los Centros de Salud.
- Identificar de modo precoz situaciones de riesgo, en las que se encuentre el niño y/o su madre.
- Priorizar la atención interdisciplinaria de aquellos grupos familiares con indicadores de mayor vulnerabilidad.

Acciones:

- Planificar interdisciplinariamente las intervenciones tendientes a potenciar las capacidades de cada embarazada y niño.

- Promover espacios de crecimiento y reflexión con la comunidad en temas referidos al desarrollo infantil
 - Ejecutar intervenciones que promuevan estilos de vida saludables en niños familias y cuidadores, incentivando la participación activa de la comunidad
 - Informatización de registros e historia clínica
 - Incorporación de nuevos profesionales (enfermería, ginecología, pediatría, medicina general, nutricionistas terapistas ocupacionales, psicopedagogas, fonoaudiólogas, asistentes sociales)
 - Capacitación conjunta de los equipos de salud.
 - Reestructuración edilicia de los CAPS
 - Provisión de recursos materiales
 - Articulación con otros programas (provinciales/nacionales)
 - Coordinación con las Secretarías de Educación y Desarrollo Social
- También se implementan el Plan NACER-SUMAR, a través del Ministerio de Salud de la Nación con el objetivo de cuidar y proteger el futuro de niños, niñas y personas gestantes para construir una sociedad más justa y equitativa.

5.3 Programa: El trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años: recreando nuevas estrategias.

En el municipio de General Pueyrredón se implementaron varios programas en relación a la salud materna infantil, uno de ellos es el Trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años: recreando nuevas estrategias. Se detallan a continuación los ejes del mismo:

Niños de 0 a 6 años:

Controles de 0 a 2 años: Los niños recién nacidos ingresarán al Centro de Atención primaria de la salud (CAPS) a las 48 hs de haber recibido el alta en la maternidad correspondiente mientras que el ingreso al PDI (Programa de desarrollo infantil) puede realizarse en cualquier momento hasta la edad de 6 años.

El hospital de referencia en nuestra ciudad es el HIEMI (Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil) y allí se registran al año alrededor de 4000 nacimientos. En el año 2020, 3860 nacimientos. Cada uno de estos nacimientos continúa su seguimiento pediátrico según el CAPS de referencia y será la Oficina de Referencia y Contrarreferencia quien informará a la familia el lugar, día y hora de atención del recién nacido para que acuda a su control de recién nacido sano. Semanalmente esta información es transmitida al CAPS correspondiente a través de diferentes vías de comunicación. Se informan los datos personales y domicilio. Este control es necesario para realizar un seguimiento de los recién nacidos luego en el CAPS y si no, se realiza a las 48 horas se realizará a los 10 días.

El pediatra es el encargado de hacer el control y abrir la historia clínica, controlará su peso, le hará el examen clínico, controlará su alimentación y el vínculo materno. Es en esta instancia en que la intervención de los y las trabajadores sociales es troncal y preventiva de posibles riesgos a los que esté expuesto este niño o niña recién nacida. Además, se realizan intervenciones tendientes a favorecer y potenciar el Desarrollo Integral del niño, por ejemplo:

- Talleres de acompañamiento a la crianza de manera interdisciplinaria.

- Entrevista a cargo del Servicio Social en el control de los 10 días o al momento de ingreso y/o registro en el Programa de desarrollo infantil.
- Durante el control de 6 u 8 meses se otorga a la familia el turno programado de Terapia Ocupacional para la realización del screening de desarrollo a los 9 meses para evaluar posibles dificultades en el desarrollo del niño/a.
- A los 18 meses se otorgará turno programado de Terapia Ocupacional para la realización del screening de desarrollo a los 2 años.

Control de 3 a 5 años

A partir de los 3 años y hasta los 5 y con turno programado según la organización de cada centro de salud y según las normativas de la División de Atención al Niño se harán controles anuales.

- Control fonoaudiológico: a los 3 años se otorgará turno programado para el screening de Fonoaudiología.
- Servicio social: a los 3 años se realizará entrevista.
- Psicopedagogía: a los 4 años se otorgará turno programado para screening de Psicopedagogía. (qué evalúa)

- Terapia ocupacional y fonoaudiología: a los 5 años se otorgará turno programado para screening.

Además, se realizarán Talleres Específicos sobre temas de Desarrollo Infantil según edad del niño y se llevarán adelante intervenciones de seguimiento en casos específicos como ausentismo, detección de riesgo y niños/as sin control. El Equipo de Salud del CAPS deberá evaluar el seguimiento del niño de 0 a 6 años en caso de no haber concurrido al control asignado, para realizar el seguimiento. Aquí nuevamente es fundamental la intervención del Servicio Social en lo que refiere a detección de riesgos.

Si no se detectan indicadores de riesgo se espera hasta el próximo control y de no asistir al mismo (ausentismo en dos turnos programados) se evaluará en equipo las intervenciones a realizar. En los casos de detección de riesgo o retraso en el desarrollo a través de los screenig se realizarán las intervenciones según normas específicas establecidas en protocolo (Salud Mental, pediatría, enfermería, servicio social, nutrición), evaluándose en ateneos o reuniones de equipo las estrategias a llevar a cabo, teniendo en cuenta la singularidad de cada caso.

Es fundamental la intervención de la red institucional para detectar a niños sin control y seguimiento y en esta red son un eslabón importante los referentes barriales (manzaneras y comadres, promotores, integrantes de la red barrial, la sociedad de fomento, las bibliotecas barriales, los comedores barriales, escuelas, jardines de infantes y centros religiosos).

5.4 Plan Nacer –Sumar

Como antecedente en políticas públicas destacamos el PLAN NACER-SUMAR implementado por el Ministerio de Salud de la Nación desde el año 2005. La nación y las provincias tienen el objetivo de dar mayor equidad en el acceso a los sistemas de salud en el marco del Plan Federal de Salud. Esta propuesta tiene, según lo referido en el documento citado en la página web del Ministerio de Salud de la Nación, cumplir con un gran desafío: cuidar y proteger el futuro de niños, niñas y personas gestantes para lograr construir una sociedad más justa y equitativa.

Retomemos sus objetivos:

Objetivos

- Reducir la mortalidad materno-infantil en la Provincia de Buenos Aires. En el 2011 fue de TMI 11,5‰ en la Provincia de Buenos Aires.
- Aumentar el acceso y la cobertura formal de la población en materia de salud. Fortalecer la capacidad del primer nivel de atención en las jurisdicciones asistidas.
- Promover la participación social.

Metas sanitarias

- Captación temprana de mujeres embarazadas.
- Efectividad en la atención del parto.
- Efectividad del cuidado prenatal y prevención del parto prematuro.

- Efectividad en la atención neonatal.
- Cobertura de inmunizaciones.
- Cuidado sexual y reproductivo.
- Seguimiento del niño de 1 a 6 años.
- Inclusión de la población originaria.
- Auditoria de muertes materno infantiles
- Niños menores de 6 años
- Embarazadas y puérperas
- Sin cobertura social argentinos o nacionalizados

En la Provincia de Buenos Aires se implementa desde el año 2007.

- Población inscripta al Plan se incrementó en 623%
- En la actualidad son 2.396.184 beneficiarios.
- Los fondos transferidos desde la provincia a los municipios y Hospitales provinciales alcanzan los \$248.892.650,75 a febrero de 2013.

En la Municipalidad de General Pueyrredón con datos referidos del año 2013:

- Se implementó en octubre de 2009
 - En la actualidad (2013) son 30.350 beneficiarios
 - Los fondos transferidos a febrero 2013 son \$ 1.233.611 Beneficios para el niño/a
 - Atención del recién nacido
 - Controles clínicos
-
- A la semana del nacimiento: 1 control
 - De 1 a 6 meses: 1 control cada mes.

- De 6 a 12 meses: 1 control cada 2 meses.
- De 1 año hasta el año y medio: un control cada 3 meses
- Del año y medio hasta los 3 años: 1 control cada 6 meses.
- De 3 a 6 años: 1 control por año.
- Consejos para padres
- Promoción de la lactancia materna
- Pautas de alimentación y crianza.
- Consejos para la prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita.
- Recomendaciones para la promoción de la salud.
- Consejos para saber cuándo ir urgente al médico.
- Consejería buco-dental
- Oftalmología: Una consulta a los 5 años.
- Odontología: A partir del año y hasta los 6 años: un control anual
- Vacunas (según calendario nacional) Beneficios para la embarazada
- Prueba de embarazo
- Cinco (5) controles de embarazo:
- Pesar y medir a la embarazada.
- Revisar las mamas.
- Medir la panza.
- Escuchar los latidos del bebé.
- Hacer un Papanicolaou
- Educación e información sobre: Cuidados durante el embarazo, luego del parto y del recién nacido
- Situaciones en las que se debe consultar con urgencia durante el embarazo y luego del parto.
- Lactancia materna
- Actividades para reducir el tabaquismo
- Consejería sobre métodos anticonceptivos

- Odontología
- Examen odontológico
- Análisis de Sangre y Orina
- Grupo sanguíneo, Chagas, sífilis, SIDA, cultivo de orina, etc.
- Vacunas: Dos dosis de vacuna doble (tétano y difteria) en el embarazo y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubéola) luego del parto.
- Dos (2) Ecografías
- Parto atendido por especialistas en el Hospital
- Atención del recién nacido
- Derivación en caso de emergencia a médicos especialistas (nutricionista, asistente social, psicólogo).

La ampliación del plan nacer al Plan SUMAR implicó la inclusión de niños y niñas hasta los 6 años y personas gestantes que forman parte del Plan NACER.

También el Programa SUMAR abarca nuevos grupos poblacionales:

- Niños y niñas (6 a 9 años)
- Adolescentes (10 a 19 años)
- Mujeres hasta los 64 años
- POBLACIÓN ELEGIBLE DEL SUMAR en Mar del Plata de 104.914

5.5 Programa: El Servicio Social en el abordaje integral de la embarazada.

Al implementarse el Plan de Desarrollo Infantil se planifica la participación del equipo de salud de los CAPS en relación a la población y sobre todo del rol

del Servicio Social (hoy Trabajo social) en el diseño de las intervenciones. Sobre los principios de equidad y universalidad se diseña un encuadre de intervención para cada integrante del equipo de salud promoviendo la promoción de la salud y la participación comunitaria.

Son los lineamientos del Plan sobre los que se definen las intervenciones y el proceso de atención de la población. También se definen y planifican estrategias para la identificación e inclusión de la población que por diferentes circunstancias no han logrado el acceso a la atención. También se establecen las formas de tránsito dentro de los CAPS y entre estos centros de salud y el 2do y 3er nivel de atención.

Atención de las personas gestantes:

La persona gestante que se acerca por demanda espontánea al CAPS recibirá los turnos otorgados por el personal administrativo. Se le dará el primer turno para el control obstétrico y el primer turno para la entrevista con Servicio social, además se le brindará información sobre los talleres de acompañamiento a la mujer embarazada. Dentro de los 15 días posteriores a la demanda se le dará el turno con un/ una profesional en obstetricia, las obstétricas, con el médico generalista y el ginecólogo. Si este turno se demora, la persona será derivada al servicio de enfermería para que allí se abra la historia clínica perinatal (HCP) del CLAP (Centro latinoamericano de Perinatología) que en el sistema SIP (Sistema Informático Perinatal) toda la información referida a los procesos de gestación, parto y puerperio. Esta información incluye la anamnesis, la evaluación de la tensión arterial, su peso y talla, la evaluación nutricional y los resultados de los análisis de laboratorio requeridos según protocolo.

En referencia al CLAP/SIP indagamos cuáles son las dimensiones que abarca y las referidas a posibles adicciones, situación habitacional y situaciones de violencia, además de la situación en relación a su escolaridad. En caso de detección de riesgos será derivada al sector que corresponda.

El SIP está constituido por instrumentos que fueron originalmente diseñados para las áreas de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la historia clínica perinatal, el formulario para mujeres en situación de aborto, el partograma, la hospitalización neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos.

Los objetivos del SIP (sistema informático perinatal) son:

- servir de base para planificar la atención
- verificar y seguir la implantación de prácticas basadas en evidencias
- unificar la recolección de datos adoptando normas
- facilitar la comunicación entre los diferentes niveles
- obtener localmente estadísticas confiables
- favorecer el cumplimiento de normas
- facilitar la capacitación del personal de salud
- registrar datos de interés legal
- caracterizar a la población asistida
- evaluar la calidad de la atención
- realizar investigaciones epidemiológicas operacionales

Se realiza además la inscripción al plan NACER. La entrevista con el Servicio Social se realizará durante el primer trimestre del embarazo. La información a relevar en esta entrevista es detallada en el apartado que describe las intervenciones de los trabajadores sociales en el área perinatal. Todas las

intervenciones que se realizan durante el embarazo deberán registrarse en la HC de la persona gestante que incluye el CLAP.

En el caso de personas gestantes que constata ausentismo en los controles se prevén acciones de seguimiento:

El Equipo de Salud del CAPS deberá evaluar el seguimiento de la embarazada que no hubiere concurrido al control asignado. No habiendo indicadores de riesgo se espera hasta el próximo control y de no asistir al mismo (ausentismo en dos turnos programados) se evaluará en equipo las intervenciones a realizar.

Puerperio:

Hemos detallado en el capítulo 3, específico de las características de la etapa perinatal, las dimensiones del puerperio y lo necesario del acompañamiento en esta etapa. En los CAPS el control de puerperio se realizará el mismo día del control del recién nacido sano a los 10 días, existe en nuestra ciudad el consultorio de Puerperio que aborda interdisciplinariamente esta etapa. Otra intervención es incluir a la persona puérpera en los Talleres de Planificación Familiar.

5.2 Centros de atención primaria en salud de la ciudad. Batán, Iremi y Aeroparque: características sociodemográficas.

Dentro de las variables a tener en cuenta en el abordaje de la salud mental perinatal están las características sociodemográficas de cada centro de salud, cuestiones como la accesibilidad a medios de transporte adecuados, a agua

potable, a seguridad también inciden en el desarrollo de las gestaciones. Solo por nombrar algunas situaciones que pueden afectar negativamente el desarrollo de los embarazos si están ausentes.

Batán fue uno de los CAPS en los que se desarrolló la investigación. En la entrevista al coordinador del CAPS Batán se compartió un informe sociodemográfico del área programática. Esta entrevista se realizó al decidir articular las intervenciones del proyecto de extensión Nacer entre Palabras dentro del CAPS mencionado. Para la planificación de las mismas nos facilitó los datos que a continuación se detallan, manifestando que las problemáticas de mayor incidencia en la zona son violencia de género, embarazo adolescente y adicciones. Batán se construye sobre los terrenos de la estancia “La Colmena” (Año 1848). En el año 1870 llega a la zona el señor Don Domingo Batán, desde España y como la mayoría de los inmigrantes que se instalaron en nuestro país tenía una gran capacidad de trabajo instalando en 1901 el primer almacén de Ramos Generales. Fue en torno a este almacén que se constituye la ciudad de Batán. Es recién en el año 1940 que se construye la ruta provincial N° 88 y que posibilitó la vinculación con las localidades vecinas y la posibilidad de expansión comercial e industrial.

En 1949 se construyó la primera estación de servicio YPF, con una oficina de correos y una cabina pública de teléfono. La comunidad vecinal participó en la construcción de la parroquia Nuestra Sra. de Luján y con posterioridad la Escuela Parroquial. La Municipalidad de General Pueyrredón donó tres terrenos y allí se construyó la Sala de Primeros Auxilios y un Jardín de Infantes. En el año 1968, el día 6 de Mayo se creó por decreto N° 432, la Delegación Municipal de Batán y en 1974, se inauguró el Parque Industrial Gral. Savio.

Muchos inmigrantes buscaron este lugar para asentarse y trabajar sobre todo en las canteras y hornos de ladrillo en las décadas del 50 y del 70. A partir de la década del 90 la población se incrementó por la llegada de inmigrantes de Bolivia y del norte de nuestro país, que en su mayoría desempeña en los hornos de ladrillos y en las quintas.

Los datos presentados emergen del informe elaborado por los integrantes de la Red Institucional y Comunitaria de Batán y que es una construcción colectiva que ha intentado dar voz a todas aquellas personas, organizaciones y sectores que construyen día a día la comunidad de Batán. Esta red tiene una historia de más de 25 años y reúne a diferentes referentes locales. Las instituciones que la integran son:

- Centro de Atención Primaria de Salud Municipal Batán
- Casa del Niño “La Ardillita”
- Envió Batán
- Centro de Protección de Derechos de la Niñez Batán (C.P.De.N.)
- Asociación de Fomento Est. Chapadmalal
- Centro Extensión Universitaria de Batán
- Aldeas Infantiles
- Centro Cerrado de Mar del Plata
- Grupo Nutrición Batán
- Escuela de Adultos N° 742
- Escuela Primaria N° 60 de Estación Chapadmalal – Equipo de Orientación
- Cooperativa Batán de Obras y Servicios Públicos Ltd.
- Servicio Social Municipal de Batán

En el año 2015 la Red Comunitaria Batán diseñó una encuesta de opinión dirigida a todos los habitantes de la Delegación Municipal de Batán y luego del diseño y administración de la misma se autoadministraron 570 encuestas que representan a los diferentes barrios de la localidad de Batán. Los temas relevados tuvieron relación con las condiciones habitacionales, el acceso a la tierra y a la vivienda, la infraestructura de servicios locales, los espacios de trabajo y producción. Además también se relevaron los aspectos culturales y simbólicos de la comunidad, valores, principios, creencias.

La problemática central relevada es la falta de servicios en salud, educativos, ambientales, de transporte y que la mayoría de los servicios fundamentales se encuentran en la localidad de Mar del Plata, evidenciando la falta de accesibilidad a estos recursos. Es así que luego del análisis de las encuestas el informe (2017) se propuso: formular las necesidades y percepciones que los habitantes de Batán tienen respecto a la situación de su ciudad y la calidad de los servicios que reciben o la ausencia de los mismos.

También se propuso visibilizar las problemáticas para implicar a los actores institucionales estatales que son responsables de garantizar los derechos de los ciudadanos y generar estrategias para la obtención de recursos necesarios ante las necesidades. Relata el coordinador del centro de Salud que aun hoy continúan intentando visibilizar estas problemáticas.

Características del territorio:

Batán se encuentra a 17 km. del centro urbano de Mar del Plata, ambas integran el Partido de General Pueyrredón, ubicado al sudoeste de la provincia de Buenos Aires. A ella se accede por la Ruta Provincial N° 88. Sus límites son

al norte: Laguna de los Padres; al sur: Estación Chapadmalal; al este: Mar del Plata y al oeste: Paraje Boquerón.

Esta localidad posee una superficie de 542 km² y abarca 18 barrios distribuidos en un territorio que presenta tres tipos de zonas, con características disímiles y que dan cuenta de la heterogeneidad de la región: urbana – semi rural y rural.

En cuanto a sus actividades económicas preponderantes se destaca, por un lado, un importante cordón frutihortícola, que abastece a todas las ciudades de la zona con frutas y verduras. Por otro lado, la producción ladrillera, encontrándose en toda su extensión diferentes hornos mecanizados y manuales y canteras pétreas.

La importancia de Batán en el ámbito regional es muy importante en diversas ramas de la producción. Entre ellas, la minería a cielo abierto de extracción de piedras, el circuito de fábricas que elaboran productos de los rubros: ranarios, tambos, frigoríficos de liebres y conejos, pescado, entre otros, coronados por su “Parque Industrial” en permanente desarrollo, con una ágil vinculación con otras localidades y terminales de transporte. Además, cercano al mismo se encuentra ubicado el Mercado de Abasto que concentra la producción frutihortícola de toda la zona.

En el núcleo urbano Batán/Estación Chapadmalal/El Boquerón se concentra la mayor cantidad de población, la que ronda los 45.000 habitantes, con una importante franja de niños/as y adolescentes.

Al momento de realizar la entrevista, febrero 2022, y consultar en relación la población, objeto de estudio de esta tesis, es de aproximadamente 60 personas

gestantes, no existiendo un registro sistematizado de las mismas, se observa un crecimiento sostenido a lo largo de los años, lo que permite suponer que la variación de población intercensal irá en aumento. Otra particularidad de la zona es la proporción de población inmigrante. En cuanto a las características sociodemográficas, podemos señalar que en las quintas se encuentran arraigadas las familias inmigradas de origen boliviano que presentan problemas de documentación, en su mayoría de bajo nivel educativo, escasa capacitación en otro tipo de actividades que no sea la hortícola. Las mujeres de estas familias en general sufren una doble discriminación por género y nacionalidad, dedicando muchas horas a su trabajo mal remunerado. En la década del '50, Batán recibe la inmigración de la República de Chile, para trabajar en las canteras, población que se afinsa generando una comunidad ampliamente reconocida y ya integrada totalmente con por lo menos dos generaciones de argentinos.

Un gran sector de la población femenina, en su mayoría Jefas de Hogar que mantienen a sus familias, son micro emprendedoras, no existiendo en general políticas públicas de apoyo a los emprendimientos femeninos que tomen en cuenta su limitado acceso a oportunidades de generación de ingreso sostenible y justo. A partir de su condición y la posición de género discriminado, sólo existen algunos programas aislados y sobre temas puntuales. Como parte del proceso histórico de origen y consolidación de la ciudad de Batán conviven culturas diferentes, esto hace que las mismas, no sólo sean motivo de estudio en las escuelas, sino, sobre todo, un motivo para trabajar sobre el respecto a la diversidad y la convivencia.

Como sucede en la mayor parte de los conglomerados urbanos, la accesibilidad a los servicios públicos y mejores condiciones estructurales de vivienda se encuentran centralizados y concentrados, generando situaciones de precariedad en los alrededores. Tal es el caso del aislamiento que sufre Batán,

siendo la segunda localidad del Partido de General Pueyrredón, respecto de Mar del Plata y sus Barrios.

En cuanto al acceso de los vecinos al tendido de red de agua potable, la red de Gas Natural y la red de cloacas es muy limitado no contando todos los barrios con ese servicio. Según los datos relevados el alumbrado público es insuficiente concentrándose en la zona céntrica y cercana a la ruta. También es escasa la pavimentación de las calles, en la mayoría no existe, es malo o regular.

La localidad tiene un Centro de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S. Batán), que funciona 24 horas y que cuenta con una guardia médica y enfermería, siendo la pediátrica solo los fines de semana. De lunes a viernes se atienden diversas especialidades: médica clínica, pediatría, ginecología y obstetricia, psicología, terapia ocupacional, nutrición, enfermería, servicio social, psicopedagogía y odontología. Quincenalmente traumatología y ortopedia. Cuenta con servicio de radiología y tres veces por semana personal de laboratorio realiza extracciones en dicha sede. También con servicio de ambulancia.

Se debe visualizar y dimensionar que los profesionales del C.A.P.S., dan atención a toda la ciudad de Batán, siendo también referentes de consulta y derivación de todas las instituciones de dicha ciudad. No escapando a la demanda rechazada y la atención inadecuada para dar respuesta a los tratamientos requeridos.

Cabe destacar que respecto que en Batán funciona una oficina descentralizada de PAMI, -destinado a aquellas personas con dicha obra social consultorios externos que atienden además obras sociales y/o consultas aranceladas para quienes no cuentan con cobertura de salud.

Batán no dispone de medios de comunicación masivos propios. La comunicación a la comunidad se realiza a través de las redes sociales o de algunos establecimientos comerciales que difunden en sus vidrieras los acontecimientos que interesan a la comunidad. La ciudad no cuenta con zonas de libre wi-fi y el servicio de Internet llega a zonas restringidas. Las comunicaciones telefónicas con servicios móviles, se ven dificultadas por las pocas antenas que hay en la zona.

Luego de la lectura del documento facilitado por el coordinador y la realización de la entrevista a las trabajadoras sociales, refieren la necesidad de un instrumento que permita indagar y recabar datos en relación a las gestaciones relatando que no existe un protocolo definido y que esto dificulta la sistematización de la información del centro de salud. En cuanto a las acciones llevadas adelante por el servicio, se administra una entrevista inicial para la inscripción al Plan NACER y se realizan algunos talleres de planificación familiar.

Las trabajadoras sociales refieren que realizan intervenciones *“intramuros”* y *“extramuros”*. Aquellas que tienen que ver con los intramuros tienen que ver con la atención a demanda, *“ver lo que llega y como llega”*, en cuanto a las intervenciones en la etapa perinatal refieren que *“las entrevistas deberían realizarse a todas las embarazadas y recién nacidos, ese es el objetivo, pero no llegamos a todas, no se da”*.

Relatan que ahora existe una aplicación digital para solicitar los turnos pero no todas las personas la utilizan y prefieren ir hasta la salita y sacar el turno personalmente. Agregan que *“hemos intentado hacer talleres de planificación familiar pero no vienen o no hablan, es una comunidad muy particular, ni*

documentos tienen a veces”, en referencia a la comunidad boliviana que se asienta en esa zona. Además realizan acompañamiento en IVE/ILE y TBC (tuberculosis), seguimiento en relación a problemas habitacionales, acceso a documentación, asignaciones y situaciones de violencia de género.

En relación a dispositivos implementados para la promoción y prevención de la salud, han realizado talleres de ESI (Educación sexual integral), RCP y 1ros auxilios y hábitos saludables como acciones colectivas y que propician la participación comunitaria. La intervención en la consejería de ILE/IVE es abordada en este CAPS por la médica generalista, la psicóloga y el servicio social. Realizan una primera entrevista, luego se deriva a la ecografía para constatar la gestación y el tiempo, cantidad de semanas. Dicen *“informamos del procedimiento, los riesgos, las consecuencias y hablamos para que este procedimiento que termina con la intervención no quede ahí e incluya la elección de un método para no repetir”*

Las intervenciones extramuros son actividades comunitarias, sobre todo en relación a la problemática de agrotóxicos articulando con el Programa Pro Huerta, además realizan reuniones institucionales con Niñez, Desarrollo, Universidad y el Jardín de infantes.

Los horarios de atención de las trabajadoras sociales en este CAPS es el siguiente. Batán (lunes, miércoles y viernes), en Chapadmalal, los miércoles (una de ellas) y en el Boquerón cada quince días. Es decir dos trabajadoras sociales para tres centros de salud que cuenta con una población aproximada de 55.000 personas y que tiene 22 barrios. Una diferencia con otros CAPS que solamente tienen un barrio de referencia. Cuando se refieren a la población dicen que al ser una zona rural extendida esto influye en las características de la población con la que se trabaja: la movilidad interna, la procedencia de países

como Chile y Bolivia y también del conurbano bonaerense. Definen a la población como *“población golondrina con trabajos informales y que trabajan en el 2do cordón frutihortícola rodeados de quintas, huertas, hornos de ladrillo, construcción y pesca”*. Con respecto a los servicios básicos cuentan que hay gas envasado, sin agua potable con bombas comunitarias a las que les acercan agua potable según la disponibilidad de varios factores, por ejemplo el traslado.

Si bien las intervenciones intentan atender a las necesidades de las comunidad en sus diferentes edades según los diferentes programas en el marco de la APS con actividades de asistencia, prevención y promoción con eje fundamental en los talleres, la participación comunitaria es baja y según refieren muchas son las variables que inciden *“los horarios de los talleres en los que las personas están trabajando o están al cuidado de otros hijos y la distancia”*

El otro centro de salud que seleccioné para esta investigación fue el Centro de salud IREMI, ubicado en el macrocentro de la ciudad de Mar del Plata y la primera dificultad relevada fue la diversidad poblacional que acude a la atención allí. Este centro de salud convoca a personas de los otros centros de salud de la ciudad ya que posee atención de mediana complejidad, rayos, laboratorio, etc.. Por este motivo las trabajadoras sociales referían que les era muy complejo detectar a las personas gestantes que pertenecían allí ya que muchas elegían atenderse allí a pesar de no pertenecer al área programática, otras concurrían porque es el CAPS en el que se atiende a embarazos de alto riesgo o por la accesibilidad en los turnos. Las profesionales no contaban con un registro sistematizado de personas gestantes en atención en el momento de la entrevista que fue realizada en Marzo del año, 2022. En cuanto al abordaje del embarazo de alto riesgo las trabajadoras sociales relataron que son abordados por un especialista en ginecología y obstetricia que trabaja los martes y miércoles.

El embarazo de alto riesgo hace referencia a personas gestantes que poseen alguna enfermedad anterior al embarazo, o que surgió durante dicho embarazo, como pueden ser:

- Hipotiroidismo. Hipertiroidismo. Diabetes.
- Trastornos de la salud mental. Adicciones.
- Hiperplasia adrenal congénita. Patologías fetales.
- Pacientes que poseen hijos con alguna enfermedad congénita.

Refirieron además la necesidad de un abordaje integral en esos casos y que era muy difícil articular con el Servicio de Salud Mental ya que “*estaban desbordados por la demanda*”. También se expresa la ausencia de abordaje intercultural en un centro de atención primaria que recibe personas venezolanas, orientales, bolivianas o de la comunidad zúngara. En cuanto al parto respetado, las profesionales no abordan en talleres esta dimensión y sus acciones se reducen a la administración de la entrevista inicial y la inscripción al Plan Nacer, no realizan talleres y comentan que “*la adicción es el principal problema en la gestación*” pero que no cuentan con dispositivos para su abordaje.

El tercer centro de atención primaria de la salud se encuentra en el barrio Aeroparque , un barrio habitado por una comunidad de personas trabajadoras que lo hacen en diferentes rubros: costureras, empleados estatales, bioquímicos, albañiles, empleadas domésticas, etc. Muchos han desarrollado sus propios emprendimientos como kioscos, verdulerías y almacenes en sus casas para afrontar la desocupación y la crisis económica. El barrio posee espacios verdes a los que concurren las familias, las escuelas de la zona a realizar actividad física,

etc. Estos espacios son mantenidos por el Centro Cultural El Cabildo que tiene además un playón deportivo para fútbol, básquet y vóley. Cerca de allí existe un espacio natural, el arroyo La Tapera que aún no ha sido valorizado por la comunidad como un espacio para disfrutar y utilizar. En cuanto a problemáticas, una de ellas es la cantidad de basurales en terrenos baldíos de la zona proliferando basura, roedores e insectos que ponen en riesgo la salud de la población.

Las instituciones de referencia del barrio son la Sociedad de Fomento Aeroparque en la que se realizan diversas actividades fútbol, taekwondo, gimnasia, se dictan clases de FinEs y una importante biblioteca. También está la Parroquia Cristo Rey y el Centro de Jubilados renacer que brinda talleres a las personas mayores del lugar.

El Centro de Atención Primaria de la Salud funciona en la intersección de las calles Pelayo y Mugaburu desde hace casi 15 años, sobre una calle de tierra que cuando llueve mucho es puro barro. Comienza a entregar turnos a las 8 de la mañana. Es una instalación muy pequeña, con una sala de espera para ocho personas sentadas, por lo que es habitual encontrar pacientes esperando afuera. Como dan horarios para cada consulta, muchas veces el paciente se retira y regresa más tarde. Es común que se retrase la atención, porque a pesar de que la salita no cuenta con emergencia, los profesionales suelen atender a sus pacientes entre turnos. Las especialidades que brinda el CAPS son Pediatría, Clínica Médica, Generalista, Enfermería, Servicio Social, Ginecología, Nutrición, Terapia Ocupacional, Plan de Lactantes. Se realizan vacunaciones y una vez por semana se realizan extracciones de sangre. Hacen derivaciones que generalmente están tan atrasadas que demoran meses, ellos se encargan de llamar a los pacientes para darle los turnos de las derivaciones. Es la institución que más

interactúa con las otras brindando charlas sobre Educación sexual en la escuela, dando charlas en la Sociedad de Fomento.

Una de las dificultades que refieren es el poco espacio del que disponen ya que las intervenciones grupales no pueden realizarse muchas veces por la falta de un espacio de uso múltiple. Los talleres que se realizan para la población de personas gestantes son: nutrición y parto humanizado.

5.7 El trabajador social en el primer nivel de atención: características de sus intervenciones con las familias en el ámbito perinatal

Las intervenciones del trabajo social tienen características y vías de implementación que podemos analizar según las categorías elegidas para el análisis de los datos recabados en las observaciones, las entrevistas y los documentos. La descripción de las intervenciones que realizan en esta etapa se describe a lo largo de los capítulos 4, 5 y 6 de esta investigación. A modo de síntesis, para luego dar lugar a mayor desarrollo en el siguiente capítulo y las conclusiones las intervenciones se realizan de forma no sistematizada, con una entrevista a las personas gestantes en los primeros meses de gestación sin tener un criterio unificado del momento en cual implementarla y que como objetivo tiene el de informar sobre las asignaciones y programas a los que puede acceder la familia y utilizar el informe social como instrumento de registro de estos datos: grupo conviviente, situación habitacional, de salud, educacional y datos personales como barrio al que pertenece y programas que recibe sin indagar datos en relación a la especificidad de esta etapa vital.

Las áreas de intervención tiene que ver con los ejes mencionados en el informe social y se priorizan aquellas demandas que la población manifiesta y que en su mayoría tiene que ver con la situación habitacional y de empleo, para

continuar en el orden de demanda con situaciones de violencia de género y las consultas relacionadas a la situación económica desfavorable derivada de esa situación (violencia económica derivada de la violencia de género, protocolos de denuncia, asesoramiento en cuestiones jurídicas).

Las problemáticas y demandas que predominan en los tres centros de atención primaria son: dificultades en la situación habitacional y de empleo, violencia de género, adicciones y embarazo adolescente.

Los instrumentos utilizados son la entrevista y el informe social. Con respecto a la vinculación territorial y articulación con otros sectores de la sociedad depende de las características del área programática, teniendo mayor vinculación el CAPS de Batán, luego el de Aeroparque y en último lugar el CAPS Iremi con casi ninguna vinculación.

La población gestante accede a la consulta con el Servicio Social luego de la derivación de la obstétrica en el primer control, sin embargo no todas concurren y no existe información de cuantas personas gestantes están en acompañamiento en la ciudad de Mar del Plata, sólo datos aproximados que surgen de las entrevistas realizadas.

Con respecto a la noción de vulnerabilidad y la clasificación expuesta en el capítulo 4 en el documento que se utiliza en las residencias de grado y posgrado en la disciplina en relación a la clasificación de los grupos poblacionales, se infiere que son grupos poblacionales que requieren una protección especial y en este sentido deja de lado la concepción de vulnerabilidad como la postula Luna (2008:1) como capas de vulnerabilidad, como un concepto relacional y dinámico no existiendo una sola y sólida vulnerabilidad sino diferentes vulnerabilidades que pueden superponerse y relacionarse entre sí. Como afirma la autora, el

concepto de vulnerabilidad està directamente relacionado a las circunstancias, a la situación que se analiza y al contexto. En el caso de la población gestante condiciones como el género, la condición social, la etnia y lo cultural son dimensiones que afectan la condición o no de vulnerabilidad. La vulnerabilidad no debería ser entendida como una condición permanente y clasificar a las poblaciones como vulnerables deja expuesto a ese grupo y con una connotación predominantemente negativa y estigmatizante. En los documentos analizados predomina la definición de vulnerabilidad social dejando por fuera otras capas: lo biológico, lo histórico, la condición de salud mental priorizando el aspecto materia (situación de pobreza, etc)

Al analizar la definición de riesgo, tanto en las entrevistas como en los programas municipales analizados, se infiere que es definida como la probabilidad que tiene un individuo grupo o comunidad de sufrir daño o enfermedad de origen biológico, social o ambiental. No definiendo la dimensión emocional o mental concordando este dato con las intervenciones que realizan y las demandas recibidas.

La perspectiva teórica en salud es superadora del modelo asistencialista, enfocándose en el modelo socioeducativo y terapéutico. Sin embargo por el contexto actual con altos índices de pobreza y exclusión se tiende a ser más asistencialista. Como ejemplo se puede mencionar un caso que se acompañó desde el proyecto de extensión en el contexto de emergencia socio sanitaria por covid 19: se comunica con la guardia telefónica una persona gestante de 18 años quien relata en la consulta estar embarazada de 12 semanas y sin posibilidad de realizar los controles obstétricos de rutina por la reducción de actividades y reorganización de la atención en salud. Al indagar factores de riesgo y

protectores relata contar con una red social de sostén pero estar angustiada por la situación económica ya que al haberse restringido la actividad laboral no tenían ingresos y hacía dos días que no ingería alimentos. En ese caso la articulación fue en la secretaría de Desarrollo social a través de la trabajadora social que integraba el equipo pero se orientó a resolver su necesidad material para luego poder abordar la situación emocional.

En relación a la prevención y promoción en salud se destaca la importancia de la educación y de las estrategias de la APS para asegurar la integralidad (relación de las personas con sus contextos). Se intenta fomentar la relación entre la comunidad y el equipo de salud pero es un obstáculo la falta de participación comunitaria, autónoma y protagonista de sus procesos de salud. También se les propone elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden en la salud y brindar datos sobre los hábitos saludables y colaborar fomentando comportamientos que ayuden a preservar la salud individual y colectiva.

Si bien los programas mencionados y la estrategia de atención primaria de la salud en la ciudad determinan la articulación con las diferentes especialidades según la demanda poblacional, la complejidad y estructura del CAP. Se realizan interconsultas o derivaciones pero no estrategias superadoras de lo disciplinar.

Hay ausencia de sistematización, existe la historia clínica digital en el servicio de salud del municipio en la que todos los profesionales intervinientes plasman sus intervenciones pero al indagar las temáticas abordadas en el servicio social existen datos cuantitativos, es decir cuantas actuaciones se realizaron en cada centro de salud sin análisis cualitativo de esas consultas: cuál fue la

demanda, cuál la intervención, etc. Se indica sistematizar pero no especifica la modalidad ni los criterios.

Con respecto a una posible definición de Salud mental perinatal predominó en la entrevista una ausencia de conocimiento teórico en relación al abordaje y a los supuestos teóricos manifestando no haber recibido formación específica sino general en relación al desarrollo y los primeros momentos de vida de una persona.

Con respecto a los obstáculos en la práctica específica en el contexto perinatal manifestaro ausencia de contenido teórico específico en relación a la salud mental perinatal en la formación de grado, fragmentación del sistema de salud y de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, ausencia de protocolos unificados, falta de sistematización de datos en relación a las personas gestantes (número de personas gestantes en el municipio que reciben atención en el primer nivel de atención) y la poca participación comunitaria en las actividades propuestas en relación a la salud mental perinatal.

Capítulo 6: Apartado metodológico

El siguiente apartado tiene como propósito presentar las particularidades y alcances de la estrategia metodológica definida y seleccionada para esta investigación que pretendió analizar la realidad o el fenómeno social seleccionado con énfasis en lo cualitativo con un diseño de tipo exploratorio y descriptivo.

6.1. Explicación del enfoque de investigación seleccionado

Es pertinente mencionar que las decisiones metodológicas y la pregunta que guió esta investigación (¿cuáles son los aportes del trabajo social a las intervenciones con familias en la etapa perinatal que pueden contribuir a la salud mental perinatal?), se fundamentaron en el trabajo realizado en el territorio con el proyecto de extensión denominado “Nacer entre palabras: salud mental perinatal, un saber colectivo en construcción” dependiente de la Facultad de Psicología de la UNMDP y radicado en varias instituciones de la ciudad, entre ellas, los tres centros de atención primaria de la salud seleccionados para el trabajo de campo. El proyecto tiene como objetivo generar y co-construir con la comunidad un espacio de acompañamiento a las personas gestantes y sus familias en el proceso de embarazo, parto, puerperio y primera infancia, lo que implica favorecer la constitución de vínculos tempranos sostenedores y fomentar el establecimiento de un ambiente facilitador para la crianza del hijo/a siendo su encuadre teórico y metodológico la psicología perinatal.

El proyecto pretende crear un ámbito propicio para la reflexión y deconstrucción de estereotipos de familia y crianza, visibilizando otras maneras de ser familia y de

ejercer la parentalidad mediante diferentes dispositivos contruidos con la comunidad. También en este espacio las/los participantes podrán expresar dudas, interrogantes, preocupaciones, emociones y ansiedades que les genera el proceso de gestación y parto, que permitirá intervenciones oportunas y en el caso de ser necesario la derivación a profesionales del equipo de salud. En consonancia con lo anterior, otro eje del Proyecto es el intercambio de saberes y experiencia con los Equipos de salud y la comunidad para fortalecer aquellas prácticas sustentadas en el paradigma de derechos humanos que apuntan al parto humanizado y cuidado, uno de esos diálogos interdisciplinarios fue con el trabajo social.

Este proyecto, nace del trabajo en territorio en barrios con familias en situación de vulnerabilidad social, aunque en la actualidad ha ampliado las intervenciones a la comunidad en general. La Psicología Perinatal, como mencioné anteriormente, marco teórico y metodológico dentro del que se encuadran las intervenciones y dispositivos, señala la importancia de que sean positivas las experiencias relacionadas con la gestación, parto y puerperio y que además exista un espacio para que puedan ser verbalizadas. La no comunicación se puede relacionar con la desestimación de los aspectos emocionales y de la salud mental perinatal. Esto se incrementa en situaciones de ausencia de información y de apropiación de derechos que se potencian con distintos tipos de riesgo psico – social, con situaciones de vulnerabilidad y falta de redes de apoyo social.

Desde el año 2018 el proyecto desarrolló sus actividades territoriales en el CAPS Libertad, el polideportivo del mismo barrio y en Diat Casa caracol proponiendo una mirada alternativa a los modelos impuestos de maternidad implementado diversos dispositivos y actividades: talleres, entrevistas psicológicas perinatales en embarazadas y sus parejas, y promoviendo la circulación de la palabra en esta etapa

vital, evidenciando la necesidad de un espacio de acompañamiento y deconstrucción de estereotipos generando espacios de promoción y prevención de vínculos tempranos sostenedores articulado con los diferentes servicios del CAPS fortaleciendo el abordaje interdisciplinario.

En esta articulación del equipo del proyecto, conformado en sus inicios mayormente con psicólogas, con los servicios que prestan los centros de salud comenzamos a interactuar con las trabajadoras sociales y observamos que eran las profesionales de referencia para las personas gestantes, además de la obstétrica, ya que acudían a ellas para la inscripción en el plan Nacer luego de los primeros controles en el área de obstetricia. Allí, en esos espacios compartidos, surge la inquietud en relación a los aportes que la disciplina del Trabajo social podía dar a las intervenciones con las familias gestantes, sobre todo en la detección de factores riesgos para la salud mental perinatal. Al poner en diálogo la perspectiva de la psicología perinatal con la del trabajo social observamos que los aportes parecían estar invisibilizados o naturalizados, o que al menos, no estaban sistematizados ¿cuáles eran los aportes que podía brindar el Trabajo social a la salud mental perinatal desde sus intervenciones?

Tomando las palabras de Sampieri (2010:389) ingresar al campo de investigación es como introducirse en un laberinto cuya única certeza con la que contamos es el punto de partida y las primeras preguntas de investigación. Un laberinto en el que iremos tomando decisiones que estarán supeditadas a la incertidumbre del campo de estudio. El autor refiere que la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos explorando desde la perspectiva de los participantes en su ambiente y en relación a su contexto.

En todo proceso de investigación existen desafíos, sobre todo en la metodología elegida para abordar el objeto de estudio. Definir qué paradigma utilizar, es decir, si el cualitativo o el cuantitativo implica observar la investigación desde diferentes supuestos: ontológicos, epistemológicos, axiológicos y metodológicos. Al posicionarnos desde el paradigma cualitativo los supuestos ontológicos van a describir la realidad como subjetiva y múltiple. Los supuestos epistemológicos, es decir cuál es la relación entre el investigador y la realidad que estudia, dirán que el investigador está inmerso en el contexto de interacción que desea investigar. Se asume que la interacción entre ambos y la mutua influencia son parte de la investigación. Si tomamos los supuestos axiológicos, es decir el papel que juegan los valores en su investigación, desde el paradigma cualitativo asumimos que los valores forman parte del proceso de conocimiento y reflexionamos acerca de ello. Finalmente desde los supuestos metodológicos, los conceptos y categorías surgen en forma inductiva a lo largo de todo el proceso de investigación, existen múltiples factores que se influyen mutuamente, el diseño es flexible e interactivo y se privilegia el análisis en profundidad y en detalle en relación al contexto.

La flexibilidad del paradigma cualitativo se adapta al trabajo en territorio que desarrollamos y a la posibilidad de co-construir con la disciplina del Trabajo social y los profesionales de los centros de atención primaria de la salud, las respuestas a las preguntas de investigación que sustentan este proyecto que daría la oportunidad de visibilizar la especificidad de la práctica del Trabajo social en las intervenciones en la etapa perinatal.

Como afirma Sampieri (2006:361) la estrategia de investigación cualitativa permite realizar planteamientos sobre el problema que son abiertos, expansivos, que paulatinamente se van enfocando en conceptos relevantes de acuerdo con la evolución del estudio. Tampoco son direccionados en su inicio, se fundamentan en la revisión de la literatura, pero igualmente en la experiencia en el contexto y la intuición. Por lo expuesto anteriormente, se ha seleccionado el enfoque cualitativo ya que el propósito de esta investigación fue indagar y analizar cómo los y las trabajadores sociales perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, en este caso el abordaje en salud mental perinatal y los aportes que la disciplina puede aportar para describir así sus interpretaciones y significados.

El objetivo general de esta tesis consistió en analizar y describir las intervenciones del trabajo social en la etapa perinatal (embarazo-parto-puerperio y primera infancia), definir los aportes que la disciplina puede brindar en esta etapa fundante del psiquismo de las personas y fundamentar cómo estas intervenciones, muchas veces invisibilizadas por la práctica cotidiana, pueden convertirse en factores protectores del desarrollo, en las familias que concurren a los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata. También como resultado de este proceso se propone que al definir los aportes que desde la disciplina del Trabajo social se puede delimitar un área especializada de trabajo, el trabajo social perinatal, existiendo antecedentes en otros países como Canadá, Estados Unidos y México.

Las intervenciones que realizan los/as trabajadores sociales en la etapa perinatal y los programas que se implementan en la ciudad de Mar del Plata en relación a esta etapa del ciclo vital fueron el objeto de estudio de esta tesis doctoral

6.1.2 Nivel y diseño de la investigación

Esta investigación social enmarcada en el paradigma cualitativo desde un nivel descriptivo y exploratorio permite describir, registrar y analizar el campo en el que participamos como investigadores, posibilitando analizar in situ al objeto de estudio de esta investigación; en este caso las intervenciones que realizan los y las trabajadoras sociales en el área perinatal. Teniendo en cuenta el tipo de diseño y el enfoque es preciso la elección de un método y técnicas de recolección de datos para el análisis de la información que se detallarán a continuación.

6.1.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio es exploratorio descriptivo con trabajo de campo. En esa inmersión en el campo se da la reflexividad, que ha definido Guber (2004). “La reflexividad en el trabajo de campo es el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente -sentido común, teoría, modelo explicativo de conexiones tendenciales- y la de los actores o sujetos/objetos de investigación” (Guber, 2004: 50).

Se analizó históricamente la política de salud del Estado en relación a la salud materno infantil y la salud perinatal en el país, en la provincia de Buenos Aires y en la ciudad de Mar del Plata, ciudad donde se radicó la investigación considerando las particularidades de la provincia de la ciudad: aspectos relacionados a lo demográfico, a la política de salud y a la organización del sistema de salud. Así, la investigación permitió caracterizar el objeto de estudio que son las intervenciones del Trabajo social en el abordaje de la salud mental perinatal.

6.2 Contexto del estudio

Las posibilidades de observación del contexto de estudio implican la delimitación e identificación del universo de análisis como base empírica. Tomando en cuenta ello surgió la necesidad de profundizar teóricamente el objeto de estudio, que son las intervenciones que realizan los trabajadores sociales en el área de la salud mental perinatal en la ciudad de Mar del Plata.

La ciudad de Mar del Plata se encuentra ubicada al sudoeste de la provincia de Buenos Aires sobre el mar argentino. Es la cabecera del partido de Gral. Pueyrredón contando con un puerto y balnearios que la convierten en uno de los destinos turísticos del país. Las principales industrias son la pesquera, la turística y la textil. La pesca, actividad principal del puerto, se complementa también con barcos petroleros y cerealeros. La ciudad cuenta también con una base naval de submarinos. Entre la gran variedad de industrias, se destacan también las derivadas de la horticultura, la construcción, la metalúrgica y la mecánica.

La población total de la ciudad es de 682.605 habitantes, según se informan en los resultados provisionales del Censo 2022 llevado a cabo en el mes de mayo del año pasado. Esta cifra representa un 10% más respecto a la población relevada en el censo del año 2010, cuando en la ciudad se contabilizaron 618.989 personas.

Los datos relevados en el Censo para General Pueyrredón (Mar del Plata y Batán) informan que 675.759 es la población que habita en viviendas particulares, 6.719 en viviendas colectivas (incluye la población en situación de calle censada en refugios o paradores) y 127 las personas que viven en situación de calle. Asimismo, se contabilizaron 348.264 viviendas particulares y 742 viviendas colectivas.

Con relación a la población de las viviendas particulares y en situación de calle el informe relevó a 355.574 mujeres, 320.123 varones y 189 otras identidades bajo la opción en el formulario “X – ninguna de las anteriores”.

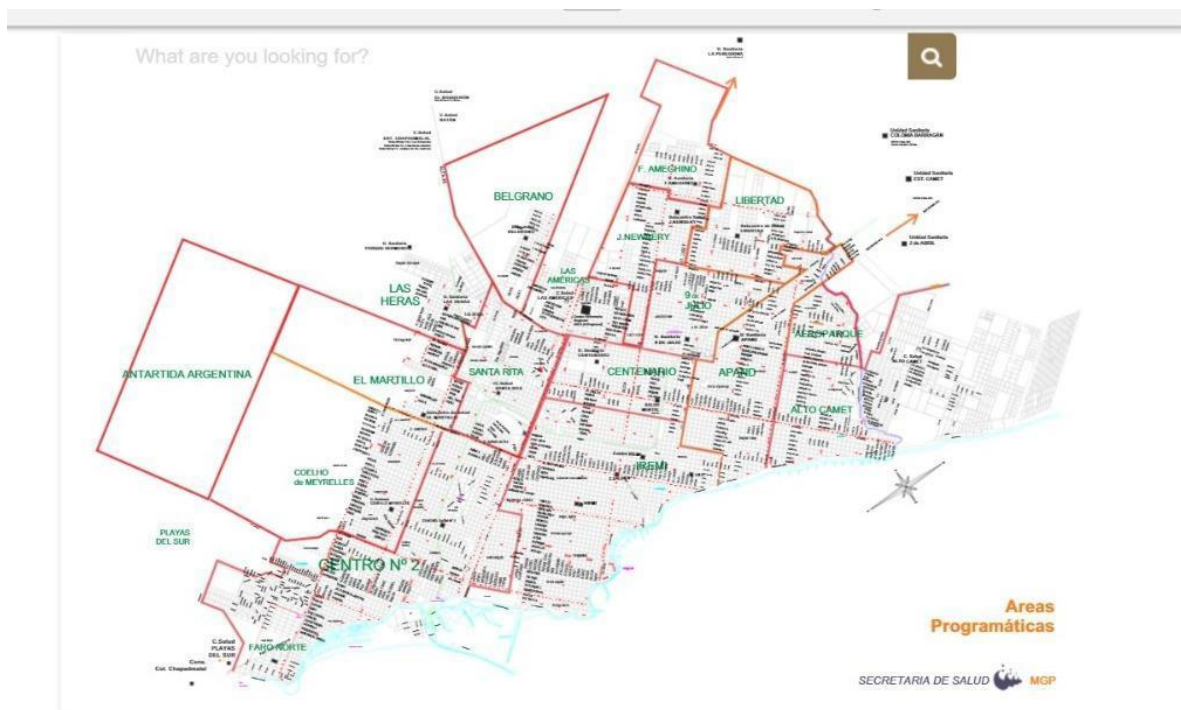
En referencia al resto de los distritos bonaerenses, General Pueyrredón es el cuarto con mayor cantidad de habitantes detrás de La Matanza (1.837.774), La Plata (772.618) y Lomas de Zamora (694.330).

Como ya se planteó en la introducción y en el desarrollo de la investigación, el sistema de salud de la ciudad de Mar del Plata está instituido bajo la órbita la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón que a la vez articula sus acciones con el 2do nivel de atención en salud comprendido por los dos hospitales provinciales que se encuentran en la ciudad , el Hospital Interzonal general de Agudos y el Hospital Interzonal Especializado Materno infantil entre los que se promueve un sistema de referencia contrarreferencia con los centros de atención primaria.

Estos hospitales abordan problemáticas en salud, con diferentes grados de complejidad para el manejo de patologías agudas, patologías complejas con técnicas de diagnóstico, tratamientos complejos. Además, se agrega la atención integral al paciente en diferentes especialidades en el CEMA, un organismo municipal.

6.2.1 Áreas programáticas

Los Centros de Atención Primaria de la Salud-CAPS-son los establecimientos a través de los cuales la comuna brinda asistencia sanitaria esencial. Funcionan actualmente 32 CAPS y la política de atención en salud pública está pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades existiendo diferentes programas dirigidos a infantes, adultos y adultos mayores.



Como se mencionó en la introducción, la población de la ciudad de Mar del Plata cuenta con grupos poblacionales que debido a sus condiciones de vulnerabilidad socio-cultural y socio-sanitarios presentan mayor riesgo psico-social. La población de personas gestantes es uno de ellos. Entre estos riesgos en el período perinatal (embarazo-parto-puerperio y primera infancia) se evidencia probabilidad de muertes prematuras o imposibilidad de construir el vínculo de apego necesario para la constitución subjetiva de los sujetos. La etapa perinatal es una etapa de crisis y vulnerabilidad tanto para la persona que atraviesa el embarazo como para el niño o niña por nacer. Aquellas intervenciones destinadas a promover un ambiente saludable en todas las dimensiones (biológica-emocional y social) implican el trabajo interdisciplinario articulando diferentes formas de intervención entre los distintos servicios de salud.

De los centros de atención primaria que abordan la atención integral de las personas gestantes la investigación se focalizó en tres de los treinta y dos que tiene la ciudad de Mar del Plata y que reciben y atienden a la mayoría de la población gestante de la ciudad: el centro de atención primaria IREMI, el centro de atención primaria Aeroparque y el centro de atención primaria de Batán. Estos centros de atención primaria acompañan los procesos de gestación de más de 300 personas.

6.3 Población y muestra de estudio

Sampieri (2006:395) explica que la investigación cualitativa se realiza primordialmente en los ambientes naturales de los participantes o unidades de análisis (Armstrong, 2010). En el proceso cualitativo, la muestra es ese grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia (Sampieri, 2006:417). En esta investigación, los tres centros de atención primaria con los que articula el proyecto de extensión denominado Nacer entre palabras radicado en la Facultad de Psicología de la UNMDP fueron seleccionados para el trabajo de campo. Para la selección de la muestra de esta investigación, se tuvieron en cuenta tres factores que intervienen para “determinar” o sugerir el número de casos:

- 1- Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que tenemos). Se seleccionaron tres CAPS que cuentan con cinco trabajadoras sociales en total y que abarcan a la mayoría de la población gestante de la ciudad. además articulan con otros

3 a través de las trabajadoras sociales entrevistadas. Las profesionales del CAPS BATán articulan con El Boquerón y Estación Chapadmalal, la trabajadora social del CAPS Aeroparque con Came mientras que las trabajadoras sociales del CAPS IREMI tienen comunicación con los demás centros de salud ya que en ese CAPS se realizan intervenciones de mayor complejidad (laboratorio, ecografías, consultorio de embarazo de alto riesgo) y concurren usuarias que provienen de todos los CAPS de la ciudad.

2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación, que más adelante se denominará “saturación de categorías”). Son trabajadoras sociales que además rotan por otros CAPS y que han participado, en el caso de la trabajadora social del CAPS Aeroparque en el diseño del PIDI (Programa integral de desarrollo infantil) que especifica los objetivos y tipos de intervenciones que deben realizar los trabajadores sociales.

3. La naturaleza del fenómeno en análisis: son trabajadoras sociales que tienen contacto con las familias gestantes del área programática a la que pertenecen ya sea por referencia al CAPS o por derivación de las obstétricas luego de la primera consulta prenatal.

La muestra es no probabilística y por conveniencia, es decir son muestras que están formadas por los casos disponibles a los cuales se tiene acceso. El trabajo en el territorio, en los tres Centros de Atención de atención primaria de la salud mencionados desde el área de la psicología perinatal y desde el proyecto de extensión radicado en esos centros de salud, proporcionaron las preguntas de investigación que guiaron este trabajo: cuáles son las intervenciones que realizan, qué

instrumentos utilizan en esas intervenciones en esta etapa vital y fundante para el psiquismo de las personas y cuáles promueven el desarrollo de procesos psicoafectivos protectores como son el maternaje y el paternaje.

Desde el campo de nuestra práctica profesional, la psicología, se ha teorizado en relación a los determinantes psico-sociales que influyen en la constitución del aparato psíquico de los sujetos y la importancia del desarrollo del maternaje y paternaje. Sin embargo no puede abordarse este campo sólo desde esta disciplina. Es así que como especialidad, la Psicología perinatal trabaja interdisciplinariamente y una de las áreas de importancia en la construcción de las intervenciones con personas gestantes y sus familias es el Trabajo Social. Por el trabajo realizado en territorio hemos observado la importancia de indagar cuáles son y así definir, las intervenciones que el trabajador social de la salud realiza en este contexto de lo perinatal y que promueven la construcción de vínculos saludables desde ese primer momento de vida.

Los primeros años de vida de un niño o niña constituyen una etapa fundante de su subjetividad, etapa primordial en el desarrollo y la atención a la primera infancia es uno de los temas prioritarios en las políticas públicas desde un paradigma integral y centrado en el enfoque de derechos. Este enfoque supone comprender que la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas son aspectos interrelacionados. Entre estos aspectos incluimos la presencia de todos los adultos y adultas significativas para ese niño o niña, familias, profesionales y agentes comunitarios. Personas que se relacionarán con ese niño o niña asumiendo un rol determinante para su crianza dándole cuidado, afecto, estímulo, valores y protección necesaria.

Luego de un relevamiento de los centros de atención primaria en salud hemos registrado que en 14 de ellos se implementarían los programas que abordan la atención integral de la persona gestante. Estos son Iremi, Belgrano, Las Heras, La Peregrina, Estación Chapadmalal, Alto Camet, Posta Félix U. Camet, Belisario

Roldán, Centro 2, Faro Norte, Libertad, Aeroparque. Todos ellos con características propias a nivel institucional y poblacional.

Los programas que se desarrollan son: El trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años, Plan Nacer-Sumar, El servicio social en el abordaje integral de la embarazada y los interrogantes que guiarán nuestra investigación, se problematiza la implementación de estas políticas públicas definiendo qué obstáculos o facilitadores aparecen en la práctica cotidiana en la atención.

De los 14 mencionados se focaliza la intervención en 3 de ellos: Batán-Iremi-Aeroparque por los motivos antes mencionados: posibilidad de interacción con las profesionales y el equipo de salud, cantidad de personas gestantes que se atienden allí, participación de las trabajadoras sociales en la construcción del Programa de desarrollo infantil y control de personas gestantes en otras prácticas complejas (laboratorio, ecografías y consultorio de embarazo de alto riesgo) que promueven que sean los CAs que reciben a la mayor parte de las personas gestantes en atención. Los demás no tienen laboratorio, ecografías, rayos.

La unidad de análisis de Aeroparque fue seleccionada porque, además de ser uno de los centros de atención en salud con los que articula el proyecto de extensión, la profesional manifestó interés en la especificidad del encuadre teórico y metodológico del abordaje psicológico perinatal, de las consecuencias de la no intervención preventivamente en esa etapa vital, manifestando la necesidad de contar con un protocolo que pudiese indagar todas las dimensiones de la salud mental perinatal y los posibles riesgos. También había participado en la construcción del Programa integral de desarrollo infantil que puntúa cuáles son las intervenciones a realizar desde el Trabajo social y manifestó las dificultades que se presentan en lo cotidiano en la atención a personas gestantes. Se podría clasificar como un informante clave para la investigación. De esta entrevista surge la propuesta de la creación de un instrumento que sea válido para abordar las diferentes dimensiones de la salud mental

perinatal ya que en cada CAPS se utilizan instrumentos distintos, mayoritariamente el informe social. Si bien al momento de la entrevista el número de personas gestantes de este CAPS no era significativo (11) sí lo era la información que la profesional podía brindar por contemplar una mirada abarcativa sobre la intervención más allá de su CAPS de referencia.

Batán es otro de los centros de atención primaria en el que está radicado el proyecto de extensión y que facilitó el trabajo de campo entrevistando a las trabajadoras sociales que allí se desempeñan y que además articulan con otros dos El Boquerón y Estación Chapadmalal. En el núcleo urbano Batán/Estación Chapadmalal/El Boquerón se concentra la mayor cantidad de población, alrededor de 45.000 habitantes, con una importante franja de niños/as y adolescentes. Otra particularidad de la zona es la proporción de población inmigrante. En cuanto a las características sociodemográficas, podemos señalar que en las quintas se encuentran establecidas las familias de origen boliviano que presentan problemas de documentación, en su mayoría de bajo nivel educativo, escasa capacitación en otro tipo de actividades que no sea la hortícola. Las mujeres de estas familias en general sufren una doble discriminación por género y nacionalidad, dedicando muchas horas a su trabajo mal remunerado. El Centro de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S. Batán es un centro de atención de 24 hs. y cuenta con guardia médica y enfermería, pediátrica solo los fines de semana. De lunes a viernes se atienden diversas especialidades: médica clínica, pediatría, ginecología y obstetricia, psicología, terapia ocupacional, nutrición, enfermería, servicio social, psicopedagogía y odontología. Quincenalmente traumatología y ortopedia. Cuenta con servicio de radiología y tres veces por semana personal de laboratorio realiza extracciones en dicha sede. También con servicio de ambulancia. Se debe visualizar y dimensionar que los profesionales del C.A.P.S., dan atención a toda la ciudad de Batán, siendo también referentes de consulta y derivación de todas las instituciones de dicha ciudad.

El otro centro de salud seleccionado para esta investigación fue el Centro de salud IREMI, ubicado en el macrocentro de la ciudad de Mar del Plata y la primera dificultad relevada fue la diversidad poblacional que acude a la atención allí. Este centro de salud convoca a personas de los otros centros de salud de la ciudad ya que posee atención de mediana complejidad, rayos, laboratorio, etc.. Por este motivo las trabajadoras sociales referían que les era muy complejo detectar a las personas gestantes que pertenecían allí ya que muchas elegían atenderse allí a pesar de no pertenecer al área programática, otras concurrían porque es el CAPS en el que se atiende a embarazos de alto riesgo o por la accesibilidad en los turnos. Las profesionales no contaban con un registro sistematizado de personas gestantes en atención en el momento de la entrevista que fue realizada en Marzo de este año, 2022. En cuanto al abordaje del embarazo de alto riesgo las trabajadoras sociales relataron que son abordados por un especialista en ginecología y obstetricia que trabaja los martes y miércoles.

Otras unidades de análisis además de personas y CAPs son las propuestas por Lofland et al. (2005):

Significados: Son los referentes lingüísticos que utilizan los actores humanos para aludir a la vida social como definiciones, ideologías o estereotipos. Los significados van más allá de la conducta y se describen e interpretan. Los significados compartidos por un grupo son reglas y normas. En el caso de esta investigación: los significados analizados fueron: familia, riesgo, perinatalidad, promoción y prevención de la salud, vulnerabilidad, perspectiva teórica que subyace a las intervenciones en salud, interdisciplina, salud mental perinatal.

Prácticas: Es una unidad de análisis conductual que se refiere a una actividad continua, definida por los miembros de un sistema social como rutinaria. En nuestro caso las intervenciones del trabajador social en el área perinatal, las áreas de intervención prioritarias o jerarquizadas por los profesionales en relación al contexto y demanda, problemáticas abordadas en los CAPS seleccionados, instrumentos utilizados y vinculación territorial, sistematización de las intervenciones y los datos recabados en cada práctica.

Encuentros: Es una unidad dinámica y pequeña que se da entre dos o más personas de manera presencial. Generalmente sirve para completar una tarea o intercambiar información, y termina cuando las personas se separan. En el caso de esta investigación fue la administración de la primera entrevista con la persona gestante en forma conjunta con la trabajadora social, los talleres realizados en los Centros de atención primaria,

6.4 Fuentes primarias y secundarias

La presente investigación recurre a fuentes primarias y secundarias relacionadas con el objeto de estudio. Al respecto, Saltalamacchia (2002: 336) señala que: Toda fuente se produce a partir de la acción de un investigador que, al caracterizar algo como fuente, pasa a convertirlo en un elemento de trabajo en el que se produce una interacción entre aquello que fue convertido en fuente y su propio desempeño, en relación a ella, a partir de ese momento. “Son fuentes primarias, tanto las referencias que obtiene de forma directa a través de entrevistas realizadas en el trabajo de campo, testimonios de expertos [...] que se complementa con documentación formal [...]” (Mendicoa, 2003: 91).

En este sentido las fuentes primarias consultadas en esta investigación fueron: los testimonios de las trabajadoras sociales, las observaciones en sala de espera las conversaciones con los coordinadores de los CAPS, en particular con el del Batán y la coordinadora de obstetricia del municipio. En cuanto a las fuentes secundarias la misma autora especifica que “son aquellas que resultan del trabajo de recolección y procesamiento de las de primera mano, para su divulgación, a través de guías, directorios, índices, documentos especiales, etc. [...]” (Mendicoa, 2003: 91). En este sentido fueron fuentes secundarias de esta investigación las normativas propias del área perinatal, los documentos históricos relevados y los documentos que delimitan la actuación de la disciplina en el área perinatal.

En cuanto a las posibilidades para el acceso al campo se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones previas: la comunicación informal con los trabajadores sociales, los posibles informantes clave y la articulación con el proyecto de extensión Nacer entre palabras radicado en los tres CAPS antes mencionados.

6.5 Método y técnicas de recolección de datos

Los métodos y técnicas utilizadas fueron la observación participante, la bitácora de campo y la entrevista. Durante las observaciones se realizaron análisis de conversaciones, análisis de documentos, descripción del campo de estudio, toma de fotografías.

En el trabajo de campo se recurrió a la observación participante y a las entrevistas semiestructuradas, sumado al análisis documental que se realizó en el primer momento investigativo. Se entrevistó a los profesionales integrantes (trabajadores sociales) de tres Centros de atención primaria de la salud que además desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito del área de salud y en el caso de una de ellas participó en la construcción del PIDI (Programa interdisciplinario de desarrollo infantil) en los casos estudiados.

Para el proceso de selección se tuvo en cuenta su experiencia en el ámbito de la salud, el tiempo que hace que se desempeñan en el mismo CAPS y el conocimiento de la comunidad /vinculación territorial que tienen así como la cantidad de población gestante que atienden.

Las entrevistas se realizaron durante los meses de octubre y noviembre de 2021 y marzo del año 2022. Se tomaron estos meses debido a que la mayoría de los profesionales se encontraban en su ámbito laboral, lo cual facilitó la interacción en el contexto de estudio. Previo a la aplicación de las entrevistas se mantuvo contacto con los trabajadores sociales integrantes de los tres centros de salud, con la finalidad de invitarlos a participar del estudio.

Cabe destacar que se avanzó en el trabajo de campo en la medida en que los integrantes disponían de sus horarios y tiempos para participar del estudio. Además, se realizó un análisis documental de leyes y documentos escritos sobre las políticas públicas, relacionadas con el ámbito perinatal o de salud materno infantil.

Se entiende por “documentos a todo conocimiento fijado materialmente sobre un soporte (piedra, papel, celuloide, magnetófonos, etc.), que se puede utilizar para rememoración, consulta, estudio o trabajo” (Saltalamacchia, 2002: 353).

Los documentos analizados fueron el Portafolio destinado a Rotación de Residencias de Pre y Pos Grado en Trabajo Social y/o Trabajadores Sociales de la División Servicio Social en Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón del año 2018 el PIDI (Programa integral de desarrollo infantil) y los programas municipales de atención integral de la embarazada y de abordaje del niño de 0 a 6 años.

La observación participante es otro instrumento para la recolección de datos en el trabajo de campo. En esta técnica se tuvieron en cuenta las observaciones en un espacio de trabajo interdisciplinario y las charlas informales que luego fueron registradas en el cuaderno de campo. Como afirman Taylor y Bogdan (1996: 50), los observadores participantes entran en el campo con la esperanza de establecer relaciones abiertas con los informantes. Se comportan de un modo tal que llegan a ser una parte no intrusiva de la escena, personas cuya posición los participantes dan por sobreentendida. Idealmente, los informantes olvidan que el observador se propone investigar. Con respecto al registro de la información se empleó la bitácora de campo y el registro escrito de las entrevistas. Durante la observación se registraron datos sobre el ambiente físico, el ambiente social y humano, las actividades individuales y colectivas, instrumentos y hechos relevantes.

Elementos de la observación:

*Espacio físico de trabajo de las trabajadoras sociales

*Horario de atención

*Disponibilidad de recursos

*Instrumentos utilizados

*Cartelera de información en sala de espera

*Demanda de los usuarios que consultan en la administración por el Servicio Social

*Articulación con otros profesionales del centro de salud

Bitácora de campo:

En la bitácora de campo se registraron las observaciones realizadas en las salas de espera de los CAPS, el entorno físico del centro de salud, la red de instituciones con los que articula el CAPS, la dinámica de atención a los usuarios del sistema de salud, las disciplinas que trabajan allí, fotografías de las salas de espera y los pasos a realizar en la investigación.

Entrevista semiestructurada:

Durante la investigación se administró la siguiente entrevista a las trabajadoras sociales de los CAPS seleccionados durante el trabajo de campo en el territorio.

Entrevista: se utilizaron preguntas generales, preguntas para ejemplificar, preguntas estructurales y preguntas de contraste.

Ejes a analizar:

- Especificaciones del trabajo social en el área de salud
- Antecedentes en la formación de grado en relación al área perinatal.
- Intervenciones en el ciclo vital perinatal (preconcepción-concepción- parto- puerperio y primera infancia)
- Programas implementados en la ciudad de Mar del Plata
- Obstáculos en la implementación de los programas establecidos.

- Forma de acceso a la población de familias gestantes
- Intervenciones realizadas
- Instrumentos utilizados en las intervenciones

Preguntas de la entrevista:

¿Cuál es la especificidad del rol del /a trabajadora social en el área de la salud y específicamente en atención primaria?

¿Con qué formación en salud mental perinatal cuentan para el abordaje de esta etapa vital?

¿Cómo definirías a la salud mental perinatal?

¿Cuáles son las intervenciones que se realizan con las familias gestantes que acuden a los Centros de Atención Primaria?

¿Existen programas o protocolos de actuación sistematizados?

¿Cuáles consideran que son los obstáculos en la implementación de los mismos en caso de haberlos?

¿Cómo es el acceso a la población de familias gestantes?

¿Cuál es la mayor demanda que reciben en las consultas?

¿Cuál es la problemática que consideran emergente en este momento en relación a la etapa vital definida en esta investigación?

¿Qué instrumentos utilizan?

¿Considerás que es necesaria otra herramienta para el abordaje de la salud mental perinatal de las familias gestantes?

6.5 Las etapas de la investigación fueron las siguientes:

- *Relevamiento de los CAPS en los que se llevan adelante los programas implementados para el contexto perinatal.

- *Contacto e inserción al campo.

- *Relevar cuales son los programas implementados en el área perinatal a nivel nacional, provincial y local.

- *Analizar objetivos y estrategias que proponen.

- *Construcción de la entrevista.

- *Administración de la entrevista a los/las trabajadores sociales de los tres centros de atención primaria de la salud seleccionados.

- *Indagar el grado de implementación de los programas (alcances, porcentajes, población , etc.)

- *Caracterización de las intervenciones de los trabajadores sociales.

- *Definición de los alcances de las intervenciones

- *Descripción de posibles intervenciones que podrían visibilizar la especificidad de la intervención de la disciplina.

- *Desarrollo de propuesta de Especialización y construcción de un instrumento a utilizar en todos los centros de salud para sistematizar la información relevada.

6.6 Análisis de los datos

Para el análisis de los datos cualitativos en esta investigación se tomaron los datos recabados en las entrevistas, las observaciones y en los análisis de los documentos. En un primer momento describimos, luego analizamos a la luz de las categorías mencionadas previamente y agrupadas según significados, prácticas y encuentros. Las categorías construidas fueron:

Intervención de los trabajadores sociales en el primer nivel de atención en salud

Prevención y promoción de la salud como estrategia de APS

Perspectiva teórica de los trabajadores sociales entrevistados

Áreas prioritarias de intervención

Vulnerabilidad

Riesgo

Instrumentos utilizados en el abordaje con familias gestantes

Sistematización de la información

Concepción sobre la Salud mental perinatal

Especificaciones del trabajo social en el área de salud.

Estrategias utilizadas en APS: talleres y dispositivos comunitarios.

Programas implementados en la ciudad de Mar del Plata

Obstáculos en la implementación de los programas establecidos.

Modalidad de acceso a la población de familias gestantes

Antecedentes en la formación de grado en relación al área perinatal.

Posteriormente interpretamos los datos recabados en relación a los documentos analizados y las entrevistas realizadas. Para validar la información obtenida durante el proceso de investigación, se recurre a la triangulación metodológica: información recabada de los entrevistados, marco teórico seleccionado y la interpretación de la autora.

Retomando las categorías mencionadas anteriormente hemos observado lo siguiente:

Elementos de la observación:

En relación al espacio físico de trabajo de las trabajadoras sociales, horarios de atención y disponibilidad de recursos encontramos diferentes situaciones en cada uno de los centros de atención primaria, sin embargo la ubicación del consultorio del servicio social fue un dato a interpretar en relación a: la comunicación con otros profesionales y servicios de la institución, la posibilidad de accesibilidad de los usuarios, la visibilización de los días y horarios de atención en cartelera.

En el CAPS Iremi, mencionado por una profesional obstétrica como *“un caps expulsivo”* el consultorio se halla al final del pasillo a la derecha, sin señalización ni indicaciones que orienten a los y las usuarias siendo una oficina de tamaño muy reducido (sólo hay lugar para las dos trabajadoras sociales, un escritorio, y una silla para la persona que acceda al servicio) y sin ventanas. La entrevista se realizó en ese lugar y los emergentes de la misma giraron en relación a la problemática que predomina, según ellas, en la población gestante: las adicciones y su imposibilidad de intervención, afirmando que *“aunque les explicamos los efectos de las sustancias en sus bebés no cambian la actitud”*, *“eso si vienen a la entrevista cuando la obstétrica las manda”*. En este sentido manifestaron que no podían acceder a todas las personas gestantes que se atendían en ese centro de salud porque muchas no van cuando les

avisa la obstétrica en el primer control y que las demás ya tienen su Caps de referencia. Los horarios de atención son alternados de lunes a viernes cumpliendo 6 horas diarias.

En el CAPS Aeroparque, la profesional atiende dos veces a la semana de 8 a 14hs en un consultorio compartido con otras disciplinas según el día. Es un espacio muy reducido en el que hemos administrado la primera entrevista a las personas gestantes junto a la profesional y hemos observado las variables que indaga en esa intervención. La profesional que se desempeña en el Caps mencionado participó de la planificación del Programa integral de Desarrollo Infantil del municipio. Relató en la entrevista, que uno de los obstáculos a superar es la falta de espacio para talleres u otras actividades de tipo grupal. Estas actividades podían ser llevadas adelante en el patio que tiene el centro de salud pero de acuerdo a las condiciones climatológicas, no pudiendo realizarlos en invierno o en otoño.

En el CAPS Batán, el consultorio de las trabajadoras sociales se halla junto al servicio de obstetricia y en frente del consultorio de pediatría. Además las profesionales deambulan por la institución interactuando con las personas que se hallan en la sala de espera, ya sea de la Guardia o de los diferentes consultorios. Desempeñan sus tareas en un consultorio amplio para las entrevistas individuales y cuentan con un salón de usos múltiples para las actividades grupales. Los horarios de atención de las trabajadoras sociales en este CAPS es el siguiente. Batán (lunes, miércoles y viernes), en Chapadmalal, los miércoles (una de ellas) y en el Boquerón cada quince días.

En el CAPS IREMI no hay cartelera en la que se visibilicen los horarios de atención del servicio social, tampoco en el CAPS Batán pero sí el CAPS Aeroparque. De todos modos las familias se acercan al sector administrativo y consultan por los horarios en los que atienden según relataron en las entrevistas.

En cuanto a las demandas recibidas y que las trabajadoras sociales jerarquizaron por su recurrencia e importancia figuran los casos de violencia de género, embarazo adolescente y adicciones pero las que atienden principalmente día a día son problemáticas habitacionales, de documentación y de inscripción en las diferentes asignaciones sociales.

La articulación con otros profesionales del centro de salud se realiza con mayor fluidez en los CAPS Batán y Aeroparque, siendo más difícil en el CAPS Iremi por las características mencionados en parte de los capítulos de esta investigación, la rotación de los profesionales, la falta de reuniones de equipo para abordar diferentes problemáticas y las características de la población que acude que rota por diferentes centros de la salud y acude a este solo en casos puntuales (laboratorio o consultorio de embarazo de alto riesgo).

La vinculación territorial y comunitaria se da en los CAPS Aeroparque y Batán, quienes articulan con diferentes sectores de la zona programática en la que están emplazados (sociedades de fomento, instituciones educativas, centros de extensión universitarios, etc) no ocurriendo esto en el caso del CAPS Iremi.

La población de personas gestantes accede a Servicio social luego del primer control obstétrico pero no existe un criterio común, por ejemplo en el CAPS Aeroparque la profesional relata que *“por precaución las cito en el segundo trimestre, al inicio del 4to mes de gestación. Por las dudas, en caso de que no prospere el embarazo”*

Con respecto al modelo de abordaje en salud hay una tendencia al modelo socioeducativo y terapéutico que permitiría realizar estrategias promo preventivas. Sin embargo predominan los abordajes reparatorios, terapéuticos, de reparación que tienen por objetivo contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud. También existen situaciones ligadas a la

rehabilitación, por ejemplo en problemáticas de violencia de género y adicciones que intentan orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma y estimular a que la persona pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.

Programas analizados:

- 1) Programa de desarrollo infantil
- 2) Plan Nacer Sumar
- 3) El servicio social en el abordaje integral de la embarazada
- 4) El trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años. Recreando nuevas estrategias

El PIDI (Programa integral del Desarrollo Infantil) es un programa municipal del año 2010 que permitió el ingreso de varios profesionales que tenía como objetivo sistematizar la atención de embarazadas de niños y niñas desde una mirada de atención temprana. También intentan localizar a las mujeres embarazadas sin control y fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles. Refieren que de todos modos, antes del Programa mencionado, se intentaba realizar las intervenciones de manera integral. Todas las trabajadoras sociales refieren que esos programas necesitan actualización.

Según lo relevado en las entrevistas realizadas en territorio no existe un criterio común en varias de las intervenciones propuestas por el Programa de atención integral de la embarazada, tampoco un protocolo o instrumento común que permita sistematizar las personas gestantes que concurren a atenderse a los Centros de atención primaria de la salud, siendo los datos “estimativos”. Este número estimativo es de 180 personas gestantes, siendo entrevistadas alrededor de 80% en dos de los centros de salud y sin registro fehaciente de que cantidad en el tercero. Este es un

obstáculo para la detección adecuada de situaciones de riesgo, tanto para la mujer o persona con capacidad de gestar, como para su futuro hijo/a.

De este modo los principios de equidad y accesibilidad se precarizan ya las intervenciones no llegan a toda la población de familias gestantes, además de no propiciar una adecuada referencia y contrarreferencia con los restantes niveles de atención en salud y tampoco genera un ambiente facilitador para la participación comunitaria y la promoción de la salud perinatal.

En lo que respecta a las intervenciones mencionadas en el documento del municipio que refiere que la persona gestante tendría que acceder a las siguientes prácticas: ingreso espontáneo al CAPS de referencia, otorgamiento de turno para control obstétrico y entrevista con Servicio social se observó que cada uno de los centros de atención tiene una modalidad diferente en cuanto al primer turno con Trabajo social. No es una indicación dentro de la historia clínica, queda a criterio de la intervención de la obstétrica la derivación al servicio .Esto muchas veces sucede pero solo cuando se detecta una situación que la profesional puede evaluar como riesgosa, si esto no sucede el acercamiento al servicio puede darse en cualquier momento del embarazo.

La administración de la entrevista depende además del criterio de la trabajadora social argumentando que las usuarias no concurren, *“se pierden en los pasillos”* , *“se escapan”* o priorizan el acompañamiento médico en desmedro de psico-social concurriendo solamente si es necesaria alguna ayuda material, beneficio o por conflictos habitacionales, alimentarios o escolares de otros hijos/as.

Con respecto a la información sobre los talleres de acompañamiento a las personas gestantes es otra intervención que se desdibuja o no se realiza .Los motivos varían desde *“no participan”*, *“no tenemos espacio físico”*, *“las llamas y no vienen”*, *“no podemos usar nuestros teléfonos para convocarlas”*. En sólo dos de los CAPS en los

que realicé el trabajo de campo se convoca a las personas gestantes a un taller de Planificación familiar y uno sobre la ley de Parto humanizado.

La entrevista con Servicio Social es esperable que se realice durante el primer trimestre según lo establecido en el programa municipal. Esta intervención tampoco tiene un protocolo específico. Algunas de las profesionales realizan el Informe Social, otras les hacen preguntas relativas a su situación familiar, laboral, habitacional y de salud no incorporando las dimensiones propias de la maternidad- paternidad. Además, solo se realiza a la mujer /persona con capacidad de gestar sin proponer la participación de quien acompañe esa gestación.

Cuando la entrevista se realiza, las profesionales le informan sobre el Plan NACER, potenciando la información en relación a la asignación económica que habilita ese beneficio sin resaltar las otras dimensiones del programa y la articulación con otros, por ejemplo el Programa de los 1000 días.

Con respecto al seguimiento en caso de ausentismo de la persona gestante al control asignado, las intervenciones varían. Algunas naturalizan el hecho de la falta de control y acompañamiento en la gestación refiriendo que *“ya conocen a la familia”* y que son así en la mayoría de las problemáticas que pueden haber atravesado en su historia familiar.

“Las familias conocidas”, una denominación que naturaliza el riesgo, la vulnerabilidad y la imposibilidad de cambio en esa estructura familiar. Imposibilidad de cambio que se fortalece cuando no hay intervenciones instituyentes.

Cuando la usuaria accede a la entrevista con el Servicio Social y pueden detectarse factores de riesgo se realizan las intervenciones según la problemática detectada y se deriva al área específica: nutrición, enfermería, salud mental, etc. Si bien para la identificación de personas gestantes sin control se establecen diferentes estrategias desde el programa como la articulación con diferentes efectores

(comedores, escuelas, promotores barriales, redes comunitarias), esta articulación es débil.

Durante el puerperio, se implementa el consultorio de Puerperio y el control de recién nacido sano que posibilita que la persona acceda al control junto con su bebé. Se estipula la consulta con médico/a ginecóloga o generalista. No hay consulta con Servicio social salvo que sea necesaria la asignación de algún beneficio y la invitación a los talleres de Planificación familiar, observada esta intervención en uno solo de los centros de salud y de forma intermitente.

En lo que refiere a los controles del/la niña recién nacida las intervenciones que se estipulan son:

El ingreso al CAPS de referencia de todo/a niño/a recién nacida a las 48 hs. del alta a través de la Oficina de referencia y contrarreferencia que le informará a la madre/cuidadora el lugar, el día y horario de atención del/a recién nacida. Esta información es enviada digitalmente y semanalmente al CAPS correspondiente y es información con la que egresa la persona gestante y su familia. Es el pediatra quien realiza el control a las 48 hs y quien abre la Historia Clínica realizando control de peso, examen clínico y vínculo materno, no hay especificidad de cuáles son las variables de evaluación del vínculo materno pero entrevistando a las enfermeras que desarrollan su actividad en el control del recién nacido sano durante las intervenciones que realizamos desde el proyecto de extensión refieren que observan si pueden amamantar, si hay dificultades en relación al sueño y la alimentación y al peso, pero sobre todo se focalizan en la lactancia. Si bien el programa propone la realización de talleres de acompañamiento a la crianza esto no fue observado en ninguno de los CAPS en los que se llevó adelante la investigación.

Durante el control de recién nacido sano, la persona gestante vuelve a entrevistarse con el Servicio social y en ese momento, el objetivo es inscribir al/la niña en el PIDI (Programa de Desarrollo infantil). En el CAPS Iremi, que recibe a población de otros

centros porque allí se realizan controles de embarazos de riesgo por ejemplo, es más compleja la intervención del equipo de Servicio Social ya que muy pocas tienen su radicación allí.

Las acciones definidas en el Programa integral de desarrollo infantil son:

Con relación a la planificación de estrategias de intervención interdisciplinarias para potenciar las capacidades de cada persona gestante y niño no se registran acciones concretar ni sistematizadas. Se observa escasa implementación en la realización espacios de crecimiento y reflexión con la comunidad en temas referidos al desarrollo infantil como también en acciones que promuevan estilos de vida saludables en niños, familias y cuidadores incentivando la participación activa de la comunidad.

La Informatización de registros e historia clínica se adecua al sistema digital del municipio.

Hay obstáculos en la incorporación de nuevos profesionales (enfermería, ginecología, pediatría, medicina general, nutricionistas terapistas ocupacionales, psicopedagogas, fonoaudiólogas, asistentes sociales) y no menciona a la psicología.

Hay ausencia de capacitación conjunta de los equipos de salud y las opciones que ofrece el municipio son opcionales, salvo el curso sobre la ley Micaela que es requisito obligatorio.

La reestructuración edilicia de los CAPS está en desarrollo pero la provisión de recursos materiales es escasa. En el caso de la articulación con otros programas se realiza a través de las prestaciones de Anses.

La coordinación con las secretarías de Educación y desarrollo social se realiza pero a nivel de coordinación general no de los CAPS, quienes derivan la consulta a cada organismo y de allí implementan la estrategia de intervención según el caso.

En relación a los tres CAPS, las intervenciones que se realizan no tienen el mismo criterio de implementación, hay una dificultad en la sistematización y articulación pero también depende de la población que concurre al CAPS.

Acciones del Plan Nacer-Sumar:

En relación a las metas trazadoras propuestas por este programa en el primer nivel de atención la captación temprana de personas gestantes es escasa, la cobertura de inmunizaciones es plena y la realiza el área de enfermería, el cuidado sexual y reproductivo está a cargo de las Consejerías en las que intervienen los y las trabajadoras sociales fundamentalmente en las consultas de IVE , destinando poco tiempo a dispositivos promo preventivos en el área .El seguimiento del niño de 1 a 6 años se articula con el Programa Integral de desarrollo infantil. La inclusión de la población originaria tiene obstáculos en la integralidad del abordaje intercultural. No se observaron en el desarrollo de la investigación y tampoco en los 5 años de implementación del proyecto de extensión Nacer entre palabras talleres de orientación para padres.

El dispositivo de promoción de la lactancia materna toma diferentes modalidades, desde el asesoramiento de las obstétricas en forma individual al dispositivo de consultorio de lactancia que funciona en el CAPS IREMI y que es el único dispositivo que está instituido y funciona regularmente realizando un abordaje integral de la salud perinatal.

No existen talleres o espacios de asesoramiento sobre pautas de alimentación y crianza sistematizadas, los consejos para la prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita se realizan en la consulta de pediatría o enfermería.

De los cinco controles estipulados para la persona gestante el promedio es entre 3 y 4 y la información sobre los cuidados durante el embarazo, luego del parto y del recién nacido no incorporan la salud mental perinatal. En tanto que el modelo de atención que predomina es el modelo terapéutico con derivación en caso de emergencia a médicos especialistas (nutricionista, asistente social, psicólogo).

El servicio social en la atención integral de la embarazada:

Los objetivos del programa son brindar atención, acompañamiento y contención a la embarazada y su familia, sin embargo solo se realizan intervenciones en el binomio. También se propone la construcción de dispositivos de prevención y promoción desde abordajes individuales, grupales, disciplinares y multidisciplinarios pero con dificultades en la implementación. En el CAPS Aeroparque solo se realizan entrevistas en conjunto con la nutricionista.

A pesar de que el acompañamiento en esta etapa comienza desde la confirmación del embarazo hasta la finalización del puerperio, el abordaje en esta última etapa es escaso a pesar de existir un consultorio de puerperio. Las intervenciones están orientadas a la consulta médica, más que a la social o a la psicológica.

Resalta la importancia de trabajar con las personas que atraviesan esta etapa radica en los diversos cambios que se producen pero no especifica cuáles y que tipos de estrategias podrían desarrollarse.

Afirma que las situaciones de vulnerabilidad social que atraviesan muchos grupos familiares pueden agudizarse o ponerse de manifiesto ante el embarazo, lo cual implica el desafío para el profesional de generar estrategias de intervención durante

esta etapa, brindando herramientas en pos del ejercicio de los derechos y autonomía de las personas. Sin embargo solo toma la dimensión social de la vulnerabilidad.

El objetivo general es promover estrategias de abordaje integral de la salud de la mujer embarazada y su familia potenciando capacidades adquiridas y generando nuevas para el cuidado de la salud, sin embargo no existen intervenciones planificadas orientadas al logro de este objetivo.

Si bien entre los objetivos específicos se plantea generar espacios que favorezcan el diálogo, intercambio y la reflexión de experiencias tendientes a reforzar los factores protectores de la mujer embarazada, la entrevista se orienta a completar el informe social que poseen como instrumento de recolección de datos poniendo de relieve la necesidad de un instrumento que condense la información de las personas gestantes en el municipio y que indague todas las dimensiones de la salud.

Se orienta y asesora acerca de la existencia de servicios y recursos disponibles en la comunidad durante la primera entrevista y se brinda asesoramiento y orientación respecto a los derechos filiales y del niño (identidad, lactancia) así como de conocimiento del circuito de controles de salud del niño y la madre.

Las metas de este programa disponen que se debiera realizar el 100% de las entrevistas a todas las embarazadas en control pero como se relevó de las entrevistas no se logra, así como tampoco la intervención en un 80% de las situaciones de mayor vulnerabilidad social detectadas.

Estrategias de abordaje:

-Entrevistas individuales con la embarazada durante el primer trimestre en sede: se realiza aunque con dificultades en la vinculación con las personas gestantes, no existiendo un criterio unificado de cuándo realizarla a pesar de que el programa estipula que se realice en el primer trimestre.

-Entrevistas con la pareja y/ o familiares o entrevistas domiciliarias: no se realizan salvo casos graves.

-Participación en talleres de pre-parto y acompañamiento de la embarazada: han acompañado los talleres planificados por el proyecto de extensión pero solo en aquellos referidos a los derechos y normativas específicas (taller de parto respetado)

-Entrevistas en forma conjunta con miembros del equipo: se implementó como estrategia solamente en el CAPS Aeroparque con el instrumento construido luego de las entrevistas realizadas a las trabajadoras sociales en el marco de la investigación con resultados positivos en relación a la amplitud del abordaje y detección de factores protectores y de riesgo.

El programa refiere que la implementación de estrategias interdisciplinarias dependerá de la generación de acuerdos, teniendo presente los tiempos, dinámicas y voluntades de cada equipo, si bien es respetuoso de la autonomía de los equipos tiene el riesgo de dejar librado a la voluntad de cada equipo y de cada integrante la perspectiva interdisciplinaria

El Sistema de registro incluye el informe social además de otros registros como los protocolos del CLAP y aquellos propios de cada servicio pero se podría incorporar la entrevista en salud mental perinatal como instrumento síntesis que plasme la mirada de la disciplina.

La generación de espacios de evaluación al interior del equipo solo se observó en el CAPS Batán y no se implementa la encuesta de opinión sobre las actividades grupales.

Predomina el abordaje individual, no hay registro exacto de porcentaje de personas gestantes en el Servicio social y no se desglosan las intervenciones en situaciones de vulnerabilidad social, según modalidad de abordaje disciplinar y multidisciplinar.

Existen pautas orientadoras para la intervención y el registro del Trabajador Social que sugieren que durante la primera entrevista (programada o espontánea) se establecerá un vínculo con la embarazada que permita ir profundizando en el conocimiento de la misma sobre distintos aspectos que hacen a su vida personal, familiar y comunitaria. En el marco de respeto a la persona, su dignidad e identidad individual y cultural resguardando el espacio de intimidad, privacidad y confidencialidad de la información priorizando su salud y la del embarazo y a pesar de que se promoverá la participación de la pareja en el proceso de atención de la embarazada no es una práctica que se realice en ninguno de los tres CAPS que seleccionamos.

Se indica recabar información sobre estas dimensiones (se agrupan según se realiza o no)

Información que se recaba:

- Datos de Base de la persona gestante: CAPS, fecha de la entrevista, N° de H/C, Apellido y nombre de la embarazada, edad, domicilio, tel., barrio, escolaridad alcanzada, ocupación, obra social, programas que percibe, otras instituciones de referencia, motivo de la entrevista.
- Contextos: socio – familiar - educativo- ambiental de la embarazada y su grupo familiar.
- Historia personal, la conformación de su grupo familiar, la pareja actual y de anteriores uniones si las hubiere.
- Derecho a la filiación e Identidad.
- Situación laboral de la mujer y organización económica y familiar para el momento del parto.
- Nivel educativo alcanzado, detección de inquietudes formativas.

-Geo referenciar a la embarazada y su grupo familiar.

Información que no se recaba:

-Características culturales (grupos étnicos, nacionalidad)

-Número de embarazos y número de partos.

-Caracterizar situación con su pareja y la planificación de su embarazo.

-Uso de métodos anticonceptivos.

-Vínculos con otros integrantes de su familia. Establecer su red de apoyo familiar y comunitario.

-Identificar el lugar que otorga al cuidado de su salud. Antecedentes de consumo o de adicciones (estupefacientes, psicofármacos). Hábitos alimentarios y de descanso.

-Patologías previas y actuales. Respuesta tratamientos anteriores

-Temores propios del embarazo y de la crianza.

-Antecedentes mortalidad neonatal/ infantil.

-Antecedentes de violencia y/ o abandono en su historia personal y familiar.

-Conocimiento previo sobre prevención de ETS-HIV u otras enfermedades que inciden en el embarazo.

- Información sobre salud mental.

- Confección de Familiograma.

-Actitud y aceptación de la entrevista.

Al finalizar la entrevista se ofrece el espacio de Servicio social en caso de que lo requiera pero no se plantea un nuevo encuentro a lo largo del acompañamiento de la gestación.

El trabajo social en el abordaje integral del niño de 0 a 6 años. Recreando nuevas estrategias (enmarcado en el programa municipal de desarrollo social):

Fundamentación:

En la fundamentación del programa refiere que el Trabajo Social como disciplina interviene en el proceso salud enfermedad atención desde una mirada integral, formando parte de los equipos de los CAPS, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, con niños de 0 a 6 años. Este programa unifica y sistematiza prácticas y acciones que se vienen desarrollando desde hace varias décadas en los centros de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón.

En este contexto el Servicio Social en salud recrea y sustenta sus intervenciones en:

- la promoción y los derechos del niño
- el respeto por la diversidad
- la implementación de las estrategias de APS: prevención , promoción y participación comunitaria
- la atención del niño
- la integración de la pareja, la familia y/o cuidadores en la crianza del niño

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita

resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad.

En este sentido desde el municipio, y desde nuestra área es fundamental recrear nuevas estrategias dada la complejidad de las situaciones sociales con las que trabajamos, siendo imprescindible el trabajo en equipo y con la comunidad.

El objetivo general es implementar estrategias de atención, prevención y promoción para el abordaje integral del niño de 0 a 6 años y sus grupos familiares en el marco del Programa de Desarrollo Infantil. Para el logro de este objetivo se propone conocer a las familias para identificar situaciones de vulnerabilidad social que requieren abordaje y seguimiento profesional, coordinar, evaluar e implementar estrategias de abordaje interdisciplinario en función del cuidado integral del niño y su familia, generar espacios de intercambio, diálogo y reflexión con la familia y la comunidad, tendientes a reforzar factores protectores en relación al crecimiento y el desarrollo del niño y articular, orientar y asesorar sobre los recursos y programas existentes en la comunidad, favoreciendo la accesibilidad y el ejercicio de los derechos ciudadanos.

Según las metas se tendría que entrevistar al 100% de las familias de los recién nacidos que ingresan al CAPS pero no se logra en consonancia con que tampoco se logra entrevistar al 100 % de las personas gestantes. También se tendría que lograr que en todos los CAPS existiese algún dispositivo de intervención interdisciplinario pero tampoco se observó. La modalidad de abordaje es principalmente disciplinar.

La disponibilidad de recursos depende de cada CAPS en relación a: el espacio físico (reducido en IREMI y Aeroparque-disponible en Batán) no contando con material audiovisual y escaso material didáctico (flyers, carteleras, material de difusión, etc). Por ejemplo en el CAPS Batán el material es realizado por los propios profesionales.

Cuadro síntesis:

PROGRAMA	FAMILIA	RIESGO	PERSPECTIVA TEÓRICA	PROMO- PREVENCION
1	Brindar atención profesional a las familias en las que uno o más de sus miembros se encuentren bajo programa en el Centro de salud. Elaborar un diagnóstico social de la familia, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales que inciden en la salud de la misma	Debe realizar diagnóstico de riesgo Lo define como es la probabilidad que tiene un individuo grupo o comunidad de sufrir daño o enfermedad de origen biológico, social o ambiental. No define el emocional o mental	Modelo superador del modelo asistencialista, enfocado en el modelo socioeducativo y terapéutico.	Se destaca la importancia de la educación y de las estrategias de la APS para asegurar la integridad (relación de las personas con sus contextos) Se definen las acciones que debe desarrollar el/la TS Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud. Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor

				calidad de vida. Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud. Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos. Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud. Relación entre la comunidad y los equipos de salud
2	Persona gestante y niño hasta los 6 años	Identificar de forma precoz situaciones de riesgo en la que se encuentren el	Modelo superador del modelo asistencialista, enfocado en el modelo	Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que

		niño y la madre.	socioeducativo y terapéutico.	inciden sobre la salud. Suministrar información sobre hábitos saludables. Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.
3	Embarazadas y niños recién nacidos		Modelo superador del modelo asistencialista, enfocado en el modelo socioeducativo y terapéutico.	Estrategia APS
4	Niños y niñas de 0 a 6 años. Integración de la familia en el abordaje.		Modelo superador del modelo asistencialista, enfocado en el modelo socioeducativo y terapéutico.	Dispositivos que orienten a las familias en las crianzas. Promoción, atención y orientación.
PROGRAMA	INTERDISCIPLINA	SALUD	VULNERABILIDAD	SISTEMATIZACIÓN

1	Determina la articulación con diferentes especialidades según demanda poblacional, complejidad y estructura del CAPS. Interconsulta o derivación: ausencia de interdisciplina como intervención	Abordaje integral Importancia de los determinantes sociales de la salud Mirada superadora del modelo médico hegemónico. Prioriza la salud materna infantil pero no la define.	Definida como es la capacidad que tiene una sociedad, grupo o persona de ser afectada por un daño o lesión que le haga perder el estado de bienestar. Reduccionismo Se agrupa a niños recién nacidos y embarazadas, madres que trabajan fuera del hogar y tienen hijos menores de 5 años, embarazadas adolescentes, con duelos previos, situaciones de violencia, prematurez	Se indica, no especifica la modalidad de sistematización. No se hallaron datos precisos de sistematización.
---	---	---	---	---

			como antecedente, antecedentes de abuso sexual.	
2	Define lo interdisciplinario como compartir información, objetivos y decisiones. Priorizar en los grupos con mayor vulnerabilidad Obstáculo		social	No hay datos sistematizados.
3	Propuesta interdisciplinar, mayormente disciplinar. Voluntad de los equipos condicional abordaje	Prioriza la salud materna infantil pero no define	social	No hay datos sistematizados
4	Equipo multidisciplinar, realiza un abordaje de la embarazada en su contexto social, considerando los determinantes del proceso salud- enfermedad-atención. Nutrición-salud mental solo derivación(no preventivamente)	Prioriza la salud materna infantil pero no define	Solo se define por la vulnerabilidad social. Articular con Luna	No hay sistematización de los datos y de los objetivos propuestos a alcanzar en relación a los porcentajes esperados.

Capítulo 7: Entre las normativas y las demandas: tensiones y posibilidades de la intervención del trabajo social en el ámbito perinatal

7.1 El proceso de investigación: problema inspirador de la investigación

7.2 Dando voz al trabajo social: problematizando la normativa en relación a la práctica cotidiana en los centros de atención primaria

7.3 Aportes del Trabajo social a las intervenciones con familias gestantes en el primer nivel de atención

7.4 Trabajo social perinatal ¿nuevo ámbito de especialización?

7.5 Conclusiones

7.1 El proceso de investigación: problema inspirador de la investigación

El trabajo en territorio a través del proyecto de extensión universitaria “Nacer entre palabras: salud mental perinatal, una construcción colectiva” a lo largo de cinco años permitió conocer la intervención del/ a Trabajadora social con las personas gestantes con las que trabajo como psicóloga. La intervención conjunta con la disciplina le otorgaba una mirada compleja, integral, social y política. Era esa la dimensión que mi formación como psicóloga no había propiciado. Tampoco la especialización, una formación pensada para poblaciones que requerían atención en el ámbito privado de la salud. Es decir para un sector de la población que excluye a una gran cantidad de personas y familias gestantes que no cuentan con la seguridad social derivada de poseer un empleo no precarizado.

Precisamente si como dice Michel O'dent (2005), médico obstetra referente en la temática de la salud perinatal y que condujo transformaciones paradigmáticas,

“Para cambiar el mundo, hay que cambiar la forma de nacer” pudiéndose agregar que también se puede cambiar la forma de matenar/paternar/ criar y cuidar.

La pregunta que orientó el desarrollo de esta investigación fue ¿cuáles son los aportes del trabajo social en el primer nivel de atención en salud en las intervenciones con familias gestantes que promuevan el abordaje integral y promo -preventivo en la etapa perinatal?

En el desarrollo de esta investigación explico y describo cuáles fueron los motivos pero hay uno que se vincula directamente con mi intervención en la clínica perinatal en el territorio, en el sistema público y en los Centros de atención primaria: cuidar ese instante fundante del psiquismo en el momento de la gestación y de los primeros 1000 días es una cuestión de política pública y los/as profesionales de la salud tenemos un compromiso ético-político en ser promotores de estas estrategias, programas y políticas sociales. Un niño/a alojado, sostenido, escuchado será un adulto/a que sostenga, que aloje, que escuche y que cuide y esto es prioritario para sostener el lazo social tan fragmentado como nuestras intervenciones, nuestro sistema de salud y nuestros vínculos.

Retomo lo desarrollado en la introducción de esta investigación. La población de la ciudad de Mar del Plata cuenta con grupos poblacionales que debido a sus condiciones de vulnerabilidad socio-cultural y socio-sanitarios presentan mayor riesgo psico-social. La población de personas gestantes es uno de ellos. Entre estos riesgos en el período perinatal (embarazo-parto-puerperio y primera

infancia) se evidencia probabilidad de muertes prematuras o imposibilidad de construir el vínculo de apego necesario para la constitución subjetiva de los sujetos. La etapa perinatal es una etapa de crisis y vulnerabilidad tanto para la persona que atraviesa el embarazo como para el niño o niña por nacer.

Aquellas intervenciones destinadas a promover un ambiente saludable en todas las dimensiones (biológica-emocional y social) requieren del trabajo interdisciplinario articulando diferentes formas de intervención entre los distintos servicios de salud.

Desde el campo de nuestra práctica profesional, la psicología, se ha teorizado en relación a los determinantes psico-sociales que influyen en la constitución del aparato psíquico de los sujetos y la importancia del desarrollo del maternaje y paternaje. Sin embargo, no puede abordarse este campo sólo desde la psicología.

Los primeros años de vida de un niño o niña constituyen una etapa fundante de su subjetividad, etapa primordial en el desarrollo y la atención a la primera infancia es uno de los temas prioritarios en las políticas públicas desde un paradigma integral y centrado en el enfoque de derechos. Este enfoque supone comprender que la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas son aspectos interrelacionados. Entre estos aspectos incluimos la presencia de todos los adultos y adultas significativas para ese niño o niña, familias, profesionales y actores y actrices comunitarias. Personas que se relacionarán con ese niño o niña asumiendo un rol determinante para su crianza dándole cuidado, afecto, estímulo, valores y protección necesaria.

El desarrollo infantil saludable aumenta considerablemente cuando es acompañado por políticas públicas de carácter multidisciplinario e intersectorial que favorezcan el acceso de las familias a recursos, conocimientos y servicios de

atención de calidad. Intervenir en forma temprana promueve la prevención de dificultades en el desarrollo cognitivo-afectivo- emocional-biológico y social. Por lo tanto, indagar cuáles de las intervenciones que realizan los trabajadores sociales en los centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Mar del Plata posibilitan una construcción del vínculo de apego saludable posibilitará implementar estrategias de prevención y promoción de la salud materno-paterno –infantil para, por ejemplo, prevenir posibles conflictos en la etapa de la niñez y adolescencia , conflictos de carácter antisocial muchos de los cuales tienen su origen o causa en estas primeras etapas de constitución subjetiva.

En nuestro trabajo en territorio, desde la psicología, con personas gestantes en situación de vulnerabilidad social de nuestra ciudad que concurren a los centros de salud de atención primaria hemos observado obstáculos en la construcción del vínculo de apego temprano necesario para la constitución subjetiva de los niños y niñas. Este problema en la construcción del vínculo temprano de apego implica riesgo, muchas veces de vida.

Bowlby (1954) refiere las consecuencias para los y las niñas privados de ese afecto/ternura/cuidado materno y retoma experiencias de especialistas en el tema en su libro “Los cuidados maternos y la salud mental” y explica “Durante los años inmediatamente anteriores a 1940, por lo menos a seis de los especialistas independientes, que se ocupan de los problemas de la infancia, les chocó la sorprendente frecuencia con que niños delincuentes habituales, desprovistos al parecer de sentimientos hacia todo el mundo y muy difíciles de conducir, habían sufrido duras perturbaciones en la relación con sus madres durante la primera infancia”. (Bowlby, 1954:37)

Es por este motivo, que detectar distintos tipos de riesgo psicosocial-perinatal durante el periodo de embarazo-parto y puerperio evaluando la

dimensión psicosocial de la maternidad y la paternidad a través de intervenciones psicosociales valorando las diferentes situaciones que podrían obstaculizar el desarrollo del maternaje y paternaje y del vínculo temprano, es prioritario y se encuadra dentro de los principales objetivos de los programas de prevención de salud materna-paterna–infantil.

7.2 Dando voz al trabajo social: problematizando la normativa en relación a la práctica cotidiana en los centros de atención primaria

A través de las observaciones, el análisis de las entrevistas y programas intentamos dar voz al trabajo social y problematizar la tensión entre las normativas, las demandas recibidas y el tipo de intervención que realizan en el área perinatal y los posibles aportes.

Intervención:

Con el objetivo de contestar estos interrogantes el trabajo de campo se realizó en tres CAPS de la ciudad de Mar del Plata. Allí entrevisté a los/las trabajadoras sociales, realicé observaciones de diferentes dispositivos, entre ellos talleres sobre la ley de Parto Humanizado y administración de entrevista a personas gestantes y analicé los documentos facilitados por los y las integrantes de los equipos de salud.

En las entrevistas realizadas a los trabajadoras y trabajadores sociales refieren que dentro del área de la salud realizan sus intervenciones en el primer nivel de atención y despliegan acciones que van más allá del abordaje individual, ya sea por derivación de otro/a profesional por detección de vulnerabilidad o riesgo, o porque se convoca a la entrevista desde el servicio, de manera grupal y/o

comunitario, teniendo la posibilidad de realizar, por ejemplo, talleres de prevención y promoción de la salud. Se trabaja en redes dentro del abordaje comunitario intentando articular con organizaciones formales y no formales de la zona. De este modo, el servicio social intenta ser nexo entre esas organizaciones, la comunidad y el equipo de salud.

En lo que respecta al abordaje individual el servicio social inicia su intervención por derivación o mediante los programas de atención que se proponen desde la división Servicio Social en Salud a la cual pertenecen todos los trabajadores sociales de los Centros de Atención Primaria de la salud y el CEMA, planteando objetivos, metodologías y dinámicas de intervención. En el caso del tema de esta investigación los programas son los mencionados en los capítulos anteriores: el acompañamiento integral de la embarazada y niñas y adolescentes desde el momento en que ingresan al CAPS en el control del recién nacido sano.

Desde el Servicio Social se realiza una entrevista en el embarazo y se abre el espacio en caso de que las usuarias requieran del servicio pero refieren que el objetivo está cumplido si, al menos, se tiene una entrevista con la persona gestante. Luego de esta instancia, la/el trabajador social vuelve a tener contacto con la persona gestante en el momento del puerperio al concurrir al control de recién nacido sano y refieren que solamente las usuarias vuelven en caso de presentarse alguna problemática familiar, habitacional y/o social. A pesar de este tipo de demanda, se intenta no solo trabajar en situaciones de riesgo y crisis.

También se evidencia que no todas las personas gestantes acceden al servicio ya que se exitirían, según lo explicado por las trabajadoras sociales, “*resistencias*” hipotetizando que el motivo sea, precisamente, atravesar el embarazo, definiéndolo como “*un momento muy sensible*”. Tampoco acceden al

Servicio por situaciones referidas a ansiedades, temores o conflictos referidos a la Salud mental. En los casos en que desde el Servicio se advierte alguna problemática se sugiere la interconsulta con el Servicio de Salud Mental del CAPS que es el lugar de referencia de la comunidad.

Una de las ventajas de la atención en el primer nivel, en los CAPS, es el tiempo de acompañamiento de la gestación que es de 36 semanas; 36 semanas en las que varias intervenciones son posibles de realizar con la familia en el sentido explicado por Mary Richmond. Sin embargo esto no se realiza.

La entrevista que se administra dentro del Programa Integral de la Embarazada está pautada al inicio de la gestación, luego del primer control obstétrico. En algunos centros de salud se realiza en el primer trimestre, en otros luego de ese período, no habiendo un criterio común que posibilite sistematizar la información recabada.

Una de las trabajadoras sociales refiere que ella decide administrar la entrevista luego del primer trimestre para dar tiempo a que ese embarazo se confirme, no haya riesgos y para dar tiempo a que la familia elabore la noticia. También refiere que en la formación como trabajadora social no reciben formación en el área perinatal y que por criterio personal prefiere tomar la entrevista luego de las 12 semanas.

El objetivo del programa es tener una entrevista con la población de personas gestantes que concurren a los Centros de Salud y refieren que tal vez pretender tener la entrevista con todas las personas gestantes “*sea muy ambicioso*”.

En esa entrevista también se le informa del Plan Nacer, que según lo explicado es un instrumento de registro de la población en los Centros de salud pública y permite contar con un instrumento epidemiológico y tener referenciada a las personas que se encuentran en atención, “*un acto administrativo*” dicen, en el que se le informa además de los beneficios que pueden obtener.

Los talleres que realizan se focalizan en el momento del parto y en la explicación de la ley de Parto Humanizado. En uno de los centros de salud también realizan talleres de Planificación Familiar, todas estas actividades de forma intermitente, es decir sin regularidad.

Instrumentos:

Tanto la entrevista como el informe son los instrumentos privilegiados de la disciplina. En el trabajo social la intervención profesional se encuentra atravesada por los sujetos con sus demandas y subjetividad y por la institución con sus propios objetivos y lógicas institucionales, es en ese intersticio en que el trabajador/a social interviene con su saber específico para analizar cómo se proyecta en ese encuentro la “cuestión social”.

Retomando las intervenciones que se realizan en el ámbito de estudio de esta investigación, continuamos con el análisis de la administración de la entrevista y de la construcción del Informe social. Informe social que no debería reducirse solamente a una descripción de la situación, sino que como proceso de construcción sea “un texto escrito en el que la/el trabajador social presenta los datos relacionados con la historia social y la situación actual de la persona/s, realizando una interpretación de los mismos, destinada a fundamentar y proponer una acción transformadora a partir de sus

conocimientos científicos” (Meza, 2014)⁴⁰. Se espera entonces que este informe social no sea una foto, sino que sea una construcción.

Al poseer un formato único, imposibilita que los y las profesionales construyan categorías de análisis que permitan seleccionar, jerarquizar, analizar e interpretar los datos recogidos integrando los ámbitos familiar, comunitario e institucional. Este análisis e integración de la información permitirá orientar la toma de decisiones detectando factores de riesgo/factores protectores, determinantes psicosociales, condicionamientos institucionales y multicausalidad de los problemas sociales.

En el apartado sobre los aportes que puede realizar la disciplina de Trabajo social al abordaje en salud mental perinatal diseñamos un protocolo de entrevista que posibilita indagar factores de riesgo y factores protectores que fue co- construido con las entrevistadas y que también se administró en uno de los CAPS en conjunto con la trabajadora social en la entrevista inicial a la persona gestante.

7.3 Aportes del Trabajo social a las intervenciones con familias gestantes en el primer nivel de atención

¿Por qué es imprescindible la mirada y el aporte del Trabajo social? porque es la disciplina que puede detectar los factores sociales de riesgo para las personas gestantes a través de las intervenciones que realizan. Son la puerta de entrada al sistema de salud en su dimensión más integral, es allí en “las salitas” como referimos en Mar del Plata a los centros de atención primaria, donde las personas se acercan y buscan como referente a la trabajadora social quién responde a las

⁴⁰ Véase en Las técnicas de actuación profesional del Trabajo social, capítulo IV. El informe social

demandas que presenta la población de referencia. Al participar en las entrevistas que realizan luego del primer control obstétrico observamos que en dicho encuentro podían detectarse otros factores de riesgo más allá de los indagados en el informe social, instrumento utilizado en los tres CAPS seleccionados.

Intervenir en forma temprana promueve la prevención de dificultades en el desarrollo cognitivo-afectivo- emocional-biológico y social. Por lo tanto, indagar cuáles de las intervenciones que realizan los trabajadores sociales en los centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Mar del Plata posibilitan una construcción del vínculo de apego saludable posibilitará implementar estrategias de prevención y promoción de la salud materno-paterno –infantil para, por ejemplo, prevenir posibles conflictos en la etapa de la niñez y adolescencia , conflictos de carácter antisocial muchos de los cuales tienen su origen o causa en estas primeras etapas de constitución subjetiva.

La entrevista es el instrumento privilegiado del encuentro entre las personas usuarias del sistema de salud, en este caso las familias gestantes y las/los trabajadoras sociales. Vélez Restrepo la refiere como “un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados.” En el capítulo II del libro Las técnicas de actuación profesional en el Trabajo social, María de los Ángeles Aguilera propone pensar a la entrevista como una técnica es reconocerse artesano/a, es decir “iluminar la especificidad disciplinar que implica no sólo la comprensión de situaciones singulares y su contexto sino también el despliegue de un proceso de transformación de esa situación inicial que convoca a la actuación”.

Se propone entonces como producto de este trabajo de investigación la construcción de un instrumento (entrevista) que tiene por objetivo indagar los aspectos bio-psico-sociales de la etapa perinatal, intervenciones específicas por etapa (preconcepción/gestación/parto y puerperio) y un trayecto formativo de especialización en la temática. En este sentido la propuesta de construcción de un instrumento que unifique y permita sistematizar la información recabada surgió de una de las entrevistas con J. C, la trabajadora social del CAPS Aeroparque y al consultar en los otros dos centros de salud la propuesta les resultó necesaria.

Intervenir en el campo perinatal permite evaluar, intervenir y trabajar en los modelos de vinculación que orienten al establecimiento de una modalidad de apego seguro y saludable para las niñas, también permitirá trabajar con la emergencia de conflictos parentales, abordar la crisis de la maternidad para transformar las modalidades de vinculación transgeneracional y acompañar a las familias a reconocer los estados emocionales de sus hijos/as y puedan así regular los estados fisiológicos.

Se presentan las posibles categorías a indagar y las posibles preguntas:

Categoría/dimensión a analizar	Preguntas posibles
Información personal	Nombre y Apellido de la persona gestante: DNI: Fecha de nacimiento: Domicilio: Teléfono: Teléfono alternativo: CAPS de referencia:
Características de la	Tiempo de gestación:

gestación	FPP: Gesta n°: Intervalo entre gestas:
Red de apoyo	Grupo familiar: Grupo de convivencia: Otros/as significativos (red de sostén)
Situación de pareja	Convive SI-NO Conflicto SI-NO
Otro/as hijo/as	Edades Escolaridad Antecedentes significativos (desarrollo, salud)
Situación laboral de la persona gestante	Trabaja SI – NO Condiciones laborales
Situación laboral de la persona conviviente	Trabaja SI-NO Condiciones laborales
Situación educacional	Nivel educacional de la persona gestante: Nivel educacional de su pareja: Nivel educacional de otros/as hijos/as:
Seguridad social	Obra social : SI –NO Programas Asignaciones
Aspectos emocionales de la gestación	¿Cómo impactó la noticia/ planificado/ esperado? ¿Se imaginó/soñó a su bebé? ¿En qué período en caso de haberlo imaginado/soñado? ¿Cómo se siente físicamente? ¿Cómo se siente emocionalmente? Miedos:

	Ansiedades: Fantasías: Dudas:
Parto	Si tuvo partos anteriores, ¿cómo vivió la experiencia? Vaginal Cesárea Fórceps Dificultades: Institución en la que se llevó adelante la práctica: Estuvo acompañada: si no Antecedentes de abortos/muerte gestacional (si lo refiere indagar si realizó/tuvo acompañamiento profesional)
Lactancia	Pecho Fórmula Mixta Otras según situación del bebé Dificultades
Vínculo temprano	¿Cómo fue la construcción del vínculo con el bebé en embarazos anteriores? ¿Hubo dificultades? Indagar si existe la creencia de que el instinto maternal existe y que es del orden de lo natural la construcción del vínculo. ¿Cómo fue la construcción del vínculo de la pareja de la persona gestante con el/la bebé?
Problemáticas actuales	Empleo/desempleo Vivienda Escolaridad de otras hijos/as Escolaridad en caso de ser adolescente

Situación sanitaria	Alimentación (antecedentes de trastornos de conducta alimentarios) Tabaquismo Alcohol Adicciones Antecedentes de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos
Normativa-Perspectiva de derechos	Conocimiento sobre: Ley 25929-Plan de parto Ley 27611 Ley 26485 (violencia obstétrica)
Puerperio	Si tuvo partos anteriores indagar si hubo dificultades a nivel de: Vínculo con el bebé Dificultades emocionales Dificultades sociales Red de sostén Lactancia Problemáticas en embarazos anteriores (psicológicos-sociales-biológicos) Problemas/dificultades en la construcción del vínculo temprano

Incluir al trabajador social dentro de la construcción de normativas referidas a la salud perinatal y específicamente en relación a sus prácticas posibilita transformar el rol profesional, de un sujeto capaz de diagnosticar situaciones sociales plausibles de intervención a un sujeto profesional capaz de transformar dichas situaciones por medio de su intervención en un contexto multideterminado y diverso. Ya no como una intervención sujeta a la demanda urgente sino como un proceso de construcción vincular, de intercambio de significados, de conocimiento del otro/a como sujeto activo en la construcción de su realidad social, producto a su vez de intereses individuales, luchas de poder y contradicciones.

El objeto de intervención en el área de la salud mental perinatal tiene que ser construido y como todo objeto de intervención tendrá múltiples dimensiones: la intervención profesional desde lo teórico-metodológico, desde lo operativo-instrumental con las técnicas, estrategias y tácticas, el contexto socio-histórico, la dimensión ética-política y la concepción del mundo, del sujeto y de la profesión⁴¹. En ese sentido la intervención tendrá la complejidad de su objeto, multicausal y diverso por la población a la que acompaña, la complejidad de los procesos de gestación y crianza y la articulación con diferentes efectores de salud e instituciones en el abordaje interdisciplinario.

En ese sentido la ley Federal de Trabajo social 27072 nos da un marco para delinear algunas estrategias cuando refiere que las intervenciones tienen que orientarse hacia un horizonte que fortalezca los derechos humanos de las personas de la intervención. En el artículo 1 especifica que los y las trabajadoras sociales pueden asesorar, diseñar, ejecutar y evaluar políticas públicas vinculadas a los distintos ámbitos de ejercicio profesional como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, personas mayores, adicciones entre otros. También podrán diseñar programas, planes y proyectos sociales, diagnósticos familiares, institucionales y comunitarios además de otras intervenciones como orientación, capacitación y supervisión de equipos interdisciplinarios aportando elementos específicos de su disciplina para la lectura e identificación de la situación abordada, proponiendo estrategias de intervención, elaborando informes sociales, socioeconómicos y sociosanitarios.

⁴¹ Véase en Fundamentos técnico-metodológicos para la elaboración de aproximaciones diagnósticas dentro de los informes sociales - Sol Chinni, Micaela Maldonado y Nadia Pérez- Margen 2028

En el año 2006, el Ministerio de Salud de la Nación desató las siguientes problemáticas en relación a la salud perinatal:

- Deficiencia en cobertura, número, oportunidad y calidad de los controles en el primer nivel.
- Inadecuación en la identificación de condiciones de riesgo, promoción y prevención.
- Inadecuación en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Desde la creación de la Dirección de Maternidad en 1937 hasta la creación de la Dirección de Salud perinatal y niñez en el año 2020, han habido no solo cambios en las denominaciones de estos organismos sino en las prácticas, sin embargo, dentro de las áreas de trabajo de la misma no se mencionan ni el área social ni el área de salud mental perinatal. No discriminándose intervenciones específicas en esas áreas y priorizando las que tienen que ver con el área de obstetricia, nutrición, salud integral del niño focalizando en el área de pediatría y terapia ocupacional y el área de reproducción asistida.

Los obstáculos que resultan luego de las observaciones y entrevistas convergen en:

- Falta de recursos humanos.
- Falta de formación específica en el área.
- Ausencia de intervenciones interdisciplinarias.
- Lo social asociado a la vulnerabilidad socio-económica y al/a trabajador/a social a un agente que otorga servicios y recursos materiales.
- Ausencia de la visión de la salud integral.
- Reduccionismo a lo biológico.
- Precarización laboral.
- Falta de articulación entre los CAPS.-Falta de registro del número de personas gestantes en los centros (todos los datos recabados en las entrevistas refieren números

estimativos. Entre los tres: CAPS (Batán 60/61), Aeroparque (15/16), Iremi (100/105). Sin datos concretos

- Ausencia de articulación entre los diferentes efectores (obstetricia- trabajo social- salud mental)
- Fragmentación del sistema público de salud
- Ausencia de articulación entre los niveles 1 y 2 de atención.
- Ausencia de abordaje intercultural.

Se hace prioritaria la articulación y análisis entre lo macro y lo micro social y también la articulación entre los diferentes efectores de salud para no reproducir acciones de tutela sino de promoción de la autonomía, construyendo redes, priorizando el derecho a la salud y la accesibilidad a la atención integral para que todas las personas gestantes accedan a la información clara, precisa y adecuada y que el paradigma de la reconceptualización se haga presente en cada intervención.

Volviendo a la sanción del Programa de Salud sexual y procreación responsable es en el artículo 5 donde por primera vez se nombra a los y las trabajadoras sociales, entendiendo que aquello que no se nombra, se invisibiliza, se desdibuja, no existe. Sin embargo comienzan a formar parte de los equipos de salud a ser capacitados para:

- *Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud
- *Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa
- *Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa:
- *Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y

comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, HIV/sida y cáncer genital y mamario.

En el año 2002, se sanciona la Ley 25673 de Salud Sexual y procreación responsable no sin dificultades y con diferentes tiempos de implementación según la región del país. En tanto que las metas propuestas para el año 2000 estipuladas en el año 1992 en relación a la salud materna-paterna-infantil fueron:

- Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a menos de 20 0/00 en todo el país
- Reducir en no menos del 25 0/00 la TMI en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional
- Reducir a menos de 23 0/00 la Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) en todo el país.
- Reducir la mortalidad fetal tardía en 1/3
- Mantener la cobertura de vacunación por encima del 9'00/0 Metas de Salud Materna para el año 2000
- Reducir a menos de 40 por mil la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en todo el país
- Lograr la detección temprana del embarazo (en el 1er trimestre) Lograr un mínimo de cinco controles prenatales.
- Asegurar un mínimo de un control postnatal a la puérpera

Metas Nutrición para el año 2000:

- Virtual eliminación malnutrición severa en todas las regiones
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo en el 800/0 de los menores de 5 Años
- Reducir a menos del 70/0 la prevalencia del Bajo Peso al Nacer Control de las deficiencias de hierro y yodo
- Lograr que el 60% de los niños sean amamantados por lo menos hasta el 4to mes de vida en forma exclusiva

También concluimos que en lo que respecta a las políticas públicas específicas del área de nuestra investigación, la salud materno infantil y en específico la salud mental perinatal, la salud de las familias gestantes es abordada prioritariamente por las disciplinas de la medicina: obstetricia, ginecología, pediatría como dimensiones prioritarias sin abordar el eje psico social cultural o dejándolo sólo para intervenir en casos donde la medicina detecte una situación de riesgo o de vulnerabilidad social. Ya no ejerciendo acciones de tutela o de asignación de recursos para paliar carencias o para promover el desarrollo de esa comunidad o grupo poblacional sino la construcción de intervenciones que puedan transformar la realidad de las personas para dismantelar posiciones de dominado-dominador, incluido-excluido, marginado-integrado.

En ese sentido Althusser, Rancière y Freire nos brindan herramientas que permiten elucidar la práctica, para en un pequeño espacio de libertad no quedar también entrampados/as en alguna de esas dualidades y crear espacio para la pregunta, la reflexión y el cambio. Entendiendo el territorio como un espacio político

en el que se refleja tanto la como la fragmentación del sistema de salud y donde el/la trabajadora social tiene un espacio privilegiado como puente entre la comunidad, las instituciones, las normativas y los equipos de salud. Interpelar el hacer, las prácticas, sospechar de lo dado, lo instituido implica para el trabajador social cuestionar la ideología, cuestionar la representación del mundo, y cuestionar las creencias.

Es prioritaria la intervención del Trabajo social en la etapa de gestación y en la primera infancia. La experticia y especificidad de la disciplina posibilitan realizar intervenciones promo preventivas. Intervenciones antes de que se desencadene la patología, permite detectar riesgos que pueden desencadenar en situaciones de gravedad. Las consecuencias de no intervenir preventivamente pueden ser las siguientes: la constitución subjetiva de sujetos desapegados emocionalmente, indiferentes, sin afección, pocos reactivos al castigo y al displacer, anestesiados emocionalmente, con problemas de aprendizaje en la infancia, con posibilidad de desarrollar tendencia antisocial en la adolescencia y en la juventud, trastornos del ánimo, etc.

Como referíamos anteriormente la OMS estima que un alto porcentaje de las enfermedades y muertes de bebés y personas gestantes podrían reducirse con un adecuado control prenatal e intervenciones en la comunidad. Entonces, el sentido es político, entendiendo a la política como herramienta de transformación social. Intervenciones que detecten factores de riesgo y factores protectores, intervenciones que detecten tipos de vulnerabilidad y que no solo se detengan en el análisis de la vulnerabilidad social.

El objetivo de esta investigación fue describir, analizar y alumbrar intervenciones del/la trabajadora social con personas gestantes y sus familias en la ciudad de Mar del Plata en el primer nivel de atención en salud que promuevan el abordaje integral y

promo-preventivo en la etapa perinatal, identificar las potencialidades de su práctica y visibilizando los aportes que pueden realizar.

Por este motivo describo cuales podrían ser esas intervenciones en todo el proceso desde la anticoncepción y durante la gestación, el parto, el puerperio y la primera infancia. Algunas ya planificadas en los programas que se intentan implementar en el municipio y otras que son nuevas propuestas, todas pensadas desde la interdisciplina y el abordaje integral de la salud perinatal. Los aportes de la disciplina al abordaje en salud mental perinatal posibilitarán:

- Trabajar con las personas gestantes y las familias para evaluar sus fortalezas y desafíos a medida que se acercan a la maternidad y a la paternidad.
- Mejorar los efectos de las dificultades psicosociales y médicas implementando intervenciones directamente con la familia gestante al mismo tiempo que les ayuda a acceder a los servicios de apoyo a largo plazo cuando sea necesario.
- Promover el desarrollo del maternaje y el paternaje como procesos psicoafectivos que protejan la salud mental de los y las hijos.
- Crear redes de apoyo comunitarias.

Además, los y las trabajadores sociales están capacitados para detectar factores de riesgo, por ejemplo:

- embarazos frecuente con poco espacio temporal entre ellos
- embarazos en edades extremas
- gestación no deseada o ambivalencia en el embarazo
- conductas adictivas
- alimentación no adecuada

- discapacidad de la madre o del padre
- patologías psiquiátricas graves
- relación conflictiva entre los integrantes de la pareja
- padres y madres adolescentes que tengan conductas de riesgo
- no habitabilidad de la vivienda
- incidencia negativa de las condiciones de trabajo en la salud de la madre y/o el feto
- analfabetismo
- violencia de género / abuso sexual
- precariedad económica
- conductas delictivas
- privación de la libertad de madre / padre
- falta de controles médicos en el embarazo
- falta de cuidado físico

También durante su intervención es posible que detecten factores protectores:

- Presencia de apoyo social
- Factores interculturales
- Determinantes sociales de la salud

Durante la etapa pre concepcional podría realizar las siguientes intervenciones:

- Abordaje integral en la adolescencia articulando con la ley de Educación sexual integral, 26150.

-Consejerías en anticoncepción.

-Talleres sobre métodos anticonceptivos.

-Taller para la prevención de embarazos no intencionales.

Durante la etapa de acompañamiento previa al parto podrían incluir la entrevista mencionada anteriormente y que aporta otras dimensiones de análisis a la que ya realizan. La intervención como trabajadores sociales se enfoca en cuatro situaciones vitales que las personas gestantes pueden atravesar. En el inicio de la gestación y durante los primeros controles en obstetricia al administrar la entrevista de Salud mental perinatal e informando sobre los beneficios de esta etapa en cuanto a asignaciones brindadas por el Estado.

En el segundo trimestre desarrollando talleres participativos en relación a los siguientes temas:

Historia familiar

Vínculo temprano

Determinantes sociales en la salud mental perinatal

Normativas relativas al área

En el último trimestre acompañando a través de talleres participativos sobre el parto humanizado /plan de parto y construcción del vínculo temprano y administrando entrevistas de Salud Mental Perinatal individuales.

Durante el puerperio se pueden realizar: talleres participativos con las familias: temas de lactancia, vínculo temprano, prácticas de cuidado, crianza y planificación familiar. Además por su experticia pueden para generar proyectos sobre salud

perinatal desde su rol como integrante del equipo de salud abordando por ejemplo los siguientes temas: cuidado preconcepcional, atención integral del embarazo, campañas audiovisuales sobre maternidades/paternidades y crianza y abordaje integral en el puerperio.

7.4 Trabajo social perinatal ¿nuevo ámbito de especialización?

Las especialidades son formaciones de posgrado que delimitan experticia en lo académico y en lo práctico en un área específica de la realidad. El trabajo social es una disciplina que por la especificidad de su práctica en territorio ha desarrollado algunas áreas de especialización: en el trabajo social con familias, en adicciones, en el abordaje de jóvenes, en el ámbito de la justicia, etc. Luego del desarrollo de esta investigación y relevando la especificidad de la intervención del/a trabajo social en el área perinatal se propone como producto de la misma el diseño curricular de la Especialización en Trabajo Social Perinatal

La Especialización en Trabajo social Perinatal se propone como un ámbito formativo interdisciplinar para los y las trabajadoras sociales que deseen adquirir conocimientos sobre el área de la Salud mental perinatal, etapa que abarca el proceso de preconcepción, gestación, parto, puerperio y crianza en los primeros años de vida.

La promoción de la salud y la prevención de problemáticas que pueden surgir durante esos procesos son una preocupación de la Salud Pública Nacional y también internacional. Es importante que los y las profesionales posean herramientas conceptuales y metodológicas basadas en un modelo de atención integral de la salud con perspectiva de Género y Derechos a fin de poder brindar un acompañamiento y atención adecuados, en el proceso de gestación, parto y

crianza íntimamente relacionado con las diversas maneras de constituir familia. La psicología perinatal hace visible y puede intervenir en el proceso de parentalidad, entendido como el conjunto de procesos afectivos que se desarrollan e integran en las personas en ocasión del nacimiento de un/a hijo/a y hacen posible la anidación psíquica y la constitución de un vínculo temprano. Por esto cuidar y proteger la salud de las personas gestantes es fundamental, porque de su bienestar y equilibrio emocional dependerá la salud física y emocional de la criatura por nacer. Sin embargo, esta área no es de abordaje exclusivo de la psicología y es fundamental el abordaje interdisciplinario siendo el rol de los/las trabajadores sociales, prioritario.

En muchos casos la atención en salud que recibe la persona gestante, parturienta o puérpera, suele estar vinculada a prácticas propias del modelo médico hegemónico, donde los aspectos de la salud física cobran mayor relevancia en detrimento de aspectos emocionales, sociales y culturales.

En el contexto actual, se advierte un cuestionamiento a dicho modelo y un cambio hacia una atención más humanizada y singularizada, por lo cual además de lo específicamente médico se incluyen otras dimensiones como son: el respeto por la diversidad, por los derechos sexuales y reproductivos, la consideración por las experiencias vitales de cada persona, de los aspectos psicológicos, familiares y socio-culturales.

Cada comunidad tiene sus propios rituales y es necesario que el sistema de salud conozca y respete sus prácticas y fundamentos, entendiendo que el embarazo y parto no deben confundirse con enfermedad, estos principios y otros fundamentan el paradigma de Maternidades Seguras y centradas en la familia como se explicó en capítulos anteriores.

En Argentina, desde el 2004 existe la Ley nacional N°25.929/2004, Ley del Parto respetado, el término parto respetado hace referencia a la atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres/madres y los niños y niñas en el momento del nacimiento, apunta a humanizar y dignificar la atención durante el embarazo y el nacimiento haciendo hincapié en los derechos de la persona gestante y la importancia de respetar su voluntad en esa circunstancia. Sin embargo, los cambios normativos no aseguran los cambios subjetivos ni cambios en las intervenciones, más aún cuando la provincia de Buenos Aires adhirió a la ley mencionada en el año 2020, 16 años después de su promulgación.

La OMS, en su Declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (2014), en los informes de diferentes centros de salud “se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago” (OMS, 2014 p. 1).

En función de lo expuesto, debe entenderse, que la VO se enmarca en la temática más general de Violencia de género, haciendo necesario la adopción de la perspectiva de género para el abordaje integral de la misma. Como profesionales de la salud nos interpela el compromiso ético de conocer y visibilizar estas problemáticas para tomar posiciones ético-políticas asumiendo un rol activo en la prevención de las mismas. En todas esas etapas resulta clave

el abordaje diferencial, como puede ser el caso de una persona con diagnóstico de padecimiento mental (previa o posterior a la gestación).

Por otra parte, si nos enfocamos en la persona por nacer, desde el mismo inicio de la vida cada ser humano llega en un estado de indefensión que necesita de otro/a humana para sobrevivir y requiere de cuidados físicos y emocionales vitales para su crecimiento y desarrollo saludable. Es por este motivo que abordar la complejidad de los primeros 1000 días es una prioridad para los y las profesionales de la salud que intervienen en el ámbito perinatal.

El cursado de la especialización dotará de conocimientos para poder trabajar en los siguientes ámbitos de una manera más especializada: - Equipos de Salud Mental. Servicios de Salud Mental de los Hospitales y en Salas de Atención Primaria de la Salud. -Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. - Asociaciones y Organizaciones centradas en la promoción de la salud de las familias

Objetivos de la formación

Generales

- Capacitar específicamente en el área de la Salud Mental Perinatal, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos.
- Ofrecer una formación sólida acerca de la inserción e intervenciones del trabajador/a social en el área materno-infantil de un hospital
- Comprender y analizar la importancia del trabajo interdisciplinario en la atención materna-paterna-infantil.
- Promover una perspectiva de salud preventiva e integral para la niña el niño y su familia

Específicos

- Problematizar y profundizar acerca de la importancia de la atención integral en salud Perinatal, desde un abordaje interdisciplinario.
- Conocer las diferentes modalidades de intervención en los centros de atención primaria de la salud y en las maternidades en el área perinatal.
- Analizar críticamente diferentes conceptualizaciones sobre la maternidad, paternidad y el vínculo temprano.
- Comprender el proceso que implica el nacimiento tanto en la dimensión subjetiva –individual, como en la familiar.
- Conocer lo específico de la relación madre/padre/cuidador/cuidadora/bebé
- Comprender los distintos niveles de la dimensión vincular y conocer las bases comunicacionales en el vínculo temprano
- Conocer nociones de psicología perinatal en relación al vínculo temprano.
- Conocer los instrumentos de evaluación y los dispositivos para indagar factores de riesgo y factores protectores en relación a la Salud Mental Perinatal.
- Identificar factores de riesgo psicosocial en el área materno-paterno-infantil.
- Conocer algunos modelos de conflicto vinculado ligados al entorno familiar: familias adolescentes, familias con cuadros psicopatológicos, familias con problemáticas sociales, etc.
- Comprender y analizar la atención psico-social en situaciones críticas de nacimiento: internación obstétrica, internación neonatal, muerte prenatal o neonatal, etc.

7.5 Conclusiones

“La maternidad forzada termina por arrojar al mundo hijos enclenques, a quienes sus padres serán incapaces de alimentar y que se convertirán en víctimas de la Asistencia pública o en “niños mártires”

Simone de Beauvoir (1949) El segundo sexo. Cap. II La a madre

En el desarrollo de esta tesis doctoral se analizaron varias cuestiones: el desarrollo de las políticas públicas en el área perinatal en nuestro país, posibilidades y obstáculos en la implementación, historia de los programas que abordan la salud materna infantil, el rol de los y las trabajadoras sociales como en relación a las políticas públicas y fundamentalmente las intervenciones de la disciplina en el área perinatal como intervenciones promo preventivas y transformadoras.

Uno de los temas que se investigó fue el desarrollo de las políticas públicas en el área. Antes fue necesario conocer qué es una política pública, sus características y elementos identitarios. La lectura de autores especializados en la temática colaboraron para la comprensión, pero al concluir y para analizar las políticas públicas específicas del área perinatal decido tomar la definición que aporta Martínez Nogueira (2004) expresando que por política pública puede entenderse como un campo de acción, un aspecto un aspecto de la realidad que intenta ser impactado por la actividad estatal (política social, política exterior, política de innovación, etc.). También ese campo de acción puede considerarse como un conjunto de problemas a cuya resolución se orienta la acción del estado a través de instrumentos y acciones específicas. En el caso de esta investigación el campo de la salud mental perinatal.

Otro componente es la declaratoria de intención, el conjunto de promesas y compromisos de acción. Se refiere a las conductas propuestas para el logro de objetivos, la definición de lineamientos para la acción, la asignación de recursos y la determinación de responsabilidades. Luego, el proceso de conversión. Esa movilización de recursos de diferente tipo para lograr los objetivos propuestos para que se logren resultados efectivos a través de un ciclo de acción que incluye actividades de formulación, ejecución, seguimiento y evaluación, cada una de las cuales supone la realización de acciones diferenciadas pero a la vez articuladas. Intervenciones múltiples e interdisciplinarias para construir un plan de acción definido durante el proceso de preconcepción, gestación, parto, puerperio y primera infancia.

De este modo se podrán definir problemas, definir relaciones causales en torno a ellos, lineamientos y criterios para orientar las decisiones y acciones, responsabilidades, recursos y efectores entendiendo que las políticas públicas tienden a amortiguar los efectos de inequidad del contexto capitalista en el que estamos inmersos en diferentes campos: el económico, el social y la seguridad.

Las políticas públicas desarrolladas en el área de la salud materna infantil han estado orientadas principalmente a las mujeres y a la primera infancia y con el objetivo prioritario de reducir la mortalidad materna infantil. Sin embargo, no es el único problema a resolver. Hoy podemos definir problemas a nivel de la accesibilidad a la atención integral en salud perinatal, a nivel de ejercicio pleno de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, a nivel de la atención promo preventiva en primera infancia y en la detección de riesgos en las personas gestantes.

La necesidad de intervenir para proteger la salud materna infantil surge con fuerza en el discurso médico higienista a fines del siglo XIX, como referimos anteriormente debido a las altas tasas de mortalidad infantil que se registraban en el país, presentándose una tasa cuyo valor máximo en el período 1865-1869 fue de 296,4 por mil. En nuestros días esa tasa es de 8,2 por mil.

Ese fue el motivo por el cual comienzan a gestionarse intervenciones del Estado en este campo y según el modelo económico político imperante era el diseño de políticas públicas y el sector de la realidad a la que se dirigía. Estas intervenciones estatales a través de políticas públicas toman mayor relevancia a partir de los años 40, más precisamente 1944 aunque se encuentran antecedentes previos de políticas orientadas al mercado de trabajo.

Unos años antes, se crean las condiciones para que surjan las primeras escuelas de Trabajo Social, precisamente la primer Escuela de Asistencia social del Museo Social Argentino en el año 1930, la carrera de Asistencia Social que dependía de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, el curso de Visitadoras de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1924 y en la Universidad de La Plata en 1938.

Todas estas formaciones impregnadas del poder médico de la época y del poder jurídico, situación que dejaba a la disciplina entrampada entre dos discursos normalizadores, disciplinadores y punitivos y que terminaron construyendo un rol que consistía en ser el brazo ejecutor de esos discursos a través de sus intervenciones: tenían que identificar la anormalidad, tenían que vigilar y controlar; también al binomio madre-hijo/a.

Sin embargo en 1933, en la Conferencia Nacional de Asistencia Social que se realizó en Buenos Aires entre el 20 y 25 de Noviembre se produce un momento bisagra en lo que respecta a la profesionalización de la asistencia social en nuestro país y un punto de partida para la planificación de políticas sociales por el Estado. Todas las instituciones que trabajaban en la Asistencia social fueron convocadas para acordar mayor intervención del Estado en la cuestión social y un dato que es interesante para nuestra investigación que es la mención del deber del estado para asegurar la reproducción de la población.

De todos modos, el diseño, ejecución e implementación de las políticas públicas estuvo ligado al poder o gobierno de turno y a las características del Estado impregnando cada diseño con la visión de sujeto, de historia, de economía, de salud, etc. imperante proyectándose esta situación en una historia de rupturas y continuidades, de mayor o de menor inclusión social, más o menos derechos, mayor o menor construcción de ciudadanía.

Por ejemplo, todas las etapas de restricción en derechos sexuales y reproductivos estuvieron ligadas a políticas neoliberales o dictatoriales y todas las etapas con mayor desarrollo de derechos ligadas a Estados de bienestar la prohibición de los anticonceptivos orales y las actividades de control de la natalidad en hospitales públicos sancionado durante la tercer presidencia peronista en 1974 y al Decreto 3938 de 1977 de la Junta Militar que prohibió las actividades relacionadas al control de la natalidad.

Pero tiempo antes, en 1908 se desarrollan políticas a través de organismos como la Dirección de la primera infancia que tenía una triple función: brindar asistencia médica, educacional y social a través de los dispensarios de los lactantes, de las instituciones de puericultura y de los centros sanitarios de internación.

En 1923 se crea la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la infancia dependiente del Departamento Nacional de Higiene bajo la coordinación del pediatra e higienista Gregorio Aráoz Alfaro fundamentando esta creación para prevenir los altos índices de mortalidad infantil que sufría nuestro país. Las causas que manifiesta son entre otras la “falta de asistencia médica y social a la madre y el niño y a la ignorancia de las madres de la población sobre medidas de higiene infantil y puericultura”. Propone además la creación de consultorios y dispensarios de lactancia y centro de atención materno-infantiles. Además, comienzan a tener protagonismo las visitadoras de higiene social (Aráoz Alfaro, 1928), inspectoras de domicilio, observando los comportamientos, registrando lo normal y lo patológico.

Ya en 1930 las políticas públicas tenían que ver con la protección del binomio en cuanto a la vida laboral de las mujeres. En ese momento que las mujeres se ocuparan de la vida laboral era observado como riesgoso para el desarrollo biológico y moral de la infancia, entonces las medidas tomadas tenían el objetivo de garantizar que las mujeres madres pudieran dedicarse exclusivamente a la crianza de sus hijos/as: la ley de protección a la mujer obrera, sancionada en el año 1933 y modificada en el año 1936, la ley de protección maternal e infantil en 1936 y la creación de la dirección Nacional de Maternidad e Infancia en 1937.

Fueron muchas las luchas dadas por personas comprometidas en esta área, y no puedo dejar de mencionar a Alicia Moreau de Justo y su defensa por los derechos de mujeres y niño luchando por una ley de maternidad. Esta ley fue sancionada en Septiembre de 1934 bajo el número 11.933 con los siguientes lineamientos: prohibición del empleo 30 días antes del parto y 45 días después del mismo en todo tipo de establecimiento, la percepción de un subsidio

equivalente al salario percibido y el derecho a la atención gratuita de un médico o partera y la posibilidad de conservar su puesto de trabajo.

En 1936 la creación de la Dirección de Maternidad bajo el amparo de la ley 12341 cuyo propósito, y como argumentó Alfredo Palacios y rezaba el cuerpo de la normativa “propender al perfeccionamiento de las generaciones futuras para el cultivo armónico de la personalidad del niño en todos sus aspectos, combatiendo la morbilidad infantil en todas sus causas y amparando a la madre o a la futura madre”.

Luego la creación del Programa Materno Infantil en el año 1948 a través del Ministerio de Salud y es Ramón Carrillo quien, consideramos, otorga el lugar que el Trabajo Social merecía dentro de los equipos de salud, al dictar la obligatoriedad de que los hospitales públicos cuenten con Servicios Sociales y de estadísticas. Este programa de abordaje integral de la salud materno infantil sufre interrupciones a lo largo de la historia, interrupciones vinculadas a los procesos militares que dañaron a nuestro país, ya sea en el 55 como en los años 70. Ambos períodos en los que las políticas públicas en relación a los derechos sexuales y reproductivos fueron interrumpidas o eliminadas.

En el año 1988 se crea el Programa de Procreación responsable en la ciudad de Buenos Aires en el año 1988, se produce un cambio de paradigma de una época de restricciones y omisiones a una época en el que se visibilizan los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales. Luego de esa etapa se pone en marcha nuevamente el Programa Materno infantil en el año 1994 con los siguientes ejes de trabajo: cuidar la salud materna infantil, complementar la alimentación de niños y niñas hasta los 5 años, entregar medicamentos, realizar capacitaciones y asesorar al resto del país para la implementación plena del programa. ya que uno de sus objetivos era lograr

una cobertura a nivel nacional de la atención de las embarazadas, madres, nodrizas y niños de manera de alcanzar las metas propuestas en el compromiso nacional a favor de la madre y el/la niña caracterizando a los/as beneficiarios/as :población a mujeres embarazadas, puérperas, nodrizas y niños/as hasta 6 años provenientes de hogares con NBI (necesidades básicas insatisfechas) y desnutridos hasta 2 años previendo una cobertura para 1.200.000 personas para ese año.

Se suceden Cumbres y convenciones internacionales en las que Argentina se compromete a cumplir con los objetivos del milenio, entre ellos: reducir la mortalidad materno-infantil, cubrir las necesidades nutricionales de ambas poblaciones, detectar tempranamente el embarazo, lograr implementar cinco controles anuales y control en el puerperio, fomentar la lactancia materna.

Desde la creación de la Dirección de Maternidad en 1937 hasta la creación de la Dirección de Salud perinatal y niñez en el año 2020, han habido no solo cambios en las denominaciones de estos organismos sino en las prácticas, sin embargo, dentro de las áreas de trabajo de la misma no se mencionan ni el área social ni el área de salud mental perinatal y no especifican intervenciones específicas en esas áreas priorizando las que tienen que ver con el área de obstetricia, nutrición, salud integral del niño focalizando en el área de pediatría y terapia ocupacional y el área de reproducción asistida.

¿Cuál es la situación en términos de captación, cobertura y calidad en el primer nivel de atención? Como resumen de este informe elaborado en el año 2006 por el Ministerio de Salud de la Nación se destacan los siguientes emergentes:

- Deficiencia en cobertura, número, oportunidad y calidad de los controles en el primer nivel.
- Inadecuación en la identificación de condiciones de riesgo, promoción y prevención.
- Inadecuación en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Volviendo a la sanción del Programa de Salud sexual y procreación responsable es en el artículo 5 donde por primera vez se nombre a los y las trabajadoras sociales y comienzan a formar parte de los equipos de salud a ser capacitados para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, HIV/sida y cáncer genital y mamario.

En el año 2002, se sanciona la Ley 25673 de Salud Sexual y procreación responsable no sin dificultades y con diferentes tiempos de implementación según la región del país mientras que las metas propuestas para el año 2000 estipuladas en el año 1992 en relación a la salud materna-paterna-infantil fueron:

- Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a menos de 20 0/00 en todo el país
 - Reducir en no menos del 25 0/00 la TMI en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional
 - Reducir a menos de 23 O/DO la Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) en todo el país.
 - Reducir la mortalidad fetal tardía en 1/3
 - Mantener la cobertura de vacunación por encima del 9'00/0 Metas de Salud Materna para el año 2000
 - Reducir a menos de 40 por mil la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en todo el país
 - Lograr la detección temprana del embarazo (en el 1er trimestre)
 - Lograr un mínimo de cinco controles prenatales
 - Asegurar un mínimo de un control postnatal a la puérpera
- Metas Nutrición para el año 2000
- Virtual eliminación malnutrición severa en todas las regiones
 - Vigilancia del crecimiento y desarrollo en el 800/0 de los menores de 5 años
 - Reducir a menos del 70/0 la prevalencia del Bajo Peso al Nacer Control de las deficiencias de hierro y yodo
 - Lograr que el 60% de los niños sean amamantados por lo menos hasta el 4to mes de vida en forma exclusiva

Algunas aún están en proceso y hoy son las trabajadoras sociales vivencian los obstáculos de la práctica, al menos en los Centros de Atención primaria de la salud que seleccioné para la investigación en la ciudad de Mar del Plata, reproduciendo intervenciones instituidas por protocolos de acción que cada CAPS implementa sin un criterio unificado y sin sistematización, con pocas intervenciones promo preventivas y varios obstáculos mencionados en las entrevistas:

- Falta de recursos humanos.
- Falta de formación específica en el área.
- Ausencia de intervenciones interdisciplinarias.
- Lo social asociado a la vulnerabilidad socio-económica y al/a trabajador/a social a un agente que otorga servicios y recursos materiales.
- Ausencia de la visión de la salud integral.
- Reduccionismo a lo biológico.
- Precarización laboral.
- Falta de articulación entre los CAPS.
- Falta de registro del número de personas gestantes en los centros (todos los datos recabados en las entrevista refieren números estimativos. Entre los tres: CAPS (Batán 60/61), Aeroparque (15/16), Iremi (100/105). Sin datos concretos.
- Ausencia de articulación entre los diferentes efectores (obstetricia- trabajo social-salud mental)
- Fragmentación del sistema público de salud
- Ausencia de articulación entre los niveles 1 y 2 de atención.
- Ausencia de abordaje intercultural.

Se hace prioritaria la articulación y análisis entre lo macro y lo micro social y también la articulación entre los diferentes efectores de salud para no reproducir acciones de tutela sino de promoción de la autonomía, construyendo redes, priorizando el derecho a la salud y la accesibilidad a la atención integral para que todas las personas gestantes accedan a la información clara, precisa y adecuada y que el movimiento de la reconceptualización se haga presente en cada intervención.

¿Cuáles han sido los marcos conceptuales que predominaron a través del tiempo en la intervención con las familias? Desde el paradigma indiciario, que

buscaba registrar aquello que estaba fuera de la norma, el orden y la regularidad fuertemente impregnado por el modelo médico hegemónico y que colocó a la disciplina como auxiliar de la medicina hasta el movimiento de la reconceptualización ha habido rupturas y continuidades. Sin embargo, la asistencia social tiene una huella de origen en estas prácticas y por mucho tiempo determinará sus intervenciones. Solo cuando la medicina no encuentra causa aparente para su estado, comienza a considerar la dimensión psicosocial de la situación. Desde la medicina son prácticas reparativas no promo-preventivas y también lo eran las intervenciones de la asistencia social ya que los procesos de salud enfermedad no eran reconocidos como construcciones sociales ni entramados en la red de relaciones sociales que afectan las diferentes dimensiones de la salud, no solo la dimensión biológica.

En tal sentido, Menéndez plantea que la medicina y el estado consideran que lo social es algo natural, dado y no conflictivo negando por ejemplo la influencia de los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad- atención. Es el Estado también quien legitima a la práctica médica como la única habilitada para actuar sobre el proceso de salud-enfermedad-atención dejando por fuera a la dimensión psico-social de la salud.

En relación al ámbito perinatal, contexto de nuestra investigación, esta etapa ha sido definida en forma preponderante por la medicina y también por las diferentes especialidades dentro de ese campo: la obstetricia, la pediatría, la neonatología, la ginecología, pero esta definición de la etapa perinatal invalida, excluye e invisibiliza la dimensión psico social de la misma. Observemos la definición de lo perinatal desde el modelo médico y encontraremos definiciones como control y acompañamiento del embarazo, control gestacional, evaluación de aspectos de la salud de la mujer en el embarazo para garantizar un parto seguro y un puerperio sin complicaciones y que comprende desde la semana 22

de gestación hasta el término de las primeras cuatro semanas de vida del neonato dividiendo estos períodos en perinatal y neonatal.

El sistema de salud hegemónico, tradicional también ha encasillado a la mujer en su rol materno casi exclusivamente, volviendo a los discursos imperantes podemos observar que los programas y planes de salud en esta temática la abordan invisibilizando el rol del varón, reduciendo el abordaje a la Salud Materno infantil. Como afirmó Mary Richmond es prioritario cuestionar, indagar cuál es el lugar atribuido a la salud paterna y tal vez incluir ambas dimensiones y referirnos a la Salud Materno- paterno infantil. ¿Esexclusivamente la mujer o la persona con capacidad de gestar quien puede ejercer funciones de cuidado, protección, sostén y solo es el varón quien puede ejercer funciones de proveedor?

Las formas en que es representada la mujer y su período de gestación, el parto y las formas medicalizadas del mismo, las relaciones de explotación y precarización laboral, los modelos estereotipados de belleza y salud que reproducen en los medios formas esclavizadas de vivir la salud sexual y reproductiva interpelan a las diferentes disciplinas, entre ellas al trabajo social.

Esto es así si tomamos solo los determinantes biológicos de la salud pero es fundamental integrar los determinantes psicosociales que influyen en la salud perinatal. Allí el Trabajo social tiene un espacio privilegiado de intervención desde la prevención y promoción de la salud y en relación a las políticas sociales en el área de la salud materna paterna infantil es necesaria una mayor intervención desde el trabajo social que demarque un campo de acción en el que las intervenciones sean promo- preventivas.

Luego del trabajo de campo realizado en los tres Centros de atención primaria concluimos que a más de treinta años, los objetivos planteados a nivel de los programas nacionales stán en proceso sin poder haberse logrado en su totalidad y la salud perinatal de las familias gestantes es abordada prioritariamente por las disciplinas de la medicina: obstetricia, ginecología, pediatría como dimensiones prioritarias sin abordar el eje psico social cultural o dejándolo sólo para intervenir en casos donde la medicina detecte una situación de riesgo o de vulnerabilidad social.

Históricamente las intervenciones estaban a cargo de las Visitadoras de Higiene social en un escenrio atravesado por las acciones estatales de tutela y protección que intentaron garantizar las condiciones morales y materiales para fortalecer el binomio madre-hijo, siendo las madres las principales destinatarias. Estas acciones incluían los consejos que ofrecía el médico de familia y la visita de las visitadoras de higiene que colaboraban en los dispensarios e institutos de Puericultura para los sectores más vulnerables. Siempre los sectores más vulnerables, entendiendo a la vulnerabilidad solo en su dimensión social, reproduciendo un supuesto y un prejuicio peligroso: que las clases más beneficiadas pueden ejercer el maternaje y el paternaje con mejor pronóstico.

Esto no siempre es así ya que el desarrollo de estos procesos se derivan de la historia de esa familia, las estructuras de personalidad y el contexto y las mujeres y personas con capacidad de gestar de esos sectores sociales pueden también tener dificultades en el desarrollo de su parentalidad, no solo son necesarios los recursos económicos sino los sociales y los emocionales.

A lo largo del trabajo se intentó describir las tensiones entre el hacer y el decir cómo hacer y cómo aun en esa tensión se pueden llevar a cabo prácticas liberadoras, emancipadoras y superadoras del individualismo propio del

capitalismo que, como describe Herbert Marcuse en su obra “El hombre unidimensional” (1954), ha construido una sociedad donde “las necesidades políticas se convierten en necesidades individuales y donde su satisfacción promueve los negocios y el bienestar general” (Marcuse, 1954 pág.19).

Mario Heler en su obra Filosofía Social y Trabajo social (2002) explica que es necesario reflexionar sobre el hacer cotidiano de los trabajadores sociales, siendo ellos quienes tienen que emprender un trabajo de elucidación: “pensar lo que hacen y saber lo que piensan” con el objetivo de “dar significatividad a nuestras prácticas” (pp.9) Es necesario repensar las contradicciones y paradojas del hacer profesional con el objetivo de promover prácticas, que aun en los límites de la intervención, propongan el cambio social.

El análisis crítico y filosófico de las condiciones actuales evidencia la necesidad de un cambio cualitativo que permita desarrollar las acciones transformadoras que orientan la tarea del trabajador social. Como afirma Jaques Rancière en El espectador emancipado (2010) se transforma casi en un espectador, pero “mirar es lo contrario de conocer” (pp.10).El espectador permanece ante una apariencia, ignorando el proceso de producción de esa apariencia o la realidad que ella recubre. En segundo lugar, es lo contrario a actuar. La espectadora permanece inmóvil su sitio pasivo. Ser espectadores es estar separado al mismo tiempo de la capacidad de conocer y del poder de actuar.

Rancière explica que muchas veces “hay que arrancar al espectador del embrutecimiento del espectador fascinado por la apariencia y ganado por la empatía que le obliga a identificarse con los personajes de la escena”. Promueve entonces un corrimiento del lugar de pasividad al lugar de la actividad, de la indagación, de la interpelación de la realidad.Es entonces donde aparece la

emancipación, que surge cuando se cuestiona “la oposición entre el mirar y el actuar, cuando se comprende que las evidencias que estructuran de esa manera las relaciones mismas del decir, el ver y el hacer pertenecen a la estructura de la dominación y de la sujeción”.

Será entonces momento de elucidar el trabajo social, como propone Mario Heler. Interrogarse sobre el “quién, el qué, dónde, cuándo, cómo, cuándo, por qué y para qué”. Poner en práctica la reflexividad para deconstruir nociones y significaciones “que se convierten en obstáculos implícitos para avanzar” Un hacer que se enfrenta a lo inesperado, al mandato institucional, a la sociedad fragmentada, a la opresión, al sufrimiento, a los abordajes preestablecidos y a los mandatos profesionales.

Reflexionar impone pensar en la identidad, que somos, que hacemos, para qué lo hacemos. En las identidades hay continuidades y rupturas, con rasgos que van a permanecer y van tomando diferentes contenidos de acuerdo al momento histórico que es una dimensión que afecta y transforma la subjetividad. Identificar cuáles son los campos de lucha para visibilizar en la conciencia que tipo de prácticas realiza. Allí la experiencia práctica tiene un rol fundamental en la identificación o búsqueda de identidad para romper con la colonización de que los otros definan la profesión.

La legitimidad se da por el reconocimiento de la autoridad y fue el estado quien legitimó la profesión del trabajador social y lo incorporó legitimando su saber técnico y acreditándolo dentro de su estructura. Así los trabajadores sociales han ejercido diferentes funciones según el paradigma imperante y el contexto histórico: han ejercido funciones de control, de vigilancia, de asignación de recursos pero la propuesta de esta investigación es resaltar el carácter preventivo de la intervención del trabajo social en la salud mental

perinatal. Intervención que si se realiza en ese momento fundante del psiquismo evitará que esas familias atraviesen situaciones de riesgo para su salud a lo largo de la infancia, la adolescencia y la adultez.

Si indagamos en la historia de vida de esos y esas jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad, en situación de conflicto con la ley, en los casos de adicciones, en aquellas historias de niñas con ansiedad, con depresión y con tendencia antisocial encontraremos heridas en ese momento fundante de la etapa perinatal, heridas del momento de la gestación, del parto, del puerperio o en la primera infancia, y que aún en el encuentro con la adultez se observan como huellas de lo perinatal y de como diferentes variables biológicas, sociales y psicológicas han influido en ese desarrollo .

Como afirma Carballada, la intervención en lo social implica por un lado generar estrategias de recuperación de aquello que la crisis fragmentó o dejó bajo el olvido. Pero también es un espacio de interlocución entre estado y sociedad. La intervención habilita preguntas, es una herramienta que instala en los problemas sociales, los visibiliza y relaciona lo macro social y lo micro. El autor propone “generar espacios de encuentro, de diálogo entre los diferentes campos de saber que en escenarios turbulentos, cambiantes, tratan de generar acciones de asistencia. Recuperando prácticas a veces olvidadas, tales como lo grupal. Pero, esto también, implica la necesidad de interrogarse acerca de los nuevos padecimientos sociales, analizando las diferentes instancias de relación entre los distintos campos de saber, la implicancia de los mismos y la necesidad de re pensar los modelos de asistencia desde una perspectiva integral”.

Estos espacios de diálogo son posibilitadores de construcción de subjetividad en la intersubjetividad. El lazo social como antídoto a la alienación, interpelando biografías y contextos culturales, sociales, políticos y económicos como dadores

de sentido. Este intercambio intersubjetivo entre los investigadores y los profesionales que realizan las prácticas permite comprender e interpretar las prácticas sociales y reflexionar, repensar las teorías y los marcos conceptuales. Esto entonces posibilitaría el cambio y la transformación social y la no alienación en el trabajo social.

El trabajador social se observa a sí mismo como el portador pasivo de fortalezas que no puede poner en movimiento, sino que al contrario es condicionada por fuerzas externas. La reflexión crítica sobre su hacer posibilitaría un reconocimiento de las condiciones de alienación en las que en muchas ocasiones se encuentra para interpelarse si se vive a sí mismo como el portador activo de sus propias fuerzas y riquezas o se percibe como una cosa empobrecida, dependiente de otras que están fuera de él.

Ya en los años 70, más precisamente en el año 1976 las autoras Nydia Aylwin de Barros, Mónica Jiménez de Barros y Margarita Quesada de Greppi sostenían en su texto *Un enfoque operativo de la metodología del Trabajo social* que “Toda acción científica se fundamenta en una triple alianza entre la práctica social, la teoría y el método. La práctica social es una forma de actividad o acción , entendiendo por tal, el conjunto de actos mediante los cuales se modifica un objeto o realidad exterior a él...el conjunto de actos dirigidos a transformar o modificar un objeto se inician previendo un resultado ideal o fin y terminan con un resultado real , producto de la acción...Podríamos catalogar al trabajo social como un tipo específico de práctica social, que se ejerce mayoritariamente a nivel de grupos primarios y secundarios y cuya acción transformadora se orienta específicamente al cambio de conductas y valores de individuos y grupos.. ” (pp 11, 1976)

En relación al tema de nuestra investigación, los aportes del Trabajo social a las intervenciones con familias gestantes en la etapa perinatal el primer nivel de atención podríamos pensar la práctica como aquello que hace y hemos desarrollado a lo largo del trabajo, la teoría que ilumina el hacer tomando los aportes de Mary Richmond, la teorías sustantivas de la disciplina y los aportes de la psicología perinatal, la perspectiva de derechos y de género y el paradigma de la complejidad que se articularían y definirían un nuevo campo de especificidad para el trabajo social, el Trabajo social perinatal.

¿Cuál es el sentido de la intervención del trabajo social en el área perinatal? Como referíamos anteriormente la OMS estima que un alto porcentaje de las enfermedades y muertes de bebés y personas gestantes podrían reducirse con un adecuado control prenatal e intervenciones en la comunidad. Entonces, el sentido es político, entendiendo a la política como herramienta de transformación social. Intervenciones que detecten factores de riesgo y factores protectores, intervenciones que detecten tipos de vulnerabilidad y que no solo se detengan en el análisis de la vulnerabilidad social. El aporte que puede brindar el Trabajo social a la salud mental perinatal, es un rol promo preventivo que se plasme en intervenciones que se realizan durante las 36 semanas de acompañamiento en el primer nivel de atención.

Una intervención del trabajo social que ya no ejerza acciones de tutela o de asignación de recursos para paliar carencias o para promover el desarrollo de esa comunidad o grupo poblacional sino la construcción de intervenciones que puedan transformar la realidad de las personas para dismantelar posiciones de dominado-dominador, incluido-excluido, marginado-integrado, entendiendo el territorio como un espacio político en el que se refleja tanto como la fragmentación del sistema de salud y donde el/la trabajadora social tiene un espacio privilegiado como puente entre la comunidad, las instituciones, las

normativas y los equipos de salud. Interpelar el hacer, las prácticas, sospechar de lo dado, lo instituido implica para el trabajador social cuestionar la ideología, cuestionar la representación del mundo, y cuestionar las creencias. También participando en la construcción de políticas públicas que prioricen el bienestar general de los sectores poblacionales en situación de vulnerabilidad que garantice la equidad y la solidaridad pudiendo diseñar e implementar acciones tendientes al logro de ese objetivo.

Intervenir en el campo perinatal permite evaluar, intervenir y trabajar en los modelos de vinculación que orienten al establecimiento de una modalidad de apego seguro y saludable para las niñas, también permitirá trabajar con la emergencia de conflictos parentales, abordar la crisis de la maternidad para transformar las modalidades de vinculación transgeneracional y acompañar a las familias a reconocer los estados emocionales de sus hijos/as y puedan así regular los estados fisiológicos.

Es prioritaria la intervención del Trabajo social en la etapa de gestación y en la primera infancia. La experticia y especificidad de la disciplina posibilitan realizar intervenciones promo preventivas, antes de que se desencadene la patología, permitiría detectar riesgos que pueden desencadenar en situaciones de gravedad ya que las consecuencias de no intervenir preventivamente pueden ser, entre otras, las siguientes: la constitución subjetiva de sujetos desapegados emocionalmente, indiferentes, sin afección, pocos reactivos al castigo y al displacer, anestesiados emocionalmente, con problemas de aprendizaje en la infancia, con posibilidad de desarrollar tendencia antisocial en la adolescencia y en la juventud, trastornos del ánimo, etc.

El y la trabajadora social como integrante de los equipos de salud en el primer nivel de atención tienen una tarea de relevancia por su capacidad de captar,

analizar y comprender la multiplicidad y complejidad de los aspectos de las problemáticas de salud pudiendo desde su rol convocar a diferentes actores y actora, movilizar recursos dentro y fuera del sistema de salud a través de la vinculación territorial para actuar en la resolución de los conflictos desde el abordaje de la estrategia de APS que desde un enfoque de salud integral amplía su campo de acción incluyendo otras dimensiones como la cultural, la económica, la histórica y la emocional. Este rol le posibilita a la disciplina superar posiciones subalternas de aquellas disciplinas hegemónicas como lo ha sido la medicina y construir conocimiento derivado de su hacer práctico iluminando las intervenciones en una acción dialéctica entre la teoría y la práctica.

Finalizo con las palabras de Carballada (2002) “La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese otro sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una marca en la institución y desencadena una serie de dispositivos en instrumentos en esta”.

Es hora de que la intervención en salud mental perinatal desde el Trabajo Social actúe y haga actuar, produzca expectativas y consecuencias, que inscriba en las familias gestantes la posibilidad de reparar y transformar a través de dispositivos individuales y colectivos pero todos interdisciplinarios teniendo como faro el cuidado de ese momento fundante para las personas, la etapa perinatal.

Resulta imposible no recordar muchos casos como el de Lucio que durante el año 2021 falleció a causa del maltrato recibido por su madre y su pareja, ambas con antecedentes de violencia e indicadores de riesgo varios que pasaron invisibilizados por diferentes instancias e instituciones. Instituciones que no

alojaron esa problemática y que no asumieron su compromiso y responsabilidad profesional convirtiéndose también en una variable de riesgo para ese niño.

Alguien que no fue maternado/paternado, sostenido, alojado no puede sostener, alojar, cuidar y esto se comprueba en cada historia de crueldad, de violencia y de exclusión.

Fue un aprendizaje enriquecedor, ya que en este viaje desde mi disciplina, la psicología, hacia el trabajo social encontré varias estaciones en las que detenerme y conocer modelos teóricos y formas de intervención totalmente desconocidos para mí. Poco a poco fui sumergiéndome en una disciplina, que más allá de los resultados de esta investigación, enriqueció mi quehacer profesional como psicóloga.

Siglas, acrónimos y abreviaturas

APS: atención primaria de la salud

EPP: entrevista psicológica perinatal

SIP: Sistema de información perinatal

CLAP: Centro Latinoamericano de perinatología HC: historia clínica SMR: salud de la mujer y reproductiva

PDMI: Programa de desarrollo materno infantil

MSCF: Maternidades seguras y centradas en la familia

FPP: Fecha probable de parto

Referencias bibliográficas

Abelleira, H. & Delucca, N. (2004). *Acerca de la familia*. En: Clínica forense en familias. Historización de una práctica. Buenos Aires

Alayón, Norberto (2010) *Política Social y Trabajo Social*. Textos & Contextos (Porto Alegre) [Internet].2010;9(2):277-285.

Recuperado de:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527167009>

Aylwin de Barros, et al. (1982)*Un enfoque operativo de la metodología de trabajo social*. Edición 2.Humanitas

Aguilar, L. F. (1996b). *La implementación de las políticas*. México: Porrúa

Álvarez Leguizamón, Sonia (2008) *La producción de la pobreza masiva y su persistencia en el pensamiento social latinoamericano* En Producción de pobreza y desigualdad en América Latina. Bogotá: CLACSO; Siglo del Hombre, 2008. ISBN 978-958-665-119-6

Althusser, Louis (1970), *Ideologías y aparatos ideológicos del Estado*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1948

Aráoz Alfaro, Gregorio. "*La protección de la infancia*", Boletín del Museo Social Argentino, Buenos Aires, año 16, entregas 67-68, p.19-20. 1928

Belloq, Cristina et. al (2007) *Reflexiones en torno a la constitución de una Antropología de los procesos de salud/enfermedad/atención*

Bellmartino, Susana (2005) La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Estudio Digital 235-238
<https://doi.org/10.31050/re.v0i0.2595>

Benedeck, T (1959) Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory. Journal of the American psychoanalytic Association, 7 (3) 389- 417

Biernat, Carolina, & Ramacciotti, Karina (2008). *La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, 15(2),331-351. [fecha de Consulta 6 de Julio de 2022]. ISSN: 0104-5970. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138035006>

Bion, W (1962) A theory of thinking. London: Routledge

Bydlowski, M (1999) *Transparence psychique de la grossesse et dette de vie*. En capítulo Devenir mere. Devenir mere, devenir pere por Dugnat M. ediciones ERES.Ramonville Saint-Agne

Boivin, M, Rosato, A., y Arribas, V. (1998) “Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología social y cultural” Cap. II. Pág. 153. Bs.As. Eudeba.

Borrell Bentz, Rosa María (2005) *Municipios Saludables*. Portafolio Educativo 1° ed. – Buenos Aires: OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Bowlby, J. (1954). *Cuidados maternos y salud mental*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 1501 New Hampshire Avenue, N. W. Washington 6, D. C., E.U.A.

Britos, N. (2006) *Ámbito profesional y Mundo del Trabajo: Políticas sociales y Trabajo social en los 90*. Ed. Espacio Argentina

Campana, Marcela (2014) *Del Estado social al Estado Neoliberal: un nuevo pacto social en nuestra América* Revista Perspectivas Sociales /9-30

Carballeda, Alfredo Juan Manuel (2002) *El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención: del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad*-1a ed.-Buenos Aires: Espacio Editorial

Carballeda, Alfredo (2002) *La intervención en lo social /exclusión e intervención en nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires. Paidós

Carta de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

Castel, Roberto (1995) *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado*.

Cazzaniga, Susana y Hernández, Mary (2019) *Trabajo social y políticas públicas desde una perspectiva histórica* (TOMO I) La Plata. Universidad Nacional de la Plata.

Cerdá, Juan Manuel (2010). *Cambios y continuidades de las políticas sociales en Argentina. La historia de una ciudadanía social particularista*. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas. El Cairo 1994. Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Bases para la Acción: 7.2. Recuperado de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Código de ética de los y las Trabajadores sociales (2017)-Colegio de Trabajadores sociales de la Provincia de Buenos Aires

Colomer, Rosa Marquet *Calidad en Atención Primaria de la Salud*. Dra., Rosa Colomer. Seminario Internacional. Bs.As. Año 2000.

Daymon,C(2010)https://www.researchgate.net/publication/286473218_Qualitative_research_methods_in_public_relations_and_marketing_communications_Second_edition

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Delassus, J.M (1998) *Devenir Mère. la naissance d'un amour. Histoire secrete de la maternité*. Ediciones dunod. París.

Derrida, Jaques (1997) *El tiempo de una tesis: deconstrucciones e implicaciones conceptuales*. Barcelona. Proyecto A Ediciones.

Derrida, Jaques (1997) *Carta a un amigo japonés-Traducción de Cristina de Peretti, en El tiempo de una tesis: Deconstrucción e implicaciones conceptuales*, Proyecto A Ediciones, Barcelona, 1997, pp. 23-27. Edición digital de Derrida en castellano.

Diaz, Esther. (1990) *La constitución del sujeto moral en época de crisis*.

Cuadernos de ética (9), 27-41

Digilio, Patricia (2002) *Vicisitudes del bienestar*. En Filosofía y Trabajo social .1º ed. Buenos Aires Biblos.

Di Liscia María Hermida *Un análisis de la primera ley sobre anticoncepción en Argentina. El Programa de Procreación Responsable en la provincia de La Pampa* Dynamis Fecha de recepción: 8 de julio de 2010 [0211- 9536] 2012; 32 (1): 209-230

Douglas, Mary. (1991). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.

Dye, Thomas *Understanding Public Policy*, 12th ed., New Jersey, Prentice Hall, 2008, p. 9. Encontramos una noción similar en David Easton, *Esquema para el análisis político*, Buenos Aires, Amorrortu editores S.A., 1979, p. 79

Engle, P. L.; Fernald, L. C.; Alderman, H.; Behrman, J.; O’Gara, C.; Yousafzai, A. et al. (2011). *Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low income and middle-income countries*. The Lancet, 378(9799), 1339–1353. doi:10.1016/S0140-6736(11)60889-1

Erickson (1959) *Identity and the life cycle*. Selected papers. Psychol. Issues Fallappa, Fernando y Andrenacci, Luciano (2009) *La política social de la Argentina democrática* (1983- 2008). Los Polvorines: UNGS.

Fleury, Sonia (1997) *Estado sin ciudadanos* Language: Spanish. Publicado: Buenos Aires Lugar. Materias: Políticas públicas · Seguridad social.

Fernández García, T (2005) *Trabajo social con casos*. Madrid -Alianza

Fernández Arturo, Rozas Margarita (1984) *Políticas sociales y Trabajo social* Editorial humanitas-Universidad de Texas

Fromm, Erich (1977) *La condición humana actual*. Buenos Aires. Editorial Paidós

Freud, Sigmund (1938) *L’Abrégé de psychanalyse*. París PUF 1967 Golbert Laura (2006) *Argentina: Aprendizajes del programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados*.

En familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros
LC/G.2345-P - 2007 - p. 401-416

González Leandri, R. (2010). *Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo*

XIX. En E. Bohoslavsky & G. Soprano (eds.), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)* (pp. 59-85). Buenos Aires, Argentina: Prometeo/ Universidad de General Sarmiento.

Gonzalez Saibene, Alicia (2011) *Conocimiento, Intervención, Transformación*. Aguayo Cuevas Cecilia y Franco Gaviria Luis Horacio Comp. (2011) *Diálogos interdisciplinarios para la reconstrucción de saberes profesionales, pensando y actuando en América Latina*, Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello ISBN 978-956-7247-65-3, pp. 229 a 257

Gramsci, A. *Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado moderno*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1973. Pág. 62.

Gilligan, Carol. *La moral y la teoría*. Psicología del desarrollo femenino, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, p. 35.

Guía de Implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires en el marco de la ley nacional 27610.

Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal (2001) Ministerio de Salud de la Nación

Harris, Marvin.; Ross Eric, B. (1987). *Muerte, Sexo y Fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo*. Madrid: Alianza.

Heler, Mario (coordinador), Jorge Manuel Casas, Alejandro Cerletti y Patricia Digilio. *Filosofía Social y Trabajo Social. Elucidación de un campo profesional*. 2002. Buenos Aires, Biblos. (208 páginas). ISBN: 950-786-329-x

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

Jaime, Fernando Martín -, Gustavo A. - Alessandro, Martín-; Amaya, Paula- *Introducción al análisis de políticas públicas* (2013) Florencio Varela - Universidad nacional Arturo Jauretche

Jessner, L. WEgert, E & Foy, J.L. (1970) *El desarrollo de las actitudes parentales durante el embarazo. Parentalidad* (213-249). Buenos Aires. ASAPPPIA. Amorrortu editores

Knibiehler, Ivonne. (1995). “*La medicalisation de l’accouchement des années 1920 aux années 1970*”. En VV.AA. L’heureux événement: une histoire del’accouchement. Paris: Musée de l’Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 101-111. (2000). “Cuerpos y corazones”. En Dubi.; Perrot. Historia de las mujeres. El siglo XIX. Madrid: Taurus. 339-388

Kisnerman Natalio. Salud Pública y trabajo Social. Año 1997. Edit. Humanitas.

Kroeger Axel y Luna Ronaldo. Atención Primaria de la salud. OPS. Año 1992. Edit. Pax México. Publicaciones: Gestión Integral de Programas Sociales. Año 1999. UNESCO

Larguía, M., González, M., Solana, C., Basualdo, M., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P. & Esandi, E. (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)*. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF). Recuperado

de [http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/MCF_Conceptualizacion_e_implementación del modelo](http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/MCF_Conceptualizacion_e_implementacion_del_modelo).

Lamb, M. E. (1997). *The development of father-infant relationships*. En M.

E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development*. New York: Wiley.

Lebovici, Serge. (1988). *El Lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones precoces*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Lewis, A (1950) *Parentalidad. An Interesting Condition*. New York: Doubleday

Lucuix, María Beatriz (2001) *Programa Materno Infantil. Estudio de la evolución histórica a través de su implementación en la República Argentina 1950- 1999*
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Luna, F. (2008). *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*. *Jurisprudencia Argentina*, (IV), 60-67.

Maldonado, M. y Lecannelier, F. (2008). *El padre en la etapa perinatal*. *Perinatología y Reproducción Humana*, 2 (22), 145-154.

Maldonado Durán, M (2011) *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal*.
© Organización Panamericana de la Salud, 2011 525 Twenty- third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

Marcuse, Herbert (1954), *El hombre unidimensional*, Buenos Aires: Planeta1993.

Mendicoa, Gloria E. *La planificación de las políticas sociales*, Buenos Aires. Espacio, 1997. 193 páginas. *Revista de ciencias sociales*, (7/8), 266-269. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1473>

Martínez Nogueira, Roberto (2004) *“Desafíos estratégicos en la implementación de políticas sociales”*, presentado en el Encuentro Hacia una visión estratégica de la implementación de programas sociales, organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, noviembre

Marro MJ, Fattore GL. *Análisis de tendencia de la desigualdad en la mortalidad materno-infantil*, Argentina, 1990-2010. Rev. Argent Salud Pública, 2018; Abr;9(35):17-24

Matía, Marisa G.et al (2017) *Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos*

May, K. A. (1982). *Three phases of father involvement in pregnancy*. Nursing Research, P. 337-342

Mazzeo, V. (2017). *La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la Ciudad de Buenos Aires*. Población de Buenos Aires, 14(26), 47-60.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol*. México. Alianz

Méndez Diz Ana y otros, *Salud y población. Cuestiones Sociales pendientes*. Año 1998.Edit. Espacio.

Mead, Margaret (1990): *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica

Morin, E. (1994). *La noción de sujeto*. En: Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires: Paidós.

Muñoz Aguirre, L. N. (2020). *Sepsis puerperal tardía por dehiscencia uterina* (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2020).

Recuperado en 11 de mayo de 2022, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8400/E-UTB-FCS-OBST-000238.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nieri, L. (2012a) *Nueva mirada hacia la construcción de la paternidad*. Revista Psicología Científica.com. 14(10) Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/paternidad-responsable/>

Nieri, L. (2012b) *Paternidad y maternidad: aproximaciones psicológicas y socioculturales*. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» N°23. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/341>

Nieri, L. (2012c) *Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal*. Universidad de Palermo-CONICET Argentina.

Nieri, L. (2015) *Desarrollo de un estado de sensibilidad en el padre ante el nacimiento de su hijo*. Universidad Argentina de la Empresa- CONICET.

Nieri, L. (2017) *Transición y construcción de la paternidad*. Scielo. Interdisciplinariavol. 34 N°2.CABA

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272017000200011&lang=es Oblitas Beatriz. Parra Lucila. *La entrevista en Trabajo Social*. Año 2000. Edit. Espacio.

Observatorio de RHUS. Conceptos, evolución y contextualización. Año 2009

O'Connor, James (2002) *¿Es posible el capitalismo sostenible?* Ecología política. Naturaleza, sociedad y utopía .Buenos Aires Lugar CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20100930021858/3connor.pdf>

Offe, Claus (1990) *Contradicciones del Estado de Bienestar*, Madrid, Alianza Editorial.

Oiberman, A. (1998). *Padre-bebé: inicio de una relación*. La Plata: Editorial Universidad Nacional de la Plata.

Oiberman, A. (2009). *La paternidad en Latinoamérica*. XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Guatemala.

Oiberman A. (2013) *Nacer y acompañar*. Abordajes Clínicos de la psicología Perinatal. Lugar Editorial. Bs. As

Oiberman, A., et al. (2007). *Psicología Perinatal y Psicología en la maternidad*. Memorias Segundo Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva. Facultad de Ciencias sociales. Universidad de Palermo.

Oiberman, A. (2007) *La palabra en las maternidades: Una aproximación a la Psicología Perinatal*. Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad. 1, 87-91.

Oiberman, A (2008) *Nacer y pensar*. Aplicación. CIIPME-CONICET. Buenos Aires.

Oiberman, A., et al. (2008). *Nuevos dispositivos en salud mental: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*. Premio 2008: Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología.

Organización Panamericana de la Salud *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS* Washington, D.C.: OPS, © 2008

Organización Panamericana de la Salud *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: OPS, © 2007

Oslak, O. y O'Donnell, G. (1982). *“Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”*. En Flores (comp.), Administración pública. Perspectivas críticas. Buenos Aires: ICAP.

O'dent, Michel (2009). *La Cesárea ¿Problema o solución?* Buenos Aires: Liebre de Marzo.

O'dent, Michel (2005). *Nacimiento Renacido*. Buenos Aires: Errepar. Disponible en <https://docslide.net/documents/michel-odent-nacimiento- renacidopdf.html>

Palacios, Alfredo *La justicia social*, editorial Claridad, Buenos Aires, 1954,páginas 195-196

Patton, M (2002) *Qualitative Research and evaluation methods*. London SAGE Publications

Peralta, O. (1996). *Aspectos clínicos del puerperio*. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Recuperado en 11 de mayo de 2022, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/
https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf

Pérez Irigoyen, Claudio, 1989, *“Política pública y salud”*, en Isuani y Tenti Fanfani, Estado democrático y política social, Buenos Aires: Eudeba.

Palacios Alfredo (1939): *La defensa del valor humano*. Legislación social argentina. Editorial Claridad. Buenos Aires

Palacios, Alfredo, op.cit, y Mercado Matilde: *La primera ley de trabajo femenino*. La mujer obrera (1890-1910), Centro Editor de América Latina,1988

Petracci, Mónica *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* / Mónica Petracci y Silvina Ramos - 1a ed. - Buenos Aires: CEDES, 2006.

Peris, Vicente (2009) *El seguro social en Inglaterra* .Centro interamericano de Estudios de Seguridad Social

Peralta, O. (1996). *Aspectos clínicos del puerperio*. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Recuperado en 11 de mayo de 2022, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/
https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf

Prieto Bocanegra, B. M., & Ruiz de Cárdenas, C. H. (2013). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*, 13(1).Recuperado a partir de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2763>

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2013). *Compilación de leyes, decretos y textos abreviados de leyes que garantizan el cumplimiento derechos sexuales y reproductivos en la Argentina*. Buenos Aires:

Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gob.ar/saludsexual/derechos_sexuales.php.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/programa.php>

Políticas de Salud Sexual y Reproductiva (septiembre 2011). *Avances y Desafíos*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A 12 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

¿Cómo estamos? En Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). Disponible en mada.org.ar/revista-amada-volumen-12-n-2-2015.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2013). Compilación de leyes, decretos y textos abreviados de leyes que garantizan el cumplimiento derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gob.ar/saludsexual/derechos_sexuales.php.

Racamier, P. C. (1984) *A propos des psychoses sur la maternalite*. M- Soulé.Paris , ef, 41-50

Rancière, J.*El espectador emancipado* Buenos Aires: Bordes Manantial, 2010.

Repetto, (1935) *Trabajo social y drogodependencia*. Rodríguez, Ana María(2018)

Rousell L. (1989)*La famille incertaine*, Paris, O. Jacob.

Ruiz Sanjuan, C. (2016). *Estado, sociedad civil y hegemonía en el pensamiento político de Gramsci*. Revista de Filosofía y Teoría política (47)

Rodrigues de Caires, Carlos M. , *Las políticas públicas*. YVES MENY y JEAN-CLAUDE THOENIG Versión española, 1ª. edición Barcelona, Ariel, 1992. Cuadernos del CENDES [Internet]. 2017;34(96):185-192. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40354944011>

Rodríguez-González, A. M. (2018). *La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a*. Trabajo Social Hoy, 85, 7-26. doi: org/10.12960/TSH.2018.0013

Stolkiner, Alicia (2007) *Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente*. Medicina Social (www.medicina social.info) - 89 - volumen 5, número 1 marzo de 2010.

Sorano de Éfeso, *Ginecología libro I*, caps. 1-59

Stern, D (1999) *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia la vida para siempre*. Paidós Ibérica.

Stolkiner, Alicia (2005) *Interdisciplina y salud mental*. IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA SALUD MENTAL Y MUNDIALIZACIÓN: ESTRATEGIAS POSIBLES EN LA ARGENTINA DE HOY 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas· Misiones · Argentina

Tenti Fanfani, Emilio: *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*/1. Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N.º255. Buenos Aires, 1989

Touraine, Alain. (1993)*Crítica a la Modernidad*. Editorial Planeta. Bs. As. UNICEF 2010-2016 Primera Infancia

Veronelli, Juan Carlos; Veronelli Correch, Magalí (2004), *Los orígenes institucionales de la Salud Pública Argentina*. Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud, Tomo 2, pág. 63-64

Videla, M. (1990). *Maternidad: Mito y realidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión

Wilhelmi, M., & Pisarello, G. (2008). *La política migratoria europea y los derechos de las personas de terceros países. Entre la inclusión subordinada y la exclusión selectiva*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, 1(123.5).doi:<http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2008.123.5.4047>

Winnicott, D. (1945). “*Desarrollo emocional primitivo*”, en D. Winnicott (ed.), *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, España: Editorial Laia, pp. 203-217 [1979]. (1951). “Objetos y fenómenos transicionales. Estudios de la primera posesión ‘no yo’”, en D. Winnicott (ed.), *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, España: Editorial Laia, pp. 313-330 [1979].

Legislación internacional y nacional

Asamblea General de las Naciones Unidas (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW.

Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, (1994) Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. “Convención De Belem Do Para”

Código Penal (1921). Art.86 La interrupción legal del embarazo.

Ley N° 25.673 (2002) Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Ley Nacional N.º 25.929 (2004) Ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

Ley N° 26.130 (2006) Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. La ley de ligadura tubaria y vasectomía

Ley Nacional N° 26485 (2009). Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

Ley 26657 Ley de protección al derecho a la salud mental Ley 27610 Ley 27611

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11317-194070/texto>

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-12341-294333>

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-14807-1946-202654/texto>

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm>

Ley 25673

Incumbencias profesionales y Ley 10751 del Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. De Buenos Aires.