



**Colegio de Profesionales de Trabajo Social  
de la Provincia de Mendoza | Ley 7932**

2da. CONVOCATORIA PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIONES

**“La madre que l@ parió”**

- Director: Mag. Sebastián Mautino

- Integrantes:

Lic. Verónica Carballo, Lic. Alejandra Cornejo, Lic. Arturo Ratto, Lic, Carolina Montes de Oca.

PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL.

- Fecha de presentación preliminar: 07/12/2020- San Rafael, Mendoza



## **2- Presentación del Problema de investigación**

A principios del año 2017 desde el Hospital Teodoro J. Schestakow, hospital de referencia en el sur mendocino, a través de diferentes responsables, convocan a distintas áreas del hospital que trabajan tanto en maternidad, neonatología, trabajo social, salud mental como así también instituciones de salud mental que trabajan de forma ambulatoria el consumo problemático de sustancias, con el fin de dar a conocer algunas situaciones que involucraban a mujeres y sus recién nacidos que tenían sustancias tóxicas en sangre. En un primer momento el encuentro tenía carácter informativo y participativo sobre cuáles son las motivaciones y consecuencias de dichas situaciones, no se plasmó más que informar lo que estaba pasando en dicho momento.

En junio de 2018, la Dirección de Maternidad e Infancias del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte del Gobierno de Mendoza presenta la resolución N° 001170/18, que establecía un “Protocolo de seguimiento del recién nacido, hijos de madres con consumo problemático”, y que debía ser implementado en maternidades públicas y centros de Atención Primaria. (Anexo N° 1).

Los profesionales de Trabajo Social pertenecientes a instituciones que deberían aplicar este Protocolo, comenzamos a cuestionar estas herramientas por múltiples falencias, entre las cuales se visualizan: falta de criterios al momento de discernir las problemáticas de consumo, una mirada de control social a las personas que asisten al sistema público, una mirada a la maternidad y a la mujer cargados de una moral prejuiciosa y discriminatoria. Una ausencia en el procedimiento de los alcances de la legislación que hace en cuanto a niños, niñas y adolescentes, salud mental, perspectiva de género y diversidad sexual, derechos del paciente entre otros.

Con respecto al ejercicio profesional, subyace una mirada en el protocolo que alude a prácticas de control social sin tener en cuenta al mismo en la creación de dicho protocolo.

Ante tal situación y debido que la resolución debía aplicarse, trabajadores sociales del área de trabajo social y del área de salud mental del Hospital Teodoro J. Schestakow de San Rafael, en conjunto con profesionales de la misma disciplina del Centro Preventivo Asistencial en Adicciones (CPAA) de San Rafael, perteneciente a la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte de la provincia de Mendoza y del Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT) de San Rafael,

perteneciente a la Secretaría de Políticas públicas de la nación Argentina (SEDRONAR) acordamos investigar que motivaciones se dieron para la construcción de este protocolo.

El Objetivo General de la investigación que desarrollamos es *Comprender el proceso de construcción institucional del protocolo de seguimiento del recién nacido, hijos de madres con consumo problemático*, enmarcado en la resolución n°001170/18, como política pública del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza.

Para el cumplimiento del mismo, abordamos objetivos específicos, los cuales son:

- Analizar los alcances y limitaciones que el protocolo presenta en función de garantizar la Ley de Salud Mental y Adicciones.
- Identificar si se tuvo en cuenta la perspectiva de género en la elaboración del protocolo sostenida desde el enfoque de derechos humanos.
- Identificar qué supuestos ideológicos existen en el imaginario de los actores involucrados en la elaboración del protocolo en relación a la disciplina del Trabajo Social.

El desarrollo de estos objetivos y fundamentación en base a las entrevistas y material teórico utilizado para su comprensión se lleva a cabo en el análisis de cuatro dimensiones, una es referida al Proceso de Construcción del Protocolo y Políticas Públicas, la siguiente se refiere a Protocolo, prácticas y Ley de Salud Mental N° 26.657, otra es Perspectiva de género y Consumo problemático de sustancias y por último los supuestos Ideológicos de la profesión trabajo social.

En base a lo anteriormente mencionado, el desarrollo de la investigación con respecto a los objetivos específicos elegidos se ha logrado en un porcentaje de noventa por ciento (90%). Dicho porcentaje se refiere a que en el proceso de investigación no se pudo contactar, ni referenciar a funcionarios y/o profesionales del Equipo Técnico Interdisciplinario (ex Órgano Administrativo Local) dependiente de la Dirección General de Protección (ex Dirección Niñez, Adolescencia y Familia) dependiente de la sub-secretaria de Desarrollo Social, que participaron en la formulación y construcción del Protocolo. Tal ausencia deja al descubierto la falta de cumplimiento de los objetivos específicos.

Desde las diferentes dimensiones que atraviesan dicho proceso, analizamos datos obtenidos de entrevistas, vinculamos con marcos teóricos específicos de la profesión y de las problemáticas que se abordan.

Finalmente se realiza por parte del equipo de investigación propuestas en base a legislaciones actuales, nuevos paradigmas que permiten intervenciones desde una perspectiva integral, con respeto y cuidado en las mismas y con perspectiva de Derechos Humanos que posibiliten la concreción de prácticas profesionales críticas.

### **3- Estrategia Metodológica**

Se utiliza un enfoque metodológico cualitativo, se propone un estudio exploratorio descriptivo. El carácter exploratorio, indica que esta temática no se encuentra abordada en la Provincia de Mendoza, lugar de implementación del protocolo de referencia.

En cuanto al alcance poblacional, la unidad de análisis se conforma por los/las autores/as del protocolo N°1170/18. Tipo de muestra no probabilística.

Administración de entrevistas semi estructuradas a los/las autores/as del mencionado protocolo.

#### **Construcción del instrumento de recolección de información.**

El instrumento de recolección de datos seleccionado para la realización del trabajo de campo es la entrevista. Se eligió un modelo de entrevista semi-estructurada. Este modelo de entrevista con preguntas preestablecidas se caracteriza por la flexibilidad que permite en las respuestas a cada una de ellas.

Las preguntas semi abiertas tienen como objetivo el desarrollo del relato de les entrevistades permitiendo su profundización en aspectos relevantes al tema de investigación.

#### **Trabajo de Campo**

El proceso de confirmación de entrevistas se llevó a cabo previa situación de aislamiento social obligatorio por COVID 19. Durante los meses de enero y febrero se contactó por vía telefónica, por WhatsApp y email a las profesionales de diversas áreas e instituciones que se vincularon a la construcción del protocolo.

En la investigación se realizaron siete (7) entrevistas a profesionales de diferentes

disciplinas que se desempeñan en ámbitos hospitalarios y en instituciones que abordan la problemática de consumo de sustancias, entre ellas profesionales de Trabajo Social. (Anexo N° 3).

Cabe resaltar que la modalidad seleccionada y la aplicación de la entrevista pensadas previo al contexto de COVID 2019 debieron ser repensadas de acuerdo a las posibilidades de este momento histórico social. Se pasó de considerar viajar y realizar entrevistas personales en la ciudad de Mendoza, sostenida en una relación cara a cara, por la realización de entrevistas en forma virtual a través de la plataforma Zoom, la cual resultó efectiva para los fines propuestos.

Esta plataforma fue seleccionada por que permite la grabación de las entrevistas.

Uno de los criterios que se consideraron para la elección de los y las entrevistados/as tuvo que ver con la pertenencia a las instituciones en la cual se desempeñan y que de manera directa o indirecta participaron en la elaboración del protocolo de seguimiento de recién nacidos hijos de madres con consumo problemático.

Otro criterio fue darle prioridad en la realización de entrevistas a aquellos profesionales formados dentro de las ciencias sociales, ya que esto nos permitiría, por un lado recabar información desde un espectro lo más amplio posible y por otro lado, la puesta en marcha del instrumento de campo a fin de corregir, reforzar o cambiar lo que fuese necesario.

Cabe destacar, que se mantuvo contacto telefónico con cada posible entrevistado/a para explicar sobre el proyecto de investigación, características y finalidad, a fin de contar con su consentimiento para las mismas.

#### **4- Presentación de los resultados de la investigación**

##### **Introducción**

En el presente trabajo mostramos algunos de los resultados obtenidos de la investigación llevada a cabo entre noviembre del 2019 y noviembre del 2020. Presentaremos como hilo conductor los supuestos ideológicos que subyacen tanto en la política pública, concretamente en el “Protocolo de seguimiento de recién nacidos hijos de madres con consumo problemático de sustancias”, como así también, de la disciplina de Trabajo Social.

Las dimensiones que se desarrollarán son:

- Construcción del protocolo y política pública.
- Protocolos, prácticas y Ley de Salud Mental y Adicciones N 26.657.
- Perspectiva de género y Consumo Problemático.
- Supuestos ideológicos de la disciplina de Trabajo Social.

### **DIMENSIÓN: Proceso de construcción del protocolo y política pública**

#### Análisis de los supuestos ideológicos del protocolo.

Para el desarrollo de esta dimensión y a lo largo del trabajo, partimos del supuesto de que los conceptos y terminologías tienen un valor político clave, por lo tanto, emprendimos un camino que busca desentrañar tensiones y contradicciones que se cristalizan en los fundamentos y opiniones que sostienen las personas entrevistadas, como participantes principales o secundarias en la construcción del protocolo. En este sentido, a partir de las distintas reflexiones que vendrán, nos introducimos en la búsqueda sobre la intencionalidad política de la política pública.

Incorporamos subtemas que se constituyen en puntos de discusión como parte de la trayectoria atravesada por los distintos actores e instituciones al definir la política pública, estos son: criterios que motivaron la protocolización de las prácticas, marco legal, interdisciplina- intersectorialidad, sector privado de salud.

Podemos identificar los siguientes actores que participaron en la construcción del protocolo:

- Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes
- Programa de Adicciones- CPAA- Dirección de Salud Mental y Adicciones
- Autoridades de órganos administrativos locales (actual ETI), Subsecretaría de Desarrollo Social
- Servicio de Salud Mental, Hospital Lagomaggiore
- Servicio de Neonatología, Hospital Lagomaggiore

#### Análisis de trayectorias, criterios para protocolizar las prácticas, intersectorialidad

Nos resulta interesante poder compartir la siguiente definición sobre las políticas públicas que propone Landini (2003) quien las define como un sistema de decisiones gubernamentales que a través de acciones u omisiones definen un problema de la realidad de uno o más sectores de la vida social.

En lo que respecta el análisis del protocolo como política socio sanitaria y teniendo en cuenta los criterios expresados en las entrevistas, se arriba como primer supuesto ideológico: la predominancia de un enfoque de riesgo en los fundamentos que sostienen la misma. Utilizaremos un artículo de autoras uruguayas González, Laurino, Costábile (2010) para analizar este aspecto, quienes establecen que (...) de la misma manera que otros saberes tecnificados, los enunciados científicos sobre el riesgo, ocultan, detrás de un lenguaje sofisticado y fórmulas de cálculos opacas a la traducción por los sistemas profanos, creencias sociales, valores culturales e ideas políticas que tienen un fuerte impacto en la vida de las personas y en la planificación de las poblaciones.

A decir de las personas entrevistadas, respecto de los inicios de la construcción del protocolo:

“Inquietud de un grupo de profesionales médicos, neonatólogos del hospital Lagomaggiore, maternidad mas grande de la provincia (...) Empezaron a notar signos en bebés prematuros, como convulsionaban, algo parecido a un síndrome de abstinencia, pero que no le podían encontrar la causa, o sea por qué si tenían determinados parámetros clínicos, porqué sucedía esto con estos chicos. Se detectó justamente sustancias tóxicas en orina del bebe (cocaína), terminó siendo un signo de alarma” (Entrevista N° 1, comunicación virtual, 04 de junio 2020).

“Nosotros queríamos hacer que esa mamá ingresara a un sistema de salud donde el bebé pudiera ser contenido debido a su riesgo de muerte súbita, de maltrato y de alteraciones de neurodesarrollo. (...) Otros factores de riesgo respecto del bebé: si éste había nacido con bajo peso, o si había nacido por desprendimiento de placenta o que no tuviese controles prenatales” (Entrevistada N°4, comunicación virtual, 04 de setiembre del 2020).

“Este protocolo tiene que ver con las mujeres que son usuarias de sustancias, cuando llegan a la maternidad y nacen sus bebés. Estos empiezan a presentar

síntomas como dificultad para respirar o convulsiones y esos síntomas no se pueden relacionar con las cuestiones que manejan los neonatólogos, entonces en el hospital Lagomaggiore comienzan a atenderlos y a investigar lo que pasa con estos niños. Entonces se relaciona con el consumo de sustancias, especialmente la cocaína, que era una variable que estaba presente en todos los casos en donde estos bebés habían nacido con estos problemas, lo cual esto comienza a ser un foco emergente” (Entrevistada N° 3, comunicación virtual, 24 de junio del 2020)

Nos resulta interesante la ruptura que realiza una de las entrevistadas, quien participó de la construcción de la nueva guía:

“ (...) Protocolo elaborado de forma unilateral por un servicio de maternidad a raíz de la observación de la proliferación de casos, de una neo; completamente en el Lagomaggiore, que empezaron a notar unas sintomatologías en los bebés que pasaban por la neo y cuando (lo voy a relatar más o menos como yo fui tratando de ver y entender como había nacido el tema del protocolo) y a raíz de esa observación de esa sintomatología (que no la vinculaban con otro tipo de patologías) se empieza a implementar el tema del testeo que tiene que ver con cómo detectar cocaína, o sustancias, consumo de sustancias en mujeres”. (Entrevistada N° 6, comunicación virtual, 30 de setiembre del 2020)

Muchas veces las políticas socio sanitarias que se basan en el enfoque de riesgo y que carecen de un paradigma integral, generan acciones que resultan limitativas de derechos y amplían el campo de la acción del control social. O, dicho de otro modo, se instala desde una lógica proteccionista, ya sea del niño o de la mujer, en detrimento de un necesario protagonismo de los sujetos, quienes atraviesan esta problemática social. Como plantea Molina (2019) sobre la salud pública tradicional aferrada a un enfoque de riesgo, separa los problemas de salud enfermedad de las condiciones socio políticas que los determinan y omite las subjetividades de quienes lo padecen.

Una de las prácticas que promueve el enfoque de riesgo, como supuesto ideológico es la anticipación, se vincula con una mirada probabilística, como plantean González et al (2010), quienes desarrollan minuciosamente su artículo sobre el enfoque de riesgo, estableciendo que la probabilidad de que un suceso, generalmente terrible o no deseado



ocurra, se representa mediante un planteo abstracto, que reduce el contenido a una fórmula matemática de cálculo en la que se sopesan indicadores de predisposición. Mediante el concepto de riesgo las disciplinas técnicas desarrollan un sistema de protecciones hacia sus enunciados predictivos que no están sustentados sobre la certidumbre sino sobre la hipótesis de su probabilidad de ocurrencia.

Específicamente si tenemos en cuenta los pasos que indica el protocolo, la presencia de un tóxico positivo es motivo suficiente para activar múltiples intervenciones, incluso algunas privativas de derecho, como lo es la inhibición de la lactancia. Esta práctica se traduce en un sentimiento de “tranquilidad” de los profesionales de la medicina en relación a los cuidados de niño.

En relación a lo anterior, algunas entrevistadas expresan sentimientos de temor o miedo, preocupación, sufrimiento, impotencia, que les generaba la situación de los niños cuyas madres presentaban algún tipo de consumo:

“Empezó a surgir la necesidad de saber qué pasaba con esos niños una vez que se iban de alta sobre todo porque los neonatólogos tenían temor de darle el alta esos bebés y mandarlos a la casa sin saber si va haber un seguimiento adecuado de los bebés, si van a estar en una casa o en un hogar que los contenga, seguros; O sí bueno sí corrían riesgo la salud de los bebés, y ante este requerimiento de esos de que tenían miedo de cómo iban a estar los niños y que teníamos que organizar algo para para el seguimiento”. (Entrevistada N°7, comunicación virtual, 14 de agosto del 2020)

“Lo que yo vi en esa comunidad es que muchas veces me tocaban bebés que estaban realmente en muy malas condiciones emocionales sobretodo y todos me decían que la madre consumía y a mí eso me llamaba mucho la atención, y que yo no pudiera hacer nada por ese bebé, lo cual yo me quedaba muy preocupada porque a veces venía dormido y yo no podía despertarlo, dudando si esa noche la iba a pasar ,donde yo les preguntaba a las mamás si habían tomado algo y ellas me respondían que no ,al otro día lo hacía ver con el agente sanitario y le pedía por favor si el bebé estaba bien. Yo sufrí mucho porque quería hacer algo al respecto y los demás me decían que no se podía porque no se puede realizar una acusación

del consumo materno si uno no tiene pruebas y la prueba de orina tampoco se podían realizar ya que era un centro de salud muy alejado y no podía realizar las pruebas de consumo de marihuana, cocaína, etcétera”. (Entrevistada N°4, comunicación virtual, 04 de setiembre del 2020)

De esta forma las esferas de la ciencia y la moral se entremezclan y confunden. En las descripciones científicas de las situaciones sociales aparecen argumentaciones y fundamentos morales, que revisan desde instancias operativas, los usos, costumbres y valores de ciertos sectores de la población, que la acción de una política o intervención pública busca modificar (González et al, 2010).

Nos interpela la mirada unidireccional y reduccionista que trasmite el protocolo, en tal sentido estamos ante una problemática social compleja y esta se caracteriza por su movilidad y permanente metamorfosis (Fernández, Vecchio, Ismach, Madeira, 2012). Esta perspectiva nos “obliga” al trabajo interdisciplinario e intersectorial, que de alguna manera se define en el protocolo pero no desde un lugar de horizontalidad de los saberes, como así también no incorporando las tensiones existentes entre los distintos sectores, Silvia Fernández Soto (2001) establece el reconocimiento de lo social como totalidad histórica, única manera de conseguir una correcta caracterización de lo sectorial y de formular propuestas que lo articulen de modo correcto con instancias macrosociales. A decir de una entrevistada:

“Como por ejemplo qué pasaba si consideramos que la familia no era una familia que le pudiera dar una contención adecuada este a este niño. Y también si vamos la familia extensa no podía contener al binomio madre-hijo” (Entrevistada N° 7, comunicación virtual, 14 de agosto del 2020)

A continuación, citaremos textualmente fragmentos de la Guía de síndrome de abstinencia neonatal, dicho instrumento precede al protocolo de seguimiento de recién nacidos hijos de madres con consumo problemático, y fue a partir de la experiencia de su aplicación en el Hosp. Lagomaggiore, que surge la idea de ampliar su implementación a todas las maternidades públicas de la provincia. En su introducción plantea:

“En neonatología en los últimos 20 años, se ha visto un incremento del número de RN

expuestos pasivamente a drogas ilícitas consumidas por sus madres del 4,5% de las mujeres embarazadas entre 15 y 45 años, del 11% que consumían alcohol en el primer trimestre y 10% de consumo de tabaco. Estos niños presentan un complejo problema médico y social. Un adecuado método para pesquisar este problema en la embarazada y el recién nacido, significa la posibilidad de una intervención temprana con la posibilidad de compensar el daño intrauterino con un adecuado desarrollo físico y social posterior.

#### Farmacodependencia

- El uso de drogas ilícitas durante el embarazo tiene riesgo de complicación en la gestación por efecto tóxico directo o efecto teratogénico, parto pre termino, sg de de privación o toxicidad en el neonato.
- El neonato tiene riesgo de toxicidad por la droga tanto en el embarazo y lactancia.
- Este riesgo se relaciona también con condiciones socioeconómicas inadecuadas, estilo de vida y síntomas por de privación de diagnóstico en el embarazo, además de las desventajas ambientales en la infancia.

Factores de riesgo para uso de drogas ilícitas: Madre fumadoras y bebedoras, Parejas no estables, Sin trabajo, Embarazo mal o no controlado, Historia de abuso de drogas, Muerte fetal inexplicada, Desprendimiento de placenta, Episodios de hipertensión arterial, Accidente cerebrovascular, Infarto de miocardio, Abortos a repetición” (Guía de síndrome de abstinencia neonatal, 2015, Anexo N°2).

La intencionalidad de citar el fragmento completo, es visualizar la enumeración de riesgos de orden biológico que establece el mismo y con la misma autoridad plantea aspectos de la cuestión social, estableciendo una confusa vinculación entre ambos, en lo cual se cristalizan lógicas individuales y voluntarias. Desde este enfoque ciertas conductas son cuestionadas por los expertos que investigan y definen este instrumento, puramente tecnocrático que invisibiliza las desigualdades. Tomando una cita del artículo de Molina (2020) donde plantea que hay una lente tecnocrática que entiende a la población como un constructo

homogéneo, compuesto por unidades rigurosamente iguales e intercambiables, posición sostenida tanto por profesionales de salud como por referentes de la política pública. En donde prevalece una mirada unidisciplinar, propia de un proceso de medicalización, el cual es funcional a un modelo médico hegemónico.

Un sustento conceptual seleccionado para desentrañar los supuestos ideológicos y que nos resulta de una claridad significativa es el siguiente:

El discurso de la ciencia deja de utilizar las argumentaciones racionales propias de esta esfera de conocimiento para admitir de manera solapada y hasta imperceptible, sustentos ideológicos y argumentaciones de la esfera práctico-moral. De esta forma los enunciados científicos, convenientemente arrojados de discursos tecnológicos dirimen asuntos sociales, contaminando las esferas que se habían arbitrado en la lógica argumentativa de la primera modernidad. Mediante el concepto de riesgo, se legitiman ciertas prácticas tecnocráticas en el arbitraje y manejo de los asuntos sociales que activarían o no los sistemas de protección social hacia la invalidez que en esos términos pasa de ser simplemente física a ser social. Los sistemas de expertos desarrollan cada vez con mayor pericia un sistema de indicadores que señalan como factores de riesgo para el ejercicio de la convivencia y los roles sociales que los sujetos están llamados a desempeñar (González et al, 2010).

Las desigualdades quedan invisibilizadas en una mirada tecno-instrumental, que se especializa en describir trayectorias vitales y evaluar la pertinencia de las decisiones adoptadas con total independencia de sus condicionantes sociales, políticos, económicos y culturales.

Otro de los supuestos que descansa sobre el enfoque de riesgo se vincula con discursos de prevención, configurando una nueva modalidad de vigilancia que anticipa la conducta de los sujetos observados, eliminando los rasgos de imprevisibilidad que tenía el sujeto peligroso, atribuyendo riesgos a decisiones, (...) atribuye responsabilidades a los sujetos cuyas conductas se someten al arbitraje público (González et al, 2010).

A través de estos complejos mecanismos, se elabora una idea de riesgo aparentemente

neutral en sus connotaciones, la cual se presenta a través de un discurso tecnocrático despolitizado que es preciso desmontar para descubrir sus implicaciones. En el caso de la caracterización del riesgo social se observa una naturalización de imágenes culturales a través de las cuales ciertas conductas individuales son puestas en tela de juicio por el experto. De apariencia neutral, estas representaciones sociales, que instruyen el deber ser de las conductas y actitudes de los sujetos analizados, están fuertemente connotadas desde el punto de vista político y moral.

Propuestas respecto de la construcción de políticas públicas:

- Participación de los Colegios Profesionales en la construcción de las políticas públicas, lo que promueve una defensa colectiva de la autonomía profesional.
- Construir circuitos- puentes de mayor comunicación entre el colegio y espacios ejecutivos y legislativos.
- Participación de actores del ámbito académico y de organizaciones feministas
- Respeto de los criterios que protocolizan prácticas: Inclusión de un enfoque de derechos, intentando superar la mirada de riesgo.
- Fortalecer prácticas vinculadas a la información sobre las consecuencias del consumo de ciertas sustancias en las etapas de embarazo y lactancia
- Respeto del aspecto interdisciplinario- intersectorial
- Replantear los espacios y tiempos adecuados para el abordaje de esta problemática, que tengan en cuenta la singularidad de la persona gestante
- Capacitación transdisciplinar que apueste a un modelo de cuidado no lineal y contextual
- Marco legal presente (o no) en el proceso de construcción

Dentro del proceso de construcción, se indaga sobre el marco legal utilizado, específicamente las entrevistadas no lograron identificar un marco normativo concreto que haya delineado la propuesta. Compartimos aquí algunas respuestas:

“Lo que nosotros buscábamos era por ejemplo el consentimiento, ya que la mamá firma como que nosotros estamos autorizados a pesquisar una enfermedad que puede empeorar la salud de su bebe” (Entrevistada N°4, comunicación virtual, 04 de setiembre del 2020).

“Sinceramente no sé qué marco jurídico se trabajó en el 2017 cuando se armó, porque como yo no estuve en ese armado no lo sé, creería que está en función de la 26061” (Entrevistada N°3, comunicación virtual, 24 de junio del 2020)

“Desde el momento que sale por resolución obviamente sería legal” (Entrevistada N°1, comunicación virtual, 04 de junio del 2020).

Se considera que las respuestas siguen una racionalidad administrativa, lo legal tenido en cuenta como instrumento para una aprobación formal de del protocolo.

Respecto a aquello que la política pública acciona u omite (retomando nuestra definición inicial), puede observarse una ausencia de la legislación vigente que encuadra y responde a un bien jurídico, es decir a los derechos inherentes a la mujer y el niño. Nos lleva a considerar la noción de *Biolegitimidad*, que refiere a la vigencia en la política contemporánea, de un orden moral en el que el plano de lo biológico asociado al riesgo y representado por el cuerpo sufriente, constituye la fuente última de legitimidad, es decir, por sobre el reconocimiento de su inserción en entramados sociales, que remiten a procesos políticos, ideológicos y económicos particulares a la vez que de amplio alcance.

La omisión del enfoque de derecho, entendido el mismo como categoría política, en el marco del trabajo social argentino, como perspectiva que busca reconstruir el lazo social a través de la presencia activa del Estado en las políticas públicas de asistencia, reparación promoción, y garantizarían de derechos humanos, sociales y populares (Meschini, Hermida, 2017), refuerza la perspectiva de un modelo asistencial. Nos interpela sobre cómo tramitar las tensiones que presenta la problemática, desde un enfoque de derechos.

Existe legislación vigente que se vincula a la problemática de Maternidad y consumo: Ley N° 25673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley N° 25.929 Parto Humanizado, Ley N° 26.485- Protección Integral a las Mujeres, Ley N°

26657 De Salud Mental y Adicciones, Ley de Identidad de Género N° 26743, Ley N° 26873 de Lactancia Materna, Ley n° 9139 Sistema Integral de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Prov. de Mendoza, esta última ha de considerarse teniendo en cuenta que modifica incumbencias de las instituciones parte del sistema de protección integral de derechos.

### Sector privado

Partimos indicando la coincidencia con Molina (2020) en cuanto a entender el término de Salud Pública, como nivel de análisis: la salud pública es la salud de la población y continúa... esta asunción tiene por sí un par de consecuencias. La primera es que el sector privado, los proveedores de insumos médicos, la seguridad social, tiene que ver con la salud pública, aunque en definitiva sea el Estado el director de la orquesta.

Vale esta aclaración para iniciar nuestro análisis sobre la escasa problematización que existe ante la discriminación de la aplicación del protocolo en las maternidades públicas y no en el ámbito privado. Que teniendo en cuenta el concepto de Molina, entendemos que sería el Estado el responsable principal de abarcar todos los ámbitos para garantizar la salud de toda la población, en este caso de las personas gestantes y de la niñez.

En cuanto al sub tema sobre la aplicación de esta política pública en el sector privado, resulta conveniente diferenciar entre las personas entrevistadas que cumplen un rol ejecutivo en la construcción de las políticas públicas, de aquellas que participan en la ejecución de este protocolo en particular. En tanto que las decisiones de una u otra no tienen la misma responsabilidad.

Los conceptos y terminologías tienen un valor político clave. En un afán de ir deconstruyendo la resolución que impone el protocolo en las maternidades públicas, surge preguntarnos ¿qué características tienen las personas que transitan las maternidades públicas? Espacio propuesto como punto de inicio del protocolo en cuestión. Estas maternidades se ubican en hospitales públicos de 2do y 3er nivel de atención, transitan por dichos efectores un gran porcentaje de mujeres que se encuentran excluidas de la lógica formal de trabajo, con empleos precarios, trabajadoras desocupadas, la mayoría ejerce un rol doméstico no remunerado, sin acceso a cobertura médica privada u obras sociales, en

situación de pobreza y/o perteneciente a los sectores empobrecidos de la sociedad.

¿Las personas entrevistadas e involucradas en la construcción de la política pública, todas provenientes del ámbito público de salud, conocen de antemano a qué clase social pertenece la población objeto de las intervenciones planteadas en el protocolo?

Si bien todas las personas entrevistadas acuerdan en que “debería” aplicarse en el ámbito privado, nos inquieta la ausencia de una mirada crítica respecto a este punto. Esto nos hace pensar en lo planteado por Muñoz Cabrera (2011) en cuanto a que el Estado y sus instituciones continúan ignorando la violencia estructural que desempodera a las mujeres. Como expresión de ello, compartimos algunas de las respuestas de las entrevistadas:

“(…) todo lo que nosotros hacemos desde maternidad- infancia tratamos que se aplique tanto en el sector público como en el sector privado, pero a veces no tenemos herramientas para controlar. Y continúa ... “mirá ahora que estamos trabajando en esto de la corrección eso sería un punto para corregir, nadie lo había notado...” (Entrevistada N° 7, comunicación virtual, 14 de agosto del 2020)

“Debería ser abarcativo a todas las instituciones; o a todas las maternidades tanto públicas como privadas. Si no, hay un sector muy importante de mujeres que concurren a las maternidades privadas que quedan excluidas de esa situación” (Entrevistada N°6, comunicación virtual, 30 de setiembre del 2020).

La entrevistadora repregunta: ¿porque está centrado en lo público, como para una determinada población, para una determinada clase social digamos, por así decirlo, no?

“Y la verdad que como surgió desde el ámbito público la inquietud, porque surge desde el hospital Lagomoggiore, una de las maternidades más grandes de la provincia. Surge desde el ámbito de lo público y me parece que por eso se centra ahí, que tiene que ver con el surgimiento y la detección. Pero no me parece que tenga que estar excluido el ámbito privado igualmente” (Entrevistada N° 6, comunicación virtual, 30 de setiembre del 2020)

Entrevistadora: ¿Se tiene en cuenta este aspecto en la nueva guía?

“Mmm,no, la verdad que no lo hemos incluido como..., la verdad que no. Sería un aspecto a trabajarlo, pero la verdad que no lo hemos incluido, que en el texto de lo



que hemos elaborado si bien ha sido como otra construcción absolutamente distinta, no se elaboró esta guía desde un solo sector, sino que se ha intentado ser más participativa, más intersectorial, tomando en cuenta otros actores, pero en el texto no recuerdo haberlo incluido; pero sería bueno, es un buen aporte” (Entrevistada N° 6, comunicación virtual, 30 de setiembre del 2020)

Intentaremos abordar esta ausencia del Estado en el sector privado dentro del sistema de salud, desde el paradigma de la interseccionalidad, el mismo se constituye en una herramienta de utilidad teórica, conceptual y política en el abordaje de la multiplicidad y simultaneidad de la opresión que sufren las mujeres en base al género, edad, clase (Muñoz Cabrera, 2011) y por qué no pensar en la discriminación por “adictas y madres”.

Muñoz Cabrera (2011) cita a Crenshaw quien define interseccionalidad como la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas. La subordinación interseccional, es a menudo la consecuencia de un factor de discriminación que al interactuar con otros mecanismos de opresión ya existentes crean, en conjunto una nueva dimensión de desempoderamiento.

Crenshaw (1995) establece que la Interseccionalidad política apunta a los puntos de intersección de los múltiples tipos de opresión que desempodera a las personas en base al género, al posicionamiento relativo de los grupos subordinados, y a las agendas políticas, a menudo contradictorias, de los múltiples colectivos a los que pertenecen los sujetos oprimidos. Esto nos transporta a los criterios que todas las personas entrevistadas coincidieron para protocolizar las prácticas, específicamente *el riesgo* que presentarían los niños hijos de madres con tóxicos positivos. Esta preocupación de las personas que construyeron este protocolo no se traslada a todas aquellas niñas que nacen en las maternidades privadas? Llama la atención esta mirada parcial del proceso salud enfermedad de la niñez y personas gestantes.

Específicamente podemos establecer que, a nivel local en la ciudad de San Rafael, contamos con una maternidad pública y dos privadas. O bien, existe un gran porcentaje de personas gestantes con obras sociales. Un análisis crítico desde un enfoque interseccional nos ayuda a develar ciertas contradicciones que genera esta política, visibilizando que las personas y sus familias pertenecientes a las clases empobrecidas son el único objeto de

control de parte del sistema de salud.

En consonancia con este planteo, una de las entrevistadas brinda fundamentos tecnocráticos, ignorando toda cuestión de clase y por lo tanto despolitizados, sobre la priorización de la aplicación en las maternidades públicas:

“(…) además en el público, tenemos todos los instrumentos para hacer los monitoreos incluso virtuales, nosotros tenemos acceso al ser maternidad-infancia a mucha información desde trabajar con el registro civil, infosalud, samed, siempre resguardando la privacidad, pero eso hace que podamos obtener datos que de otra forma no se podrían obtener generalmente esos datos se generan en el ámbito público”. Y continúa: “necesitamos penetrar en el ámbito privado, y en este momento estamos viendo cómo hacerlo, con los privados por ahí tienen cierto resquemor (...)” (Entrevistada N°1, comunicación virtual, 04 de junio del 2020).

Crenshaw (1995) establece que los marcos teóricos deberían centrar la discusión en el punto donde convergen múltiples mecanismos de discriminación (tales como racismo, discriminación de género, edad, heterosexismo, clase). Ella explica que el análisis de estas zonas de intersección arroja elementos útiles para el abordaje de aspectos estructurales y políticos de la violencia en base al género, al mismo tiempo ponen de manifiesto, la importancia de las instituciones públicas en términos de luchas contra estas intersecciones o de complicidad en su perpetuación.

En conclusión, a partir de un análisis interseccional del protocolo y de las prácticas que promueve, podemos establecer las diversas dimensiones que se entrecruzan: de género/clase social/persona gestante/uso de drogas/maternidad/heteronormatividad.

#### Propuesta:

Asumir el modelo interseccional en la construcción de las políticas públicas, el cual nos brinda insumos teóricos sobre tipos y prácticas de poder, usualmente ejercidos por instituciones, equipos de salud y responsables políticos.

Se torna crucial incorporar la noción de clase, en tanta categoría relacional que en intersección con el género, nos permiten comprender las desigualdades y opresiones que sufren las personas gestantes, objeto de este análisis.

Exigibilidad del abordaje la problemática en el sector privado, propuesta a las obras sociales para que no queden excluidas las usuarias de las mismas.

DIMENSIÓN: Protocolos, prácticas y ley de salud mental n°26.657.

Análisis- supuestos ideológicos del protocolo

Es menester destacar el recorrido histórico del armado del protocolo enmarcado en una coyuntura política, social, económica, cultural, no solo de la provincia, sino de la nación, con la homologación de leyes que amplían derechos y construyen ciudadanía y teniendo en cuenta que a partir de la institucionalización de “transferencias monetarias”, como políticas que transformaron los esquemas de protección social y las formas de intervención estatal, ampliaron la noción de accesibilidad de las políticas sociales.

Ahora bien, en el armado de la construcción del protocolo en cuestión, se evidencia el paradigma del enfoque del modelo medico hegemónico (M.M.H.), que se afianza en el siglo XIX, con el “formalismo”, se establece este concepto de “normal”, como estrategia de normalización para homogeneizar al total de la población a los efectos de tornarla |previsible, este concepto de “norma”, regirá en todo el periodo de la modernidad hasta nuestros días.

Tanto el derecho (sistemas jurídicos), como los médicos y médicas (sistemas de salud), se constituyeron en una herramienta central en la instauración de la “normalización”, encargándose de controlar estas “anormalidades”. Es así que lo “normal” y lo “anormal” se empieza a confundir con lo saludable y lo enfermo, surge entonces la antinomia “lo normal y lo patológico”, que mezcla los criterios morales de lo “anormal”, naturalizando un abordaje del sujeto/sujeta caracterizado por el biologismo, pragmatismo e individual y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de control y legitimación. Esta anormalidad biológica se traslada a una anormalidad social.

Desde la lógica de la normalidad una de sus características es el poder clasificatorio, en este caso transferido a los médicos (neonatólogos/as y psiquiatras), a decir de Foucault “esa verdad clasificatoria, se va a transformar en prácticas, como sinónimo de hacer, de transformar y generar saberes específicos”.

Al decir de las entrevistadas que ilustran este paradigma:

“(…) yo sufrí mucho porque quería hacer algo al respecto, porque no se puede realizar una acusación del consumo materno si uno no tiene pruebas...y lo primero que hicimos fue presentar un protocolo en el servicio, pusimos una pesquisa de 5 preguntas que se hacía a la mama y si contestaba de manera positiva le realizábamos la orina, lo que nosotros buscábamos es el consentimiento de la mama ya que si firma nos autoriza a pesquisar una enfermedad que puede empeorar la salud de sus bebés” (Entrevista N°4, comunicación virtual, 04 de setiembre del 2020)

“(…) empezó a surgir la necesidad de saber que pasaba con esos niños, una que se iban de alta y los neonatólogos tenían temor de darle el alta a esos bebés y mandarlos a la casa sin saber si iba a haber un seguimiento adecuado de los bebés, ...como por ejemplo que pasaba si considerábamos que una familia no le podía dar la contención necesaria a este niño...” (Entrevista N°4, comunicación virtual, 04 de setiembre del 2020)

El protocolo en su instructivo visibiliza este concepto cuando refiere ... “en la libreta de salud del recién nacido se dejará la constancia de la situación de consumo problemático de madre consignado en la misma “solo” el código cie-10 (z 71 y /o 72). Y se colocara un sello de “atención pediátrica priorizada”.

En relación a la homologación de nuevas leyes progresistas que se impulsaron en la década pasada 2003-2015, si hay algo de que carece este protocolo es su desconocimiento y aplicación, así es que una de leyes que además de garantizar un abordaje integral, específico y particular como el consumo problemático de sustancias, es la ley de salud mental 26.657.

Al decir de las entrevistadas:

“(…) no teníamos presente la ley de salud mental.... El tema del millón es el consentimiento informado...pensamos en el protocolo en una situación extrema, donde la persona no tiene capacidad de decidir autocuidado, después nos dimos

cuenta que hay grises...” (Entrevistada N° 1, comunicación virtual, 04 de junio del 2020)

“(...) yo en realidad a la ley de salud mental no la conozco, pero por lo que hablado con personas que están en la parte de salud mental a veces no coincido en algunas cosas...” (Entrevista N° 4, comunicación virtual)

“De la ley de salud mental a lo que apelamos es al art 30 derivaciones...y a la conformación del equipo interdisciplinario.” (Entrevista N°5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020)

Como se viene observando, las entrevistadas se expresan en relación al consentimiento informado, cuando la ley 26.529 derechos del paciente en su relación con los profesionales de la salud. 2009. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

En el art 1° - ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

O sea, que se puede interpretar que el abordaje de las sujetas es realizado por un equipo interdisciplinario para realizar un diagnóstico diferencial en relación no sólo al consumo problemático ¿o no?, sino a las capacidades de la gestante para realizar un procedimiento, actuación profesional.

Retomando el marco del enfoque de derechos, se puede profundizar en la comprensión del proceso salud enfermedad como expresión de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas del devenir de un proceso histórico y social, dinámico, en muchos casos de luchas colectivas, formas de resistencia.

La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien padece. Los escenarios actuales de la intervención social se constituyen dentro de contextos (instituciones) y se presentan de manera turbulenta, como problemas sociales complejos -P.S.C-(Carballeda, 2008).

De este modo, la enfermedad como P.S.C., dialoga con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, elaborándose así nuevas formas de comprender y

explicar los fenómenos asociados o ligado a lo mórbido (en este caso R.N. en riesgo), y que impactan un “estallido” en los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas del sector.

Así el sujeto que se presenta en los servicios asistenciales de salud, se constituye como “inesperado”. Un sujeto que las instituciones, a veces no pueden comprender a partir de su constitución desde complejas circunstancias y climas de la época. La respuesta institucional en muchos casos pasa del azoramiento, al rechazo, producto posiblemente de la extrañez y el temor que causa lo diferente (Carballeda, 2008).

“(…) empezamos a organizar un protocolo que al principio lo vimos desde una mirada como una urgencia que surgió tenerlo ya, porque ya teníamos los pacientes y no nos habíamos dado cuenta que existía todavía este problema y no teníamos soluciones, entonces el protocolo surgió organizado por médicos, .... Como, por ejemplo, que pasaba si consideramos que la familia no podía contener al binomio madre-hijo...” (Entrevistada N° 7, comunicación virtual, 14 de agosto del 2020)

“...el protocolo dice que tenemos que entrevistar a todas, entonces se nos re complica porque somos pocas profesionales, la mujer se tiene que quedar internada, a veces hasta 5 días! y se tiene que ir de alta si o si con nuestra entrevista...” (Entrevistada N°5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020)

“Además empezaron a legar quejas de los hospitales por el desborde de tantas problemáticas, que no estaban pudiendo controlar...” (Entrevistada N° 1, comunicación virtual, 04 de junio del 2020)

“...no pudimos hacer nada para prevenir estas situaciones, y como nosotros no podíamos saber la causa de esto, empezamos a investigar..., esto comienza a ser un foco emergente y nosotros desde nuestro punto de vista, no pudimos tener ningún registro...” (Entrevista N° 3, comunicación virtual, 24 de junio del 2020)

Como se puede observar en términos de Foucault (1980), se expulsan cuerpos que generan temor, rechazo (...), desde esta perspectiva, la intervención social, dialoga estrechamente con estas formas de conflicto que se expresan como tensiones entre poder y resistencia en

los espacios macrosociales.

La fragmentación social, la incertidumbre, las desigualdades sociales, no solo expresan como factores causales de los problemas de salud, sino que forman parte de estos, se registran en la historia de cada sujeto, en forma singular, construyéndose de esta manera las políticas sociales y las tramas socio-culturales.

La necesidad de construir abordajes heterogéneos, requiere de una serie de miradas estratégicas que se interrelacionan con la intervención de lo social.

Este sujeto que irrumpe generando nuevas demandas, también genera desconcierto, la tendencia al rechazo, construyendo prácticas de "exilio", que muchas veces culminan con un mayor deterioro y el ingreso a la institución que hay una negación de ese otro, comienza a ser reconocido desde el estigma y el prejuicio, allí deja de ser un sujeto "inesperado" para transformarse en aquel que puede poner en riesgo a su bebé, en este caso.

"...se visualiza un alto estigma en las madres consumidoras, por ello hemos realizado la campaña global de "acompañe y no castigue a las mujeres que usan drogas., esta estigmatización tiene que ver con el rol de madre, está contraindicado el uso de drogas, doblemente estigmatizada, por ser mujer y madre..." (Entrevistada N° 3, comunicación virtual, 24 de junio del 2020)

"...hay médicas que han mandado a hacer el examen de sustancias tóxicas porque la madre tenía un tatuaje, si tiene un tatuaje imagínate el ambiente donde vive!" (Entrevistada N° 5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020)

Por ello, continuando con esta lógica, los P.S.C., interpelan nuestras prácticas como así también los mandatos institucionales. Se nos presentan a los equipos como una posibilidad de generación de nuevas miradas y perspectivas, además trabajar en equipo es favorecedor, el poder pensar las prácticas, como un lugar en donde debe existir el diálogo, en donde surge la "escucha", como una posibilidad, como un instrumento de intervención (Carballeda, 2007).

El instructivo del protocolo refiere: "...El equipo de salud mental evaluará la necesidad de un tratamiento terapéutico de la madre en el centro de salud o en un CPA (centro

preventivo de adicciones). El turno para el abordaje terapéutico para la madre será gestionado desde el hospital.”

El capítulo VII, art 30 de la ley de salud mental 26.657, se refiere a las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación...apelando a la mayor contención familiar y lazo social en correlato con el art 75, INC 22 de C.N., establece jerarquía constitucional del pacto internacional de derechos, económicos, sociales y culturales..., el pacto estipula el derecho a la salud con un contenido y alcances específicos, refiriendo las obligaciones asumidas por el estado.

Es importante señalar este artículo porque hace referencia al núcleo central del “derecho a la salud”, que es la accesibilidad, tener derecho a la salud no implica tener acceso a la atención. Si bien es parte inherente al derecho integral, en la práctica “el derecho va por un lado y el bien social por otro” (Krompotic, 2006).

La accesibilidad se cimenta como una vinculación, es decir como un lazo social entre las políticas sociales y los usuarios de estas. Ahora bien, no se trata solo de llegar al hospital, sino que las diferentes intervenciones sean resueltas.

Al decir de nuestras entrevistadas:

“(...) otra dificultad que se presenta, es que los CPA tienen muy poco recurso humano, entonces el tema de cuando se necesita tener frecuencia en los turnos, en el tratamiento, por ahí las mamás iban una vez y luego no iban porque les quedaba lejos...” (Entrevistada N°1, comunicación virtual, 04 de junio del 2020)

“(...) uno de los obstáculos es la accesibilidad en relación a lo económico, la gente muchas veces no tiene para el colectivo, ni tienen las madres motivación para hacer un tratamiento..., lo realiza porque es una condición para el alta...” (Entrevistada N° 2, comunicación virtual, 01 de julio del 2020)

Las políticas de salud y la accesibilidad no implican solo el ingreso al sistema, sino que como equipo de salud, el desafío es construir buenas prácticas para acompañar desde lo más genuino el proceso salud-enfermedad, abordando la complejidad del devenir en un marco histórico-social, implica una búsqueda que nos posibilite reconocer las capacidades de los sujetos de nosotros como equipo, enmarcados en la solidaridad, para resolver los



condicionantes que limitan nuestro potencial como sociedad.

### Hallazgos, rupturas, aportes y propuestas

“...O sea, somos las voces de estas mujeres que por ahí no llegan a los escritorios donde se planifica...” (Entrevistada N° 5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020)

Durante el proceso de investigación se pueden observar posicionamientos críticos constructivos, que se cuestionan e interpelan las prácticas profesionales, como así también las categorías de intervención profesional. Como sector asalariado atravesamos complejidades varias, asociadas no solo a lo salarial, sino a los mandatos institucionales, el trabajo en soledad, desarticulación de programas, ni hablar de las tensiones cotidianas en el entramado institucional. Es por ello que la investigación es superadora en relación al devenir de una construcción colectiva, que impulsa a la construcción de un nueva “guía de recomendaciones”, como instancia superadora al protocolo.

Como refiere Carballeda (2004), (...) en estos nuevos escenarios se expresan P.S.C., en la cual sobresale la pérdida de certezas..., esta situación genera malestar en los equipos, en tanto el padecimiento interpela cotidianamente nuestras prácticas...”

“...Hemos ido aprendiendo con los errores y con algunos aciertos, al principio derivamos al ETI a todas las mujeres madres que les daba toxico positivo, pero después comenzamos a aprender, a cambiar conceptos y categorías de abordaje, investigamos”. (Entrevistada N° 5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020)

“(...) entiendo que ese protocolo fue alborada de forma unilateral..., yo creo que no pueden faltar dos leyes fundamentales, la 26.061 y la ley de salud mental, 26.657, esta nueva guía está realizada desde una perspectiva de derechos que tiende a mejorar nuestras “prácticas” ...debería ser abarcativa a todas las instituciones a todas las maternidades tanto públicas como privadas...Como así también se incluye el “consentimiento informado” ...” (Entrevistada N° 6, comunicación virtual, 30 de setiembre del 2020).

“(...) en la nueva guía incluyendo factores psicosociales con perspectiva desde el

trabajo social” ..., la problemática del consumo es un chivo expiatorio de otros problemas...” (Entrevistada N°5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020).

El armado de la nueva guía de recomendaciones para el abordaje de mujeres usuarias de drogas y /o recién nacidas/os con toxico positivo, nos permite pensar en adecuar la organización institucional del estado , en este caso salud pública desde un enfoque de derechos, lo que implica, la participación de otros actores incida en la toma de decisiones, así también continuar avanzando progresivamente en la garantía plena de derechos, en este caso ampliar la participación a otras instituciones privadas o las obras sociales, generando de esta manera una cobertura a todos los sectores sociales, profundizando el desarrollo de las capacidades políticas de coordinación intersectorial, e interinstitucional. Generar capacitaciones con perspectiva de derechos y de género en todos los poderes del estado.

En el actual protocolo se pone de manifiesto... “trabajo social y salud mental del hospital en conjunto con la familia serán los encargados de establecer quien puede ser el adulto responsable que sostenga y acompañe a la madre en el ejercicio de su función materna...”

En los últimos tiempos se ha reflexionado en la academia en torno a la construcción de una política de cuidados, numerosas investigaciones dan cuenta de ello, en este sentido se propone “dar sentido político a la categoría cuidados”. En el marco de la pandemia en curso, su presencia se convirtió en una expresión que utilizamos a diario y que referimos en distintas escenas de la cotidianidad, la actual emergencia permitió visibilizar fenómenos que antes pasaban desapercibidos, que permitió entre otras cosas problematizar las desigualdades de género y sus impactos en la vida diaria.

En la problemática abordada en esta investigación, resulta necesario reconstruir la trama social en la que las prácticas de cuidado se desarrollan y los significados que los sujetos le otorgan a las mismas, para poder comprenderlas.

El fenómeno “crisis de cuidado”, es decir las tensiones que emergen a partir de la persistencia de un modelo cuidado basado en los principios de familiarización y maternalización, sumado a la crisis salarial y patriarcal en la que dicho modelo se sustentaba, también debe entenderse que atraviesa las instituciones y los equipos, por lo tanto, es imprescindible superar el sesgo que implica mirar los cuidados desde experiencias

y problemas de clase medias urbanas (Ierullo,2020).

Si bien es una categoría a construir, es necesario dotar de sentido político a la categoría implica el posicionamiento respecto de la intervención del estado en lo social y del modelo de solidaridad social, (lazo social) que se busca construir.

El trabajo de cuidados comprende todas aquellas tareas de apoyo físico y emocional, necesarias para garantizar la existencia y reproducción de las personas. Requerida durante la mayor parte de sus vidas, es particularmente importante en el acompañamiento de personas dependientes por su edad (niños, niñas, personas mayores), porque están enfermas o tienen algunas discapacidades. (Rodríguez, Enríquez y Pautassi,2014)

Volviendo a la investigación es necesario considerar la persistente responsabilización a las familias y en particular a las madres, del cuidado de los y las infantes, desde una mirada que tiende a desvalorizar a las mujeres de los sectores de la pobreza (feminización de la pobreza), en relación al desempeño en las tareas de cuidado, a sus propias motivaciones y a como organizan su vida y su tiempo. En el actual protocolo, no solo se excluye al progenitor si lo hubiera y “carga” toda la responsabilidad de los cuidados y tratamiento en la mujer.

Por ello es necesario transversalizar el enfoque de género en el diseño de las políticas y en la formación integral de los equipos profesionales y no profesionales a los fines de contribuir efectivamente en la corresponsabilidad en las tareas de cuidado y no reproducir abordajes con improntas maternalistas, moralizante y estereotipadas respecto a los roles y mandatos construidos socialmente.

Para empezar a concluir.

Es un momento histórico que tiene como desafío avanzar de manera contundente en la construcción de nuevos andamiajes institucionales que ubiquen al cuidado como derecho en su doble dimensión: cuidar y a ser cuidada y cuidado, situaciones que atraviesan la mayor parte de nuestras vidas.

### DIMENSIÓN: Perspectiva de género y Consumo problemático de sustancias.

A veces se vuelve necesario cambiar la estructura del tratamiento en tanto los espacios están tradicionalmente masculinizados y cis-heteronormados. Deconstruir, desarmar las generalidades sostenidas por el patriarcado para crear colectivamente espacios que alojen singularidades de manera comunitaria, solidaria y cuidadosa. Sospechar de lo “*natural, universal y esencial*” porque siempre detrás de esas excusas se esconde un sistema de poder que justifica la desigualdad y la violencia (Commisso, 2020).

Desarrollar una mirada, una escucha y un cuerpo colectivo que abrace, sostenga, dispute e invente espacios más habitables para todes.

#### Análisis de supuestos ideológicos del protocolo

Tomaremos ciertas categorías y conceptos que nos permitirán iluminar la mencionada dimensión, no desde una mirada lineal, sino por el contrario, desde una mirada dialéctica, dinámica, en un interjuego entre la teoría, la situación problema, las experiencias profesionales, entre otras, dentro de un contexto determinado. Que nos permita desnaturalizar prácticas, revisar y volver a plantear diferentes maneras de “mirar y escuchar” a ese otro, desde la complejidad que presenta la realidad social actual.

Por ello que nos parece oportuno pensar cómo la maternidad como gran hecho social en la Argentina, continúa consolidándose como uno de los grandes ejes sobre los cuales se erigen tanto las identidades femeninas como de la vida cotidiana de las mujeres. También mencionar cómo se fue instaurando históricamente la familia nuclear, la cual requiere de la existencia de un amor maternal, con presencia de un padre proveedor, una madre ama de casa encargada del bienestar de los hijos y demás miembros del hogar, a lo largo de la historia. No obstante, este horizonte normativo de familia y maternidad no escapó a los cambios políticos y económicos sucedidos en la sociedad argentina durante los últimos treinta años, trayendo cambios en la organización familiar.

A pesar de los cambios mencionados en relación a la crisis del modelo de familia nuclear, se percibe la convivencia del modelo de familia nuclear con las nuevas formas de organización familiar (nuevos modelos de familia) sin embargo hay un predominio en los discursos de las profesionales que se desempeñan en las diferentes instituciones donde

dejan claramente al descubierto el sistema patriarcal por el cual están atravesadas las intervenciones profesionales, y por el cual se percibe el modo de materner, y si bien no pretendemos hacer generalizaciones, es lo que predomina en el trabajo de campo realizado hasta el momento. A continuación, compartiremos algunas citas de las entrevistas:

“Justo ahora venía una pregunta en referencia a eso, ¿si recordabas algún caso? Me vienen miles, por ejemplo ahora tengo uno en la cabeza, una mujer muy deprimida que había consumido, con un marido que también consumía, consumían los dos cocaína, entonces ella no había podido obviamente dejar de consumir durante el embarazo, porque además como les decía eso también le servía como antidepresivo, cuando nosotras le comentamos que no le podía dar la teta al bebé, el marido le empieza a plantear: Viste que sos una pelotuda, yo te dije que te pasaras al porro, que la cocaína en el embarazo no, viste culiada..., Nunca preocupado como ella se sentía, no!” (Entrevista N°1, comunicación virtual, 4 de junio del 2020).

Esta cita muestra implícitamente el lugar de poder que ocupan los profesionales dentro del sistema de salud, ya que son ellos y ellas quienes deciden en relación a la lactancia, si es posible o no, que esa madre alimente al/la recién nacido/a. Y explícitamente el rol de su pareja, ejercido desde la violencia y sin capacidad (al menos desde el discurso) de responsabilizarse sobre la situación familiar, como una responsabilidad puramente de la mujer.

El patriarcado a lo largo de la historia se ha encargado de dejar atado y bien atado eso de que la mujer es cuidadora por naturaleza, que su instinto la lleva a ser madre. La palabra instinto se usa de este modo para expresar un ímpetu que lleva a las mujeres a actuar y sentir en una dirección determinada. Cuando esto no sucede aparecen las instituciones del estado, por medio de sus profesionales quienes decidirán, de acuerdo a sus marcos normativos y morales “lo mejor” para la mujer y el/la recién nacido/a.

Al decir de Vivas (2019) la maternidad ha sido utilizada por el patriarcado y el capitalismo como un instrumento de supeditación y control de las mujeres, relegándolas al ámbito doméstico privado e invisible.

Por ello, lo que entendemos por “amor materno” no es amor natural, sino que representa, en

palabras de Tarducci (2008), una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos que siempre son social, histórica y culturalmente producidos.

Es por ello que consideramos significativo resaltar que en la presente investigación al hablar de maternidad (es) hacemos referencia a los modos de matinar, y existen tantos modos como experiencias, de esta manera no se puede hablar de maternidad como único concepto (Vivas, 2019).

Históricamente las mujeres en el sistema patriarcal son casi exclusivamente “cuerpos” de los que ellos desde el poder disponen para la sexualidad que mejor les acomoda, para la fecundidad que mejor les conviene, para las tareas domésticas que les interesan. Las mujeres atravesadas por el colonialismo, no son pensadas como sujetas portadoras de derechos, sino que fueron definidas como seres “inferiores” en relación al varón, discriminadas, consideradas objeto de protección y control.

Según Segato (2013) la colonialidad tiene la idea de dominio, soberanía y control sobre el cuerpo de las mujeres. De allí que el único valor de la vida radica en su disponibilidad para la apropiación. Desde este concepto se puede comprender porque gran parte de la sociedad mantienen y perpetúan modelos, asignación de roles, entre otros de lo que socialmente se espera de una mujer, como algo natural, biológico, heredado, trasladándose a las políticas públicas dentro del sistema de salud.

Este lugar que social y culturalmente ha ocupado la mujer, se complejizan más aún cuando están atravesadas por el consumo de sustancias, y donde no se visualiza una perspectiva de género en las políticas públicas.

A modo de ejemplo compartiremos la siguiente cita:

“Las personas que presentan consumo problemático, ¿tienen que cumplir con ciertas características para criar a estos niños?

Si, tienen que cumplir ciertas características, en realidad muchas veces lo evalúa servicio social y en algunos casos que son más graves los derivan al ETI y ellos se encargan, pero lo que yo veo como algo principal es que la madre tenga un vínculo de afecto con el bebé ya que muchas veces firma el alta otra persona que no tiene un vínculo con el bebé y eso es lo que a mí me deja muy preocupada”.

(Entrevistada N°4, comunicación virtual, 04 de septiembre de 2020).

Es evidente que la presencia de consumo de sustancias en mujeres madres se opone a lo esperado en el imaginario social. Esta problemática sitúa a los profesionales en una encrucijada entre la moral, la ética y el saber.

Podemos considerar, a través de los relatos en los procesos de las entrevistas, que las mujeres madres que han sido intervenidas desde el Protocolo de seguimiento del recién nacido, hijos de madres con consumo problemático han atravesado diferentes situaciones de maltrato, violencia, indiferencia, abuso, entre otros, visualizando el concepto de proceso de victimización que describe Valls-Llobet (2009), quien considera que cuando las mujeres “se creen” inferiores, cuando la inferioridad se introduce en la subjetividad y los mandatos de género sobre ser madres, ser perfectas, seguir el modelo de las mejores, son las guías de sus conductas, se inicia la angustia y la sensación de culpa.

Esta culpabilización, que está totalmente provocada por estereotipos culturales de género, se introduce en su interior y acaba sintiendo la culpa que otros le han dicho que tiene como si realmente fuera suya”. (Valls-Llobet, 2019).

Es oportuno compartir la siguiente cita correspondiente a una entrevista:

“¿Vos ves como un obstáculo, cuando se observa cierto estigma en estas personas consumidoras de sustancias?

Realmente muchísimo, hace dos años hemos acompañado la campaña global de Acompañe y no castigue a la mujeres que usan drogas ,y para esa oportunidad sacamos a la luz las estadísticas en dónde el informe que hace Sedronar en el 2017 que incluye a todo el país, las mujeres que usan drogas ocupan los espacios terapéuticos casi en la mitad de la cantidad de los varones que usan drogas, esta estigmatización tiene que ver que con el rol de madre donde está contraindicado el uso de drogas, esto es como doblemente estigmatizado y lo otro que no es una estigmatización, pero sí es un obstáculo, es no tener en cuenta la realidad de las mujeres a la hora de armar los dispositivos, entonces arman dispositivos a donde las mujeres no pueden llegar ya sea porque el horario no le sirve o porque ya no tienen dónde dejar a sus hijos y tienen que ir con sus hijos al lugar y en ese lugar no hay donde puedan cuidar sus hijos”. (Entrevistada N° 3, comunicación virtual,

29 de julio de 2020).

Sostenemos que este proceso de victimización responde al modelo patriarcal que atraviesa las relaciones vinculares y sociales entre los sujetos, que se desarrollan en las diferentes instituciones, ya sean familiares o estatales en nuestra sociedad.

El consumo de sustancias de las mujeres madres ha profundizado la situación de estigmatización, etiquetamiento, discriminación, entre otros, desafiando el modelo materno del “deber ser” en el cual no es compatible con lo institucionalmente instituido.

Al hablar de consumo de sustancias nos remitimos indefectiblemente a hacer un breve recorrido histórico a fin de dar cuenta los diferentes modelos de intervención que han surgido y que aún siguen vigente, conviviendo en la actualidad, específicamente en las instituciones.

A lo largo de la historia han existido y co-existen hoy distintos modelos, cada uno ubica al sujeto, la sustancia y el contexto social en diferentes lugares, con sus consecuentes modos de intervención y prevención. Es decir, de cada modelo de abordaje se desprende el modo en que nos posicionamos frente al acto de consumo. Este tendrá consecuencias en cómo decidiremos actuar frente a la problemática, tanto desde la sociedad en su conjunto, desde las instituciones, como así también dentro de nuestro entorno personal/subjetivo.

La guía de Estrategias para implementar acciones de abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en contextos de encierro” define tres modelos o paradigmas sobre los consumos de sustancias: Modelo Punitivo-Moralista, Modelo Sanitarista y Modelo Multidimensional.

Modelo Punitivo-Moralista: este modelo percibe a la problemática de los consumos de sustancias psicoactivas no como un problema de salud, sino como un problema de orden público. Se basa entonces en lo jurídico y en lo ético-moral concibiendo al consumo como un delito, haciendo foco en la ilegalidad de la sustancia. A su vez, coexiste una mirada sobre la persona como víctima ubicando al sujeto como actor pasivo frente a los efectos de las sustancias. Cuando no se tienen en cuenta todas las dimensiones que intervienen en el acto de consumo se tiene como consecuencia la criminalización del mismo y la estigmatización de los consumidores.



Modelo sanitarista: este modelo propone una concepción de salud que considera a la persona consumidora como enferma y al acto de consumir como generador de alteraciones del buen funcionamiento del organismo. En este marco se propone dar respuesta a la problemática a partir del tratamiento terapéutico en lugar del castigo.

Modelo Multidimensional: este modelo desarrollado por Touzé (2010) considera los consumos de sustancias psicoactivas como un proceso multidimensional en el que se da una interrelación entre las sustancias, los procesos individuales de los sujetos y los contextos sociales en los que se producen los vínculos entre los dos elementos anteriores incluyendo las dimensiones políticas y culturales. En este sentido es que, esta mirada se basa en concebir a los consumidores como sujetos titulares de derecho y no como delincuentes, víctimas y/o enfermos.

Luego de hacer una breve reseña de cada modelo, entendemos que las mujeres madres intervenidas desde el protocolo en el ámbito hospitalario, son abordadas desde los dos primeros modelos mencionados (Modelo Punitivo-Moralista y/o modelo sanitarista), a modo de ejemplo las siguientes citas de entrevista:

“¿Qué medidas primordiales se toman cuando resulta el tóxico positivo? Primero se revisa el bebé, cómo está, se habla con la madre, le explicamos que el bebé ha tenido en la orina un resultado positivo de cocaína o marihuana, lo que sea, y que la internación la hacemos durante 72 horas para ver si no se encuentra ningún episodio de apnea, le preguntamos a ella cómo se siente, si tiene algo para decirnos y no mucho más”. (Entrevistada N° 4, comunicación virtual, 04 de septiembre de 2020).

“A la mujer en la que aparece tóxico positivo en su bebé, ¿vos consideras que es necesario hacer un tratamiento sobre consumo de sustancia? Yo creo que es necesario, ya dije una vez, que puede ser una oportunidad para dejar el consumo, pero eso sólo es una opinión mía, porque hay gente que no está de acuerdo con esa decisión”. (Entrevistada N° 2, comunicación virtual, 01 de julio de 2020).

Se observa en las diferentes entrevistas que las intervenciones enmarcadas en el protocolo están centradas en el/la recién nacido/a, sin posibilidad de problematizar (algunos/as

profesionales) el lugar de la persona gestante, careciendo dichas intervenciones de la perspectiva de género. Esto trae como consecuencia la invisibilización de la persona gestante, dejando a fuera a sus necesidades, deseos y demandas.

En cuanto al tratamiento sobre el consumo de sustancias que se le “solicita” como medida de protección que realice la persona gestante, luego de obtener el resultado tóxico positivo (persona gestante o recién nacido/a) no hay una distinción o evaluación sobre el tipo de consumo (uso, abuso, dependencia), consecuentemente esto implica la derivación a un Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones, DIAT o CAPS para la realización de un tratamiento sobre el consumo de sustancias psicoactivas.

Se visualiza claramente que la intervención profesional está dirigida específicamente a la protección del/la recién nacido/a, pero no simplemente eso, sino que deja al descubierto como juega la matriz ideológica y moral del/la profesional interviniente, donde se actúa de acuerdo al modo que “debería ser”, priorizando y jerarquizando derechos, a costa de la anulación e invisibilización de los derechos de las personas gestantes.

Como señala Tarducci (2008), las concepciones sociales de familia y maternidad implican formas específicas en las que concebimos y organizamos social, política y económicamente los cuerpos de las mujeres, sus emociones, deseos, sentimientos y conflictos. Y, a su vez, conllevan lógicas que permiten discriminar entre aquellas mujeres que se adecuan a esas normativas y aquellas que no lo hacen, entre aquellas que consideran que pueden cuidar y aquellas que no lo pueden hacer.

Y si bien podemos pensar en cierto avance en torno a las nociones y relaciones de género presentes en los diversos sectores de la sociedad, aún continúa siendo el paradigma de familia ideal y el modelo patriarcal sobre el que se planifican las políticas públicas, sobre todo las vinculadas a las mujeres y al consumo de sustancias.

### Rupturas y Continuidades...

Hay una gran diferenciación en las entrevistas realizadas a referentes que han participado en la modificación del protocolo (nueva guía), y aquellas que participaron en la construcción del primer protocolo. Esta distinción radica básicamente en una mirada más progresista al fenómeno de consumo y la incorporación de una perspectiva un poco más garante y ampliatoria de los derechos humanos. A continuación, compartimos la siguiente

cita de entrevista:

“...Por ejemplo en la alimentación, en la lactancia, en el protocolo dice que hay que inhibir la lactancia materna cuando da el resultado positivo en un tóxico en la madre y en el recién nacido, nosotros tuvimos un curso, donde el Dr. del hospital Fernández, nos decía que en ninguna situación inhiben la lactancia, se suspende la lactancia; pero no se inhibe. Salvo que algo muuuy pero muy grave”...(Entrevistada N°5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020).

Los usos de sustancias están fuertemente condicionados por los estereotipos de género y estos han actuado en la adopción de determinadas herramientas para su abordaje en las maternidades públicas.

Es por ello, que consideramos que cuando aparece el consumo de sustancias en las mujeres, también trae consigo una doble estigmatización, por ser mujer y por ser consumidora de sustancias. A la que le agregamos una tercera estigmatización asociada a la clase social. No es lo mismo ser mujer, consumidora y pobre en nuestra sociedad, a no serlo. A modo de ejemplo compartimos la siguiente cita:

“hay médicas que ha mandado hacer el examen de sustancias tóxicas porque la madre tenía tatuaje, y le decía, pero doctora que tiene que ver que tenga tatuaje? y me contestó... y peor. si tiene tatuaje imagínate el ambiente en dónde vive! respuestas así en el 2020” (Entrevistada N°5, comunicación virtual, 05 de agosto del 2020).

Y como se agudiza la situación cuando las sustancias que consume son ilegales. Son varios los indicadores que se ponen en juego en torno a las mujeres consumidoras: el carácter legal (e ilegal) de la sustancia, la clase social y la identidad de género.

Los consumos de sustancias entre las mujeres siguen siendo sancionados en mayor medida y más duramente que los consumos entre los varones, precisamente por el peso de los estereotipos de género y valores asociados a la construcción de las representaciones de “mujer decente” y “buena madre”.

En la sociedad patriarcal en la que vivimos, las mujeres que consumen sustancias se alejan de las expectativas de sus roles de género y, por lo tanto, también se alejan del imaginario

de mujeres-madres, protectoras, que viven por y para los demás, pues según esa lógica ellas son quienes deberían ser las únicas responsables de la crianza de sus hijos.

“Si me posiciono desde el CPAA, creo que dentro de un equipo hay diversidad de opiniones, diferencias sobre el ejercicio de la maternidad, creo que sí hay expectativas que se acercan en que cada mujer pueda construir ese vínculo maternal como su salud mental se lo permita, pero creo que en el fondo hay expectativas de cómo debe construirse esa relación. Tanto en el protocolo, como en estas situaciones de consumo problemático en el fondo está ese pensamiento de cómo debe ser esa relación/vínculo entre madre e hijo”. (Entrevistada N° 6, comunicación virtual, 30 de septiembre del 2020).

Históricamente el modelo de familia patriarcal establece como “natural” que la mujer se ocupe de la crianza y el cuidado de sus hijos; y de la organización doméstica, con la triple jornada de trabajo que esto supone: como trabajadora salariada, en algunos casos, como responsable del trabajo de cuidados en el hogar casi siempre y como; vehiculizadora de políticas sociales en familias pobres. De este modo se va configurando un proceso de “maternalización de las mujeres” según el cual, paulatinamente, llegan a mimetizarse mujer y madre, femineidad y maternidad.

... “Hemos tenido encontronazos con el médico que te dice: no.. mira ésta mamá es consumidora durante el embarazo, es una mala madre”, ósea este concepto de rotular a la madre, de etiquetar a las personas, la verdad que todos los días vamos por ahí cambiando cosas, esto lo cambiamos como equipo desde T.S desde el hospital Lago hablándolo, viendo un montón de cosas, investigando un montón, hasta que nos dimos cuenta que no, que hay situaciones en donde también se evalúa con la psicóloga y donde necesitamos la intervención del ETI”...(Entrevistada N° 5, comunicación virtual, 05 de agosto de 2020).

Sobre las mujeres recaen castigos sociales, como estrategias que señalan y buscan regular las conductas “desviadas”, que ejercen control sobre sus cuerpos, deseos y prácticas. Un ejemplo de esto, es la hipervisibilización de las personas que consumen drogas cuando están cursando un embarazo y la consecuente estigmatización de sus prácticas en función de criterios morales de “buena” o “mala” madre. O bien, luego del nacimiento de su hijo, se evalúa la capacidad afectiva y de cuidado que puede llegar a tener o no la madre,

ubicándola en la mayoría de los casos, como persona incapaz de ejercer los cuidados necesarios para le recién nacido.

Pero como lo anticipamos al inicio del presente apartado, en el trabajo de campo, también pudimos observar cierto avance o posturas ampliatorias de los derechos humanos, específicamente en relación a la mujer, madre, consumidora:

... “Hay personas que a pesar de tener una problemática de consumo perfectamente pueden hacerse cargo del propio cuidado como de un tercero, y puntualmente de un hijo. Pero también hay situaciones en las que después de una evaluación y de muchos indicadores que presentan situaciones de riesgo creo que eso siempre se va a poder dimensionar posterior a una evaluación hecha en forma exhaustiva, no solamente a lo mejor desde un solo efector o desde un solo equipo o institución, entonces bueno me parece que es tan compleja la pregunta como la respuesta. Nada a primera vista, todo luego de conocer a fondo la situación”.  
(Entrevistada N° 6, comunicación virtual, 30 de septiembre del 2020).

Nos pareció significativo compartir y analizar las citas de entrevistadas, que si bien, en la intervención profesional se puede vislumbrar una mirada más integral de la problemática de consumo, donde cada situación debería ser analizada desde la particularidad y desde las propias características de la situación, sin embargo, se continúa con la vulneración de derechos en varios aspectos: no se tiene en cuenta el consentimiento por parte de la persona gestante para la realización de una consulta o tratamiento en relación al consumo de sustancia, tampoco se ha incluido en el protocolo la Ley 26.743 de Identidad de Género, indispensable para el abordaje.

Otro aspecto para resignificar es como juega la pertenencia a una clase social en la aplicación del protocolo, ya que actualmente tanto el protocolo de seguimiento del recién nacido, hijos de madres con consumo problemático, así como la nueva guía solo se ha pensado su aplicación en las maternidades públicas de los hospitales provinciales.

Es por ello, que todo esto nos lleva a reflexionar constantemente sobre el lugar de la mujer como madre en la representación social construida, el papel del género en la conformación de la identidad de cada mujer, las posibilidades de respuestas frente al consumo de sustancias de acuerdo a las condiciones concretas de existencia de cada persona, a sus circunstancias, a su historia; y los diferentes tiempos que puede llevarle constituirse en la

figura referente para su hijo, en caso que lo desee; como así también la posibilidad de incorporar otras figuras de cuidado en nuestras intervenciones.

También desde nuestros procesos de intervención profesional como trabajadores sociales, nos preguntamos cómo las instituciones acompañan o dificultan a estas mujeres en el trayecto que hacen ellas mismas. Que prevalece en las intervenciones: ¿una medida condenatoria hacia las personas gestantes o estrategias que en estos casos vaya evaluando y acompañando el fortalecimiento de los procesos por los que van pasando, reconociendo sin distinción que las dos personas son sujetxs de derechos? Podemos concluir, teniendo en cuenta el recorrido en el proceso de investigación que el protocolo de seguimiento del recién nacido, hijos de madres con consumo problemático, tiene la mirada puesta sobre el/la recién nacido/a, sin posibilidad de ampliar la mirada para incluir a la persona gestante.

Sostenemos que es necesario cambios y modificaciones en relación a las políticas sociales para ser pensadas inevitablemente desde una perspectiva de género y diversidad, y a decir de Jelin (2005), el Estado tiene un rol fundamental y la obligación de legislar al respecto, favoreciendo vínculos igualitarios, con democracia intrafamiliar, evitando violencias y sufrimientos, tomando en consideración las transformaciones familiares, sin dar por sentada la vigencia de un modelo universal de familia nuclear patriarcal.

También nos parece necesario e imprescindible la capacitación para les profesionales, crear espacios para la formación y co-visión de prácticas profesionales al interior de los equipos de trabajo, para repensarse y no quedar inmerses en las urgencias de las demandas. En este marco, reconocemos como un primer paso la sanción de la Ley Micaela (27.499) y abogamos por su efectivo cumplimiento, ya que la capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado es indispensable para pensar en la reconstrucción de prácticas más garantes de derechos.

Finalmente, esta experiencia nos ha permitido deconstruir nuestro propio enfoque para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias que se ha construido sobre la base de un modelo masculino. También se trata de incorporar contenidos relacionados con la perspectiva de género, la desnaturalización que el modelo masculino haya instalado reforzando lugares comunes, sensibilización y deconstrucción de los propios mandatos, estereotipos y prejuicios de género.

## Dimensión: Supuestos ideológicos de la profesión Trabajo Social

### Síntesis conceptual del desarrollo de la Dimensión

#### Análisis de entrevistas

En esta dimensión, y a partir de haber realizado entrevistas a diferentes disciplinas, que ocupan diversos cargos, tanto en atención hospitalaria, como en instituciones que trabajan el abordaje de consumos problemáticos de sustancia de manera ambulatoria. Intentaremos clarificar cuál es la mirada hacia y desde el trabajo social en cuanto a la participación, y aplicación del protocolo a recién nacidos que dan tóxico positivo. La finalidad de este análisis es clarificar la concepción de la disciplina y el quehacer profesional.

Teniendo en cuenta que a partir de los datos obtenidos de las diferentes profesionales que participaron en la construcción del protocolo, que es objeto de investigación, al identificar la labor profesional del trabajo social de la siguiente manera:

...“ Ha ido teniendo muchas metamorfosis el tema del rol profesional del trabajo social, se desdibuja, le dicen doctora, siempre está asociado a la profesión hegemónica es la médica y al trabajar con muchos médicos, se empapa con un lenguaje más médico, que no es propio, es si no más específico de otra de incumbencia profesional, se aclara que no es doctora, como también para que se valore el espacio, asocian o rotulan, encasillan en determinados lugares y otras disciplinas con una mente más amplia, valoran esa visión, porque de golpe se aporta eso que tiene que ver no con lo biológico, sino con lo humano. Esto que es lo posible de cumplir en la vida, no todo es  $2 + 2 = 4$ ” (Entrevista N°1, comunicación virtual, 4 de junio del 2020).

Otra referente de las instituciones que es parte de la construcción y modificatorias del protocolo en investigación, manifiesta:

...“Me parece un rol clave, porque creo que es la primera vez que en el plan provincial de adicciones la coordinadora de área de asistencias es una trabajadora social, ya que los trabajadores sociales son los expertos en trabajar en redes, hacer conexiones entre las instituciones y hacen que esas conexiones tengan un valor institucional”. Entrevista N°2, comunicación virtual, 1 de julio

del 2020).

La siguiente entrevistada, al preguntar sobre este punto, decía:

...“Yo he trabajado mucho con las trabajadoras sociales y la verdad he aprendido un montón. Yo creo que es fundamental porque realmente el problema no es sólo del niño y la familia, es de la sociedad y cada familia tiene que ser evaluada por la trabajadora social, ya que su mirada es diferente a la nuestra, ellas pueden medir, ver cosas relacionadas, no solo con la falta de, (bueno es lo que más vemos en el Lago) por ahí la pobreza estructural, sino también con los pocos controles, por ahí con el médico, cual puede asistir, cual puede cuidar a su hijo ella sola, cuál necesita ayuda, me parece que es muy amplio y que es fundamental porque casi ninguna familia tiene todas las condiciones sociales dadas y la trabajadora social acompaña y resuelve un montón de problemas y el seguimiento que es lo que nosotros no podemos ver, el seguimiento es lo más importante porque nosotros vemos un bebé en un momento de su vida, pero hay saber si ese bebé siguió bien, y si no siguió bien, buscarlo y si alguien tiene como buscarlo, tiene los recursos para ir a esa familia y saber si está bien” (Entrevista N°4, comunicación virtual, 4 de septiembre del 2020).

Podemos decir de esta manera que la constitución del Trabajo Social en el campo de la salud pública reconoce una trayectoria estrechamente vinculada a diferentes discursos, tensiones, debates, estos de carácter ideológico, político, teórico y metodológico, que refieren a conceptualizaciones sobre la salud, sus dimensiones y perspectivas de intervención y otras definiciones acerca del lugar de la profesión en el sostenimiento de la salud pública.

Menéndez (2017) analiza el modo en que se resuelven las disputas en el proceso de conformación del campo, destacando como cuestión central que desde los inicios de la salud pública argentina no fueron incluidas las dimensiones socio-económicas y culturales (ni en su marco de referencia ni en su práctica). Afirma el autor que si bien esa fue la propuesta de la denominada “medicina social” al sostener que la medicina (salud pública) era una “ciencia social”, lo que se produjo finalmente fue la medicalización de la salud



pública, ignorando aquellas dimensiones. En un análisis esclarecedor sobre la discusión planteada señala: Más allá de las invocaciones a la medicina como ciencia social, a la medicina social o a la salud pública, lo sustantivo es que ésta se constituyó a partir de una “ciencia"/"arte" no sólo no social, no sólo no histórica, sino asocial y ahistórica, donde además sus ejecutores, más allá de la sensibilidad ideológica de cada cual, asumen un rol genérico en cuanto profesionales caracterizados por la carencia de una formación específica respecto del proceso de salud/ enfermedad/ atención que ubique su práctica profesional dentro del contexto económico político e ideológico que lo produce y reproduce, y sobre todo que le permita intervenir técnicamente sobre los procesos socioculturales que afectan la salud colectiva.

La marca de origen así descrita se constituyó, a nuestro entender, en un aspecto central en el proceso de estructuración del campo de la salud pública y del lugar que las profesiones ocuparon en él.

La comprensión biologicista del sujeto y la enfermedad se corresponde con la medicalización de la salud y con aquellas concepciones que tienden a normar y medicalizar los cuerpos, sin incluir los componentes económicos y socio-culturales. Desde el Protocolo en cuestión, desde el momento de toxico positivo del recién nacido, se observa una marcada impronta de los profesionales de las ciencias médicas hacia él bebe, mientras que la situación de la mujer es abordada principalmente por el área de psicología y trabajo social. El trabajador social en este equipo de salud actúa como complemento, es compatible con esa mirada fragmentada de los sujetos y de la reproducción social.

Siguiendo a González (1999) la inclusión (a posteriori) del trabajador social, en el campo de la salud es producto de la emergencia de situaciones y problemas que desde esa concepción biologicista son ignoradas pero que, sin embargo, irrumpen -generalmente como problemas sociales ligados a la situación de salud- en la vinculación con los sujetos. En las sucesivas coyunturas socio-históricas surgen actores dispuestos a modificar las reglas de juego en el campo de la salud instalando discusiones desde otros paradigmas de salud-enfermedad- atención que incorporan las dimensiones económicas, políticas y socio-culturales del sujeto y los problemas sociales en la explicación y/o en las estrategias implementadas, en un principio las filantrópicas y voluntarias y luego las profesionalizadas como trabajo social.

En los inicios de la investigación algunos interrogantes que teníamos como equipo era saber qué mirada tienen otros profesionales de salud sobre el rol del trabajador social, como así también por qué se la considera una profesión que debe ser parte del mismo, algunas de las entrevistadas nos comentaban por ejemplo que:

...“Es fundamental, porque además es el gran armador de redes y ahí hay muchos y muchos otros profesional y compañeros que se apoyan en eso. Y yo he visto en la práctica como que es el mediador, es el vocero, son a los que me llaman cuando hay una dificultad, y hasta el día de hoy, hay redes formales y una gran red, es la red informal. Hay que tratar de eso evitarlo (tener redes informales) porque si vos te apoyas en las personas, y algo no se da de manera institucional, no se te moriste y se acabó y eso se perdió. Entonces todo eso que venimos haciendo del trabajo de consumo le estamos dando ese marco institucional porque si no las personas no vamos a estar más porque no somos imprescindibles y esto se va a perder, lo mismo que en el programa alto riesgo que es también uno de los trabajos fuertes que yo vengo desarrollando” (Entrevista N°1, comunicación virtual, 4 de junio del 2020).

Otra mirada de las profesiones que intervienen, nos expresaba:

...“La verdad que no es un protocolo que se haya pensado en función de las profesiones, sino que ha sido pensado por momentos, fue pensado en cómo afrontar distintos escenarios y quienes tienen que participar en él o ellos”. (Entrevista N°3, comunicación virtual, 24 de junio del 2020).

El rol del trabajador social en estos equipos no está del todo claro, según nos refieren las propias entrevistadas.

...“Nadie pensó definir los roles según la disciplina, se definió el trabajo según, se armó como el esqueleto, el circuito, el caminito a seguir para contener esta situación pero no la pensamos según la disciplina de base del profesional y de hecho hay lugares donde ni siquiera, ahora me hiciste acordar, que no hay trabajador social hay un área que tiene un agente sanitaria, es agente sanitaria y además coordina al resto de los agentes sanitarios, es una genia, encima llega a

todos lados, tiene una capacidad y no es trabajadora social. En otro lado hay una socióloga que se ha re comprometido y en otro lado una ginecóloga que fue la que dijo yo voy a empezar a trabajar lo del embarazo y asumió el compromiso, la verdad no hemos hecho esa reflexión, ustedes me lo están haciendo pensar”. Entrevista N°1, comunicación virtual, 4 de junio del 2020).

Podemos interpretar en este punto que no está claro cuál es el objeto de intervención específico del trabajo social en la implementación del protocolo, ni en sus inicios como así tampoco en los niveles posteriores que se desarrolla el protocolo en cuestión, ya que en ocasiones ese lugar es ocupado por otras disciplinas de la salud como así también de las ciencias sociales.

Por su parte una de las entrevistadas expresó la importancia de tener trabajadores sociales en el equipo, ella dice:

...“Es el servicio social por ejemplo es el que se encarga si no viene un paciente, lo buscan, le decís mira este paciente me preocupa, no volvió y en 2 minutos se encargan de buscarlo, por el área, por esto, por lo otro. Tienen acceso a una red que para nosotros es imposible y aparte quedas preocupada porque yo a veces he estado en el consultorio de seguimiento el mes pasado, rotando y tuve el caso de una mamá que me comentó en la consulta que habían abusado de su hija y yo me quede re mal y la trabajadora social se encargó de hacer todo, no te preocupes ya la buscamos, ya la encontramos, ya la fuimos a ver, ya estamos en el tema. O sea para mí eso fue mucho más importante que una amoxicilina y realmente como esos casos ha habido un montón, porque nosotros tenemos madres que dejan sus casas para estar internadas a veces un mes y los hijos después son abusados los que se quedan y la que se da cuenta es la trabajadora social la mayoría de las veces”. Entrevista N°4, comunicación virtual, 4 de septiembre del 2020).

Siguiendo a Carballada (2004) podríamos definir a la intervención profesional como un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. (Que) ... 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 e instrumentos en ésta.

Entonces, La intervención supone alguna forma de búsqueda de respuestas a interrogantes eminentemente sociales; por lo tanto debería producir modificaciones en relación con la cuestión puntual en que es llamada a actuar.

En esta representación del rol profesional podemos ver que el mismo está asociado a un profesional de auxilio, ya que se lo representa como el gran o la gran profesión que resuelve los temas extra clínicos.

El Trabajo Social en el actual contexto del hospital público actúa en la urgencia, coloca al profesional en el terreno de las respuestas inmediatistas. Estas respuestas impiden la resolución de los problemas, y si deja de resolver, se pone en crisis la identidad atribuida del trabajador social, o sea su representación social sustentada en la capacidad técnica resolutive. Permanecer hoy dentro de las instituciones estatales es concurrir a un mosaico desintegrado de ideas y hacer ( Martinelli, 1992).

Una de las mayores cualidades que se les adjudican a las profesionales de trabajo social que llevan adelante la implementación del protocolo a recién nacidos es la capacidad de trabajar en equipos, y su perfil para vincularse con otras disciplinas:

...“Es muy buena, de hecho que me olvide, desde la Dirección de Maternidad el trabajo social representa a la arista de salud en una especie de mesa de discusión que hemos armado con actores del Poder Judicial y todo esto se empezó a trabajar con el registro único de adopción, que fue quien nos convocó; por el tema de identificación del recién nacido. También otro espacio que ha ocupado y dentro del área de salud también es el tema específicamente de la capacitación en lactancia, el trabajador social capacita en la mayoría a médicos, es más el trabajo social parte del equipo docente del equipo del curso de lactancia materna que se da en el hospital Notti, todos los residentes nuevos tienen la obligación de hacer este curso y uno de los módulos los da una trabajadora social”. (Entrevista N°1, comunicación virtual, 4 de junio del 2020).

Por su parte en otra entrevista, nos manifiestan:

...“yo me llevo mucho mejor con la trabajadora social, me resulta mucho más accesible, eso es lo que a mí me pasa. Yo le planteo un problema y lo resuelve o será que la trabajadora social que tengo en el hospital es amiga mía, pero yo siempre he sentido que me ha resuelto las cosas y con psicología no, siento que

tengo que ir 20 veces para que me escuchen y siempre me preguntan algo que no se contestar, entonces como que siempre quedo en falta con ellas, yo con la trabajadora social siento que trabajo en equipo, me pasa esto, me preocupa esto y no me está indagando si lo que digo está bien o no, va y me lo mira lo que yo le estoy pidiendo, por eso es que a mí me parece que la mirada de la trabajadora social es la que a mí me deja tranquila cuando se va a de alta, lo único que por ahí uno pide es que hicieran visitas pre domiciliarias, porque a veces se van solo con una entrevista y son bebés de muchos riesgo y después cuando llegan a la casa, la casa tiene no tiene las condiciones, no tienen el piso adecuado, pero esas son otras áreas de trabajo social que aún no se pueden concretar, las entrevistas pre-domiciliarias es algo pendiente, me parece”. (Entrevista N°4, comunicación virtual, 4 de septiembre del 2020).

De aquí se puede interpretar compartiendo lo que dice Elichiry (1987), un trabajo interdisciplinario requiere de un trabajo sostenido y constante, una cooperación ocasional no es interdisciplinar, se requiere de una cooperación recurrente.

Las tensiones en equipos interdisciplinarios se dan constantemente, en este sentido durante una entrevista comentaba, por ejemplo:

...“Se elabora una guía, una recomendación con esto, en muchos aspectos se toman algunas decisiones, en disciplinas medicas lo toman como que todo es lineal, ¿cómo puede ser que una persona que fuma, que tiene EPOC, siga fumando? ¿Cómo es que no haga ni cumpla con determinado tratamiento? o una madre que lleva a su bebé sucio al centro de salud, ni se les ocurre pensar que puede que no tenga acceso al agua potable. Entonces a veces ellos lo hacen con la mejor de las intenciones, pero no tienen presente todo lo que implica, todas las aristas de la accesibilidad a la salud, no sé si me explico. Pero en general lo entienden y lo pueden hablar con el trabajador social, lo pueden conversar. Otra actividad que realizo tiene que ver con la libreta de salud, eso lo hace el trabajador social. Por ejemplo, trabaja mucho con la asesoría del registro civil, van haciendo los cambios y también con el vacunatorio central para ponerla, trabajan en las modificaciones. Cada vez que hacen nuevas impresiones de las libretas, van

haciendo las modificaciones y van consultando a los expertos para preguntar si hay que cambiar o no. Yo siento que se ha desdibujado un poco el rol de trabajo social y no siento que han tenido obstáculos. En Maternidad e Infancia, en la mesa se discute todo, todos opinamos, discutimos, se dan espacio para iluminar a cada profesión sobre cosa que se supone que no son de su área, como por ejemplo, el tema de la libreta de salud, pero hay temas que sí pueden se opina e intervienen, pero porque hacemos de todo un poco porque el lugar nos los exige, por eso digo que se desdibuja y por qué hay una sola trabajadora social”. (Entrevista N°1 , comunicación virtual, 4 de junio del 2020).

Teniendo en cuenta las tensiones que se generan en el trabajo interdisciplinario, rescatamos la mirada del mismo según Stolkiner (1999), en el espacio hospitalario y de atención de mayor complejidad lo esperable sería pasar de la interconsulta a la integración de acciones de salud mental en los servicios, con el objetivo de revertir la desobjetización de las prácticas tradicionales. Este proceso puede venir de la mano de la modificación posible de la institución hospitalaria desde una agrupación de servicios por órgano a patología, a una red de prestaciones de cuidados progresivos que tengan como figura central al sujeto de atención. Y agrega el núcleo de las prácticas interprofesionales es el abordaje interdisciplinario. Sucede que en ellas se conjugan otros problemas: todo grupo humano pone en juego la cuestión del poder.

Un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo. En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta en la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión).

Podemos concluir que las tensiones entre el trabajo social y demás disciplinas está fuertemente vinculado a la formación profesional, mientras las disciplinas médicas hegemónicas se posicionan en una relación médico-paciente-tratamiento-resultado, el trabajo social tiene una mirada del sujeto mucho más integral que hace que los procesos de intervenciones no tengan los resultados esperables según otras disciplinas, ni en formas ni en el tiempo esperado.

En concordancia y finalizando recurrimos a Castoriadis (2003), desde el Trabajo Social

podríamos caracterizar al sujeto involucrado en el problema social, como un sujeto de necesidades, sujeto producto de las condiciones objetivas, producto de la historia, un sujeto como espacio de relaciones de poder, un sujeto deseante, y un sujeto que tiende a constituirse en productor de lo colectivo. Por ende, el sujeto es también actividad, pero la actividad es actividad sobre algo, de lo contrario no es nada. Está pues, co- determinada por lo que se da como objeto. Pero este aspecto de la inherencia recíproca del sujeto y del objeto- la intencionalidad, el hecho de que el sujeto no es sino en la medida en que pone un objeto- no es más que una primera determinación, relativamente superficial; es lo que trae al sujeto al mundo, es lo que lo pone permanentemente en la calle. (...) No es mirada y soporte de la mirada, pensamiento y soporte del pensamiento, es actividad y cuerpo que actúa- cuerpo material y cuerpo metafórico.

#### Aportes y Rupturas desde el ejercicio profesional

En el transcurso de las entrevistas, y llegando ya a las últimas profesionales entrevistadas surgieron posicionamientos que demarcaban claramente las representaciones y a labores atribuidos al trabajo social.

Una de las entrevistadas, cuando se le pregunto que consideraba del trabajo social como equipo interdisciplinario no relataba lo siguiente:

...” con respecto a los trabajadores sociales desde el principio han trabajado con nosotros, porque estos pacientes necesitan un seguimiento ya que son considerados de alto riesgo....En atención primaria para mí las trabajadoras sociales además de hacer su trabajo muy importante en el equipo interdisciplinario ayudan a capacitar al médico de cabecera, tanto obstetra, pediatra o neonatólogo para captar pacientes de riesgo porque es imposible que la trabajadora social vea a todos los pacientes de maternidad y por ejemplo el medico tiene a cargo entre 4 o 5 pacientes de riesgo.....La trabajadora social es la que puede indagar la situación ambiental, quienes viven en sus casas, como viven, si tienen trabajo, en la historia clínica se está incorporando, ya que en el control prenatal se puede empezar a advertir esas condiciones y abordarlas con atención primaria....El trabajo social lo que más aporta junta con la psicóloga nos dicen que mamá se puede hacer cargo del niño o tiene un grupo de contención familiar que la ayude, son las trabajadoras sociales

quienes nos orientan si esa mamá está sola o acompañada para cuidar a su hijo”.  
Entrevista N°7, comunicación virtual, 14 de agosto del 2020).

En las diferentes tensiones y espacios de poder que van ocupando las diferentes profesiones en las instituciones que aplican el protocolo, un aspecto común en esta investigación cuando se realizó entrevistas a profesionales que no pertenecen al campo del trabajo social es la identidad profesional que se le atribuye. Ante esta mirada, Martinelli (1992) trabaja la categoría práctica profesional a partir de los conceptos de identidad y alienación, con el fin de comprender el real significado de la profesión en la sociedad del capital y su participación en el proceso de reproducción de las relaciones sociales. Su propósito es que exista una identidad de la profesión en sí misma, considerada como un elemento definidor de su participación en la división social del trabajo y en la totalidad del proceso social. Su tesis supone “una identidad en sí”, establecida idealmente como identidad verdadera, que se perdió en los orígenes y desarrollos del Servicio Social, habiendo sido manchada por la historia, puesto que la burguesía asumió progresivamente el control de la práctica profesional, transformándola en una estrategia de dominio para las clases. Plasmada artificialmente en la profesión como una “identidad atribuida” como un “fetiche”, es fijado como identidad real de la profesión e incorporado por sus agentes, sin autocrítica. Su hipótesis es que la ausencia de identidad profesional fragiliza la conciencia social de la categoría profesional, determinando un recorrido alienado, alienante y alienador de la práctica profesional, impidiendo a la categoría ingresar al universo de la conciencia en sí y para sí del movimiento obrero, es decir, asumir colectivamente el sentido histórico de la profesión.

Un supuesto adyacente que queda plasmado en las prácticas del protocolo, es la idea de que funciona como instrumento de control en las maternidades públicas, donde en general asisten personas con una situación económica muy castigada, tal situación les impide acceder a otros servicios de salud más personalizados, ya que los mismos son privados, ante esta dificultad el sistema pareciera culpabilizarlos y por ende este protocolo con sus pasos a seguir no considera los condicionamientos históricos de estas personas.

Ante esto, una de las entrevistadas, nos comentaba con respecto al protocolo lo siguiente



... “yo los veo diferentes, las expectativas del ministerio eran más de un rol desde control. Yo soy una de esas personas de las que está en desacuerdo, las expectativas, lo que leo yo del protocolo con respecto a las expectativas que tiene el ministerio de salud del mismo es de control.....El equipo en el hospital son expectativas de acompañamiento pero que se hace muy difícil ahora (atención modificada por pandemia) y realizarlas en ese contexto desde una institución de salud que pertenece Ministerio de salud política o sea de salud que por ahí tienen otra perspectiva, pero en realidad la del trabajador social y del equipo de trabajo social tienen que ver con expectativas de acompañamiento y no de control a la mujer...” (Entrevista N°5, comunicación virtual, 5 de agosto del 2020).

Una de las mayores dificultades del trabajo social hospitalario es la intervención en el tiempo, el seguimiento, si el cuadro de salud así lo requiriera una vez que se van de alta, en muchas ocasiones es el profesional de trabajo social quien queda a cargo de esa estrategia y no otros profesionales que son los que en el aspecto biológico del recién nacido han hecho sugerencia de tratamiento.

En relación al trabajo social dentro de este protocolo podemos diferenciar que el mismo se lleva a cabo en dos instancias, por un lado el trabajador social interviene con profesionales que llevan adelante la atención al recién nacido y por otro lado los profesionales que llevan adelante la intervención con la persona que debe ser derivada a un centro de tratamiento de consumo problemático de sustancias. Tanto en uno, como en otro espacio es el trabajo social, ya sea desde el hospital, centro de salud, instituciones de tratamiento de consumo problemático de sustancias quien es el encargado de derivar, articular, recibir e intervenir y gestionar con otros actores o recursos. Ante este escenario, el trabajo social considera al armado de red un instrumento elemental de intervención.

Algunas entrevistadas reforzaban sobre esto lo siguiente:

...“Lo que tratamos de hacer es de armar la red en la comunidad en realidad, porque es a dónde está dónde esa paciente y donde va a ir...”. (Entrevista N°5, comunicación virtual, 5 de agosto del 2020).

“...Como decía recién a mí me da la sensación que lo que venimos a aportar tiene que ver con esta articulación interinstitucional con el trabajo en relación a la

vulneración de derechos, y a la posibilidad de captar esos derechos que están siendo vulnerados, entonces desde ese lugar creo que es lo que el trabajo social viene a aportar...” (Entrevista N°6, comunicación virtual, 30 de septiembre del 2020).

El término red es un constructo sociológico que empieza a ser utilizado en la segunda mitad de los años cincuenta en el ámbito de la cultura antropológica' de los países del Norte de Europa, para representar el tejido de contactos y relaciones que la persona construye en torno a ella en la cotidianeidad. El término se presta a evocar el conjunto de relaciones y vínculos en los cuales la persona se encuentra inmersa (Barnes, 1972).

Estrechamente ligado al concepto de red, subyace la concepción de la persona como sujeto en interacción con otros, tan capaz de influenciar como de ser influenciado. La confluencia de perspectivas con el objeto de conocimiento del Trabajo Social -el individuo en relación con su contexto- suscita el interés científico en la medida de que, el análisis y el trabajo con redes permitiría superar las falsas barreras entre diversos niveles de intervención, pasando del individuo a la comunidad en un continuo integrado que incluye a la familia, la red de relaciones íntimas, las relaciones informales del contexto grupal y comunitario y los servicios.

Con respecto a la intervención con el recién nacido y la mujer madre en este caso se dan diferentes intervenciones, sean del ámbito hospitalario, como del ámbito de salud mental ambulatorio, quedo demostrado de la siguiente manera:

...”nosotros los trabajadores sociales el objeto de intervención en la familia con toda su red y no es sólo el Binomio madre hijo de todo el grupo conviviente...” (Entrevista N°5, comunicación virtual, 5 de agosto del 2020).

Otra respuesta era:

... “la intervención del trabajo social en el centro de adicciones llega (mujeres madre solas) en un contexto en el que evaluamos como equipo la situación y si bien el trabajador social me parece que desde el centro de adicciones lo que trabaja son las redes y poder articular con otras instituciones en relación a esa mujer, está en el contexto de una cuestión interdisciplinaria...” (Entrevista N°6, comunicación virtual, 30 de septiembre del 2020).

Otras observaciones que se dieron en una de las últimas entrevistas, en la entrevista N°5, dejo claramente dicho que dentro del ámbito hospitalario las mujeres que ingresan al protocolo, son muchas veces juzgadas por los profesionales médicos sin tener en cuenta la perspectiva integral de la persona y solo hacen hincapié en el síntoma y lo visible cargado de prejuicios.

A continuación, nos expresaba:

“...nos cuesta un poco también el diagnóstico porque estamos empapados con todo y que manejan los médicos en realidad este concepto de riesgo que muchas veces se confunde lo de factores de riesgo en riesgo, el riesgo en sí, sí entonces ante la presencia de un factor es una situación de riesgo y no emplean el término vulnerabilidad entonces trabajan directamente todo el equipo de salud trabaja con el concepto de riesgo...cuando está vulnerable el derecho de un recién nacido, y que a veces hay consumos donde no está vulnerado el derecho del recién nacido y pero es esto, es verlo desde una perspectiva género y de derecho humano, porque si no es imposible. Porque hemos tenido encontronazos con el médico que te dice “no mira está mamá es consumidora durante el embarazo, es una mala madre”, ósea este concepto de rotular a la madre, de etiquetar a las personas, la verdad que todos los días vamos por ahí cambiando cosas...”.(Entrevista N°5, comunicación virtual, 5 de agosto del 2020).

Cabe destacar teniendo en cuenta la crítica de la profesional con respecto a que demás disciplinas que intervienen en el campo de la salud, deberían tener una mirada más integral de las personas. Desde esta perspectiva, es posible afirmar que el derecho a la protección de la salud no se reduce la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de éstos, tales como el derecho a la alimentación, vivienda, educación, dignidad humana, vida, no discriminación, igualdad, libertad de elección, identidad cultural, a no ser sometido a torturas, vida privada, acceso a información y libertad de asociación, reunión y circulación. Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. (ONU, 2011).

En Argentina, el Estado nacional y provincial, citando a Ase y Burijovich (2009) adhieren a declaraciones y pactos internacionales, aunque no necesariamente ello implique su respeto

y compromiso efectivo. Dependiendo de las coyunturas económicas, sociales, políticas e ideológicas, las leyes y normativas de las que se derivan las acciones asistenciales, preventivas y de promoción del Estado para con la ciudadanía pueden ser vulneradas o incumplidas.

### Algunas consideraciones y Propuestas desde la disciplina del Trabajo Social

#### ¿Ciudadanos o culpables?

Es fundamental conocer y poder interpelarnos con respecto a quienes son las personas que este protocolo destina en su implementación y cuál es el posicionamiento del Estado con respecto a las personas que asisten a los servicios públicos, en esta ocasión, las personas que asisten al sistema de salud público de la provincia de Mendoza.

De esta manera partimos entendiendo que el neoliberalismo como categoría analítica ha sido muchas veces tratada como una cuestión puramente económica, circunscripta a los 90 y a las características más sobresalientes de las políticas implementadas en dicha década que quedaron traducidas en privatización, descentralización, focalización. El pensarlo de esta forma reducida hizo suponer que medidas de política económica en sentido contrario posibilitarían superarlo.

Hemos visto que ello no sucede, no es una doctrina económica sino un conjunto de prácticas y de normas construidas que contienen dimensiones políticas, institucionales y jurídicas. De allí que se trata de una verdadera producción de formas de vida, una racionalidad.

En la vida cotidiana, muchos sujetos establecen relaciones “naturales” de competencia, en un contexto producido y atravesado por la destrucción de las protecciones sociales, precariedad masiva, endeudamiento de las familias, debilitamiento del derecho al trabajo.

Laval y Dardot (2014) recuperan el análisis propuesto por los franceses y plantea que lo macro y lo micro; la producción y el consumo; lo público y privado. Nada queda fuera ya de esta lógica de las finanzas que modela no sólo la concepción de la empresa como agente económico, sino también el pensamiento del Estado y la auto-comprensión misma que el sujeto tiene de sí. Siguiendo esta idea de que los seres humanos en permanente competencia, el mérito se convierte en uno de los lubricantes de esta maquinaria.

Por nuestra parte, el ejercicio historiográfico sobre la asistencia y sobre el proceso de

configuración de Trabajo Social permite observar que la cuestión del mérito ha estado presente. Podemos decir, siguiendo a Castel (1997) que ha constituido un verdadero parte aguas en torno a los destinatarios de las ayudas sociales: los pobres “merecedores” y “no merecedores”. La línea demarcatoria se cimentó en virtud de la capacidad de trabajar o no que portaban aquellas personas y poblaciones que demandaban algún tipo de asistencia. Así también la problematización del par asistencia – promoción ofrece claves para escudriñar como se expresa la presencia de demandas de mérito -esfuerzo, responsabilidad, iniciativa- como conductas que deben desarrollar los destinatarios de los programas sociales.

Si bien en el protocolo de manera escrita no aparece explícito, si podemos decir que las prácticas de diferentes disciplinas esta mirada esta, y que en muchas políticas públicas de Mendoza en los últimos años se interpretan así.

Es elemental tomarla como temática necesaria de ser profundizada propiciando su problematización, interpelarnos sobre los modos que asume en las intervenciones, habilitándonos interrogaciones que nos posibiliten desentrañar sentidos con vistas a construir argumentaciones reconociendo desde ya su complejidad. El profesional de Trabajo Social puede hacer aportes desnudando la falacia de discursos que en nombre de lo que es meritorio y de quienes son sus portadores, refuerzan situaciones de desigualdad. (Lera, 2017). Pero, como bien señala Dubet (2015), una gran mayoría piensa que las víctimas de las desigualdades no son necesariamente inocentes y en esas opiniones hay ausencia de análisis sobre las “circunstancias” que ponen la mira en las condiciones estructurales que generan injusticia y desigualdad. Desde la década de 1970 las investigaciones nacionales e internacionales indican que el porcentaje de quienes explican la pobreza por las conductas y la cultura de los pobres no deja de aumentar. La hegemonía de estas interpretaciones constituye también un campo de batalla sobre el que Trabajo Social tiene que disputar. La tendencia a culpar a las víctimas se consolida: las encuestas muestran que muchos ciudadanos no desean pagar por aquellos que, a su juicio, no lo merecen. Como bien sabemos, éstos últimos configuran la población que acude mayoritariamente a los servicios en los que nos desempeñamos los trabajadores sociales, de allí la importancia de preguntarnos si nuestras intervenciones no refuerzan esta inclinación a culpar a las víctimas.

## Trabajo Social y Políticas Públicas

Actualmente la puesta en marcha de políticas públicas en Mendoza de largo plazo, consensuadas, donde existan múltiples actores que participen en el diagnóstico, en las estrategias, en la evaluación, reformulación de las mismas, están invisibilizadas y no convocadas. Las mismas son armadas de manera parcial, es el ejecutivo provincial quien define la intencionalidad e implementación de las mismas según intereses de turno, en dicha construcción del protocolo objeto de investigación no fue la excepción.

Esta manera de llevar a cabo tanto protocolos, normas o programas, y la función de organizar el trabajo cotidiano de los trabajadores del Estado, que sólo se encargan de ejecutar acciones, apuestan más a controles disciplinarios para realizar este objetivo, por lo que no les bastará la domesticación del comportamiento de los trabajadores.

Siguiendo a Foucault (2008) y específicamente en los hospitales públicos, esta lógica tradicional de gerenciamiento operará desde los siglos XVII- XVIII, momento en que se instala el mecanismo de economización del tiempo de la mano de la eficacia para la alta producción.

La instalación de la razón instrumental en las prácticas y en los procedimientos relacionales, entre agentes de las mismas disciplinas y con otras, constata una progresiva pérdida de eficacia para resolver problemas y una tendencia a que las áreas de servicios funcionen orientadas a evaluar sólo el riesgo (Ferrater, 2012).

En la mayoría de los casos se pierde la visión integral de la situación -siempre devenida en caso- y las decisiones son tomadas de manera mecánica a partir del diagnóstico inicial y de protocolos rígidos considerados adecuados para todas las demandas que se presentan, como el protocolo en cuestión.

Las recetas contemporáneas para saldar este estilo de administración de gestión institucional han pecado por ingenuidad o se han mostrado inocuas, ya que la reaparición de los médicos generalistas o la constitución de equipos multidisciplinarios es una recomendación frecuente, como si la suma de agentes trabajando por el mismo problema asegurara en sí mismo un cambio de paradigma. En el centro de estas propuestas hay una base imaginaria, de que estas experiencias compensarán la des-responsabilización y la fragmentación que la excesiva especialización crea, autoriza y legitima.

### Intervención del Trabajo Social

La intervención del trabajo social en el protocolo teniendo en cuenta sus pocos aportes en la creación del mismo (con impronta biologicista subyacente) pero con participación activa en la ejecución del mismo permite identificar su impronta en los debates ideológico-políticos de las ciencias sociales y las expresiones políticas con mayor peso en la construcción de las políticas públicas del Estado.

En el análisis del campo de la salud los aportes de la epidemiología crítica y del movimiento de salud colectiva teniendo en cuenta los aportes Breilh (2003, 1991), Samaja (2004), resultan significativos en tanto permiten incorporar además del componente biológico algunos diferenciales como el género, raza, diversidades, grupo social, entre otros.

Se trata de un paradigma alternativo del proceso salud/enfermedad/atención que enriquece la perspectiva crítica de Trabajo Social, reconociendo la desigualdad social en dichos procesos. La inclusión de esta perspectiva teórico-política asociada a la efectivización de derechos de ciudadanía constituye un marco de referencia para el desarrollo de estrategias de intervención en el protocolo desde el Trabajo Social generando autonomía relativa que se propone enfrentar las condiciones limitantes y conservadoras del propio campo dentro de la salud y del contexto socio- económico y político actual.

En la gran mayoría de los sujetos, en este caso personas mujeres que acaban de parir, y demandan atención a las unidades de trabajo social en salud pública forman parte de la población cuyo acceso a recursos para el ejercicio de derechos ciudadanos se encuentra limitado por su posición subalterna en la estructura social. La relación con estas instituciones se encuadra en la existencia de problemas sociales caracterizados como obstáculos en la relación necesidades- recursos del proceso salud-enfermedad-atención, los cuales se inscriben en la reproducción cotidiana y comprometen las posibilidades de participación en todos los espacios de la vida social (trabajo, estudio, política, recreación, etc.). Su inclusión en procesos de intervención requiere una comprensión integral, teniendo en cuenta las diversas posiciones (según género, raza, etnia, estructura social), el acceso a recursos para resolver necesidades en forma individual o familiar – estrategias de reproducción según Bourdieu (1999) y aquellas circunstancias que se relacionan con condiciones de vida más amplias, como las del territorio en que viven, las condiciones

ambientales, del hábitat, de empleo, de acceso a los sistemas de salud, educación, seguridad social, etc.

### Herramientas desde el Trabajo Social: Informe Social - Redes

A lo largo de las entrevistas y desde la letra del protocolo se considera en la práctica al Trabajo Social como saber “auxiliar” en el campo de la salud, encargado de controlar el cumplimiento de los tratamientos, su condición de construcción social atribuida en el campo de la salud y atravesado por cuestiones que lo trascienden, como lo doctrinario y lo valorativo.

En las intervenciones de la disciplina tenemos como posibilidad para re-direccionar la intervención dentro del equipo interdisciplinario la construcción de informes sociales, su contenido podrá no sólo dar cuenta de cómo es la situación sino también del posicionamiento y las posibilidades del sujeto y la direccionalidad a imprimir a la situación. Un sujeto que, a sabiendas de su condición de profano (en términos de Bourdieu), logre ser un sujeto informado de sus derechos y posibilidades en el marco institucional y normativo. Una direccionalidad de la intervención que recupere desde lo teórico y metodológico los aspectos concretos y subjetivos de la vida privada de la persona, a partir de nuestra posibilidad -nuestra porción de poder- de clarificar a quienes deciden sobre las características de dicha vida pero también sobre sus potencialidades y expectativas, evitando intervenciones que, lejos de aumentar la calidad de esa vida, pueden fragmentarla y tornarla más vulnerable al generar exigencias a las personas que no resultan sintónicas con sus creencias y/o posibilidades. Las intervenciones que encaremos o propongamos, más allá de ser “ideales” y conceptualmente válidas, deben ser viables de implementar. Ello exige un conocimiento de los recursos y dispositivos existentes y las formas de accesibilidad a ellos. Será también condición imprescindible la involucración activa del sujeto o los sujetos de esas intervenciones que se proponen como solución a la situación problematizada (Nicolini, 2014).

Ahora bien, para concretar esta posibilidad de intervención tenemos que hacer uso de nuestra “expertez” y ella está dada, en principio, por el conocimiento teórico de las temáticas a las que remiten las situaciones problema que se abordan como así también de las normativas que enmarcan legalmente el tránsito de esas situaciones por el espacio de



salud. Aquí se roza uno de los riesgos de nuestra intervención: el excesivo apego al marco legal; un apego que, desde un discurso y registro que se mimetice con el saber médico, pierda la especificidad de la profesión.

Tal lo observado en informes rubricados por trabajadores sociales (a veces junto a otros profesionales) donde cuesta encontrar el sesgo social metodológico y teórico de la disciplina en la profusión de un registro plagado de frases descriptivas, sin alusión alguna al marco teórico desde donde son leídas e interpretadas las situaciones problematizadas y donde aparecen rápida y reiteradamente frases alusivas a la vulneración de derechos (enunciado difuso si lo hay).

El diagnóstico social, siguiendo a Travi (2011), no sólo incluye la descripción de la situación problema en su expresión particular y concreta y el contexto en que se inscribe -lo que siempre requerirá más que una retórica de derechos-, sino también los obstáculos y los factores tanto negativos como protectores, integrando la visión del sujeto y propuestas de acciones a seguir. Si el diagnóstico social no ilumina respecto de las acciones a implementar que el sujeto y su familia pueden sostener, aunque enuncie derechos vulnerados y a restituir, no cumplirá con esa función necesaria que es “permitir identificar los espacios estratégicos para la intervención profesional”.

Siguiendo a Matus (1992) el diagnóstico, para este autor, se lleva a cabo en cuatro pasos, que son necesarios antes de ejecutar acciones y evaluar la pertinencia de las mismas: 1-Momento explicativo, equivalente al diagnóstico en la planificación normativa, aunque superando el mero listado descriptivo de aquello que se considera problema. Implica seleccionar qué problemas se trabajarán, explicar las causas de cada uno y del conjunto de los mismos que caracterizan la situación inicial. 2-Momento normativo, que apunta a lo central de la planificación, el diseño del deber ser. 3-Momento estratégico, que implica producir un proceso interactivo entre la viabilidad política, económica y organizacional, y el resultado viable, 4-Momento Táctico-operacional, toma de decisiones y acciones concretas.

A partir de haber razonado, pensado y reflexionado sobre la realidad institucional y las estrategias adecuadas para garantizar la viabilidad de las intervenciones, surge la necesidad de tomar decisiones, ejecutar y evaluar la continuidad de un proceso de acción. Desde este posicionamiento el trabajo social debe desarrollar las estrategias teniendo en cuenta los

recursos disponibles en la comunidad donde se encuentra la persona.

Desde este punto revalorizamos lo que surgió en casi todas las entrevistas, la articulación y el trabajo en red como dispositivo que permita efectivizar los derechos de las personas

Las mismas se construyen desde el trabajo social según Campos (1996) teniendo en cuenta, a) en el contexto de la vida de una persona en concreto, ayudándola a reubicarse en una red ya preexistente, integrándola con apoyo externo o conectando al sujeto en una red artificial; b) sobre el territorio, en el proyecto de trabajo con la realidad colectiva existente ya sea a través de la creación de grupos y organizaciones o con el trabajo con grupos ya existentes; c) en el propio servicio u organización de pertenencia del trabajador social, entre diversos servicios o entre el propio servicio y otras organizaciones y grupos comunitario.

El papel del Trabajo Social en la potenciación, mantenimiento o creación del apoyo social a través de redes es diverso. Las estrategias de resolución de las personas, familias o grupos con problemas o dificultades pueden agruparse en tres escalones: un primer escalón, en el cual el sujeto (familia o grupo) afronta o supera autónomamente las dificultades, desde una perspectiva auto-resolutiva. Un segundo escalón en el cual las dificultades requieren la cooperación de aquellos que están emotivamente cercanos o forman parte de su red más cercana. Un tercer escalón, caracterizado por la existencia de problemas psicosociales de particular relevancia para el sujeto, los cuales requerirán de la intervención de un profesional.

Podemos concluir la importancia de la red siguiendo a Dabas (1993), quien nos manifiesta que la praxis del Trabajo de Red puede sintetizarse en tres situaciones prototípicas que no se excluyen entre sí:

La primera, en la cual el Trabajador Social entra en contacto con la red y la resitúa frente al problema, redefiniendo la situación problemática como de la propia red y no exclusivamente como una dificultad atribuible al propio sujeto. Así, como ya sabemos en algunas ocasiones la redefinición de la situación problemática será especialmente adecuada en el ámbito de las relaciones familiares, mientras que las intervenciones globales para su resolución, podrán ser asumidas por la red de apoyo social, la cual va más allá de la familia. En este sentido, la intervención del trabajador social será de apoyo y asesoramiento y la prescripción de tareas, en el sentido del "ayudar a la red para que ésta ayude".

La segunda, en la cual el Trabajador Social, coherente con las hipótesis señaladas en la

situación anterior, desarrolla intervenciones puntuales especializadas o facilita la utilización y acceso a bienes y recursos, jugando un papel de mediador. Las intervenciones de carácter terapéutico se incluirían en este segundo escenario.

En tercera situación, el Trabajador Social desarrolla una estrategia de intervención más amplia, en algunas ocasiones mediante la reconstrucción de una red de ayuda muy débil o inexistente relacionada con un sujeto, familia o grupo; en otros casos, mediante la conexión de nudos de redes en contextos de carácter territorial en el seno de un proyecto concreto. (Campos 1996).

La metáfora de la red en el seno del arsenal conceptual del Trabajo Social permite operativizar aspectos tan poco claros como la intervención comunitaria, si por ejemplo, traducimos a la comunidad, en clave operativa, como una red de redes.

#### Una nueva forma de intervención

En gran parte de las entrevistas se terminaban haciendo alusiones a que el protocolo de seguimiento del recién nacido, hijos de madres con consumo problemático, enmarcado en la resolución n°001170/18, como política pública del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza, posiciona las políticas públicas y a los agentes del Estado desde un lugar de poder y de control sobre las personas a quienes se le aplica. Como equipo de investigación tenemos la misma sensación de que estas formas de hacer políticas generan un trato deshumanizante, objetivizante y ven a la persona de manera fragmentada, ahistórica y asocial.

Consideramos que las prácticas del Trabajo Social deben estar enmarcadas en una lógica diferente, con posicionamientos críticos y éticos que permitan visualizar a las personas de manera integral, respetando sus decisiones, deseos y elecciones.

Proponemos desplegar las prácticas profesionales desde una “ética del cuidado”, entendiendo primeramente porque el cuidado en lo profesional pasaría de la esfera privada a la pública, y en segundo lugar porque integrar en lo público el cuidado nos daría una concepción más amplia de la justicia social (Fascioli, 2010), tomando la responsabilidad de que formamos una red de relaciones de dependencia entre los miembros de la sociedad (Marín 1993).

La propuesta de Gil Bermejo (2016) que adherimos sobre el cuidado, en los contextos

profesionales de intervención social, así como otras áreas de actuación, es dar la importancia y el significado al cuidado de las siguientes orientaciones: Ser conscientes del cuidado hacia sí mismo, como una forma de comunicación propia con las necesidades, deseos, sentimientos que tenemos. Desde este lugar podemos cuidar a los demás, si por ello optamos, a través de nuestra propia experiencia del cuidado; Ruptura de un esquema del cuidado polarizado, yendo más allá de las formas lineales del poder (entre quien cuida y quien es cuidado), apostando por un modelo de cuidado no lineal y contextual, sin posicionamientos del poder a priori; Aceptar la reciprocidad del cuidado o el cuidado en sí, no significa el reconocimiento de la necesidad o debilidad, muchas veces culturalmente asociado al cuidado y que nos pueden llevar nuevamente a posicionamientos de poder, pudiendo tener otras muchas más expresiones simbólicas de dicho cuidado; Ser consciente de nuestra presencia, en el aquí y en el ahora, es dar lugar a nuestros pensamientos, emociones y cuerpo, un cuerpo que nos permite mediar entre el mundo exterior e interior (Le Breton, 2008) y desde esta corporalidad poder construir una mirada y observación interior y hacia el exterior.

En el contexto actual, donde desde el Estado en sus diferentes niveles se desconoce el esfuerzo del personal de salud como así de otras áreas, donde se deja entrever en declaraciones públicas de los funcionarios de turno o en otras legislaciones, el maltrato a los trabajadores del sistema público es moneda corriente, hoy nos encontramos en una realidad, de los lugares donde trabajamos, intervenimos y habitamos, de incertidumbre, donde el cuidado político-institucional hacia sus profesionales es inexistente.

Los profesionales de intervención social dejamos de ser un recurso en sí mismo, pasando a convertirnos en gestores de sujetos objetivados, una vez que objetivamos al sujeto le hacemos pasar por una serie de recursos, profesionales, protocolos y normativas que supuestamente tienen que mejorar la situación de partida.

Desde el trabajo social como profesión generadora de contextos inclusivos, se orientara hacia la presencia del sujeto dentro de un desarrollo y circulación social (Cacho, Sánchez – Valverde Visus, Usurriaga, 2014) como actor presente en el derecho a la ciudadanía se hace necesario trabajar desde el cuidado y de la justicia.

En muchas ocasiones la respuesta pertinente de la demanda concreta o necesidad concreta no se puede dar, comienza una dinámica de ansiedad que transita la omnipotencia de

resolverlos todo hasta la impotencia de la frustración que genera el no llegar al todo. Desde ahí la elaboración cognitiva y emocional nos lleva a cargar y explotar, una vez que nuestra resistencia se colma de frustraciones, manifestándose posiblemente a través de somatizaciones, cambios de estado de ánimo, dolores físicos, etc.

Es imprescindible que la profesión reconozca y asuma que interviene en espacios de conflicto de intereses, en espacios de tensión. La respuesta a esto no está en la desinstitucionalización, ni en el ocultamiento de las tensiones o conflictos, sino en el desvelamiento de la tensión, para que este sea el punto de partida que permita problematizar la intervención, es decir haciendo visible la función que tiene la profesión, descubriendo espacios de tensión y construyendo individual y colectivamente estrategias para analizar y decidir qué hacer con esos espacios.

Ante la multitud y minuciosidad de hechos y procesos emocionales y cognitivos, resulta urgente una adecuada supervisión profesional., es decir una co-visión de la intervención social como espacio donde poder compartir una mayor autenticidad, corporalidad y presencia sobre el trabajo social y en definitiva sobre un compromiso ético-deontológico que tenemos al trabajar con personas.

Debemos mejorar la relación entre profesionales y usuarios desde una intervención social más coherente y cercana, donde lo público (nuestra profesión) y lo privado (nuestra persona) inevitablemente estén unidos, desde ahí el cuidado es posible.

### **Proyección del equipo de investigación en relación al tema investigado.**

Durante el proceso de la investigación, puntualmente con el trabajo de campo, y éste en permanente dialogo con los diferentes marcos teóricos elegidos, fue que surgieron algunas preguntas de inicio que quedaron sin responder tales cómo ¿porque en el protocolo no se contempla la figura del progenitor, como modo de cuidado compartido? ¿Por qué el protocolo no contempla en relación a la persona gestante el estado de puerperio? A fin de generar estrategias de intervención no sólo en relación al consumo de sustancias, sino también respondiendo a las necesidades e intereses de la persona que acaba de parir.

También surgieron otros interrogantes relacionados con la intervención:

¿Es necesario protocolizar esté tipo de intervenciones, a modo de receta única o inamovible?

¿Podemos pensar en la posibilidad de una guía que sirva de orientación en la práctica profesional, y que responda a la singularidad de cada situación?

¿Es el momento subjetivo (puerperio) para iniciar un abordaje relacionado con la atención o tratamiento de consumos de sustancias?

En cuanto a la construcción del protocolo:

¿Cuál fue la razón de la falta de participación y consenso por parte de las instituciones y actores involucrados en la elaboración del protocolo?

¿El vacío en cuanto al abordaje legal que presenta el protocolo en su intervención, responde al vacío en el marco legal que lo pudiera sustentar?

En cuanto a los recursos humanos:

¿Cuándo se elaboró y aplicó el protocolo, se pensó en los recursos humanos para su ejecución?

### **5-Narración del proceso de producción de conocimiento**

Recuperar la experiencia de investigación realizada. Pueden incluirse, por ejemplo, referencias a los cambios que se realizaron al proyecto original; fortalezas y debilidades del equipo de investigación, de la coordinación con el colegio, referencias a la experiencia de investigar en contexto de aislamiento social y de investigar a partir de la promoción de esta actividad por parte del colegio profesional.

Entendemos al proceso de investigar en un doble movimiento que transitan condiciones objetivas y subjetivas, visualizamos la propuesta del CPTS como una de las condiciones objetivas que habilitó-motivó la iniciativa de investigar. Pensamos en las condiciones subjetivas, las cuales están vinculadas a las tensiones significativas que genera esta política sociosanitaria en particular (protocolo en cuestión) y en la cual se nos nombra (a los trabajadores sociales) desde un lugar que incomoda. Oportunamente fueron los objetivos generales que propuso el CPTS que enmarcaron con mayor solidez algunas ideas sueltas, hablamos de “Los supuestos ideológicos que sostienen esta política sociosanitaria”

A partir de esta 2da convocatoria a investigar de parte del CPTS, logramos colectivizar inquietudes, pensamientos y sentimientos en relación a “las maternidades y los usos, abusos y consumos problemáticos”, que en la habitualidad de nuestra práctica solemos mantener en el plano de lo individual...en soledad. Más concretamente, en el proceso de

investigación encontramos una reflexividad que no encontramos en la práctica intra e interinstitucional.

En un primer momento de la investigación nos interesamos sobre la posibilidad de indagar sobre las prácticas específicas del trabajador social, las representaciones de las demás disciplinas y de las personas objeto del protocolo. Luego se produjo un viraje hacia el proceso mismo de construcción del protocolo, problematizando las formas que el trabajador social podría sostener una práctica superadora a partir de una política que encorseta las mismas, las ubica en un lugar instrumental promoviendo la funcionalidad a un MMH.

La experiencia de investigar nos produce un sentimiento intrínsecamente contradictorio vinculado al proceso de ampliar y construir conocimiento y a su vez ubicarnos en un lugar desde el no saber, es hasta el momento final de este proceso que persiste una sensación de incompletud de lo investigado.

Remarcamos como fortaleza que todos los miembros del equipo de investigación estamos enmarcados en un mismo proyecto ético político, desde un lugar de respeto intentamos construir miradas integradoras. En el actual proceso se constituye como una fortaleza las trayectorias diferenciadas de los miembros en distintos espacios socioocupacionales (CPAA, SEDRONAR, Servicio de Salud Mental, Servicio Social), hecho que enriquece las miradas, logrando aunar criterios que muchas veces en la práctica se nos dificulta enlazar.

Las debilidades del equipo se vinculan en mayor medida con el contexto de ASPO y las limitaciones que generó al momento de profundizar en los debates de alternativas e ideas. Sin embargo, el ASPO evitó trasladarnos a la capital mendocina a realizar las entrevistas planificadas, mostrándonos que la virtualidad nos facilitó el acceso sin interrumpir nuestra cotidianidad.

La coordinación con el CPTS fue oportuna dentro de las limitaciones que impone el ASPO, se sugiere modificar fecha de convocatoria y trasladarla al comienzo del año.

## **Referencias:**

- ASE, Iván y BURIJOVICH, Jacinta (2009): *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5º Foro del Bicentenario "Salud y Políticas de Salud"*. Recuperado de: <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>
- BARNES, Jhon Arundel (1972) *Social Network* Addison Eesae y Reading (Mass) .
- BOURDIEU, Pierre (1999): *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama. Barcelona.
- BOURDIEU, Pierre. (2000). "La fuerza del Derecho. Elementos para una sociología del campo jurídico". En: Bourdieu P. *Poder, derecho y clases sociales*. Editorial Desclée de Brouwer. S.A. Bilbao.
- BREILH, Jaime (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires.
- BETANCOURT, Oscar (1991): *La salud-enfermedad como hecho social, en Betancourt, Breilh, Campaña y Granda Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*. Universidad de Guadalajara. México.
- CACHO, Xavier Labrador, Sánchez, Valverde Visus, Carlos, Usurriaga, Jordi., (2014) *Los nombres y los significados de la educación social*. Revista Educación Social.pp:19.
- CAMPOS, José Francisco (1996) *El Trabajo Social de Redes una Vieja práctica y una nueva teorización Ponencia presentada en el Primer Congreso Estatal de Escuelas Universitarias de Trabajo Social* Universidad de Valencia.
- CASTEL, Robert (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós
- CASTORIADIS, Cornelius (2003) *La institución imaginaria de la Sociedad. (Vol. I y Vol. II.)* Ed. Artes Gráficas del Sur, Bs. As.
- CARBALLEDA, Alfredo (2008) *La intervención en lo social y las nuevas formas de padecimiento*. En: Revista Escenarios, Escuela Superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.
- CARBALLEDA, Alfredo, *Escuchar las prácticas*, Espacio, Buenos Aires, 2007.
- CARBALLEDA, Alfredo, *La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, algunos interrogantes y perspectivas*, Margen, Buenos Aires, 2004.



DABAS, Elina. Nora. (1993). *Red de redes. Las prácticas en la intervención de redes sociales*. Paidós, Mexico.

Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. (ONU, 2011).

DUBET, Francois (2015). *¿Por qué preferimos la desigualdad? (aunque digamos lo contrario)*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno

ELICHIRY, Nora (1987) “*Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*” del libro *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*” Nueva Visión, Buenos Aires

FASCIOLI, Ana, (2010), *Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan*. *Revista Atio*, 12, 41-57.

FERRATER MORA, José. (2012) *Diccionario de filosofía. España. Airel. Planeta*.

FOUCAULT, Michel (1975) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires. Siglo XXI.

FOUCAULT, Michel, *Microfísica del poder*. La Piqueta. 1980.

GIL BERMEJO, José. Luis. (2016), *El cuidado en la intervención social. Una práctica en la ética del trabajo social*.- Carbonero D., Raya E., Caparros N., Gimeno C., (Coords). *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Universidad de La Rioja. España

GONZÁLEZ Leandri Ricardo. (1999): “*Las profesiones entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*”. Catriel, Madrid.

LAVAL, Christian y DARDOT, Pierre. (2014) “*El neoliberalismo es una forma de vida, no solo una ideología o una política económica*”. *Diario El País*, España. [En línea. Disponible en: [http://www.eldiario.es/interferencias/neoliberalismo-ideologia-politica-economica-forma\\_6\\_312228808.html](http://www.eldiario.es/interferencias/neoliberalismo-ideologia-politica-economica-forma_6_312228808.html)] Consulta: 12/10/2014

LE BRETON, David (2008), *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva visión. Buenos Aires.

LERA, Carmen Inés, 2017. *Mérito y Desigualdad*. Algunas cuestiones para pensar las intervenciones profesionales en el neoliberalismo contemporáneo.

MARIN, Gloria (1993), “*Ética de la justicia, ética del cuidado*” .*Asamblea de dondes d'Elx*).

- MARTINELLI, María Lucía (1992) *“Identidad y Alineación”*.Cortez, Brasil.
- MATUS, Carlos. (1992) *Fundamentos de la planificación situacional. En: Uribe Rivera, F. Planeamiento y programación en salud. Un enfoque estratégico*. San Pablo. Cortez.
- MENÉNDEZ, Eduardo (S/D): *Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible*. Recuperado de [www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf](http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf).
- NICOLINI, Graciela (2014). *“Tenemos teoría, tenemos derechos, pero...Desafíos a la intervención con familias”*.
- SAMAJA, J (2004): *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina* .Colección Salud Colectiva. Buenos Aires
- STOLKINER, Alicia (1999) *“Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes? Revista Campo Psi-Revista de Información especializada”* Año 3. N° 12, Agosto 1999, Rosario.
- TRAVI, Bibiana (2012). *“El diagnóstico y el proceso de intervención en Trabajo social: hacia un enfoque comprehensivo”*. En: Ponce De León, Krmptic (coord.) Trabajo Social Forense. Balance y perspectivas. Volumen I. Espacio. Buenos Aires.
- VIDAL, José Francisco Campos (1996) - *REDES Y EL TRABAJO SOCIAL*- Cuadernos Margen, (2009) *Trabajo social y padecimiento subjetivo*, Espacio.
- FELITTI, Karina, Coordinadora, (2011) *Madre no hay una sola*, Ciccus
- MESCHINI, Paula y HERMIDA, María Eugenia, (2017) *Trabajo social y Descolonialidad, Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social, compiladoras* Eudem,
- TARDUCCI, M (2008) *Maternidades en el siglo XXI*, Organizadora, Espacio
- MOLINA, Cecilia (2020). *Trabajo en salud pública en tiempos de pandemia*. Escrito producido para compartir en el marco del ciclo de conferencias organizadas por el Colegio de Profesionales de Trabajo Social de Mendoza: Trabajo social, dialogando en la emergencia.
- GONZÁLEZ, Carolina, LAURINO, Sandra y COSTÁBILE, Leopoldo, (2010) *“La noción de riesgo social en la práctica del diagnóstico social en las familias uruguayas en el área sociojurídica”*, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, Artículo aprobado en 2010, Revista de Trabajo Social
- MUÑOZ CABRERA Patricia, (2011) *Violencias Interseccionales, Debates feministas y*

*marcos teóricos en el tema de pobreza y violencia contra las mujeres en Latinoamérica.*  
CAWN.

VALLS LLOBET, Carmen (2009): “*Mujeres, Salud y Poder*”.

TOUZÉ, Graciela (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas 1º*. Buenos Aires.

SEGATO, Rita (2013). *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. (1ra ed). Tinta De Limón Ediciones.

CASTILLA, Victoria y LORENZO, Gimena (2012). *Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires*. Cuadernos de Antropología Social, (36),69-87.[fecha de Consulta 6 de Diciembre de 2020]. ISSN: 0327-3776. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1809/180926074005>

VIVAS, Esther. (2019). “*Mamá desobediente*” *Una mirada feminista a la maternidad* (2da ed.). Godot.

BORDONI, María Flavia, CAFFERATA, Ana, CASAS, Belén, GOLDESTEIN, Barbara y LÓPEZ, Macarena (2016). *Maternidad y adicciones. La supervisión como instancia de formación profesional*. Revista Argentina de Terapia Ocupacional - Año 2 - Nro 1 - Agosto 2016 - ISSN 2469-1143. <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2016jul-art3.pdf>

JODELET, Denise (1986). “*La representación social: fenómenos, concepto y teoría*”. En Sergio Moscovici: *Psicología social* (Vol. 2). Paidós.

TOUZÉ, Graciela (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Ministerio de educación. Troquel.

DIEZ Manuelía, Pawlowicz María Pía, Vissicchio Florencia, Amendolaro Roxana, Barla JULIA Carina, MUÑIZ Analía, ARRÚA Leonardo (2020). “*Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y púerperas de tres hospitales generales de Argentina*”.

SECRETARIA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LA NACIÓN ARGENTINA. *Estrategias para implementar acciones de abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en contextos de encierro*.

IERULLO, Martin (2020). *Hacia una política federal de cuidados. Aprendizajes desde el*

*territorio en: Políticas Sociales, Estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro: Vol 1. Ministerio de desarrollo social, Rippsó, Fauats, Conicet.*

JELIN, Elizabeth (2020). *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de las políticas públicas en: Políticas Sociales, Estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro: Vol 1. Ministerio de desarrollo social, Rippsó, Fauats, Conicet.*

GONZÁLEZ, C, NICORA M, RETAMAR F, (2020). *Una nueva institucionalidad de los servicios de cuidado en la primera infancia, aportes para avanzar en clave de derechos en: Políticas Sociales, Estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro: Vol 1. Ministerio de desarrollo social, Rippsó, Fauats, Conicet*

KRMPOTIC Claudia, Bien Social y Bien Jurídico, 2006, Mimeo 2006.

### **Anexos**

- Anexo N°1- Protocolo de seguimiento del recién nacido, hijos de madres con consumo problemático, enmarcado en la resolución n°001170/18, como política pública del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza.
- Anexo N° 2- Guía de síndrome de abstinencia neonatal.
- Anexo N° 3- Entrevistas realizadas para el trabajo de campo.