

Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Mar del Plata³

“Nacimientos prematuros. Análisis de correspondencia entre discursos y dispositivos de clínicas y hospitales locales con respecto a la valoración personal de profesionales intervinientes en este tipo de problemáticas”.

Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.

Apellido y nombre del autor: Forace, Solange Agata Laura.

Matrícula y año: 4932/1999.

Documento: D.N.I. n° 28.728.235.

Director: Lic. Fermín Más.

Fecha de presentación: 18/06/2010.

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-83 F	Rose.
	FECHA DE PRESENTACION:
	2209



“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Solange Agata Laura Forace de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Solange Agata Laura Forace, matrícula n° 4932/99, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días 23 de Junio de 2010”.

Firma, aclaración y sello del Supervisor:


Fermin D. Más
Lic. en Psicología
M.P. 46747

Evaluación del Supervisor:

“La estudiante Solange Forace ha cumplido muy satisfactoriamente con todas las actividades y objetivos de la investigación que le permite cumplir con este requisito curricular. Desde el primer momento, se acercó a mí no sólo interesada en el tema, sino con lecturas previas, para lo cual mi tarea como orientador fue ayudarle a delimitar el objeto de estudio. Juntos trabajamos sobre objetivos que fueran viables para una investigación en la que no habría otro equipo que nosotros dos. Como todos los temas de salud pública, el abordaje complejo de la atención de nacimientos prematuros supuso, desde el primer momento –y más allá de un relevamiento de servicios asociados-, la pretensión de trabajar en sus dimensiones conceptual, práctica y axiológica desde la perspectiva de los actores (en este caso, de los agentes de salud: los profesionales).

Solange ha demostrado tener amplia capacidad de aprendizaje de las acciones más comunes de “la cocina de toda investigación”, como lo son el aprender a fichar materiales; a descomponer el objeto de estudio en dimensiones; a diseñar un protocolo de entrevista; a seleccionar los informantes con criterios teóricos; a extraer categorías del protocolo para implementar un análisis jerárquico del material de las entrevistas; a interpretar datos de investigación y a redactar con escritura científica.

En apoyo a las dificultades que se tuvo para completar las actividades de relevamiento por escalas sobre valoraciones personales de los profesionales, debo agregar que la incidencia del brote de H1N1 del año pasado (2009) produjo en casi todas las instituciones públicas la reducción

de su funcionamiento habitual, hasta en algunos casos (como ocurrió con nuestra Universidad) el cierre de sus puertas por casi dos meses. Esto es importante de aclarar, porque en la planificación se tuvo por objetivo particular relevar estas valoraciones personales en el staff de profesionales que trabajan en el Programa Materno Infantil, y que hasta el año pasado solían tener una reunión por mes, que durante estos meses suspendieron las reuniones habituales que regularmente hacían en Región Sanitaria VIII. Ya después hubo otros cambios, no sólo en la coordinación local del Programa, sino también en las prioridades y gestión del Ministerio de Salud de La Nación (del cual depende este Programa). Aunque en primera instancia estos hechos parecerían tener poca incidencia sobre el campo de aplicación de esta investigación, lo cierto es que desde la reprogramación de actividades costó mucho más acordar una reunión como las anteriores. Sin embargo, se accedió a entrevistar a la coordinadora general del Programa como un modo de incorporar esta parte, pero desde otro tipo de relevamiento.

Por todo lo demás, agradezco a Solange que haya elegido mi persona para acompañarla en este trabajo tan relevante, que nos acerca información importante acerca del lugar que ocupa este tipo de problemáticas en la planificación de servicios de salud materno-infantil y, fundamentalmente, sobre el espacio de reconocimiento interdisciplinar que tiene el psicólogo en este tipo de atención, servicios y pares profesionales.

Mar del Plata, 18 de junio de 2010".


Fermin D. Más
Lic en Psicología
M.P. 46747

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentada por la alumna Solange Agata Laura Forace, matrícula n° 4932/99".

Firma y Aclaración de los miembros integrantes de la Comisión

Asesora:



Dra. LILIANA M. NAVEIRA
NEUROPSICOLOGÍA



Fecha de Aprobación: 20-9-10

fo (Sobresabiente)

PLAN DE TRABAJO

Descripción detallada

1. Motivos y antecedentes:

El interés por este tema surge a partir de un trabajo llevado a cabo para un seminario de promoción de la materia Epistemología de la Psicología, donde se abordaban situaciones que constituían emergencias psicológicas. En ese momento elaboramos, sobre la Psicología de la Emergencia, que ella “... propone la intervención psicológica inmediata frente a un incidente crítico. En el caso del bebé y de sus padres la intervención inmediata se debe al estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el que se encuentran inmersos. Además, los padres atraviesan por diversos estados psicológicos, siendo el estrés y la depresión los más frecuentes e interfiriendo en la interacción entre ellos y con su hijo. La prematuridad produce estados de angustia y temor a la muerte del bebé, además del duelo por lo que no pasó: el encuentro con el bebé imaginado y en brazos” (Aguilar, Demagistri y Forace, 2006). Los nacimientos prematuros fueron considerados como “situaciones críticas que deben ser entendidas y asistidas desde la emergencia tanto para el bebé como para sus padres y núcleo familiar, ya que, este evento acontecido antes de tiempo, pone en peligro la vida del recién nacido, enfrentando a los padres a una situación estresante y dolorosa” (Ibíd.).

Se ideó un dispositivo de atención psicológica a padres de bebés prematuros que contemplara la asistencia psicológica, médica y social desde un modelo transdisciplinario. Tal dispositivo contó con objetivos particulares relacionados con:

- La realización de un diagnóstico del estado psicológico, familiar y social de los padres.
- El acercamiento de información sobre las Unidades de cuidados intensivos neonatales.
- La consideración de los efectos psicológicos provenientes de la situación disruptiva, tales como el estrés y la depresión en los padres.
- El fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento de situaciones críticas.
- La incrementación de la capacidad cognitiva.

- Fortalecimiento de la interacción entre los padres.
- La búsqueda de una mayor participación de los padres en el cuidado y la atención del niño.
- La facilitación de espacios para la expresión de vivencias y emociones.
- La anticipación de las posibles reacciones que pudieran surgir en el futuro.

Meses después de haber finalizado este trabajo, la observación espontánea de un caso en una clínica local reactivó el interés por este tema. En este caso, porque una madre de un bebé nacido prematuramente fue dejada en el más profundo desamparo y sin ningún tipo de asistencia psicológica. Tampoco fue propiciado el vínculo con su bebé, que había sido internado en la unidad de cuidados intensivos.

El hallazgo de un libro titulado "Clínica Psicoanalítica con Bebés Prematuros", cuya autora es la psicoanalista francesa Catherine Mathelin (2001), contribuyó también a este emprendimiento. Esta autora plantea que *"la maternidad no es natural sino que hay que elaborarla, (y es) frente al niño enfermo la madre tiene dificultades para reconocerse como tal y vivir la "preocupación maternal primaria"*. En este tipo de nacimiento, entonces, se darían tres tipos de violencia:

- nacimiento en medio del pánico y de lo imprevisto.
- el bebé es sentido como "arrancado" de los brazos de su madre por los médicos.
- desde la palabra-frase "no sabemos si va a vivir".

Si bien el sentido del nacimiento prematuro nunca sería el mismo y cada sujeto estaría inscripto en una red de significantes, en casi todas las historias personales de nacimientos difíciles aparece como denominador común que las relaciones de las madres con sus propias madres han sido dolorosas y, como tales, serían generadoras de inconsistencias subjetivas (narcisismo) en el momento del encuentro con el bebé. Uno de los puntos críticos de esta problemática radica entonces en que tal madre deberá

invertir a su hijo y apropiárselo en esta situación dificultosa, presentando dificultades ella para proyectar subjetividad en ese niño "mecanizado" (Mathelin, *op. cit.*).

Por ello, desde la intervención se busca humanizar el cuerpo del bebé, estando atentos a las señales que emite desde la incubadora y fomentando el vínculo con sus padres, con el propósito de incorporar a los afectados en la dimensión del deseo. En consecuencia, la función del psicoanalista en la unidad de cuidados intensivos neonatales sería la de abrir un espacio de escucha y de habla con los padres, buscando sostenerlos en un trabajo de elaboración de la pérdida y la separación (*Ibíd.*).

En este momento de elaboración del problema a investigar se implementó una búsqueda bibliográfica que arrojó, entre otras fuentes, el libro "Niños Prematuros, la clínica de lo perentorio", cuyas autoras son Viviana Helman y Marcela Villavella (2000). Las autoras relatan las intervenciones programáticas realizadas en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, propiciando una escucha liberada de los imperativos de la urgencia. Si bien también se interviene desde el marco psicoanalítico, lo nuevo en este enfoque es el énfasis en el vínculo madre-hijo incluyendo al grupo familiar completo, trabajando con los afectos en grupos de reflexión de madres y con visitas de abuelos y hermanos (*Ibíd.*). Dentro de esta línea, las autoras consideran al nacimiento prematuro como "*un momento que, en lugar de dar vida, irrumpe como un real. Se produce una herida narcisista y una desorganización familiar*" (*Ibíd.*).

Una segunda fuente de esta investigación la constituye el trabajo del Grupo GESTAR (dirigido por la Lic. Elisabet Arouguetti) que, bajo el formato de actividad de extensión universitaria de la Facultad de Psicología de la Universidad Local, ha estado trabajando en el diseño de intervenciones de psicología perinatal elaborando un modelo que considera factores biomédicos, psicológicos y sociales (Arouguetti et al, 2007).

Otra fuente ha sido una investigación desarrollada a través del *Inventario de Depresión de Beck*, revelando la prevalencia de estrés y depresión en madres de bebés prematuros durante la internación del niño (Ruiz, Cereani

Cernadas y Cravedi, 2005). En esta experimentación se constituyeron dos grupos, aplicando al grupo experimental acompañamiento y apoyo psicológico. Los resultados arrojaron para el grupo experimental un nivel de estrés general significativamente menor que en los padres del grupo control.

Retomando las motivaciones de esta propuesta de investigación, es evidente la necesidad de incluir en la atención de nacimientos prematuros a los padres y al grupo familiar.

Se considerará a la salud como *“la capacidad de percibir/intelegir eventos de enfermedad, (irrupciones a los cursos esperados sobre ideales de la cultura) y la capacidad para movilizar los recursos biológicos, psicológicos, económicos y políticos necesarios para atender a la recuperación y prevención”* (Samaja, 2004).

Juan Samaja distingue dos modelos de salud: uno, al que llama newtoniano, y en el que los sujetos *“... solo existen como cosas corporales, y el dolor, la salud y la conciencia de enfermedad son fantasmagorías del mundo subjetivo y sin entidad científica”* (Ibíd.), considera a los procesos de salud y enfermedad como procesos biológicos. El modelo alternativo, que llamaremos “complejo” parte de la concepción de una realidad multidimensional en la que los valores y sujetos son aspectos constituyentes de una realidad en la que no solo están las cosas, sino además las reglas y los sujetos. Desde este modelo se considerará que *“los valores de la salud deben ser descubiertos allí donde están y como están, es decir, como procesos de reproducción en donde se entrecruzan las condiciones de vida (recursos-cosa), realidades sociales que se deben sostener o construir (recursos institucionales) y elecciones que hacer (recursos-cogniciones). Es decir, recursos como cosas, reglas y subjetividades”* (Ibíd.).

De esta manera y desde el marco epistemológico-metodológico samajeano se considerará al nacimiento no solamente como un hecho biológico, sino también como un hecho psicológico y social (Samaja, 2000).

Considerando también el resto de los aportes antecedentes, se asume que el psicólogo deberá ser agente de cambio, promotor de salud y facilitador de un espacio diferente de escucha y de palabra en el caso de atención de partos prematuros, a fin de introducir a los afectados en la dimensión del deseo. Desde esta visión se contempla, siguiendo a Samaja (2004) *“una*

ciencia de la salud que abarca la totalidad del drama humano en todos sus niveles de integración”.

En la ciudad de Mar del Plata, el campo donde se desarrollará esta investigación, el sistema de salud incluye dos hospitales generales (de los cuales uno se especializa en servicios materno-infantiles y concentra los partos y controles neonatales); veintiocho centros de salud (en los cuales se realizan los controles prenatales y posteriores al mes de parto) y doce postas sanitarias que refuerzan la atención periférica. A esto hay que agregar los efectores del sector privado como las Clínicas del Niño y la Madre, Clínica y Maternidad Pueyrredón, Clínica y Maternidad Colón, Hospital Privado de Comunidad, etc. y los programas de intervención comunitaria como el Programa Materno-infantil.

Es así que en esta investigación lo que se propone es relevar las correspondencias entre discursos y dispositivos de hospitales y clínicas de la ciudad de Mar del Plata, y la valoración personal de profesionales que intervienen específicamente en este tipo de problemáticas.

2. Objetivos generales

- Obtener información sobre los discursos y dispositivos de atención de nacimientos prematuros implementados hospitales y clínicas de la ciudad de Mar del Plata.
- Relevar la valoración personal del proceso salud-enfermedad-atención y nacimientos prematuros en profesionales que intervienen específicamente en este tipo de problemáticas.

3. Objetivos particulares

- Conocer las características y supuestos básicos del proceso salud-enfermedad-atención que subyace a los discursos y dispositivos de atención de nacimientos prematuros en hospitales y clínicas locales.
- Detectar otros programas comunitarios destinados a la prevención y asistencia tanto del bebé prematuro como de su grupo familiar.

- Conocer la composición de los equipos de profesionales que trabajan en diferentes dispositivos y niveles de atención de nacimientos prematuros.
- Conocer la valoración personal del proceso salud-enfermedad-atención y nacimientos prematuros que hacen esos profesionales.

4. Hipótesis de trabajo

H1 - Es esperable que en la concepción del proceso salud-enfermedad-atención y de nacimientos prematuros de los discursos y dispositivos de hospitales y clínicas marplatenses prevalezcan los supuestos básicos del modelo newtoniano de salud (caracterizados por Juan Samaja) y que esto presente discrepancias significativas respecto a la valoración personal de los profesionales que trabajan en este tipo de problemáticas.

H2 - La valoración personal de esos profesionales tendrá elementos de ambos modelos –el newtoniano y el complejo-, manifestando un momento de transición de un modelo a otro y cuyas manifestaciones se darían primero en el orden de la subjetividad de esos profesionales y luego se acompañen de cambios en las estructuras (los servicios, dispositivos, modos de intervención).

5. Métodos y técnicas

Para realizar esta investigación se implementarán los métodos y técnicas:

- *Búsqueda bibliográfica*: Para la elaboración y sistematización del marco teórico. Se implementarán mediante consultas en el centro de documentación de la facultad.
- *Reconstrucción de una tipología*: se realizará basada en los modelos de salud propuestos por Juan Samaja (*op. cit*): el modelo newtoniano y el modelo complejo. Y se aplicarán al análisis de la concepción del proceso salud-enfermedad-atención y de los nacimientos prematuros tanto en discursos institucionales como en la valoración personal de los profesionales intervinientes.

- *Muestreo teórico*: Consiste en la selección intencional de unidades de análisis basada en criterios teóricos y/o criterios de saturación teóricas (Gasser y Strauss, 1967). Como tal, se aplicará para la selección de los hospitales y clínicas de Mar del Plata que cuenten con dispositivos específicos de atención a nacimientos prematuros. También se aplicará a selección de informantes calificados, tomando como criterio de exclusión a profesionales que cuenten con una trayectoria y/o historia laboral en el campo de la problemática, que hayan ocupado posiciones de relevancia como gestión de servicios y/o dispositivos hospitalarios, jefaturas de servicios; dirección de programas comunitarios relacionados con la problemática; etc. Y la técnica de muestreo teórico también se aplicará a la selección de profesionales a los cuales se administrarán las escalas de valoración personal.
- *Observación densa*: Consiste en una observación sistemática del fenómeno institucional-cultural que se pretende estudiar (Geertz, 1992); y, en este caso, que aplicaremos a momentos de intervención profesional en los dispositivos de atención y a reuniones de equipo de trabajo interdisciplinario.
- *Entrevistas en profundidad*: Se diseñará un protocolo de entrevista según los temas emergentes de las fuentes secundarias y el marco teórico de referencia. Serán administradas a informantes calificados.
- *Escalas de valoración personal*: Serán diseñadas para relevar la valoración personal de los profesionales intervinientes en este tipo de problemáticas, fundamentalmente acerca de los modelos de salud, los conceptos del nacimiento prematuro, valoración y actitud.
- *Análisis de datos*: Para el caso de las entrevistas se aplicarán técnicas de análisis discursivo y hermenéutico basados en la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, op. cit). Para el caso de las escalas de valoración personal se aplicarán técnicas de estadística descriptiva (medidas de tendencia central, de dispersión y posicionamiento).

6. Lugar de realización

Se llevará a cabo en hospitales y clínicas de la ciudad de Mar del Plata que cuenten con servicios específicos de atención a nacimientos prematuros. Entre ellos:

- Hospital Materno infantil, servicio de obstetricia.
- Hospital Privado de Comunidad.
- Clínica del Niño y la Madre.
- Programa Materno Infantil.
- Clínica 25 de Mayo.
- Centros de Salud.

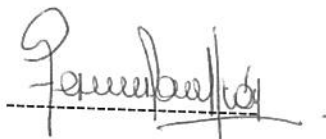
7. Cronograma

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración marco teórico	X	X										
Relevamiento de Hospitales y Clínicas con dispositivos específicos de atención de nacimientos prematuros		X	X									
Selección de casos (instituciones, informantes calificados, profesionales)			X									
Entrevistas a informantes calificados				X	X	X						
Administración de escalas de valoración personal a profesionales					X	X						
Análisis de entrevistas							X	X				
Análisis de escalas de valoración personal									X			
Análisis final										X		
Elaboración de informe final										X	X	
												X

8. Bibliografía

Arougueti, E. et al: (2007) *Intervenciones interdisciplinarias en mujeres embarazadas. Hacia la construcción de un modelo desde la psicología perinatal*. Comunicación presentada en el III Congreso Marplatense de Psicología "Psicología, Universidad, Comunidad: Redes actuales en la producción colectiva de saberes y prácticas", celebrado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2007.

- Geertz, C. (1992) *La Interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa: Barcelona.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter: New York.
- Helman, V., Villavela, M. (2000) *Niños Prematuros. La Clínica de lo perentorio*. Lugar Editorial, S.A.: Buenos Aires.
- Mathelin, C. (2001) *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Ediciones Nueva Visión SAIC.: Buenos Aires.
- Ruiz, A. M., Ceriani Cernadas, J. M., Cravedi, V. (2005) Estrés y depresión en madres de bebés prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 103, p. 36-45.
- Extraído el 16 de julio 2008 de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0325-00752005000100008&ing=es&nrm=iso
- Samaja, J. (2004) *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Samaja, J. (2000) *Semiótica y dialéctica*. JVE Ediciones: Buenos Aires.


Firma del Supervisor


Firma del Alumno

PI área de Investigación:

Resultado de la evaluación (Aprobado / Reahcer)

Se sugiere complementar un análisis de discurso para la evaluación en las entrevistas y otros discursos de venidos de la investigación.

Fecha: 24 de abril de 2009.


Dra. L. Adveira

INDICE

Introducción	
La noción de salud.....	23
Interdisciplina.....	44
Bioética.....	48
Sistema de Salud Local.....	53
Análisis del material recolectado	
Análisis intracategoría	
Salud y enfermedad.....	57
Prevención y promoción.....	63
Nacimientos prematuros.....	68
Interdisciplina.....	72
Vida y muerte.....	77
Análisis intercategorías	
Atención/Interdisciplina/Nacimientos prematuros.....	81
Salud y enfermedad/Atención/Nacimientos prematuros/Interdisciplina.....	85
Política/Salud y enfermedad/Atención/Nacimientos prematuros/ Interdisciplina.....	92
Bioética/Nacimientos prematuros/Salud y enfermedad/Políticas/Atención.....	97
Consideraciones finales.....	102

Reflexión final.....	109
Fuentes bibliográficas.....	114
Anexo	
Red Conceptual de los Términos Principales.....	119
Guión de las entrevistas.....	122

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN:

“Antes de comenzar a presentar los temas que hemos trabajado, analizado e interpretado en función del material recolectado, es preciso aclarar que si bien nos hemos encontrado con diversidad de sentidos cuando hablamos de uno u otro concepto, hemos tratado de sistematizar algunas ideas previas, y agregadas sobre el relevamiento bibliográfico, acerca de cuatro temas-conceptos que emergentes de esta investigación: (1) la noción de salud; (2) la interdisciplina; (3) la bioética y (4) el sistema de salud local en Mar del Plata”.

La noción de Salud

¿Por qué son importantes los conceptos de salud y enfermedad? *Porque la consolidación de una determinada perspectiva en la comprensión del proceso salud/enfermedad se traduce en la institucionalización de modalidades específicas de organización de los servicios de salud... se traduce también en una particular modalidad en el proceso de atención y establece características determinantes en el desarrollo de las prácticas sanitarias.* (Laplacette, 2008).

La Organización Mundial de la Salud define a la misma como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en ausencia de enfermedad.”

Según Almirón (2008), esta definición presenta las siguientes ventajas: por un lado, considerar a la salud ya no en términos negativos y

por el otro, tener en cuenta no solamente el estado físico, sino también mental y social:

En el momento que se afirma que el "bienestar" es un valor (físico, psíquico y social) se está reconociendo como perteneciente al ámbito de la salud a todo aquello que en una sociedad y en un momento histórico preciso calificamos de modo positivo: laboriosidad, convivencia social, la vida familiar, el control de los excesos. Y al hacerlo se descalificará como su reverso patológico y enfermizo a todo aquello que se presente como peligroso, indeseado o que simplemente se considera como un mal.

Entre las limitaciones de la definición, podemos destacar el hecho de que resulta algo estática, ya que, la salud es considerada como un estado y no como un proceso multidimensional. (Rodríguez Salgado, 1997). De acuerdo a Almirón (op. cit.), además es utópica porque es imposible alcanzar un estado de bienestar completo y es medicalizante, porque todo aquello que no sea completo estado de bienestar, pertenece al ámbito de la medicina.

Lo que proponen Guerra y Landaburu (1998), es que cuando hablamos de salud podemos pensar en un equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto, su relación con el medio natural, familiar y social. La salud no es igual a ausencia de señales de sufrimiento ni es un estado al que el sujeto arribará o perderá en forma definitiva. Salud implica la noción de adaptación crítica y no aceptación rígida.

Siguiendo la misma línea de trabajo, Paz (1976), considera a la enfermedad como un proceso de dos movimientos: uno ligado a la

desorganización (proceso primario) y otro a las formas de reestructuración (proceso secundario). Este proceso implica una continuidad entre la salud y lo patológico.

Una concepción totalmente opuesta es la del paradigma biomédico, quien conceptualiza a la enfermedad como un daño en el funcionamiento o la estructura de un componente individual o de la relación entre los componentes que constituyen al individuo como organismo, y a la salud como el buen funcionamiento de éste; es decir, como la ausencia de enfermedad. Desde este modelo se define a la salud como la ausencia de signos objetivos de que el cuerpo no funciona de forma apropiada o de síntomas subjetivos asociados a las disfunciones orgánicas. La dificultad que plantea este enfoque es la de considerar a los cambios biológicos como independientes del estado mental.

La crisis del modelo biomédico de salud comienza a partir de la década del `60 y del 70, donde lo que se le critica es: la ineficiencia de una propuesta centrada en actividades curativas y asistenciales, la medicalización y una práctica deshumanizada que desconoce la subjetividad. La insuficiencia de este modelo es la que posibilita el surgimiento de nuevas propuestas y concepciones de salud y enfermedad.

Por otro lado, la salud como proceso es una relación siempre en construcción, lleva la impronta del medio social en el que se concibe y acepta, y de la persona que la padece o de la teoría que la explica. (Rodríguez Salgado, op. cit.).

La enfermedad también es un concepto estrictamente vinculado al consenso social. Esto significa que diferentes culturas y diferentes épocas entienden por enfermedad distintos estados de la persona. (Ibid.).

Siguiendo a Almirón (op. cit.) y en concordancia con el modelo complejo que muy bien desarrolla Samaja, se sostiene la idea de que las concepciones de salud y enfermedad varían, además, en función de los enfoques teóricos y criterios diagnósticos utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas y los modelos médicos a los cuales se adhiere predominantemente. Además, los criterios de salud-enfermedad llevan implícitos siempre una concepción de sujeto, del mundo y de la historia.

Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por anormal y patológico. Es así que los conceptos de salud y enfermedad fueron considerados de maneras diferentes a lo largo de la historia.

En el documento "Salud Pública en las Américas", la Organización Panamericana de la Salud (OPS), brinda una síntesis de la evolución de la salud y de la salud pública en la historia: en el medioevo, por ejemplo, la enfermedad era explicada como castigo divino y la salud como gracia o recompensa por comportamientos virtuosos.

En la medida en que el conocimiento sobre la naturaleza aumentaba, también se incrementaban las posibilidades de explicación racionales y de las intervenciones sanitarias científicas. La salud y la enfermedad van adquiriendo explicaciones naturales y aumentan las posibilidades de

intervención específica. Al final del siglo XIX y comienzos del XX es que la medicina adquirió bases científicas más sólidas y efectivas y la atención médica se expandió rápidamente. Las organizaciones internacionales se dedicaron a la salud en forma creciente. La comprensión de la salud fue cada vez más integral y amplia. De todo esto podemos concluir el carácter social e históricamente construido de la salud pública.

En la actualidad, la salud, va más allá de la atención de la enfermedad; la promoción de la salud hasta los límites del potencial biológico, y la expansión de esos límites, son ahora el eje de una buena salud pública.

Es así que la carta de Ottawa pronunciada el 21 de noviembre de 1986 por la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo fue: "salud para todos en el año 2000", define a la salud como *un recurso para la vida cotidiana... un concepto positivo enfatizando los recursos personales y sociales así como las capacidades físicas, mencionando que las condiciones fundamentales y los recursos para la salud son la paz, vivienda, educación, alimentación, ingreso, recursos sostenibles, justicia social y equidad.*

De acuerdo a Almeida Filho y Silva Paim (1999), la carta de Ottawa proporciona ciertos elementos discursivos del movimiento de promoción de la salud: a) integración de la salud como parte de políticas públicas "saludables"; b) actuación de la comunidad en la gestión del sistema de salud; c) reorientación de los sistemas de salud; d) énfasis en el cambio de los estilos de vida.

Almirón (op. cit) destaca la importancia del contexto cultural en la interpretación del estar enfermo, ya que constituye el primer cuestionamiento al modelo biomédico, pues la enfermedad es, ante todo, un proceso social. Esta concepción es el primer paso hacia el modelo biopsicosocial.

La teoría sociológica aplicada al campo de la salud pública tiende a ocuparse de los aspectos sociales relacionados con el proceso de salud-enfermedad y con los servicios de salud. Los temas fundamentales que abarcaría tienen que ver con el estudio de los determinantes sociales de la enfermedad y de los sistemas de salud.

Esta teoría nace para dar respuesta a las insuficiencias del paradigma científico de la medicina como modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva y por la incapacidad de la práctica médica de transformar sensiblemente las condiciones de salud de la población.

Lo que sostienen Almeida Filho y Silva Paim (op. cit.), es que en el momento actual, los marcos de referencia de la salud en el ámbito colectivo que dominaron el pensamiento sectorial durante más de medio siglo parecen agotados, encontrando serias dificultades y limitaciones, configurando lo que se denomina la "crisis de la salud pública". En ese particular, se pueden identificar algunas señales de ese agotamiento; por ejemplo, en todas partes, con la creciente tecnificación de la práctica médica y la biologización de los modelos conceptuales se observa un debilitamiento de los discursos "sociales" de la salud.

Estos autores, siguiendo la línea de pensamiento de Bordieu, entienden a la Salud Colectiva como *campo científico*, donde se producen

saberes y conocimientos acerca del objeto "salud" y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos; y como *ámbito de prácticas*, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como "sector salud".

"Actualmente, la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, mucho más que cualquier otro movimiento equivalente en la esfera de la salud pública mundial". (Ibid.).

Conforme a lo expresado por Silva Paim (op.cit.) el objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites tanto de lo biológico como de lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades, así como también, la organización de los servicios de salud, y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En ese sentido, y acorde al modelo complejo que propone Samaja, el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones.

De esta manera, *"la superación del biologismo dominante, de la naturalización de la vida social, de la subordinación a la Clínica y de su dependencia del modelo médico hegemónico...representan elementos significativos para el marco conceptual de la Salud"*. Almeida Filho y Silva Paim (op. cit.).

Es en abordaje del proceso de salud-enfermedad donde la interdisciplinariedad entre las ciencias biológicas y las sociales tendrá que enfrentar los mayores desafíos ya que habría una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que, aún siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas. (Salud pública en las Américas, 1999; Samaja, 2004).

En este contexto, la salud sería:

El resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a los servicios de salud, así como el resultado de las formas de organización social de la producción, las que a su vez pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida. El proceso salud-enfermedad no sería un concepto abstracto y estaría definido en el contexto histórico de determinada sociedad y en el momento determinado de su desarrollo, debiendo ser construida y conquistada la salud por la población en su lucha cotidiana, significando el derecho a la salud la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, para todos los habitantes, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad. (8va. Conferencia Nacional de Salud de Brasil, 1986).

Pero al proceso salud/enfermedad, hay que agregarle un tercer elemento que es el de la atención. Para definir al proceso salud/enfermedad/atención, hay que tener en cuenta que las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad generan en las personas (funcionarios, pacientes profesionales) una postura con consecuencias en la forma en que debe ser manejada y asistida.

El proceso salud/enfermedad/atención, debe ser definido como: *el proceso mediante el cual las personas toman una serie de decisiones vinculadas con su salud, condicionadas por su historia personal y su inserción en la estructura social, las representaciones sociales acerca de la salud-enfermedad, la oferta de los servicios existentes y el grado de accesibilidad que tienen a los mismos.* (Laplacette, 2008).

Lo que propone Sonis (1990), es que la Salud Pública como filosofía social, como práctica administrativa y como política de gobierno, tiene su verdadero comienzo recién a mediados del siglo XIX.

Dos etapas pueden ser diferenciadas en relación a la Salud Pública:

1. Etapa bacteriológica: protección pura y simple de la salud.
2. Siglo actual: aparece la palabra "fomento y promoción".

La salud pública es una ciencia aplicada y pragmática: su objetivo y metodología debe ajustarse a las condiciones de cada lugar y circunstancia. Es tarea y patrimonio del sector público, del gobierno. Cuando hablamos de salud pública nos referimos a la salud de la totalidad de la población.

La salud pública puede ser considerada como un sistema dentro del cual se integran numerosos elementos que interactúan constantemente en una trama compleja. Es un sistema abierto cuyo producto final es el nivel de la salud de la comunidad.

Por otro lado, Almirón (op. cit.) define al modelo biopsicosocial como *“un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles”*.

La salud entonces, sería *un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad. Este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir a la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud. (Ibid.)*.

De todo lo anterior se desprende que *el desarrollo de la salud no es un problema individual, sino una condición y consecuencia de la acción social, pero que, a la vez, tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad. (Ibid.)*.

Desde esta misma perspectiva, Rodríguez Salgado (op. cit.), desarrolla la idea de que la rotulación de *enfermo* puede proceder de sí mismo, del sistema médico o de la sociedad en general. Existe una diferencia entre sentirse enfermo, tener una enfermedad y ser considerado enfermo. Pero nunca el hombre está plenamente sano o plenamente

enfermo. Además de la sanción personal (el sentirse enfermo) y de la definición profesional (estar enfermo, tener una enfermedad), está también la definición dada por la comunidad inexperta, o por el saber implícito, no teórico de las comunidades. Esta tercera dimensión es la que podemos llamar la de “ser considerado enfermo”.

Samaja (op. cit.), postula un modelo de realidad compleja compuesta por sujetos, cosas y reglas. Desde el modelo de realidad opuesto, el modelo newtoniano, sólo se han consagrado como ciencias a las disciplinas naturales, y se han descalificando a las ciencias sociales. Los sujetos sólo existen como cosas corporales, mientras que, todo lo demás (el dolor, la salud y la conciencia de enfermedad) son fantasmagorías del mundo subjetivo y sin entidad científica.

Samaja (ibid.), define a la salud como: *“la capacidad para percibir/inteligir eventos de enfermedad (irrupciones a los cursos esperados según los ideales de la cultura), y la capacidad para movilizar los recursos biológicos, psicológicos, económicos y políticos necesarios para atender su recuperación y prevención.”*

Este autor también sostiene que la salud no es patrimonio exclusivo de ninguna jurisdicción disciplinaria y que por ello es necesario integrar todos los estratos en los que se ponen en juego los valores de la salud humana: molecular, celular, anátomo-clínico, individual, grupal, societal y global.

A fin de superar esta concepción reduccionista, Samaja (ibid.), propone la construcción de una transdisciplina, esta debe afrontar el

obstáculo de la fractura entre tres grandes campos científicos: 1-ciencias naturales, 2-ciencias culturales y 3-ciencias formales: las ciencias naturales se apoyan en métodos nomotéticos, es decir, que procuran leyes universales como instrumentos de explicación; las ciencias culturales en métodos ideográficos, es decir, procurando la descripción de singularidades. A las ciencias formales les interesa^{se} las idealidades, utilizando métodos formales.

Desde esta perspectiva *la problemática de las ciencias de la salud no puede arrinconarse en ninguno de estos segmentos de manera exclusiva: los tres campos científicos deben ser reclamados por las ciencias de la salud como propios de su praxis efectiva. Las ciencias de la salud estudian en los tres niveles de la realidad: cosas, sujetos y reglas.* (Samaja, 2004).

Los tres conceptos clave que propone Samaja para fundar una ciencia de la salud capaz de abordar la totalidad del drama humano en todos sus niveles de integración son: cosas, sujetos y reglas.

Un problema relacionado al campo de la salud mental tiene que ver con el hecho de que es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas. Para Morín (2003) significa situarse en un nivel transdisciplinario, que permite concebir, al mismo tiempo, tanto la unidad como la diferenciación de las ciencias.

En su artículo, Almirón (op. cit.), siguiendo la teoría filosófica de Gilles Deleuze y Félix Guattari, considera a la salud como un rizoma. El rizoma es un tallo subterráneo que se extiende bajo la tierra adquiriendo formas imprevisibles, estallando sobre la superficie a través de un sin número de

plantas. Lo que diferencia al rizoma de otras plantas es la parte que no se ve: por debajo del suelo también hay una estructura.

En la teoría descriptiva de Deleuze y Guattari, un rizoma es *“un modelo descriptivo o epistemológico en el que la organización de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica, sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro”*. (Almirón, 2008).

En esta línea la salud mental no será considerada como algo estático y definitivo, sino como un estado sujeto a continuo cambio y dinamismo, siguiendo el concepto de rizoma, donde cualquier punto puede ser vinculado con cualquier otro punto, estableciendo diferentes órdenes casi siempre imprevisibles, múltiples.

En este trabajo se adherirá al concepto de salud definido desde el paradigma de la complejidad de Samaja, entendiendo que los procesos de salud y enfermedad no pueden ser concebidos sino desde los diferentes niveles de análisis, así como también considerando que no sólo le pertenece a la disciplina biológica, sino también a la psicológica y la social, ya que, por su complejidad, es un campo de trabajo que le incumbe a las diferentes disciplinas.

Una vez delimitado el concepto de Salud desde los diferentes modelos teóricos, y adhiriendo al propuesto por Juan Samaja: modelo complejo o biopsicosocial, se intentará conceptualizar tanto al nacimiento en general, como al nacimiento prematuro en particular.

Es desde este paradigma samajeano, que definimos al nacimiento no como un hecho puramente biológico, definición que pertenecería a la

concepción biomédica de salud; sino que, la llegada de un bebé deberá ser comprendida como *“un acontecimiento individual, familiar y social que asegura la continuidad de la especie y que inscribe al mismo tiempo a los padres biológicos en una función social, como padres que transmiten un nombre, una herencia cultural”*. (Gonzalez, Naddeo. 2007).

El nacimiento es ante todo un pasaje material experimentado por el cuerpo del recién nacido, es decir, la realidad anatómica del nacimiento. Sin embargo, todas las culturas han instituido ritos de pasaje que representan un nacimiento simbólico que duplica la realidad de la llegada al mundo. Al reconocer al niño, introducirlo en la familia, en una genealogía se lo hace entrar en la humanidad., puesto que el ser humano, no se limita sólo a ser un momento biológico sino que exige una inscripción simbólica que transforme en sus procreadores en padres. (Ibid.).

Siguiendo la línea de trabajo psicoanalítica, Helman y Villavella (2000) desarrollan el significado del concepto: recién nacido. En el caso del recién, que habla de la inmediatez de un suceso. *“Para la clínica psicoanalítica, aún cumplido el plazo de maduración biológica, un recién nacido siempre es prematuro... un proceso para el cual no viene... con recursos naturales para resolverlo”*

El paradigma newtoniano, o el modelo biomédico hegemónico, considerará como prematuro todo niño cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación, de peso inferior a 2500 gramos, teniendo en cuenta que la duración del embarazo es de 37 a 42 semanas.

Frente a este acontecimiento inesperado que irrumpe el proceso de anidación biológica, este modelo únicamente tendrá en cuenta la recuperación y tratamiento del cuerpo del bebé y dispondrá de todos los medios y tecnología necesarios, como son la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales donde el bebé permanecerá en la incubadora en reemplazo del útero del cuerpo de la mujer, medicalizado y con respirador, hasta que su frágil y pequeño cuerpo pueda valerse por sí mismo.

Un recién nacido prematuro necesita cuidados neonatales específicos que, en la mayoría de los casos lo conducen directamente a una Unidad de Cuidados Intensivos, esto es a una Terapia Intensiva Neonatal. Allí innumerables acciones de urgencia tratarán de enmendar lo faltante con el propósito de que estas acciones rápidas colaboren a concluir lo inacabado. Lo recibe un sustituto del útero que lo albergaba: la incubadora, un interior vidriado, que tiene como misión protegerlo y hacer que viva. (Helman y Villavella, op. cit.).

González, Larguía y Lomuto, 2007, hablan de una espera pasiva por parte de los padres, ya que la asistencia requerida proviene de la medicina y la tecnología, *“las que intentarán reparar alguna de las condiciones que ellos no pudieron garantizar para el cuidado y la salud de su hijo”*.

No es correcto minimizar la importancia de los cuidados e intervenciones neonatales desde este modelo, pero tampoco lo es no reconocer que resulta insuficiente, ya que, no tiene en cuenta al nacimiento

prematureo en toda su complejidad, en todos sus niveles, ni en relación a todos los actores implicados en la recuperación del recién nacido.

A propósito de esto, en un trabajo publicado en la revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, titulado: "Humanización en la atención neonatal", se expone cómo tuvieron que pasar años para que se reconociera que los bebés recién nacidos sentían dolor. *El momento en que los neonatólogos comienzan a preocuparse de manera creciente por los fenómenos psico-afectivos y neuro-psicológicos que influyen en el desarrollo del recién nacido prematuro, es cuando comienzan a mejorar los resultados médicos y el pronóstico de estos bebés.* (Dinerstein, González y Brundi, 2000).

En el mismo artículo, se reconoce al recién nacido como prematuro como un ser sensible expuesto a estímulos externos, invasivos, lo cual obliga a calmarlo luego de intervenciones dolorosas, rescatándolo del lugar de puro cuerpo biológico.

Esta nueva mirada, promulga la humanización en la atención neonatal, como consecuencia de poder ubicar al niño como sujeto, portador de un nombre, una historia, un ser de deseo. El recién nacido pasará a ser ahora un sujeto, en oposición a puro objeto de las prácticas médicas. Dinerstein et al. (2000).

"Los recién nacidos internados no son concebidos sólo como objetos de prácticas médicas, sino como sujetos, portadores de un nombre, una filiación y una genealogía, que es el modo de hacer lazo y de pertenecer a la humanidad". González et al. (2007).

Una forma de caracterizar al nacimiento prematuro desde un modelo de integración biopsicosocial, es la que se expone en una investigación llevada a cabo en el Hospital Italiano, donde se considera que:

El nacimiento prematuro irrumpe el proceso de anidación psicobiológica de los padres y del recién nacido, ya que ambos necesitan el tiempo de los nueve meses de gestación. Los primeros, para crear un lugar físico y psíquico para ese nuevo integrante de la familia El recién nacido también necesita de los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones para sobrevivir fuera del útero. El nacer fuera de tiempo encuentra al bebé y a los padres no preparados y en consecuencia, se crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre. (Ruiz, Ceriani Cernadas, Rodríguez, Cravedi, Rodríguez. 2005).

Otra caracterización dada por Helman y Villavella (op. cit.), sobre nacimientos prematuros es: *“un adelantamiento en el tiempo de espera.... un nacimiento que se produce antes del plazo esperado, los términos espectados no se cumplieron. Hubo un plazo no cumplido y acontece un pre antes del recién”.*

González y Naddeo, (2007), en su artículo publicado en la Revista del Hospital Sardá, consideran que el objetivo de este nuevo modelo es la humanización de la atención neonatal, sin que ello suponga contradicción con los avances científicos, tecnológicos: *advertido el discurso médico de*

que la recuperación no se agota en el plano de lo orgánico, como parte de su estrategia, el Servicio de Neonatología convoca a otras disciplinas para la asistencia y el cuidado de la salud de los recién nacidos y de su familia, y entre ellas al servicio de Salud Mental. De tal modo se reconoce que el nacimiento no es un hecho meramente biológico.

En el libro: "Clínica psicoanalítica con bebés prematuros", Catherine Matheline (1998), piensa a la maternidad no como algo dado naturalmente, sino como algo que debe ser elaborado.

Esta autora, plantea el hecho ya demostrado científicamente, de que el bebé percibe desde el nacimiento el rostro de su madre, su olor y su voz, reacciona a sus caricias y a la presencia de quienes lo rodean. De esta manera, el recién nacido no debe ser considerado como un mero cuerpo biológico, ya que, para que se desarrolle plenamente deberá ser introducido por otro en la dimensión del deseo y de la palabra, a fin de que pueda constituirse como sujeto.

Mathelin (op. cit.), considera que el nacimiento prematuro se da en medio del pánico y de lo imprevisto. La madre lo vive como un traumatismo, y esto porque ocurre cuando la mujer recién empezaba a sentir los movimientos de su bebé, cuando apenas empezaba a ser reconocida por los que la rodeaban como mujer embarazada, como futura mamá.

Desde la teoría psicoanalítica, en el nacimiento siempre se debe hacer un duelo por el hijo imaginado, pero en el caso del nacimiento prematuro, este duelo se hace más difícil. Produce una herida narcisista muy grande. En relación a esto, Mathelin (op. cit.), cita a Freud para dar cuenta de ello: "el

conmover amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo revivido de los padres”; y agrega: “narcisismo sometido a una verdadera prueba en el encuentro con un niño no imaginado”.

Siguiendo la misma línea psicoanalítica, Helman y Villavella (op. cit.) dicen en relación a un parto prematuro: *siempre es una irrupción, una avalancha de fallas, de sinsentidos que conduce, por un lado, a la atención de la urgencia aparentemente como única posibilidad posible frente a la muerte. A la vez parece imponerse un corrimiento: en el momento de dar la vida, la aparición de un real hace que ese pequeño indefenso quede como protagonista de todas las escenas; y en un difuso plano aparece Ella, como la que falló.*

González et al. (2007) expresan que la llegada de un hijo implica una valoración social muy importante. El niño es recibido como portador de los emblemas familiares, del apellido y del porvenir de su grupo. Tales razones explican el por qué de qué un nacimiento prematuro sea vivido de manera tan perturbadora: “el ideal familiar y social se ve sacudido y las expectativas de celebración se transforman en la incertidumbre por las posibilidades de sobrevivencia”.

Como consecuencia de lo anteriormente desarrollado, se puede concluir que los nacimientos, y en especial, los nacimientos prematuros, no pueden ser concebidos como hechos puramente biológicos, objetos de estudio y de intervención exclusivos de la medicina. Por el contrario, se trata de acontecimientos sumamente complejos, que merecen el análisis y la participación de diferentes disciplinas.

Por otro lado, es importante resaltar que un recién nacido siempre es prematuro, ya que, para su constitución, desarrollo y crecimiento tanto físico, psicológico, como social, necesita de otro que lo asista y lo cuide y es en este sentido que es imposible no tener en cuenta en la recuperación del prematuro la integración de sus padres y otros familiares significativos.

Numerosos estudios han demostrado que el recién nacido es capaz de sentir dolor, de reconocer la voz y las caricias de su madre, entonces, cómo no privilegiar un trato humanizado en las unidades de cuidados intensivos neonatales, sin propiciar el vínculo madre-hijo; cómo no tener en cuenta las dificultades que se producen en los padres ante este niño tan alejado de su ideal y tan cercano a la muerte.

Desde el modelo samajeano el nacimiento prematuro deberá ser entendido como un hecho biopsicosocial, donde si bien la medicina, a través del avance científico y tecnológico cumple un rol fundamental para asistir a este cuerpo tan débil e incompleto, no es la única que entra en escena a la hora de hacer ingresar al bebé en la dimensión subjetiva y en la esfera familiar y social, con todo lo que ello implica.

Características del Modelo Biomédico:

- Concepción biologista y ahistórica de la salud/enfermedad.
- Orientación predominantemente curativa.
- Concepción a-cultural e individualista de la salud/enfermedad.
- Relación médico-paciente asimétrica que excluye el saber del paciente. (saber-poder en la figura del médico).

- Se identifica con la racionalidad científica.
- Medicalización de los problemas y comprensión de la salud/enfermedad como una mercancía).
- Pretensión de objetividad y neutralidad valorativa.
- Centrado en la simplicidad lineal de la causalidad.

Características del modelo biopsicosocial:

- Tiene en cuenta a la persona, su subjetividad, circunstancias vitales, condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y medioambientales.
- Superación del biologismo dominante.
- Considera a la salud y a la enfermedad como procesos sociales.
- El proceso salud/enfermedad es un fenómeno complejo que requiere una mirada transdisciplinar
- Integra la subjetividad y la perspectiva de todos los actores involucrados en el proceso.
- La causalidad se entiende no como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado.
- No solamente orientado a la asistencia y tratamiento, sino también a la prevención de enfermedad y promoción de la salud.

Interdisciplina

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones, imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Najmanovich, 2006).

Como primera aproximación y siguiendo a Morín (2006), diré que la disciplina "es una categoría organizacional en el seno del conocimiento científico; ella constituye allí la división y la especialización del trabajo y responde a la diversidad de los dominios que recubren las ciencias". De modo tal que debemos reconocer la complejidad que caracteriza a todo conocimiento científico y como consecuencia, la imposibilidad de reducirlo a una única disciplina.

En la misma línea de pensamiento, la interdisciplina puede ser pensada como una herramienta que en el campo del conocimiento ofrece un camino para superar aquella fragmentación del saber que la especialización parece hacer inevitable, permitiéndonos realizar una cierta unidad del saber, no como una "reducción a la identidad" sino como toma de conciencia de la complejidad de las realidades que nos rodean, la cual requiere que el verdadero entender de esta complejidad, consista en tomar en cuenta las diferencias y al mismo tiempo comprender las razones y el sentido de su estar juntas y relacionadas. (Agazzi, E. 2002).

De acuerdo a este autor, la interdisciplina permite dar solución a la fragmentación que la especialización supone a través del reconocimiento de las diferencias que hacen a la complejidad de la realidad.

Resulta muy claro entonces que, *“la interdisciplinariedad no puede pensarse como contraposición a la especialización, sino como una armonización de varias especializaciones en vista de la comprensión y solución de un problema”*. (Agazzi op.cit.).

De esta manera se acuerda con la definición que da Fazzio y Sokolovsky, (2006) acerca de la interdisciplina, que la misma *“supone la armonización de diferentes enfoques y miradas sobre un mismo objeto de estudio cuyo producto final excede al de una disciplina en particular”*.

Siguiendo a Stolkiner (1999), resulta imposible la fragmentación de los problemas a abordar, por lo que, es necesario, renunciar a considerar que la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, lo que implica reconocer su incompletud.

La cita de Fazzio y Sokolovsky (op. cit.), resulta esencial para comprender el trabajo en equipo: *la acción interdisciplinaria es condicionada y condicionante del equipo para resolver las diferencias que puedan surgir. Las diferencias en el equipo de trabajo en la medida que sean ejes superadores permitirán el crecimiento del grupo, a la vez que mejorar su capacidad de acción y reacción frente a distintas situaciones en las que deba intervenir.*

Dentro de la misma línea de pensamiento y en relación a los equipos interdisciplinarios, Stolkiner (op. cit.) considera que el énfasis deberá estar

puesto en la producción de acciones sin perder de vista que *“las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas”*.

Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. (Ibid.)

En este párrafo, la autora señala que sólo debemos considerar como interdisciplinarios a aquellos equipos donde exista un marco de representaciones comunes entre las diferentes disciplinas que lo integren, en el caso de equipos asistenciales, estos deberán compartir actividades y dispositivos que les permitan lograr una construcción conceptual común de cada problema a abordar.

Stolkiner (op. cit.) también da cuenta de lo que para ella debe entenderse como transdisciplina y para ello recurre a la metáfora de la orquesta sinfónica:

...en la que cada instrumento tiene su especificidad, su técnica y sus ensayos particulares. Si llegamos antes de que el concierto comience, oiremos una polifonía inarmónica. Sin embargo, cuando la sinfonía comienza, es una. Un solo producto que, no obstante, contiene la diversidad de sonidos de cada instrumento de una manera que no se explica por simple adición. Si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario. Este momento transdisciplinario sería, por ejemplo, el producto de una investigación referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinaria o la estrategia que se propone un equipo asistencial frente a una situación específica. Es una situación en construcción continua, no un estado. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar.

De modo tal que la transdisciplina no es un estado, sino un producto, una unidad resultante de la actividad del equipo interdisciplinario, que se renovará con cada nuevo problema a solucionar.



Bioética

La Bioética debe ser considerada como una rama de la ética, más específicamente, de la ética aplicada.

Unos años después de la Segunda Guerra Mundial el Doctor Van Rensselaer Potter, obligado a enfrentar la creciente deshumanización en el trato con pacientes en estadio terminal de cáncer, atendidos en Unidades de Cuidados Especiales o Intensivos, comienza a reflexionar sobre el efecto del desarrollo científico-técnico, que había invadido el campo de las ciencias médicas, en el paciente, quien había sido visto hasta ese momento como alguien pasivo en el proceso salud-enfermedad, delegando o, más bien, obligado a delegar su derecho de libertad de elegir lo mejor para él, en el personal de salud.

Así, Potter, elabora su teoría acerca de una nueva disciplina, la Bioética, para estudiar justamente los problemas morales surgidos al calor del desarrollo científico.

Siguiendo a Cohen, D. (2004), es desde la década de 1960 que toman relevancia los problemas éticos tanto en atención de la salud como en las ciencias biomédicas. Este fenómeno es el resultado de varios acontecimientos:

- El de desarrollos novedosos y revolucionarios de las ciencias biomédicas y de la medicina clínica.
- La preocupación sobre la clase de poder que los profesionales de la salud y los científicos ejercen, lo cual puede verse en la defensa de los derechos de los pacientes a tomar decisiones que los afecten.

“Una vez establecido el diagnóstico y el pronóstico del paciente, la decisión respecto al mismo involucra cuestiones éticas, y la decisión misma es de índole ética, en cuyo marco los deseos expresados alguna vez por el paciente, o las opiniones de sus familiares ~~o~~ allegados, no pueden no tomarse en cuenta y hasta deben desplazar el punto de vista personal de los miembros del equipo sanitario”. (ibid.).

Esta autora plantea respecto a la Bioética algunas cuestiones:

- En primer lugar, su meta no es la defensa o apoyo de un grupo de

reglas, sino una mejor comprensión de los problemas.

- En segundo lugar, está preparada para formular preguntas filosóficas complejas acerca de la naturaleza de la ética, el valor de la vida, el significado de ser persona, el significado de ser un ser humano, entre tantas otras.
- En tercer lugar, abarca temas de políticas públicas y de la Distribución de los recursos en salud.

La Bioética es un campo nuevo de estudio e investigación.

Los viejos códigos de ética se encontraban a menudo expresados en forma de juramentos. El más conocido para la tradición occidental es el Juramento Hipocrático, el cual constituye el punto de partida de la ética médica de Occidente.

El Juramento Hipocrático prefigura los Principios de Beneficencia y No-maleficencia: los profesionales sanitarios deben actuar para beneficiar a sus pacientes y, en principio, deben impedir el daño. La ética médica

tradicional se ha basado en estos dos principios fundamentales: "No dañar" y "Hacer el bien", principios que han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas

"Es claro entonces que, desde tiempos inmemoriales, se supo que las dificultades morales que suelen presentarse en la atención sanitaria son tan importantes y complejas que requieren de una reflexión especial. La Bioética brinda la posibilidad de pensar críticamente en torno de esas y otras cuestiones importantes y complejas....La Bioética, en la medida en que se centra en los valores morales involucrados en esas cuestiones, constituye una disciplina que debe ser repensada, una y otra vez, ante las nuevas prácticas que las nuevas tecnologías biomédicas están haciendo realidad".

(Ibid.).

Los cuatro principios fundamentales de la Bioética:

A los principios tradicionales de la ética médica, la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

1. Principio de no maleficencia:

Este principio, como ya se indicó anteriormente, fue formulado en la medicina hipocrática y su premisa fundamental es no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida



humana. Adquiere relevancia ante la ciencia y la tecnología debido a que sus avances en ocasiones pueden acarrear daños o riesgos.

2. Principio de beneficencia

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista de relación médico-paciente). Por lo tanto, actualmente este principio está relacionado al respeto por la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos.

Por otro lado, no se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños. Matizado de esta manera por el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia apoya la idea de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros a alcanzar mayor bienestar, salud, cultura, etc.

3. Principio de autonomía o de libertad de decisión

Puede ser definido como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen respecto de su salud. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.

La autonomía, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y

el consentimiento. La información le atañe al profesional de la salud, quien debe brindarla de manera adecuada y ^lobisificada al paciente.

Por su parte, el consentimiento es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, o abogados especialmente contratados para el caso).

4. Principio de justicia

Consiste en el reparto equitativo en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio a demás impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente ^{contra} a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

El principio de la justicia, en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos.

Estos cuatro principios éticos son entonces, los que rigen las prestaciones que se llevan a cabo en el sistema de salud a fin de poder lograr una mejor calidad en la atención, respetando los derechos de los pacientes en tanto beneficiarios directos de las prácticas médicas.

Sistema de Salud Local

En la ciudad de Mar del Plata, el campo donde se desarrollará esta investigación, el sistema de salud incluye dos hospitales generales, el HIGA y el HIEMI (de los cuales uno se especializa en servicios materno-infantiles y concentra los partos y controles neonatales); veintiocho centros de salud (en los cuales se realizan los controles prenatales y posteriores al mes de parto) y doce postas sanitarias que refuerzan la atención periférica. A esto hay que agregar los efectores del sector privado como las Clínicas del Niño y la Madre, Clínica y Maternidad Pueyrredón, Clínica y Maternidad Colón, Hospital Privado de Comunidad, etc. y los programas de intervención comunitaria como el Programa Materno-infantil.

Este último cuenta con varios pilares que dan soporte al programa, entre ellos se encuentran:

- Programa de Insuficiencia Respiratoria Aguda.
- Vigilancia Perinatal, en el cual se aborda la mortalidad neonatal de la Región.
- Sistema Informático Perinatal, que comprende una base de datos tanto para el nivel de atención primaria como secundaria.
- Plan Nacer que convoca a todas las mamás sin obra social y a las puérperas hasta 45 días y a los niños menores de 6 años.

La finalidad es brindar a los Municipios la cantidad de recursos e insumos necesarios para que se realice la atención correspondiente.

- Programa Adolescente.
- Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

El objetivo principal del Programa Materno Infantil es poner en funcionamiento y articular entre sí todos estos subprogramas en los diferentes Municipios que componen la Región a fin de lograr una mayor eficacia y eficiencia tanto en los niveles de atención primaria como secundaria.

En relación a los Centros de Salud, la atención que se brinda en relación a la Salud Materno Infantil corresponde tanto al nivel primario como al secundario.

Por un lado se llevan a cabo los controles que se solicitan en el embarazo y en caso de detectar alguna patología o riesgo para el bebé o la mamá se lo deriva al Hospital Materno Infantil. Una vez producido el nacimiento, se llevan a cabo los controles de crecimiento hasta la edad de dos años.

En los centros de salud además, es donde se ponen en funcionamiento varios programas, como por ejemplo el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que consiste en el otorgamiento de anticonceptivos, que incluyen: anticonceptivos orales, inyectables, preservativos y dispositivos intrauterinos. La idea es que esta entrega vaya acompañada de talleres de informativos y de reflexión.



Otro taller que se lleva a cabo en las salas y que proviene de Nación es el taller de psicoprofilaxis, que está destinado a las mamás embarazadas y es dictado por diferentes profesionales de la salud. La finalidad de estos talleres es principalmente preventiva.

El Hospital Materno Infantil se encarga de la recepción y el control de de la embarazada sin ninguna complicación a partir del séptimo mes de gestación. También recibe a embarazadas de alto riesgo o con alguna patología, independientemente del mes gestacional. Una vez producido el parto, si no hay ninguna complicación se deriva nuevamente a la salita para el seguimiento del recién nacido.

ANÁLISIS DEL MATERIAL

ANÁLISIS DEL MATERIAL

En este apartado presentamos el análisis intracategorías e intercategorías del material recolectado a través de las entrevistas. Este análisis jerarquizó las categorías como organizadoras del guión de las entrevistas (que se agrega en el Anexo de este documento) y también permitió la emergencia de una que al momento de la planificación no había sido incluida: la “bioética”.

El trabajo consiste en la extracción de citas y su análisis de convergencias y divergencias para los diversos temas sobre los que se fue preguntando. Luego, sobre los análisis por categorías –de primer orden- se establecen nuevamente relaciones de convergencia y divergencia para construir el análisis intercategorías –de segundo orden-.

ANÁLISIS INTRACATEGORÍAS

SALUD Y ENFERMEDAD

El análisis de la categoría salud y enfermedad nos permite observar que algunos entrevistados mencionan que ya no es posible pensar a la salud únicamente en términos de ausencia de enfermedad, por lo tanto el concepto de salud implicaría que debe ser considerado desde una visión más integral.

Aunque en algunos casos se hace referencia a la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud, que define a la misma como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, no consistiendo solamente en ausencia de enfermedad". Y si bien esta definición presenta, de acuerdo a Almirón (2008), las siguientes ventajas: por un lado, considerar a la salud ya no en términos negativos y, por el otro, tener en cuenta no solamente el estado físico, sino también mental y social. Se destaca el hecho de que la mayoría de ellos coinciden en que la salud posee múltiples aspectos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de abordarla, como por ejemplo: condiciones de vida, acceso a lo básico, aspectos sociales, ambientales y psicológicos del ser humano (Almirón, Ibid.)

Esta idea es coherente con la carta de Ottawa pronunciada el 21 de noviembre de 1986 por la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo fue: "salud para todos en el año 2000", y define a la salud como "*un recurso para la vida cotidiana... un concepto positivo enfatizando los recursos personales y sociales así como las capacidades físicas, mencionando que las condiciones fundamentales y los recursos para la salud son la paz, vivienda, educación, alimentación, ingreso, recursos sostenibles, justicia social y equidad*".

Siguiendo la misma línea de pensamiento, la salud: "*sería el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a los servicios de salud, así como el resultado de las formas de organización social de la producción, las que a su vez pueden*



generar grandes desigualdades en los niveles de vida. El proceso salud-enfermedad no sería un concepto abstracto y “estaría definido en el contexto histórico de determinada sociedad y en el momento determinado de su desarrollo, debiendo ser construida y conquistada la salud por la población en su lucha cotidiana, significando el derecho a la salud la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, para todos los habitantes, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad”. (8va. Conferencia Nacional de Salud de Brasil, 1986).

Lo que proponen Guerra y Landaburu (1998), es que cuando hablamos de salud podemos pensar en un equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto, y su relación con el medio natural, familiar y social. La salud no es igual a ausencia de señales de sufrimiento, ni es un estado al que el sujeto arribará -o perderá- en forma definitiva. Salud implica la noción de adaptación crítica y no aceptación rígida.

A partir de las citas extraídas de las entrevistas es posible afirmar que los profesionales reconocen en sus dichos la idea de que la salud es un concepto que no puede ser únicamente definido en función de la ausencia de enfermedad ni de bienestar bio-psico-social. Ellos van un paso más allá y en general concuerdan en que se debe tener en cuenta otros aspectos de la vida cotidiana, que tienen que ver con la posibilidad de acceder a todos aquellos recursos que les permitan mejorar su calidad de vida y como consecuencia directa su salud.

En este sentido, una de las entrevistadas, especialista en bioética, afirma que “todas las disciplinas que tienen que decir algo con respecto a la salud están implicadas”. Esto significa que no solamente la medicina se encuentra habilitada para hablar de salud, sino *qué* también todas las disciplinas que hacen al bienestar integral del ser humano. De este modo, podemos incluir a todas aquellas disciplinas que aportan sus conocimientos y saberes para poder mejorar la calidad de vida de las personas y su acceso a la salud.

Esta diversidad disciplinar puede ser explicada mejor siguiendo los planteos de Juan Samaja (2004) quien sostiene que la salud “*no es patrimonio exclusivo de ninguna jurisdicción disciplinaria*” y que, por ello, es necesario integrar todos los estratos en los que se ponen en juego los valores de la salud humana: molecular, celular, anátomo-clínico, individual, grupal, societal y global.

Pero, además de las diferentes disciplinas, también se debe incorporar a los usuarios de los servicios de salud, sanitaristas, políticos, empresarios y todos los actores de la comunidad en la medida en que la salud es un patrimonio, un bien que debe ser defendido por todos los sectores de la sociedad en su conjunto (Samaja, *Ibid*).

Almeida Filho y Silva Paim (1999), coinciden con esta idea al entender a la Salud Colectiva como *campo científico*, donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto salud, y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos; y como *ámbito de prácticas*, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por

diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como "sector salud".

Conforme a estos autores, el objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites tanto de lo biológico como de lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades, así como también, la organización de los servicios de salud, y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En ese sentido, y acorde al modelo complejo que propone Samaja (Ibid.), el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones. Por eso, la salud sería "un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad" (Almeida Filho y Silva Paim, op. cit.).

Otro punto de vista es el que incluyen dos de los entrevistados y que tiene que ver con la dimensión subjetiva: estar bien con uno mismo y con el entorno, sentirse pleno y poder afrontar los problemas de la vida, lo cual no significa que no nos vamos a enfermar, pero sí que cuando lo hagamos vamos a disponer de la fortaleza necesaria para sobrellevar la enfermedad y llevar una vida lo más saludable posible.

Desde esta misma línea de trabajo, Rodríguez Salgado (1997) desarrolla la idea de que la rotulación de enfermo puede proceder de sí mismo, del sistema médico o de la sociedad en general. Existe una diferencia entre sentirse enfermo, tener una enfermedad y ser considerado enfermo. Pero nunca el hombre está plenamente sano, o plenamente

enfermo. Además de la sanción personal (el sentirse enfermo) y de la definición profesional (estar enfermo, tener una enfermedad), está también la definición dada por la comunidad inexperta, o por el saber implícito, no teórico de las comunidades. Esta tercera dimensión es la que podemos llamar la de ser considerado enfermo (Rodríguez Salgado, *Ibid*).

Esta idea, que se encuentra en concordancia con lo que expresan los entrevistados, supone una dimensión que pertenece al proceso de salud y enfermedad que debe ser tomada en cuenta a la hora de todo abordaje, y que es la que tiene que ver con la dimensión subjetiva. Esta implica el sentir de la propia persona respecto a su condición de sano o de enfermo, independientemente de la realidad objetiva que la comunidad científica o inexperta le pueda aportar.

Entonces, según estos autores y las referencias expresadas por los entrevistados, es necesario comprender que la salud no puede ser entendida meramente como algo estático, es decir, como un estado ausente de enfermedad, sino como un proceso sujeto a variaciones a lo largo de la vida. Además de considerar a todas las dimensiones que hacen a la vida misma del ser humano y su complejidad.

Es por eso que el proceso de salud y enfermedad no puede ser abordado desde una única disciplina que aporte su única mirada del problema. La complejidad exige, siguiendo otra vez a Samaja, múltiples niveles de análisis. A fin de superar esta visión reduccionista de la salud y la enfermedad, Samaja (*op. cit*) propone la construcción de una transdisciplina,

esta debe afrontar el obstáculo de la fractura entre tres grandes campos científicos: 1-ciencias naturales, 2-ciencias culturales y 3-ciencias formales.

Desde esta perspectiva *la problemática de las ciencias de la salud “no puede arrinconarse en ninguno de estos segmentos de manera exclusiva: los tres campos científicos deben ser reclamados por las ciencias de la salud como propios de su praxis efectiva. Las ciencias de la salud estudian en los tres niveles de la realidad: cosas, sujetos y reglas”* (Samaja, 2004).

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

En relación a la prevención, y anticipando el análisis de una manera muy general, puede adelantarse que varios de los profesionales trabajan o intentan trabajar desde la misma.

Por un lado, el grupo GESTAR, cuyo objetivo principal de su proyecto de extensión es prevenir la morbi-mortalidad infantil, llevó a cabo un relevamiento para detectar las principales causas de aborto y poder prevenirlo. Además realizó en una Unidad Sanitaria (Centenario), talleres con las mamás embarazadas, a los cuales dieron el nombre de “abordaje integral de la mujer embarazada y del hijo por-venir”. El término por-venir no fue utilizado únicamente en función de porvenir en el tiempo, sino por venir en relación al futuro auspicioso que los profesionales deseaban para ese bebé. Se trata, según lo dicho por la directora del Grupo, de prevenir ya desde los inicios de la gestación, apuntalando la función materna desde el comienzo.

Por otro lado, los médicos mencionan las causas que hacen que un embarazo sea de riesgo y como consecuencia, tenga mayores probabilidades de desencadenar en un parto prematuro, es por ello que consideran de suma importancia que las mamás realicen todos los controles y estudios requeridos durante el embarazo, a fin de poder detectar precozmente todos aquellos antecedentes que puedan desencadenar en un parto prematuro, y de esta manera prevenirlo.

Tanto en el Hospital Materno Infantil como en los centros de salud de Mar del Plata se realizan talleres de psicoprofilaxis, así como también charlas con las mujeres embarazadas, donde se trabajan, entre otras cosas, temas inherentes al cuidado y a la preparación para el parto. Algunos de los programas de prevención que se realizan son bajados desde Nación según nos dice una de las entrevistadas que trabaja en un centro de salud, mientras que otros surgen de la labor cotidiana y de las problemáticas con que se enfrentan los profesionales de salud en su ámbito de trabajo. En todos ellos se trabaja con las mamás temas que tienen que ver con los cuidados que deben llevar a cabo en el embarazo a fin de poder prevenir abortos y diversas enfermedades así como también de tener la posibilidad de detectarlas tempranamente tanto en ellas como en el bebé, prepararlas para la llegada del recién nacido e informarles de los cuidados que tendrán que brindarles una vez que nazcan a fin de que propiciarles una vida saludable.

Desde el Programa Materno Infantil, existen varios pilares fundamentales, uno de ellos es el Programa de Vigilancia Perinatal, que

hace posible la detección de la mortalidad neonatal en la Región Sanitaria, e intenta buscar la manera de prevenirla. Este programa es acompañado por el SIP (Sistema Informático Perinatal), donde se asientan estadísticas en una base de datos, que, junto con el plan Nacer (de Nación), convoca a todas aquellas mamás que no tienen obra social y a las puérperas de hasta 45 días y a los niños menores de 6 años. Sirve para identificar al grupo de mujeres sin obra social y tener un control un poco más estricto, además de que desde el Estado se haga el control que corresponde con esas mamás y esos niños, fundamentalmente en lo que respecta a la vacunación, el control del embarazo, etc.

Otro de los programas con los que se trabaja es con el Programa Adolescentes, que se encuentra articulado con los anteriores.

Dice una de las entrevistadas, coordinadora del Plan Materno Infantil en Mar del Plata y su Región Sanitaria, que “todavía se producen un montón de partos prematuros, lo que nosotros estamos buscando con la vigilancia perinatal es evitar los partos prematuros, porque esos partos prematuros si no tienen un cuidado adecuado, ya sea dentro del Hospital, o cuando se vaya del Hospital, es un probable niño que se va a morir. Y es ahí donde trabaja este programa de mirar, el programa de la lactancia, tomar la teta, todo lo que va a evitar una muerte”.

Lo que el Programa Materno Infantil busca es que la prevención de los partos prematuros se haga a través de los controles adecuados en el embarazo y para ello intenta bajar sus programas a los Municipios a fin de que estos brinden una buena atención y control prenatal con la cantidad de

laboratorios necesarios, con ecografías que se tengan en tiempo y forma, etc.

Se trata entonces de poder facilitarle y darle las herramientas e insumos que necesita cada Municipio para poder brindar la mayor calidad en la atención de la embarazada, y del bebé recién nacido. Y, como consecuencia directa, contribuir a la prevención de patología.

Por último, están quienes opinan que la prevención debe ir un paso más adelante e incluir la posibilidad de igualar las condiciones de vida y el acceso a la salud en toda la población, desde este punto de vista se consideraría que uno de los requisitos de la prevención es que sea equitativa.

En cuanto a la atención del recién nacido, los médicos dan cuenta principalmente de los procedimientos médicos que se efectúan al bebé con deficiencias producto de su inmadurez y falta de desarrollo orgánico, entre estos procedimientos se encuentran, por ejemplo: el uso del respirador, la incubadora, sonda, etc. Cuando se les pregunta por la inclusión del grupo familiar en el tratamiento del bebé, responden que es muy importante para la recuperación del mismo, fundamentalmente lo es la presencia de la madre, ya que ésta debe acercarse a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales diariamente para estar con su hijo y hacerles llegar a las enfermeras la leche que alimentará al bebé a través de la sonda, hasta que esté listo para succionar por sí solo del pecho materno.

En los diferentes servicios de neonatología pertenecientes tanto al Hospital Materno Infantil como al Hospital Privado de Comunidad y a la

Clínica del Niño y la Madre hay un régimen de visitas para los padres y familiares del bebé, los hay de dos clases: algunos más abiertos permitiendo la entrada de los padres a toda hora y momento del día y otros que funcionan con visitas en horarios más restringido).

Si bien algunos de ellos mencionan la inclusión del psicólogo en la atención de los padres, no es algo que se hace con demasiada formalidad. En algunos casos se consulta al servicio de salud mental, pero sólo cuando desde el cuerpo médico o desde el servicio de enfermería se detecta una situación especial. A pesar de ello, todos reconocen la necesidad de la atención y contención psicológica a estos papás que se encuentran atravesando un momento difícil con respecto a la salud de su hijo recién nacido.

González y Naddeo (2007), en su artículo publicado en la Revista del Hospital Sardá, resaltan el valor de la humanización de la atención neonatal, sin que ello suponga contradicción con los avances científicos, tecnológicos: *advertido el discurso médico ^{de} que la recuperación no se agota en el plano de lo orgánico, como parte de su estrategia, el Servicio de Neonatología convoca a otras disciplinas para la asistencia y el cuidado de la salud de los recién nacidos y de su familia, y entre ellas al servicio de Salud Mental. De tal modo se reconoce que el nacimiento no es un hecho meramente biológico (Ibid).*

Desde la experiencia de la psicóloga directora del grupo GESTAR, también tuvo la posibilidad de formar parte de un equipo de neonatología en la clínica Colón. Ella refiere que tenía su espacio de trabajo en la unidad de

cuidados intensivos neonatales, con lo cual cree que los médicos reconocían que algo de los aspectos emocionales y de la subjetividad de la madre los médicos influían en el desarrollo del bebé.

Dinerstein, González y Brundi (2000) afirman que *“el momento en que los neonatólogos comienzan a preocuparse de manera creciente por los fenómenos psico-afectivos y neuro-psicológicos que influyen en el desarrollo del recién nacido prematuro, es cuando comienzan a mejorar los resultados médicos y el pronóstico de estos bebés”*.

Esta nueva mirada, promulga la humanización en la atención neonatal, como consecuencia de poder ubicar al niño como sujeto, portador de un nombre, una historia, un ser de deseo. El recién nacido pasará a ser ahora un sujeto, en oposición a puro objeto de las prácticas médicas (Dinerstein et al., 2000).

NACIMIENTOS PREMATUROS

En relación al concepto de prematurez del recién nacido pueden diferenciarse claramente entre los entrevistados dos discursos: por un lado, aquel que va a considerar al nacimiento como un hecho puramente biológico: todo bebé que deja el útero materno y pasa a la vida extrauterina. Mientras ~~que~~ el nacimiento prematuro va a ser definido en función de la edad gestacional y del peso al nacer: menos de 36 a 37 semanas de gestación y menos de 2 kilogramos, teniendo en cuenta que un nacimiento en término es aquel que se produce entre las 37 y las 42 semanas de gestación. También

se hace mención de las deficiencias orgánicas que padece el recién nacido producto de su inmadurez física.

Ante este acontecimiento inesperado que irrumpe el proceso de anidación biológica normal, se tendrá en cuenta únicamente la recuperación y tratamiento del cuerpo del bebé y se dispondrá de todos los medios y tecnologías necesarias para que esto sea posible. Debido a la fragilidad del recién nacido que mencionan los entrevistados es que se hace imprescindible su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales hasta que por fin pueda ser dado de alta.

Un recién nacido prematuro necesita cuidados neonatales específicos que, en la mayoría de los casos lo conducen directamente a una Unidad de Cuidados Intensivos, esto es a una Terapia Intensiva Neonatal. Allí innumerables acciones de urgencia tratarán de enmendar lo faltante con el propósito de que estas acciones rápidas colaboren a concluir lo inacabado. Lo recibe un sustituto del útero que lo albergaba: la incubadora, un interior vidriado, que tiene como misión protegerlo y hacer que viva. (Helman y Villavella, op. cit.).

Si bien no se debe minimizar la importancia de los cuidados y atención que se brindan desde esta concepción al bebé prematuro ya que resultan ser imprescindibles, tampoco es correcto no reconocer que resultan insuficientes al no dar cuenta de la totalidad de la complejidad que presenta el recién nacido en todos sus niveles, es decir, no solamente prestar atención al nivel biológico, sino también al psico-afectivo y al social, de esta

manera se podría dar mayor participación al grupo familiar en el tratamiento del frágil e inmaduro bebé.

Por otro lado, se evidencia un discurso que va a considerar a todo bebé como prematuro, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacer. Todo cachorro humano, debido a su indefensión necesita de Otro que lo asista y lo haga ingresar en la red de significantes que precede a todo nacimiento biológico.

Dice una de las entrevistadas: *"nosotros sostenemos que un sujeto tiene un nacimiento mucho antes ^{de} que advenga al mundo, mucho antes ^{de} que se produzca el nacimiento biológico"* y agrega: *"Nosotros vamos a considerar alrededor del nacimiento todas aquellas variables que tienen que ver, no con el tiempo cronológico, sino con el tiempo lógico, es decir, algo de esa estructura materna ^{que} estaba preparada para alojar el nuevo ser y darle identidad"*.

Es decir que, para esta entrevistada existe nacimiento mucho antes de que ese bebé pase a la vida extrauterina, y eso tiene que ver con la posibilidad de fantasear a ese bebé que está por nacer y darle un lugar dentro de la estructura materna y del grupo familiar que lo precede y que es tan importante a la hora de brindarle los cuidados necesarios para su supervivencia.

En coherencia con este pensamiento y en concordancia con lo que plantea Dinerstein, González y Brundi (2000), esta mirada distinta a la puramente biológica incorpora humanización en la atención neonatal, ya que ubica al niño como sujeto, portador de un nombre, una historia, un deseo. El

recién nacido prematuro será a partir de entonces un sujeto, en oposición al puro objeto de las prácticas médicas.

“Los recién nacidos internados no son concebidos sólo como objetos de prácticas médicas, sino como sujetos, portadores de un nombre, una filiación y una genealogía, que es el modo de hacer lazo y de pertenecer a la humanidad”. González, Larguía y Lomuto (2007).

En el libro: “Clínica psicoanalítica con bebés prematuros”, Catherine Matheline (1998), piensa a la maternidad no como algo dado naturalmente, sino como algo que debe ser elaborado.

Esta autora, plantea el hecho ya demostrado científicamente, de que el bebé percibe desde el nacimiento el rostro de su madre, su olor y su voz, reacciona a sus caricias y a la presencia de quienes lo rodean, por lo tanto, el recién nacido no debe ser considerado como un mero cuerpo biológico, objeto de la medicina y a merced de sus únicas intervenciones y esto porque para que se desarrolle plenamente deberá ser introducido por otro responsable de su cuidado en la dimensión del deseo y de la palabra, a fin de que pueda constituirse como sujeto deseante (Ibid).

El recién nacido siempre es prematuro, independientemente de su condición médica, ya que es un ser frágil e indefenso que indefectiblemente necesita del amor, la contención, las caricias y la atención de un cuidador que atienda a todas sus necesidades y demandas.

Al respecto nos dice una de las entrevistadas : *Para nosotros prematuro es todo ser viviente que nace en un estado de indefensión biológica, a diferencia de otros mamíferos que apenas nacen o a las pocas*

horas o a los pocos días ya pueden conseguir su propio alimento, pueden caminar por sí mismos, defenderse. El viviente, el parletre, como le dice Lacan, requiere de ocupar un lugar en la red de significantes nuestros para poder ser. Entonces, esta red de significantes es donde el cuerpo prematuro del niño se va a insertar, tomando lo que necesite para vivir...sutil pero efectivamente el cuerpo del niño se ve capturado en las redes del deseo del otro.

INTERDISCIPLINA

Todos los entrevistados están de acuerdo y coinciden con que la interdisciplina es adecuada y necesaria en los ámbitos de trabajo donde se desempeñan. Así mismo, todos ellos refieren trabajar interdisciplinariamente pese a que en la cotidianeidad no les resulta una tarea sencilla.

La cita de Fazzio y Sokolovsky (2006), resulta esencial entonces, para comprender de qué se trata el trabajo en equipo: *la acción interdisciplinaria es condicionada y condicionante del equipo para resolver las diferencias que puedan surgir. Las diferencias en el equipo de trabajo en la medida que sean ejes superadores permitirán el crecimiento del grupo, a la vez que mejorar su capacidad de acción y reacción frente a distintas situaciones en las que deba intervenir.*

Dentro de la misma línea de pensamiento y en relación a los equipos interdisciplinarios, Stolkiner (1999) considera que el énfasis deberá estar puesto en la producción de acciones sin perder de vista que "las disciplinas

no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas”.

De modo tal que, para que la interdisciplina sea posible a pesar de las dificultades prácticas con que se encuentran los miembros del equipo, estos deberán aceptar las diferencias y la complejidad de los problemas a abordar, reconociendo que la única manera de resolverlos exitosamente es a través del trabajo interdisciplinario, sin dejar de lado a demás que cada uno de ellos se encuentra atravesado por su propia disciplina, de manera tal que será imprescindible superar en la práctica la fragmentación del saber que impide este accionar conjunto y armonioso que sólo es característico del trabajo interdisciplinario.

Algunos de ellos expresan así mismo las dificultades que interfieren al querer implementar la interdisciplinariedad; estas dificultades se deben tanto a la escasa formación teórica en el tema que la Universidad debiera brindar, como a aquellas que son inherentes a la práctica misma y que tienen que ver por ejemplo, con la escasa participación en actividades comunes que les permitan aunar criterios o con la imposibilidad de compartir los mismos días y horarios de trabajo para poder reunirse e intercambiar diálogo.

En relación a estos inconvenientes que plantean los profesionales entrevistados, Stolkiner (op. cit.) dice al respecto: *Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis*

Frases repetidas



del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo.

En este párrafo, la autora señala que sólo debemos considerar como interdisciplinarios a aquellos equipos donde exista un marco de representaciones comunes entre las diferentes disciplinas que lo integren, en el caso de equipos asistenciales, sugiere que esto sólo se podrá lograr a través de la participación en actividades y dispositivos compartidos que les permitan lograr una construcción conceptual común de cada problema a abordar, lo esencial entonces sería que los distintos profesionales, al reconocer la importancia de la interdisciplina, puedan llevar a la práctica lo que esta requiere para su buen funcionamiento y que puedan superar ellos mismos estas imposibilidades que señalan, que si bien son reales y ejercen una influencia negativa en la práctica misma no son imposibles de modificar.

En el caso de los médicos neonatólogos, el contacto con otras especialidades de la medicina es fundamental dado que el recién nacido prematuro presenta complicaciones en diferentes órganos del cuerpo. Si bien se nombra al servicio de psicología como parte de esa interdisciplina, solo se lo tiene en cuenta secundariamente, cuando los padres presentan alguna dificultad especial y manifiesta, pero no como parte de la atención integral del recién nacido y su grupo familiar.

Al respecto de ~~esto~~ puede decirse que la interdisciplina debe ser pensada como una herramienta que en el campo del conocimiento *ofrece un camino para superar aquella fragmentación del saber que la especialización parece hacer inevitable, permitiéndonos realizar una cierta unidad del saber, no como una "reducción a la identidad" sino como toma de conciencia de la complejidad de las realidades que nos rodean, la cual requiere que el verdadero entender de esta complejidad, consista en tomar en cuenta las diferencias y al mismo tiempo comprender las razones y el sentido de su estar juntas y relacionadas.* (Agazzi, E. 2002).

De acuerdo ^{con} a este autor, la interdisciplina permite dar solución a la fragmentación que la especialización supone a través del reconocimiento de las diferencias que hacen a la complejidad de la realidad. Y además agrega: "la interdisciplinariedad no puede pensarse como contraposición a la especialización, sino como una armonización de varias especializaciones en vista de la comprensión y solución de un problema" (Agazzi *op.cit.*).

Los médicos a quienes se entrevistó refieren como fundamental el trabajo interdisciplinario y expresan llevarlo a la práctica a través de la acción conjunta entre las distintas especialidades de la medicina que están implicadas de acuerdo a la patología que presente cada recién nacido, esto pone en evidencia el reconocimiento de la complejidad que caracteriza la vida del bebé prematuro pero sólo en parte, es decir, solo en función de lo orgánico ya que, como expresé anteriormente, la inclusión de la atención psicológica sólo es secundaria y para algunos casos puntuales. Además cabría la pregunta de si esa especialización se encuentra fragmentada o si

presenta la armonización necesaria para que el trabajo verdaderamente pueda decirse interdisciplinario.

De acuerdo a la psicóloga integrante del grupo Gestar la función del psicólogo es acompañar y aportar un saber diferente al exclusivo de la medicina allí donde esta no puede dar respuesta: *“ante los límites de la medicina, ahí está el psicólogo, no para hacer maravillas ni para hacer magia, sino para acompañar y aportar con su saber un transitar más aliviado al sufrimiento...El rol del psicólogo perinatal es aportar un saber allí donde el saber de la medicina se agota”*.

En este sentido, podemos pensar a la interdisciplina como un entrecruzamiento de discursos, tal como fue manifestado por la especialista en bioética, quien a de más propone como máxima a la transdisciplina, instancia superadora de los discursos individuales que sin embargo en la práctica aún no se ha podido lograr.

En relación a la transdisciplina, Stolkiner (op. cit.), recurre a la metáfora de la orquesta para ser explicada: *en la que cada instrumento tiene su especificidad, su técnica y sus ensayos particulares. Si llegamos antes de que el concierto comience, oiremos una polifonía inarmónica. Sin embargo, cuando la sinfonía comienza, es una. Un solo producto que, no obstante, contiene la diversidad de sonidos de cada instrumento de una manera que no se explica por simple adición. Si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario. Este momento transdisciplinario sería, por ejemplo, el producto de una investigación*

Párrafo
repetido

referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinaria o la estrategia que se propone un equipo asistencial frente a una situación específica. Es una situación en construcción continua, no un estado. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar.

De modo tal que la transdisciplina no es un estado, sino un producto, una unidad resultante de la actividad del equipo interdisciplinario, que se renovará con cada nuevo problema a solucionar.

A partir del presente análisis puede concluirse que todos los entrevistados reconocen la importancia del trabajo interdisciplinario y en consecuencia dicen llevarlo a la práctica a pesar de los obstáculos con los que se encuentran. Es posible no obstante, que muchos de ellos no lo hayan logrado todavía y que se encuentren en la mera yuxtaposición de disciplinas o en su encuentro casual, ya que el verdadero trabajo interdisciplinario requiere de un marco de referencia común logrado a través de la participación en actividades compartidas que permitan la unificación de criterios, situación que por los dichos de los entrevistados aún no han podido llevar a la práctica plenamente.

VIDA Y MUERTE

La cuestión de la vida y la muerte como dilemas que le corresponden analizar a la bioética en su calidad de ética aplicada, surgió a partir de la inquietud de una de las entrevistadas con respecto a cuáles son los parámetros y los límites presentes en el tratamiento de un recién nacido



premature. Lo que la entrevistada se interrogaba era a quién le corresponde la función de decidir si ese niño vive o no y hasta dónde es posible insistir con los procedimientos médicos a fin de salvarle la vida.

Para dar respuesta a estos cuestionamientos resultó de gran utilidad realizar una entrevista a una especialista en bioética, a fin de que diera a conocer la posición de esta disciplina respecto de los dilemas en cuestión.

En los casos donde se deben tomar decisiones de esta índole, la bioética se basa en una serie de principios que son: el principio de beneficencia, es decir, que con el procedimiento se está por sobre todo beneficiando al paciente; el principio de no maleficencia, que implica no solamente propiciar un bien sino a demás no causar malestar ni daño alguno; el principio de autonomía que respeta la posibilidad del paciente de decidir y prestar consentimiento y por último; el principio de justicia, que tiene que ver con la equidad en el acceso a la salud y a las prestaciones médicas.

De acuerdo a la especialista en bioética, la vida y la muerte son términos que no se pueden delimitar claramente, y esto se debe a que la disciplina filosófica no es una disciplina cerrada que dicta certezas, sino abierta a discusión continua.

Lo que sí puede decir la entrevistada en relación a este tema es que hay ciertas convenciones respecto de la muerte, por ejemplo a la de la muerte encefálica, con la cual se estima que alguien está muerto cuando su cerebro lo está aunque su corazón siga latiendo.

En relación a poder determinar el momento donde empieza la vida, si bien es un dilema que la bioética aún no ha resuelto, sí estima la entrevistada que tiene que ver con el tema del aborto.

Con respecto a la ética aplicada a los casos de nacimientos prematuros, plantea la necesidad de respetar el principio de justicia de la bioética, que como se mencionó anteriormente se caracteriza por la equidad en el acceso a la salud, de esta manera, el factor económico no sería la condición única para acceder a un tratamiento y brindar al prematuro la posibilidad de vivir sino que estaría sujeta a los propios límites naturales.

Al respecto opina la entrevistada: *“muchas veces son las posibilidades económicas las que determinan que un niño con bajo peso siga viviendo y otro se considere, no digo inviable, pero sí muy difícil y se lo deje. En los hospitales públicos, si tantos pesan menos de 900 g. es tan prematuro que no se gasta en él lo necesario, pero si vos tenés dinero probablemente eso funcione, si lo hacés en una clínica privada, tenés una serie de posibilidades más, esto hace a la inequidad de los recursos. Son cuestiones abiertas y la idea es que como son cuestiones abiertas es que podamos establecer un diálogo donde se respete fundamentalmente la opinión del paciente”*.

A partir de aquí es importante considerar a la equidad, no solamente como uno de los principios fundamentales de la bioética que debe ser respetado, sino también como un tema inherente a lo social y a las políticas públicas que deben garantizar por igual el acceso a la salud de toda la población.

En relación a los datos recabados en el relevamiento documental para esta investigación, puede decirse que una de las funciones que tiene el programa Materno Infantil es que, desde la Región Sanitaria, *“se brinden los insumos y herramientas necesarias a cada Municipio para que estos puedan brindar a las mamás embarazadas la mejor calidad en la atención, haciendo que los controles que deben realizarse sean obligatorios, y contribuyendo de esta manera a la prevención y detección precoz de enfermedades que puedan poner en riesgo el embarazo”* (Programa Materno Infantil).

Otra de las cuestiones que surgen en dicho programa es en relación a que no todos los niños tienen las mismas condiciones de vida y por ende su acceso a la salud no es el mismo. De modo tal que es necesario que, para que la equidad se cumpla, las políticas públicas deberán intervenir garantizándola (Ibid).

Al respecto podemos dar cuenta de la salud pública como una ciencia aplicada y pragmática: su objetivo y metodología debe ajustarse a las condiciones de cada lugar y circunstancia. Es tarea y patrimonio del sector público, del gobierno. Cuando hablamos de salud pública nos referimos a la salud de la totalidad de la población.

Con respecto al principio de autonomía que hace referencia la especialista en bioética, y que tiene que ver con la información que se le da al paciente respecto a su condición de salud y la posibilidad de que éste pueda dar su consentimiento en relación a un tratamiento, uno de los profesionales entrevistados dio a conocer la manera de proceder en estas circunstancias, diciendo que *“en general, uno toma las conductas del*

tratamiento y se las explica a los padres, se le explica por qué tal cosa, por qué la otra, son limitadas las excepciones en las que uno trata de hablar con los padres en el sentido, cuando vas a usar una medicación que es nueva o algún tratamiento que puede correr riesgo la vida del bebé... todos esos procedimientos, si bien uno está acostumbrado a hacerlo, se corre un riesgo, en ese caso consultamos a los padres lo que estamos haciendo”.

A partir de los dichos de este entrevistado, podemos observar que los papás de los bebés internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son informados de los procedimientos y tratamientos que se brindan a sus hijos a fin de que presten su consentimiento, de modo tal que podría decirse que, en este caso, es respetado el principio de autonomía, y que es una de las condiciones fundamentales para dar cumplimiento y poner en práctica a la disciplina bioética dentro de la práctica profesional.

ANÁLISIS INTERCATEGORÍAS

ATENCIÓN / INTERDISCIPLINA / NACIMIENTOS PREMATUROS

A partir de los análisis anteriores, podemos observar que existe efectivamente una relación directa entre los servicios de salud que se brindan y el concepto y la valoración que los profesionales tengan con respecto a la interdisciplina.

Por un lado, podemos observar que todos ellos le otorgan una gran importancia al trabajo interdisciplinario y consideran que es fundamental llevarlo a la práctica a pesar de los obstáculos con los que se encuentran en

la misma. Por el otro, cuando hablan de los servicios de atención que se brindan en las diferentes instituciones en las que trabajan, podemos observar que intentan llevarlo a cabo interdisciplinariamente.

En la atención que se brinda a un recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales intervienen diferentes especialidades de la medicina, y esto es debido a la inmadurez orgánica que presenta un bebé bajo este tipo de nacimientos. Al respecto dicen algunos de los entrevistados que *"tienen complicaciones de todos los sistemas, dependiendo de la edad gestacional y del peso, entonces, es un trabajo multidisciplinario, como te decía, básicamente, el que maneja el barco es el neonatólogo"*.

A demás: *"es fundamental, a parte de los neonatólogos y enfermería, también tenemos los interconsultores, pacientitos que puedan tener problemas neurológicos: son el neurólogo; cardiólogos, cardiología infantil, traumatología infantil"*.

Agrega que efectivamente trabaja con otras especialidades contando ~~que~~ *"tenemos aquí en la sala clínicos, cirujanos, que ellos pertenecen al servicio y después dentro del hospital cuando se requiere una interconsulta con alguna hematóloga o la psicóloga del hospital se la llama, pero sí acá contamos con la mayoría de las especialidades. Por ahí con neurología, con neurocirugía"*.

Desde su disciplina específica agrega que *"también, en ginecología, nos basamos en la interdisciplina. Es fundamental, sobre todo para la parte clínica, quirúrgica, hematológica y acá últimamente en la parte psicológica"*

mucho. Vienen chicas muy jóvenes con un entorno complicado, chicas muy jóvenes donde se ven embarazos no deseados”.

A partir de estas citas podemos observar cómo en los servicios de atención intervienen las diferentes especialidades de acuerdo a la complicación orgánica que presente el recién nacido.

Al mismo tiempo, otro de los entrevistados da cuenta de la importancia de trabajar junto al Servicio de Salud Mental en caso de detectar alguna dificultad en el embarazo, pero no en relación a los papás de un bebé prematuro. Esto indicaría que si bien se tiene en cuenta al área de psicología en los servicios de atención, solamente se lo hace en casos particulares y a criterio del médico, cuando este considera que hay algún inconveniente especial que pueda afectar el embarazo, pero una vez nacido el niño, la atención psicológica al grupo familiar no es tenida en cuenta.

En el caso particular de los Centros de salud, los profesionales entrevistados comentaron, en general, las dificultades con que se encuentran en la práctica cotidiana al querer trabajar de forma interdisciplinaria y refieren que esa es la meta a lograr.

De todos modos se puede afirmar que, pese a algunas circunstancias que dificultan el trabajo conjunto con otras disciplinas, esto no impide que en las salas se lleven a cabo talleres conformados por diversos profesionales, con una finalidad preventiva, así como también de contención y de reflexión y que convoque a todas las mamás embarazadas que deseen participar. Al respecto dicen las entrevistadas que *“generalmente se dan charlas, donde es un espacio para la embarazada, para que pueda hablar de sus miedos,*

de sus preocupaciones y se invitan a distintos profesionales: psicólogos, pediatras, odontólogos, porque entran todos los cuidados desde el embarazo y todo lo que viene después, cuando nace el bebé”.

Y agrega, desde su práctica cotidiana: “yo estoy luchando porque no es cuestión de darles pastillas como si fuera un kiosco, se hacen charlas, en realidad yo en el otro centro de salud lo veo pero con otro estilo, se hacen talleres. Entonces en ese grupo no sólo se da la pastilla o el DIU, sino temas que el grupo quiere. Entonces suele salir el tema de violencia doméstica, abuso sexual, drogodependencia, adicciones y bueno, esto estamos complementando con otra compañera psicóloga y una enfermera, aprovechamos eso, se le entrega el anticonceptivo, fijarse si tiene todos sus estudios de prevención hechos, chequeos. Pero no es en todos los centros de salud, depende de la formación”.

De esta manera, en la entrega de anticoncepción, que es un programa del Ministerio de Salud de la Nación, se procura que no sea solamente un acto de entrega del insumo, sino que vaya acompañado de “un espacio en el cual las embarazadas puedan resolver dudas, que se sientan contenidas y que puedan reconocer la importancia de realizar los controles requeridos como una forma de prevenir y detectar tempranamente dificultades o enfermedades que puedan provocar un parto prematuro”. Este es un servicio de atención primaria que se lleva a cabo con la ayuda y cooperación de los diversos profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas, cada uno haciendo un aporte específico a la salud.

A partir de lo anteriormente expresado, es posible afirmar que los profesionales de la salud reconocen la importancia de trabajar interdisciplinariamente y que, pese a las dificultades señaladas (dedicación, distancias, escasez de recursos), intentan que los servicios de atención que brindan se lleven a cabo en conjunto entre todas las disciplinas intervinientes.

SALUD Y ENFERMEDAD / ATENCIÓN / NACIMIENTOS PREMATUROS / INTERDISCIPLINA

Es importante destacar que la concepción que los profesionales tengan sobre salud y enfermedad influirá directamente sobre los servicios de atención que brinden. Esto es así en la medida que *“la consolidación de una determinada perspectiva en la comprensión del proceso salud/enfermedad se traduce en la institucionalización de modalidades específicas de organización de los servicios de salud... se traduce también en una particular modalidad en el proceso de atención y establece características determinantes en el desarrollo de las prácticas sanitarias”* (Laplacette, G. 2008).

Es por eso que el proceso salud-enfermedad no puede pensarse aislado, sino que hay que agregarle un tercer elemento que es el de la atención. Para definir al proceso salud-enfermedad-atención, hay que tener en cuenta que las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad generan en las personas (funcionarios, pacientes profesionales) una idea

con consecuencias prácticas en la forma en que debe ser manejada y asistida (Laplacette, *Ibid*).

El proceso salud-enfermedad-atención, debe ser definido como aquel mediante el cual *“las personas toman una serie de decisiones vinculadas con su salud, condicionadas por su historia personal y su inserción en la estructura social, las representaciones sociales acerca de la salud-enfermedad, la oferta de los servicios existentes y el grado de accesibilidad que tienen a los mismos”* (Laplacette, G. 2008).

En el análisis intracategorías habíamos visto que, en general, los profesionales entrevistados dan cuenta de que es importante tener una visión integradora del concepto de salud, y que no únicamente sea considerada como ausencia de enfermedad. De esta manera, consideran a la salud como un hecho complejo que debe contemplar diferentes aspectos a la hora de abordarla, como por ejemplo: condiciones de vida, aspectos sociales, ambientales y psicológicos, etc.

También los análisis anteriores nos habían permitido observar que algunos de los entrevistados consideran como variable fundamental a tener en cuenta es la dimensión subjetiva, lo que implicaría *“la capacidad de la persona para afrontar los problemas”* y poder resolverlos, así como también *“su sentir respecto a la salud y a la enfermedad”*. Como consecuencia, se puede plantear que para ellos es clave tener en cuenta todas las dimensiones que hacen a la vida misma del ser humano y su complejidad.

Esta forma que tienen los entrevistados de concebir a la salud es coherente con la concepción de Samaja (2004) que define a la salud como:

“la capacidad para percibir-inteligir eventos de enfermedad (irrupciones a los cursos esperados según los ideales de la cultura), y la capacidad para movilizar los recursos biológicos, psicológicos, económicos y políticos necesarios para atender su recuperación y prevención.”

Este autor también sostiene que la salud no es patrimonio exclusivo de ninguna jurisdicción disciplinaria y que por ello es necesario integrar todos los estratos en los que se ponen en juego los valores de la salud humana: molecular, celular, anátomo-clínico, individual, grupal, societal y global (Samaja, Ibid).

De manera tal que esta complejidad requiere además de los servicios que se presten respecto a la atención primaria y secundaria, que se realicen interdisciplinariamente, y esta es una modalidad de trabajo que todos los profesionales entrevistados consideraron fundamental y en la práctica.

Dice Samaja, respecto a la transdisciplina que él propone para superar el reduccionismo en las ciencias de la salud: *“la problemática de las ciencias de la salud no puede arrinconarse en ninguno de estos segmentos de manera exclusiva: los tres campos científicos deben ser reclamados por las ciencias de la salud como propios de su praxis efectiva. Las ciencias de la salud estudian en los tres niveles de la realidad: cosas, sujetos y reglas”*. (Samaja, op. cit.)

La complejidad inherente a los conceptos de salud y de enfermedad requiere también que los profesionales de la salud no solamente dediquen su trabajo a la atención secundaria y terciaria, sino también a la atención primaria (Samaja, Ibid).

La mayoría de ellos lleva a cabo actividades y talleres de prevención con embarazadas, también ponen un gran énfasis en la importancia de que las mamás realicen todos los controles requeridos en el embarazo a fin de poder evitar o detectar tempranamente tanto los partos prematuros como diferentes enfermedades que pueden ocasionar complicaciones en el embarazo, abortos o muerte. Eso aparece como deseable a partir de los dichos de los entrevistados que trabajan tanto en los centros de salud como de la coordinadora del programa materno infantil.

De acuerdo a los dichos de los entrevistados, en la prevención no se contempla únicamente a los aspectos biológicos, sino también a los sociales y psicológicos, ya que en los talleres con las mamás se procura que vayan con algún familiar o amigo que las acompañe en el proceso, y se trata de poder poner en palabras sus miedos y ansiedades a fin de preparar la "estructura materna" para la llegada de ese bebé.

Por otro lado, estos talleres se encuentran integrados por profesionales de distintas disciplinas, a fin de que cada uno pueda aportar sus conocimientos en función del saber propio de su especialidad, a la vez que pueda integrarla con la de los otros profesionales que participan y colaboran en los mismos.

Respecto al Programa Materno Infantil, este es un programa de Nación que intenta ser bajado a los Municipios a fin de brindar los recursos necesarios para poder brindar la mejor atención a la mujer embarazada y al recién nacido. Este programa cuenta con varios pilares que lo sostienen y que son llevados a cabo con una finalidad exclusivamente preventiva. Desde

este programa también se considera como parte de la salud a las condiciones de vida y de acceso a lo básico, por lo cual intenta mejorar la calidad en los servicios y la igualdad en la atención de la salud, intentando dar participación en el proceso a la mayor cantidad de actores involucrados que se a posible.

Por otro lado, en todas las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales existen regímenes especiales de visita tanto para los papás del recién nacido como para su familia. Si bien en algunas los horarios son más flexibles que en otras, en el sentido de que, o bien los horarios pueden estar prefijados o bien los padres pueden circular libremente y en cualquier hora del día; es posible afirmar que en todas ellas se contempla a los padres del recién nacido y se considera de suma importancia su presencia en la recuperación del mismo, sobre todo la de la madre que deberá en cuanto sea posible darle el pecho.

Esta forma de proceder se corresponde con una concepción de salud más amplia que aquella que la considera como mera ausencia de enfermedad y limitada exclusivamente a la esfera de lo biológico, y que también coincide con la concepción asumida por los entrevistados.

Es así que, una vez más, es posible dar cuenta de cómo el concepto que se tenga de salud y enfermedad determina directamente a los servicios de atención que se brinden. En el caso de los entrevistados, y en relación a la atención del bebé en casos de nacimientos prematuros, puede decirse que correspondería a una visión más amplia que se acerca al modelo de "humanización en la atención neonatal".

Dicen al respecto Dinerstein, González y Brundi (2000) que *“el momento en que los neonatólogos comienzan a preocuparse de manera creciente por los fenómenos psico-afectivos y neuro-psicológicos que influyen en el desarrollo del recién nacido prematuro, es cuando comienzan a mejorar los resultados médicos y el pronóstico de estos bebés”*.

En el mismo artículo, se reconoce al recién nacido como prematuro como *“un ser sensible expuesto a estímulos externos, invasivos, lo cual obliga a calmarlo luego de intervenciones dolorosas, rescatándolo del lugar de puro cuerpo biológico”*. (Dinerstein, González y Brundi, Ibid). Al hacerlo, entonces, se lo estaría considerando como un sujeto que no puede ser aislado de su grupo familiar y que necesita, además de los cuidados que propicia la medicina, de los cuidados y afectos que le brinda su familia, en especial sus padres”

En función de los dichos de los entrevistados, podemos afirmar que todos ellos consideran a la salud desde una perspectiva mucho más integradora que la que corresponde a la mera ausencia de enfermedad, de modo tal que podríamos posicionar estas concepciones como más cercanas al modelo de complejidad de salud, y no tanto al que Samaja (op. cit) llama *“modelo newtoniano”*.

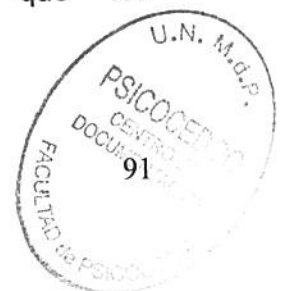
A fin de poder dar cuenta de la complejidad que presentan los conceptos de salud y de enfermedad, reconocen la importancia del trabajo interdisciplinario y dan a conocer su intento por implementarlo en la práctica, aunque a veces no se logra de la manera esperada.

Todo esto se traduce en un modo particular de encarar los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención, especialmente primario y secundario.

En relación a los casos de nacimientos prematuros, la complejidad de tal acontecimiento requiere de la participación de diferentes especialidades de la medicina y del área de salud mental, aunque esta última no es reconocida plenamente como parte de la atención integral del recién nacido y su grupo familiar. Lo que podría inferir que si bien los profesionales adhieren a esta concepción compleja de salud y al trabajo interdisciplinario, en la práctica no se ha logrado implementar totalmente.

En el caso de la atención al recién nacido, si bien se ha podido considerar al bebé no meramente como un cuerpo biológico al cual hay que darle los cuidados exclusivos de la medicina, todavía falta un gran camino por recorrer en lo que respecta a la humanización neonatal, ya que la única participación que tienen los papás en el tratamiento está acotada al régimen de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, sin consideraciones ni recomendaciones específicas respecto a su papel en la recuperación del bebé.

Por otro lado, la función que se le asigna al área de salud mental queda acotada a la capacidad del médico de detectar alguna problemática particular, pero en ninguna de las entrevistas surge como característico el trabajo en conjunto e interdisciplinario con psicólogos en relación a la recuperación del recién nacido y su grupo familiar, pese a que los



profesionales lo indican como necesario e importante para la obtención de los resultados esperados.

POLITICA / SALUD Y ENFERMEDAD / ATENCIÓN / NACIMIENTOS PREMATUROS / INTERDISCIPLINA

El Programa Materno Infantil forma parte de una de las tantas políticas públicas que se llevan a cabo en el Sistema de Salud. Como tal se encuentra directamente relacionado con las prácticas de atención en salud que se ejecutan en el ámbito público. Dice al respecto Carracedo, Iglesias y Saraceni (SF). que *“el análisis de las políticas sociales y en particular de las políticas de salud como construcciones socio-culturales históricas, puede ser abordado a partir de las significaciones y prácticas en salud”*. En este sentido, aclara que las prácticas en salud *“abarcan tanto los recursos para interpretar los acontecimientos en salud como las acciones concretamente realizadas para resolverlo”* (Carracedo, Iglesias y Saraceni, Ibid).

Es decir que los servicios que se brinden en las diferentes instituciones públicas del sector salud estarán determinados por las políticas que el Estado considere necesarias implementar para un momento social, cultural y económico dado, así como también en función de la concepción dominante que se tenga de los procesos de salud y enfermedad.

Con respecto al Programa Materno Infantil, podemos ver que, a partir de los datos recabados en la entrevista, los pilares fundamentales que lo sostienen son Vigilar, Nacer, Adolescente, de Planificación y Reproducción, SIP y el modo en que son implementados en los municipios que comprenden

la Región Sanitaria VIII, a fin de brindar una mejor calidad en la atención tanto primaria como secundaria.

Por otro lado, la relación que se encuentra entre las políticas públicas y el concepto de salud y enfermedad es fundamental para entender las prácticas de atención que en los servicios se brindan. De acuerdo a la información obtenida en las entrevistas, el Programa Materno Infantil tiene una concepción suficientemente “integradora” del concepto de salud, lo que implica una manera mucho más dinámica de implementar los diferentes programas en la Región, e involucrando a la mayor cantidad de actores sociales implicados en el proceso.

Dice la entrevistada al respecto: *“Nosotros lo que estamos haciendo en la Región es encarar a la salud realmente no como enfermedad, sino realmente este concepto de trabajar desde el área social, psicológica, ambiental, porque estamos viendo y sumamos por primera vez a este grupo de salud geógrafas”*. Para lo cual comienza a ser fundamental la capacidad de trabajar en equipo, y a lo que a entrevistada agrega que éste *“es un trabajo que va costando, que nos vamos conociendo, pero bueno, que hace que el enfoque de salud sea distinto, no ver nada más a la paciente, a la mamá o al niño enfermo, sino hacer la prevención, entonces ahí convocás a otras áreas”*. Por ello, la entrevistada concluye que *“esta identificación y este trabajo es el que queremos conseguir desde Región, ampliar y hacer un poco más amplia esta definición de salud, ese es el cambio que estamos haciendo”*.

Cuando narra en qué consiste el trabajo, ella dice: *“vamos a tal municipio y nos sentamos con la gente del lugar y le preguntamos cuál es la propuesta de ellos, porque son los que más conocen el territorio y nosotros tratar de adaptarnos a ese caso, no ser tan estructurados, porque ya está demostrado que tan estructurado no estamos consiguiendo muy buenas cosas y creo que eso de abrir un poco más la cabeza y aceptar que los otros jueguen con nosotros y que intervengan también es importante, así que bueno, eso es lo que nosotros desde este programa estamos encaminando, desde la Región a los Municipios”*.

Parece ser que desde este modelo de salud con el cual se trabaja, un modelo mucho más integrador y complejo, en donde no puede pensarse a la salud como mera ausencia de enfermedad, se intenta favorecer la participación de la mayor cantidad de actores, sectores y ámbitos de trabajo que puedan aportar algún beneficio en los servicios de salud que los municipios deben afrontar.

Almirón (2008) da su parecer con respecto a lo que para él el concepto de salud implica, afirmando que *“sería un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad. Este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir a la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud”*.

Esta forma de pensamiento estaría en concordancia con un nuevo modelo de salud propuesto por Souza Campos (2001), quien describe un *modelo de gestión para sistemas y establecimientos del área de la salud que*

denomina "método de Gestión Colegiada o de Gestión Democrática del trabajo en equipos de salud". En este nuevo método "se pretende alternativo a la tradición "autoritaria y burocrática" de la teoría general de la administración.... El nuevo modelo de gestión colegiada constituiría procesos graduales de cada vez mayor delegación de la autonomía a los equipos, creando nuevos patrones de responsabilidad de los trabajadores con la salud de los ciudadanos. Se apunta a que los trabajadores no sólo participen, sino que principalmente se apropien creativamente de los planes *construidos en conjunto*" (Carracedo, Iglesias y Saraceni, op. cit)

En relación a los nacimientos prematuros, el Programa Materno Infantil procura favorecer la prevención de los mismos, así como también disminuir la tasa de mortalidad neonatal, al decir de la misma entrevistada: "El programa lo que hace es bajarlos a los Municipios, el Municipio debe de alguna manera prevenir el parto prematuro con un buen control prenatal en la mamá, ~~un buen control prenatal en la mamá~~, o sea un control como debe ser, con la cantidad de controles necesarios, con la cantidad de laboratorios, con ecografías que se tengan en tiempo y forma, porque a veces pasa que la mamá va al control pero nunca llega a un estudio porque los turnos son re alejados, entonces, lo que nosotros buscamos, de alguna manera es facilitarle, darle las herramientas que necesita este municipio, un ecógrafo, porque cada vez que va a sacar un turno al Materno tiene un turno de acá a dos meses, pasaron dos meses en que la mamá no se hizo ninguna ecografía, bueno, entonces, a través de las necesidades que nos van a dar,

nosotros tratamos de conseguirle esa herramienta o ese insumo, ya de esa manera vos estás haciendo prevención del parto prematuro”.

A partir de lo anteriormente expresado, es posible pensar que desde el Programa Materno Infantil, lo que se intenta es instalar un sistema de atención primaria y secundaria que garantice condiciones de equidad en el acceso y la calidad de los servicios con la mayor efectividad posible, asegurando que la promoción de la salud, la prevención, el cuidado y el tratamiento, sean garantizados desde el Estado y esta modalidad es concordante con un modelo de salud complejo que no puede dejar afuera a ningún sector involucrado en el área de salud, como son los profesionales de diversas disciplinas, funcionarios públicos y actores de la comunidad en general.

La interdisciplina es otra de las categorías de análisis que se relaciona directamente con las políticas públicas, ya que, desde el Programa Materno Infantil se considera fundamental el trabajo interdisciplinario y se lo intenta implementar pese a las dificultades que puedan surgir y que son inherentes a la práctica misma. Al respecto dice una de las entrevistadas: *“la interdisciplina ...()...puede existir, y esto yo lo aprendí más que nunca, no porque me lo dio la universidad, sino que me lo dio este postgrado de médicos comunitarios, yo aprendí que con la interdisciplina se pueden hacer muchas cosas, que se puede trabajar de verdad por la comunidad y para la comunidad y para uno mismo como profesional, el tema es aceptar y abrir la cabeza, que la verdad esto la facultad no nos prepara”.*

Respecto a este tema, la información que se obtiene de las entrevistas indica que la labor que el Programa Materno Infantil lleva a cabo e intenta implementar en los municipios es interdisciplinaria, sobre todo en lo que hace a la prevención de los partos prematuros.

Por un lado, desde el Programa se garantiza que los Municipios dispongan de los recursos médicos necesarios para que las mamás accedan a los controles requeridos en el embarazo y por otro, que también cuenten con los recursos humanos y profesionales que permitan una mejor y más completa calidad en la atención. Entre los mismos se mencionan no solamente médicos y enfermeras, sino también psicólogos, asistentes sociales y promotores de salud que hacen a la atención integral de la embarazada y esto también tiene que ver y se encuentra determinado por el concepto integrador y complejo de salud desde el cual se trabaja en el Programa Materno Infantil.

BIOETICA / NACIMIENTOS PREMATUROS / SALUD Y ENFERMEDAD / POLITICAS / ATENCION

Como fue mencionado anteriormente en el apartado dedicado a la bioética, se considera que la misma debe ser concebida como una rama de la ética aplicada, cuyos principios fundamentales son: el principio de beneficencia, el principio de no maleficencia, el principio de justicia y el principio de autonomía.

La bioética, es una ética que ha sido aplicada al campo de las ciencias de la salud, en especial al de la medicina, de modo tal que los



servicios de atención que se brindan están condicionados y determinados en gran medida por la ética médica que adopte el profesional de la salud ante sus pacientes.

Habíamos señalado que algunos principios que se ponen en juego a la hora de tratar al paciente son, en primer lugar, los principios de beneficencia y el de no maleficencia que implican no solamente hacer un bien, lo que estaría representado en la práctica por todos los procedimientos de atención y prevención que son requeridos para reestablecer la salud o evitar la enfermedad; sino además que esos procedimientos sean lo menos nocivos posible para el paciente. Respecto a esto podemos afirmar que, a partir de los dichos de los entrevistados, y en relación a los casos de nacimientos prematuros, todos conciben que la finalidad de los profesionales es la de reestablecer la salud del recién nacido, proporcionando los cuidados adecuados a fin de propiciar la maduración del organismo del bebé. Si bien los procedimientos que se le realizan al recién nacido para su recuperación son sumamente invasivos, los profesionales tratan de hacerlo en las condiciones más favorables y evitando el mayor daño posible.

Por otro lado, todos los entrevistados reconocieron la importancia del cuidado materno para contribuir a la mejora del bebé, de modo tal que en todas las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, si bien cada una posee su propio régimen de horarios, se contempla la visita de los padres y en especial la de la madre para que en la medida de lo posible y cuando lo permita el estado de salud del bebé, se le pueda dar el pecho materno.

De acuerdo al principio de autonomía, que implica la posibilidad de que los pacientes puedan dar su consentimiento a cerca de los procedimientos médicos que se le brindarán, uno de los entrevistados dio cuenta del mismo al mencionar que cuando se llevan a cabo tratamientos de alta complejidad o cuando existe algún riesgo en la salud del bebé, se les consulta a los padres y se les explica los procedimientos que se le van a aplicar al recién nacido. Con esto se evidencia el respeto por la autonomía y la información que los profesionales deben brindar y que los pacientes deben tener antes de que se les administres cualquier tipo de asistencia que comprometa su salud.

El último principio que se pone en juego tanto en relación a las políticas públicas a implementar como a los servicios de atención que se brinden es el principio de Justicia. Este principio implica, por un lado, la equidad en la distribución de los recursos económicos (materiales) a fin de que todos los usuarios del sistema de salud puedan acceder de forma igualitaria a los servicios correspondientes a los diferentes niveles de atención. Esto lo podemos observar en la entrevista correspondiente al Programa Materno Infantil, donde la preocupación fundamental de la Región es que todos los Municipios cuenten con los recursos y materiales necesarios para poner en práctica los programas correspondientes de prevención así como también de asistencia. Sin que nadie quede excluido del sistema.

Por otro lado, la equidad es un dilema ético que contempla la igualdad de los derechos que poseen todos los usuarios del sistema de salud

independientemente de la gravedad de su estado, de su posición económica, edad, etc.

CONSIDERACIONES

FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

A partir del problema de investigación planteado y los relevamientos realizados para obtener evidencia empírica que nos permitiera responderlo, en esta investigación se ha realizado relevamiento documental de programas y servicios sanitarios relacionados con la atención de nacimientos prematuros, se han tomado entrevistas a profesionales de la salud y se han observado, en algunos casos, el funcionamiento de los servicios.

Todo ello nos permite plantear que, en términos generales, asistimos a un momento en que las concepciones de salud que subyacen en los programas y servicios sanitarios trascienden, al menos desde lo conceptual, la noción clásica (newtoniana, diría Samaja) que la supone como ausencia de enfermedad y/o como un equilibrio entre sistemas donde predomina lo biológico (paradigma biomédico). Por el contrario, los programas y servicios consideran a la salud como un proceso social en el que se conjugan prácticas e imaginarios no sólo de los prestadores, sino también de los receptores y actores de la comunidad. En términos de etiologías, esto supone la incorporación de factores sociales en la producción de cuadros patológicos y la incorporación de problemas como la violencia, las adicciones con una concepción amplia, etc. En lo que respecta a los programas y servicios de salud materno-infantil, lo social aparece en la incorporación de la representación social que tienen las poblaciones sobre el proceso salud-enfermedad (por lo que resulta salud-enfermedad-atención). También en la consideración de factores sociales, como se decía anteriormente, para explicar los desencadenantes de muchas patologías, y

en una mayor ponderación de servicios periféricos de atención primaria de la salud (los CAPS o centros de salud en Mar del Plata). Todo ello sin dejar de lado la educación comunitaria entendida como la principal actividad de promoción de la salud que, para este tipo de problemáticas, se llevan a cabo en nuestra Región sanitaria por el equipo local del Programa Materno Infantil. Sin embargo, en la práctica hay condiciones que muchas veces dificultan todas estas incorporaciones conceptuales, situaciones que los entrevistados generalizan como “dificultades cotidianas”, que suponen que muchas veces en urgencia se toman decisiones basadas en criterios biomédicos o, quizás, con la centralidad del médico, aunque se trate de una derivación. Esta tendencia se puede ver mucho más pronunciada cuando los servicios pertenecen al sector privado de salud.

Por todo esto es que entendemos que, en términos paradigmáticos, estaríamos en condiciones de plantear que asistimos a un momento de transición entre los paradigmas clásico y complejo de salud. Esto se puede ver con mayor claridad cuando analizamos transversalmente imaginarios y prácticas de los profesionales.

En términos del lugar del psicólogo, el reconocimiento que se le hace al mismo por parte de otros profesionales de la salud, hemos encontrado que tanto en los servicios de primer nivel de atención como de atención hospitalaria para el sistema público el psicólogo goza de un mayor reconocimiento de su intervención específica en el campo de salud materno-infantil. Es decir, no tanto desde una psicología general sino desde la especificidad de una psicología perinatal. Las primeras experiencias se

llevaron a cabo hace casi veinte años en la Clínica Sardá de Buenos Aires y, desde entonces, se comenzaron a generar espacios para la intervención psicológica perinatal y también a nivel de contención familiar. En el caso del Hospital Interzonal Materno Infantil (HIEMI) se logra a través de un convenio marco entre ese efector y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, por el que se implementa un programa de intervenciones interdisciplinarias basadas en psicología perinatal y bajo la coordinación de la Lic. Arouguetti. Este programa supone una intervención a dos niveles: en un centro de salud, donde se implementan talleres de educación y prevención, y en el propio HIEMI donde se internan los embarazos de riesgo. En ambos casos, los psicólogos del equipo de Arouguetti lograron valoración positiva de los otros profesionales, lo que nos permite afirmar que se ha estado creciendo en ese sentido. No ocurre lo mismo cuando se trata de servicios pertenecientes al sector privado de salud donde, al igual que afirmamos antes, el psicólogo ocupa un lugar donde se lo reconoce más por su intervención generalista que específica: contención familiar.

Estas observaciones son importantes de ser señaladas porque nos permiten conocer mejor cómo se distribuyen las valoraciones y prácticas según ^{el} sector. Así como decíamos que en el sector privado se tiende a funcionar de una manera más clásica, tanto desde el paradigma de salud que sustenta las prácticas y los imaginarios, del mismo modo podemos afirmar que en el sector público hay una mayor cobertura de los niveles de atención considerados: primero y segundo, en principio. Lo que ocurre con el

tercer nivel, al menos para el tipo de problemáticas aquí estudiadas, merece una consideración ^{se}apartada. Según el mapeo de servicios públicos, podemos establecer que los que están relacionados con el primer nivel de atención suponen dos tipos fundamentales de intervención: prevención y promoción. Sin ser tan esquemáticos en la separación entre esos niveles, el material de los informantes calificados nos permite decir que desde los centros de salud se han planificado, para el caso de embarazos normales, todas las actividades correspondientes a controles pre y postnatales. Al mismo tiempo, se conjugan con actividades de talleres y otras formas de educación para la salud, o por lo menos espacios de reflexión. En el otro nivel, el de la promoción, la actividad se concentra con mayor concentración de recursos en el Programa Materno Infantil, que se implementa desde la región Sanitaria VIII (lo que implica General Pueyrredón y otros dieciséis municipios) y allí el equipo implementa acciones de acuerdo a lo que indica el programa, realiza promoción, educación, controles, referencias al hospital o centro de salud correspondiente cuando detectan casos sin controles, entregas de insumos, gestión de la información (fundamentalmente a través del SIP y un programa de vigilancia epidemiológica basado en corredores endémicos). El segundo nivel de atención, en cambio, supone los servicios que se prestan desde el Hospital Interzonal Materno Infantil (HIEMI), desde los que se internan los embarazos de riesgo, se asisten los partos y se contrarreferencia a los centros de salud correspondientes cuando se trata de nacimientos normales para los controles postnatales. El tercer nivel de atención para el tipo de problemáticas que aquí estudiamos no supone un

servicio específico, sino que en la práctica se tiende a absorber a posteriori desde servicios generales como, por ejemplo, se trata con posterioridad un retraso mental como ~~retraso mental~~ sin distinguir si se ~~haya~~ llegado al cuadro por factores congénitos, perinatales o hereditarios. Otro ejemplo, asumiendo el alto riesgo de que padres de nacimientos prematuros contraigan depresión, no es que los servicios cuentan con un punto específico a tercer nivel de atención, sino que se trata o se tratará desde un segundo nivel general ahora o cuando se haya declarado. Y así con cualquier otro problema que pudiera estar relacionado con los nacimientos prematuros.

Respecto a la posibilidad de confirmar o refutar hipótesis, la evidencia recolectada nos permite decir que, efectivamente, hay un predominio del modelo clásico del proceso salud-enfermedad-atención, quizás con variaciones importantes cuando analizamos por sector público, privado o de seguridad social. Esto no significa que sea nula la presencia de elementos del modelo psicosocial de salud, simplemente que en algunos servicios del sistema público aparece como más abierto el imaginario no sólo a lo conceptual sino a esbozos de intervención basada en interdisciplina. Sin embargo, como decíamos antes, no es que en los otros sectores no haya indicios, sino que cuando elaboramos un juicio basados en las observaciones se puede ver a través del modo en que se planifican los servicios.

En lo que tiene que ver con la segunda hipótesis de trabajo, directamente relacionada con la anterior, no contamos con la evidencia

empírica esperada ya que hubo dificultades para la toma de escalas a los profesionales que trabajan en el Programa Materno Infantil, pero a juzgar por las referencias de los informantes calificados que fueron entrevistados para esta investigación, todo parecería indicar que, por lo menos, habría una tendencia hacia lo que se afirmaba en la segunda hipótesis de trabajo de esta investigación como transición de modelos a nivel de valoraciones subjetivas. Sin embargo, no creemos estar en condiciones de poder afirmar que se tratase de algo observado a partir de los hechos.

Más allá de esa limitación, entendemos que la evidencia recolectada nos permite afirmar, en términos globales, que los hechos se orientan en la misma dirección que se presumían en las hipótesis de trabajo, con el señalamiento de que la evidencia recolectada nos permite afirmar que la realidad es algo más diversa y heterogénea que lo supuesto, precisamente por la intervención de otros factores que atraviesan todo servicio de atención a la salud: la disponibilidad de recursos, la presión de la demanda de atención, la semana epidemiológica, etc.



REFLEXIÓN FINAL

REFLEXIÓN FINAL

A demás de servirme para formular y confirmar una hipótesis de trabajo, considero que el proceso fue en sí una instancia de aprendizaje en el cual pude adquirir por primera vez los conocimientos formales necesarios para llevar a cabo una investigación.

En primera instancia ésta fue pensada para dar cuenta de la importancia que tiene para la recuperación del recién nacido prematuro el vínculo con su madre y con su grupo familiar y que la atención médica si bien es imprescindible, no es la única posible, ya que los aspectos psicológicos y sociales del bebé también deben ser contemplados en su tratamiento.

La temática de este trabajo surgió a partir de la observación de un caso real así como también de un trabajo realizado para un seminario de promoción de la materia Epistemología de la Psicología. Buscando material sobre el tema encontré un día en una librería "Clínica psicoanalítica con bebés prematuros" de Catherin Mathelin lo que terminó de convencerme para la realización del mismo debido al posicionamiento teórico y práctico que la autora propone para el tratamiento con bebés prematuros.

La primera aproximación que tuve al material bibliográfico arrojó que ya existían investigaciones, producciones teóricas y práctica profesional dedicada a este tema, por lo cual fue necesario dar un giro a la temática y realizar un estudio descriptivo sobre los discursos y dispositivos de atención para los casos de nacimientos prematuros implementados en algunos de los

hospitales y clínicas de la ciudad de Mar del Plata. A partir de esta información se decidió articular los datos obtenidos con la valoración personal de los profesionales intervinientes en relación al proceso salud-enfermedad-atención y nacimientos prematuros.

La realización del presente escrito no fue fácil sino que requirió de gran tiempo y esfuerzo dedicados al mismo, pero valió la pena ya que a través del mismo se pudo arribar a la corroboración de las hipótesis de trabajo que consistían en determinar primero: que en la concepción del proceso salud-enfermedad-atención y de nacimientos prematuros de los discursos y dispositivos de hospitales y clínicas marplatenses ~~prevalezcan~~ ^{con} los supuestos básicos del modelo newtoniano de salud (caracterizados por Juan Samaja) y que esto presente discrepancias significativas respecto a la valoración personal de los profesionales que trabajan en este tipo de problemáticas. Y segundo: que la valoración personal de esos profesionales tendrá elementos de ambos modelos –el newtoniano y el complejo–, manifestando un momento de transición de un modelo a otro y cuyas manifestaciones se darían primero en el orden de la subjetividad de esos profesionales y luego se acompañen de cambios en las estructuras (los servicios, dispositivos, modos de intervención).

Si bien la temática que fue seleccionada para llevar a cabo la investigación tiene que ver con los casos de recién nacidos prematuros, cabe destacar que las hipótesis que se postularon pueden haber sido investigadas en función a otras problemáticas como por ejemplo, pacientes

oncológicos, diabéticos, niños con enfermedades congénitas o malformaciones, etc.

De modo tal que la importancia del trabajo no reside fundamentalmente en los casos de nacimientos prematuros sino en la modalidad de trabajo que los profesionales aplican en su práctica cotidiana y su relación con los conceptos que subyacen a cerca de los procesos salud-enfermedad-atención, así como también de interdisciplina entre otros.

A demás de los profesionales que intervienen directamente en la práctica con casos de nacimientos prematuros, se realizaron entrevistas por un lado, con la responsable del Programa Materno Infantil de la Región para que pudiera dar cuenta de los programas que se llevan a cabo para mejorar la calidad de la salud materno infantil y por otro, con una especialista en bioética ya que se consideró de suma importancia la visión que podía aportar respecto a esta temática en la que la vida de un recién nacido se encuentra en riesgo y que por lo tanto, se deben tomar decisiones delicadas respecto a la salud del mismo.

En relación a las dificultades que interfirieron para la realización del trabajo tal cual fue dispuesta en el plan de trabajo, tenemos por un lado la imposibilidad de administrar la escala de valoración personal a distintos profesionales y por otro la de entrevistar a un profesional de la Clínica 25 de Mayo. Respecto a la primera, las dificultades son inherentes a las condiciones epidemiológicas en las cuales nos encontrábamos el año pasado, en la que, debido a la gripe AH1N1...los profesionales intervinientes en el Programa Materno Infantil suspendieron todas sus actividades, así

mismo, transcurrido el período de precaución del contagio de la enfermedad, no fue posible tampoco administrar las escalas debido a una reorganización interna y a un recambio de personal del Programa los cuales se encontraban en proceso. En cuanto a la entrevista programada de la clínica 25 de Mayo no pudo ser concretada debido a la negativa en reiteradas ocasiones de quien iba a ser entrevistado.

Por último, creo necesario resaltar como mencioné anteriormente que no solamente adquirí conocimientos específicos respecto a la temática seleccionada, cuya finalidad es la del trabajo, sino que adquirí conocimientos del proceso en sí, es decir, de la manera en que debe ser realizada una investigación, cuáles son los pasos a seguir, la forma de citar de acuerdo a la APA, así como también de escribir la bibliografía correctamente. Otro de los conocimientos que pude desarrollar es el de administrar entrevistas, poder preguntar y obtener información respecto a un tema.

Si bien no es tarea sencilla considero que la investigación de grado es un paso fundamental y necesario que todo estudiante debe realizar para obtener capacitación y la formación necesaria que le permitirán seguir ampliando su campo de estudio tanto en la carrera de grado como después de recibir su título.

BIBLIOGRAFIA



Agazzi, E. (2002). El desafío de la interdisciplinaridad: diferencias y logros. Seminario en el Departamento de Filosofía, Universidad de Navarra. Recuperado el 19/06/09 de: <http://www.unav.es/cryf/eldesafiodelainterdisciplinaridad.html>.

Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año XVII, Vol. 14, Nº 4, págs. 56 a 65.

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999) "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica" en *Cuadernos Médico Sociales*: Rosario. Nº 75.

Amaro Cano, M., Valencia, M. L., Casas, S. B., Maynelo, H. (1996). Principios Básicos de la Bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, Vol 12(1) Extraído el 8 de Febrero de: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm.

Almirón, L. M. (2008). Construcción rizomática del concepto de Salud Mental.

Arougueti, E. et al: (2007) *Intervenciones interdisciplinarias en mujeres embarazadas. Hacia la construcción de un modelo desde la psicología perinatal*. Comunicación presentada en el III Congreso Marplatense de Psicología "Psicología, Universidad, Comunidad: Redes actuales en la producción colectiva de saberes y prácticas", celebrado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2007.

Carta de Ottawa (1986). Extraído el 01 de julio 2009 de: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.

Carracedo, E., iglesias, P., Saraceni, M.L (SF). *Significaciones sobre el proceso de salud/enfermedad/atención y de las políticas en salud pública*. Escuela de antropología, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.

Cohen D.(2004). *Temas de Bioética para inquietos morales*. Ediciones del Signo. Buenos Aires.

Dinerstein, N., González, M.A. Y Brundi, M. (2000). Humanización en la atención neonatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 19, núm. 004. p. 173-176. Extraído el 28 de agosto 2008 de: <http://redayc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91219407&iCveNum=10275>.

Fazzio, A.; Sokolovsky, J. (2006). *Cuestiones de la Niñez: aportes para la formulación de políticas públicas*. Ed. Espacio. Buenos Aires.

Geertz, C. (1992) *La Interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa: Barcelona.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter: New York.

González, M. A., Larguía, M.A., Lomuto, C. (2007). Contención de Padres en Crisis. Comunicación y manejo de los padres de RN en riesgo de morir. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 26, num. 004, p. 177-181. Extraído el 28 de agosto 2008 de: <http://www.sardá.org.ar/revista%20sard%C3%A1/2007/2007-4pdf>.

González, M. A. y Naddeo, S. J. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y Salud Mental. *Revista*

del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Vol. 26, núm. 004, p. 155-158.

Extraído el 28 de agosto 2008 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf>.

Guerra, M. M. y Landaburú, M. M. (1998). Reflexiones en Torno al Concepto de Salud. *Ficha de circulación interna de la materia Instrumentos de Exploración Psicológica II*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Helman, V., Villavela, M. (2000). *Niños Prematuros. La Clínica de lo perentorio*. Lugar Editorial, S.A.: Buenos Aires.

Introducción a la Bioética: Principios básicos de la Bioética. Extraído el 10 de Diciembre de 2009 de: <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm#11>.

Laplacette, G. (2008) "Metodología de la investigación: distintos abordajes del proceso salud-enfermedad-atención". Comunicación presentada en el congreso "Salud y Sociedad ¿De la APS a la Salud Colectiva? CONAMER: Buenos Aires.

Mathelin, C. (2001). *Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Ediciones Nueva Visión SAIC. Buenos Aires.

Morín, E. *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa. Barcelona.

Paz, R. (1976). *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. Editorial Nueva Visión. Bs As.

Najmanovich, D. (2006). *Viviendo Redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Elina Dabas (comp). Ed. Ciccus, Buenos Aires.

Rodríguez Salgado, C. (1997). Salud Enfermedad. *Ficha de circulación interna de la Cátedra Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.*

Ruiz, A. M., Ceriani Cernadas, J. M., Cravedi, V. y Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de bebés prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 103, p. 36-45. Extraído el 16 de julio 2008 de:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0325-00752005000100008&ing=es&nrm=iso

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial: Buenos Aires.

Samaja, J. (2000) *Semiótica y dialéctica*. JVE Ediciones: Buenos Aires.

Sonis, A. (1990). *Actividades y Técnicas de Salud Pública*. Editorial El Ateneo. Bs. As.

Souza Campos, Gastao Wagner de, 2001; *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial. Buenos Aires. En Carracedo, E., iglesias, P., Saraceni, M. L. (SF). *Significaciones sobre el proceso de salud/enfermedad/atención y de las políticas en salud pública*. Escuela de antropología, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.

EL campo psi. Recuperado el 28/07/09 de:

<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>.

ANEXO

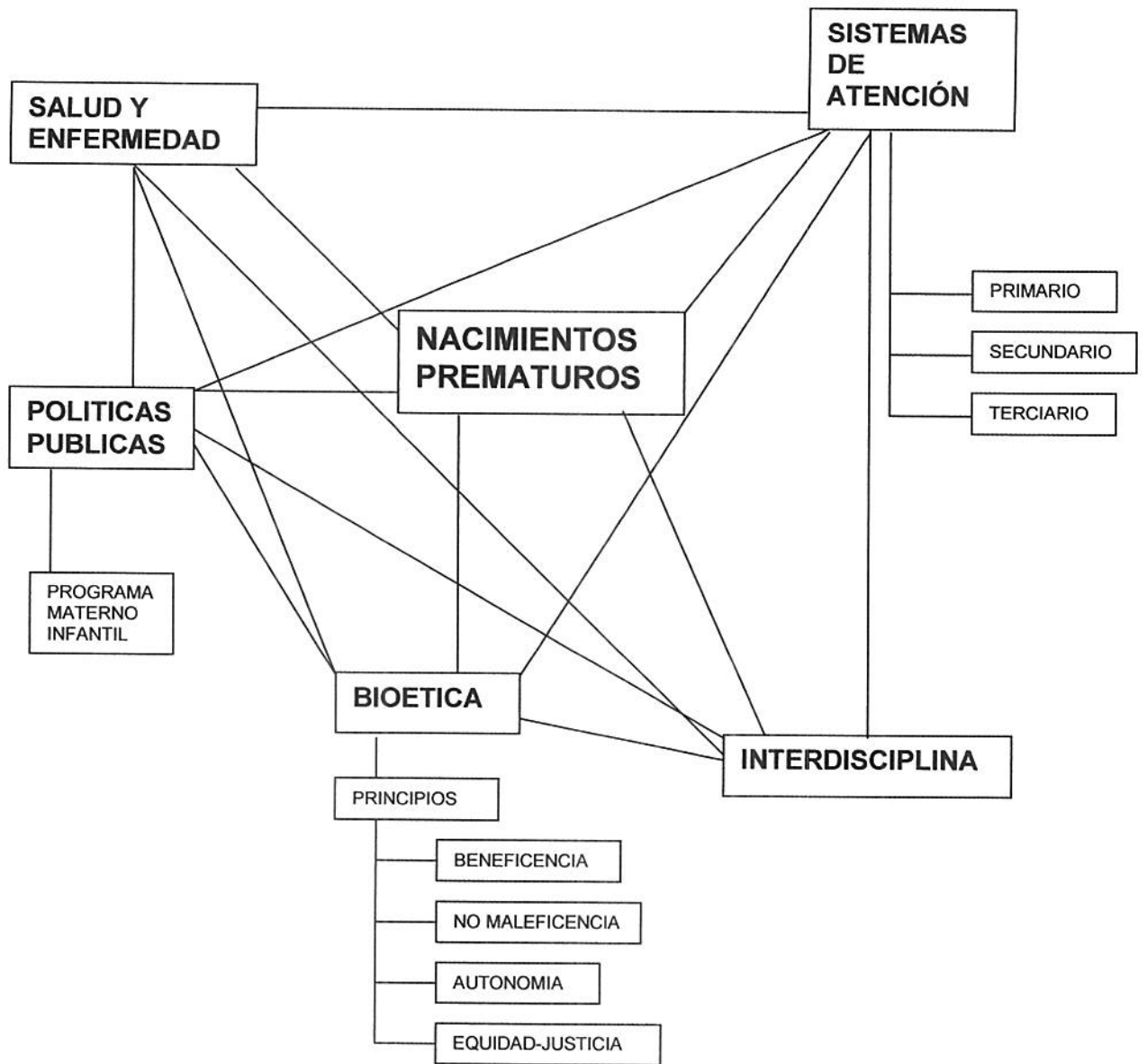


Gráfico 1: Mapa Conceptual de los Términos Principales de esta Investigación.

NACIMIENTOS PREMATUROS

Los nacimientos prematuros son situaciones de salud materna infantil que suponen un adelanto significativo del parto. Sus consecuencias casi siempre están asociadas con riesgos a enfermedades y fragilidad biológica en el niño, y a depresión en los padres y/o familiares.

Desde una concepción clásica de salud, los nacimientos prematuros son ubicados en cuadrantes determinados por el número de semana de gestación y a partir de allí se consideran los riesgos asociados. Desde una concepción psicosocial de la salud, se considera el hecho biológico, pero se agrega el impacto que esta situación puede provocar en padres y/o familiares y en los mecanismos de integración y reintegración social con que cuenta una comunidad.

Desde el punto de vista de los servicios que se planifican para atender este tipo de situación, encontramos acciones que se concentran fundamentalmente en los dos primeros niveles de atención. En atención primaria, y muy directamente relacionado con la política pública de salud, la mayoría de las acciones de promoción y prevención se llevan a cabo en el marco del Programa Materno-Infantil.

Parte de estas actividades de promoción suponen el trabajo comunitario mancomunado con otros efectores del sistema de salud local y también con otros actores de la comunidad, fundamentalmente voluntarios que trabajan desde escuelas de barrio. Al mismo tiempo, y si bien en el mismo nivel de atención pero en otro de prevención, los centros de salud

concentran todas las acciones que tienen que ver con controles pre y postnatales, sobre todo aquellos relacionados con embarazos sin riesgo.

En el segundo nivel de atención encontramos directamente los servicios hospitalarios y de clínicas donde se producen los nacimientos. A nivel público, el Hospital Materno-Infantil concentra la totalidad de los servicios para asistir partos normales y de riesgo. En el sector privado, Mar del Plata cuenta con un grupo de clínicas privadas que también prestan este tipo de servicios. En el resto de los partidos de la Región Sanitaria VIII, los hospitales municipales concentran también estos servicios, aunque existe la posibilidad de en casos de extrema complejidad los casos sean referenciados al Hospital Materno-Infantil.

Más allá de los servicios y circuitos, la atención de nacimientos prematuros supone un abordaje multidimensional, lo que en los hechos sería un trabajo interdisciplinario. Por supuesto que la interdisciplina estará relacionada con la planificación de los servicios, con la política de salud y con el quehacer cotidiano cada vez que toque atender uno de estos casos. Una de las consideraciones más novedosas de los últimos años es la incorporación de psicólogos a los servicios de obstetricia, como ocurre en el servicio del Hospital Materno-Infantil, desde el que estos profesionales intervienen siguiendo conocimientos de la psicología perinatal. Al respecto, la psicología perinatal supone un abordaje también multidimensional que considera en nivel biológico del nacimiento (inmadurez orgánica y dependencia), el nivel psíquico (el nacido por-venir) y el nivel social de los familiares (apoyo social).

Otra de las disciplinas que hacen un gran aporte es la bioética, precisamente mediante la reflexión, análisis y discusión interdisciplinaria se construyen posiciones respecto a situaciones particulares que ponen en juego conflicto de valores. La salida a esos dilemas no es algo absoluto, no se trata tanto de categorías a priori y universales (deontología kantiana) que se aplican igualmente en todos los casos, como si de un juicio basado en la ponderación "*prima face*" de 4 principios básicos: (1) de beneficencia, (2) de no maleficencia, (3) de autonomía y (4) de equidad-justicia. En este sentido, la bioética es una herramienta de mucha utilidad para la toma de decisiones cuando se trata de riesgos tan altos que bordean la muerte del recién nacido.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

Las preguntas de las entrevistas fueron divididas en 4 ejes:

1. Trayectoria profesional.
 2. Trabajo actual y conformación del quipo de trabajo.
 3. Servicios de atención que se brindan.
 4. Valoración personal respecto a: conceptos de salud-enfermedad, interdisciplina, nacimientos prematuros y bioética.
-
1. Trayectoria profesional:
 - ¿Cuál es su formación profesional?
 - ¿Cuál es su trayectoria de trabajo?

2. Trabajo actual y conformación del equipo de trabajo

- ¿Dónde trabaja actualmente?
- ¿En qué consiste el trabajo que lleva a cabo actualmente?
- ¿Cómo se encuentra conformado el equipo de trabajo, cuál es su función dentro del mismo?

3. Servicios de atención que se brindan:

- ¿Cuáles son los cuidados que se brindan al recién nacido prematuro?
- ¿Se incluye al grupo familiar en su tratamiento?
- ¿Cómo es el régimen de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?
- ¿Cuándo se le da el alta al bebé?
- ¿Cómo es el seguimiento del recién nacido prematuro?
- ¿Cuáles son los servicios de atención que se brindan a la mamá embarazada?
- ¿Cómo se detecta un parto prematuro, qué indicadores se suelen tener en cuenta?
- ¿Cómo se caracteriza a un embarazo de riesgo?
- ¿En qué casos se deriva a la mamá embarazada al Hospital?
- ¿Cómo se previene un parto prematuro?
- ¿Que programas se llevan a cabo en relación a la salud materno infantil?

4. Valoración personal respecto a: conceptos de salud-enfermedad, interdisciplina, nacimientos prematuros y bioética.

- ¿Cuál es el concepto que posee ud. y su equipo de trabajo respecto a los procesos de salud y enfermedad?
- ¿Qué entiende por interdisciplina?
- ¿Cuál es su opinión respecto al trabajo interdisciplinario?
- ¿Qué es la bioética?
- ¿En qué casos se aplica la bioética?
- ¿Cuál es el concepto que posee de nacimiento prematuro?
- ¿Cuándo un niño es considerado prematuro?

5. Rol del Psicólogo:

- ¿Qué función cree que tiene el rol del psicólogo en casos de nacimientos prematuros?
- ¿Cree qué es importante la atención psicológica a padres de bebés prematuros?
- ¿Existe algún tipo de atención psicológica al grupo familiar del recién nacido prematuro?