



observatorio de la
(MATERNIDAD)

boletín de la maternidad

CONTENIDOS | FEBRERO DE 2013

¿QUÉ ES EL OBSERVATORIO DE LA MATERNIDAD?

La Fundación Observatorio de la Maternidad es un centro de estudios sin fines de lucro, cuya misión es promover el valor social de la maternidad.

Para ello, se incentiva la generación de información y conocimiento especializado y actual, que integre los aspectos sociales, laborales, educativos y de salud, y contribuya a iluminar la realidad y los problemas relacionados con el fenómeno de la maternidad. El objetivo es aportar soluciones creativas y de implementación factible, a fin de mejorar la calidad de las políticas públicas y privadas dirigidas a las madres, sus hijos y sus familias.

BOLETÍN DE LA MATERNIDAD

Es una gacetilla informativa que procura condensar y divulgar opiniones, estudios e iniciativas vinculados a la maternidad, de elaboración propia o de terceros.

Cada número del Boletín –de difusión cuatrimestral– incluye una columna de opinión, una entrevista a profesionales o especialistas, una sección de tendencias que abarca las novedades sobre maternidad, y una nota sobre políticas y programas públicos o privados a favor de la madre, sus hijos y su familia.

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación editorial y redacción:

Lic. Carina Lupica y Lic. Gisell Cogliandro

Fotografía: Inés Miguens

ISSN: 1851-3395

www.o-maternidad.org.ar

APOYO INSTITUCIONAL

LA DISTRIBUCIÓN POSTAL DEL BOLETÍN DE LA MATERNIDAD N° 17 SE REALIZA GRACIAS AL APOYO DE:

Grupo Logístico Andreani

n° 17

columna de opinión escenario local

PÁGINA 2

la desigualdad persistente. su caracterización a través del análisis comparativo de los recursos y oportunidades de las madres porteñas y bonaerenses

LA DISPARIDAD DE OPORTUNIDADES EN DETRIMENTO DE LAS MADRES BONAERENSES AFECTA SU CALIDAD DE VIDA PRESENTE PERO TAMBIÉN EL BIENESTAR FAMILIAR Y EL DESARROLLO DE SUS HIJOS E HIJAS EN EL FUTURO.

POR CARINA LUPICA

profesionales y maternidad

la salud materno-infantil en la provincia de Buenos Aires: “el camino de la embarazada”

PÁGINA 9

LA DRA. FLAVIA RAINERI, DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, DESTACA LA IMPORTANCIA DE PRIORIZAR A LA EMBARAZADA COMO UN BIEN SOCIAL QUE DEBE SER CUIDADO POR TODA LA COMUNIDAD.

POR GISELL COGLIANDRO

tendencias

PÁGINA 12

Jakairá, una propuesta de acompañamiento para adolescentes que son madres y padres

SE ANALIZA LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO JAKAIRÁ, CENTRO ESPECIALIZADO EN ADOLESCENCIA, PRIMERA INFANCIA Y MATERNIDAD / PATERNIDAD.

POR RICARDO GORODISCH, SANDRA NOFAL, MARÍA GABRIELA BÖHMER, VALERIA CANALE Y GABRIELA ELIZONDO. FUNDACIÓN KALEIDOS, PROYECTO JAKAIRÁ.

políticas y programas

maternidad y acceso a la atención sanitaria en el municipio de Malvinas Argentinas

PÁGINA 16

SE PRESENTAN LOS RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE LA ACCESIBILIDAD DE LAS MADRES RESIDENTES EN EL PARTIDO AL CUIDADO Y A LA ATENCIÓN DE SU SALUD.

POR ANA ARIOVICH Y CARLOS JIMÉNEZ. INSTITUTO DEL CONURBANO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE GENERAL SARMIENTO.

escenario local

la desigualdad persistente. su caracterización a través del análisis comparativo de los recursos y oportunidades de las madres porteñas y bonaerenses

por Carina Lupica

La Región del Gran Buenos Aires¹ es un aglomerado urbano constituido por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y un conjunto de municipios (actualmente 24) que conforman el llamado “Conurbano bonaerense” o “Partidos del Gran Buenos Aires” (GBA)². Este continuo urbano puede ser concebido como una unidad global, tanto desde el punto de vista funcional —es el ámbito de los desplazamientos cotidianos de la población, en particular los movimientos pendulares residencia-trabajo—, como desde el físico: es una megaciudad. No obstante ello, hay que considerar que en el aspecto político-administrativo, la CABA cuenta con un gobierno autónomo, mientras que en cada uno de los partidos del GBA existen autoridades locales bajo el gobierno de la provincia de Buenos Aires.

Debido al destacado peso económico-demográfico de la región, más una serie de factores históricos, esta área metropolitana se ha erigido en el centro productivo, comercial, financiero y político más importante del país. Basta mencionar como ejemplo que **la Región del**

Gran Buenos Aires reúne 12.806.866 habitantes, lo que representa el 32% de la población total del país (40.117.096), y produce alrededor del 40% del Producto Bruto Interno (PBI) nacional (INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2010).

Una de las principales características de este conjunto urbano es la heterogeneidad de escenarios y de realidades socioeconómicas que conviven en su interior, disparidades que al producirse en un entorno de proximidad geográfica genera mayores probabilidades de descontento o malestar social.

En este contexto de alta desigualdad, los indicadores demográficos, educativos y laborales que se utilizan para abordar la vivencia de la maternidad se constituyen en parámetros válidos para comprender y ahondar en los mecanismos que reproducen y perpetúan la fragmentación social a nivel territorial. Efectivamente, las madres porteñas y las bonaerenses exhiben marcadas diferencias en su dinámica demográfica, en sus recursos educativos y en sus oportunidades sociolaborales. Y estas heterogeneidades

se vuelven más visibles y provocan mayores tensiones porque acontecen en una misma entidad urbana: la Región del Gran Buenos Aires³ (Lupica, C., 2010a).

Las disparidades sociales están atravesadas por una estructura de oportunidades y capacidades que penaliza a aquellas madres que residen en las zonas más vulnerables de los partidos del GBA. Ellas tienen mayores probabilidades de vivir en la pobreza, poseer bajo nivel de instrucción, padecer riesgo de mortalidad a causa de su maternidad, participar menos en el mercado laboral, y, de hacerlo, en puestos más precarios y con retribuciones escasas.

El resultado es la consolidación de formas de vida disímiles y de interrelaciones complejas en el presente y hacia el futuro, ya que la lógica de diferenciación de modos de vida de las madres es heredada por las nuevas generaciones, quienes nacen y crecen en un contexto de proximidad territorial y amplia distancia social (Lupica, C., 2010a).

Tabla N° 1: Población total y variación intercensal absoluta y relativa. Años 1970-2010.

| | POBLACIÓN | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | 1970 | 1980 | 1991 | 2001 | 2010 | VARIACIÓN ABSOLUTA (1970/2010) | VARIACIÓN RELATIVA (1970/2010) |
| 24 PARTIDOS DEL GRAN BUENOS AIRES | 5.380.447 | 6.843.201 | 7.952.624 | 8.684.437 | 9.916.715 | 4.536.268 | 84,3% |
| CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES | 2.972.453 | 2.922.829 | 2.965.403 | 2.776.138 | 2.890.151 | -82.302 | -2,8% |
| TOTAL PAÍS | 23.364.431 | 27.947.446 | 32.615.528 | 36.260.130 | 40.117.096 | 16.752.665 | 71,7% |

Fuente: Fernández, Leonardo, 2011 (años 1970, 1980 y 1991) e INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (años 2001 y 2010).

Brechas demográficas

El 77% de toda la población del área del Gran Buenos Aires reside en los partidos bonaerenses (9,9 millones de habitantes), mientras que el 23% lo hace en la ciudad capital (2,8 millones de habitantes).

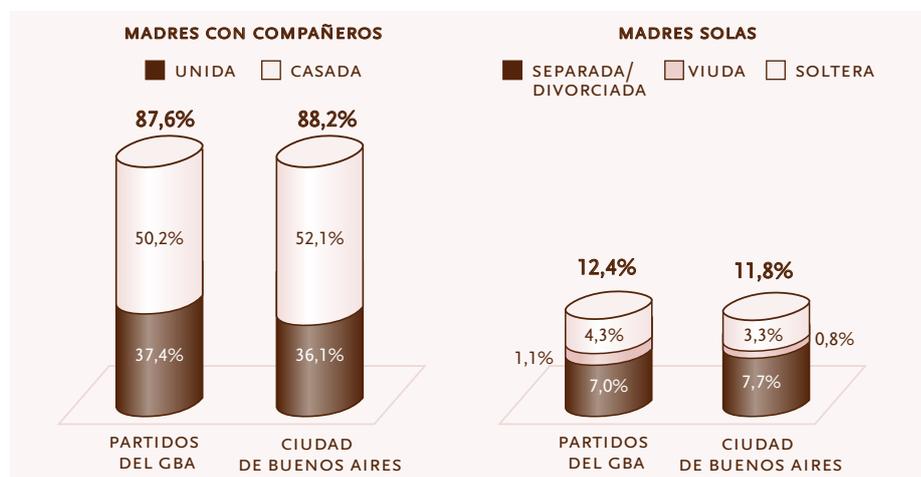
Nótese que mientras la ciudad de Buenos Aires mantiene (con leve variación descendente de 82.302 habitantes) sus niveles de población de las últimas seis décadas, próximos a los 3 millones de habitantes, los partidos del Gran Buenos Aires muestran un incremento relativo 1970-2010 de 84,3% (superior a la variación nacional del 71,7%). En este sentido, se verifica que **son los partidos del Gran Buenos Aires los que contribuyen al crecimiento poblacional de manera predominante**, tanto en términos relativos (84,3%) como absolutos (4.536.268).

Los datos censales arrojan no solamente información reveladora en la pauta demográfica metropolitana ligada a la dinámica del trabajo, la vivienda y el transporte, sino, además, sobre el comportamiento reproductivo peculiar que se observa entre las madres de las dos

zonas principales que componen el Gran Buenos Aires. Al respecto, **el principal rasgo demográfico distintivo entre las madres del Gran Buenos Aires y las porteñas es que las primeras son en promedio más prolíficas que las segundas** (tienen 2,3 hijos/as a lo largo de su vida vs. 1,8 hijos/as, respectivamente), y **entre ellas es mayor la probabilidad de**

que la maternidad acontezca a edades más tempranas: las madres recientes (mujeres que tuvieron hijos durante el último año) tienen su primer hijo a los 28,8 años en los partidos del GBA, edad que se eleva a los 31,4 años en la ciudad de Buenos Aires (Observatorio de la Maternidad, sobre la base de la EPH 4° trimestre 2010).

Gráfico N° 1: Situación conyugal de las mujeres en edad fértil, jefas o cónyuges madres. Partidos del GBA y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.



Fuente: Observatorio de la Maternidad, sobre la base de datos de la EPH 4° trimestre 2010. INDEC.

“Las brechas educativas actuales entre las madres de una misma área geográfica configuran situaciones de desigualdad para las futuras generaciones, ya que un mayor nivel educativo no solo beneficia las condiciones de la mujer para asumir y vivir la maternidad, sino que le permite impulsar el desarrollo integral de sus hijos e hijas”.

Acerca de la situación conyugal, si bien la gran mayoría de las madres en la Región del Gran Buenos Aires están acompañadas en la crianza de sus hijos e hijas, el 12,4% de las madres bonaerenses y el 11,8% de las madres porteñas están solas, ya sea porque se separaron o divorciaron, quedaron viudas o fueron madres solteras. Se vislumbra una pequeña diferencia entre este grupo de madres: es mayor la probabilidad de ser madre soltera en los partidos del GBA que en la CABA (el 4,3% de las madres bonaerenses son madres solteras vs. el 3,3% de las porteñas).

Brechas educativas

Las madres que residen en los partidos del Gran Buenos Aires tienen menos probabilidades de permanecer en el sistema formal de educación con relación a las que viven en la CABA. Tal como se

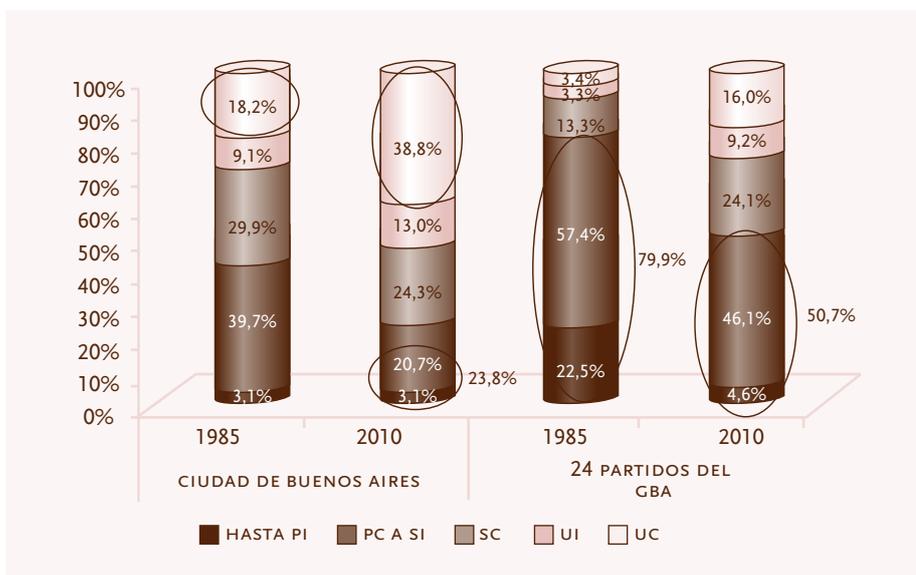
observa en el gráfico 2, más de la mitad (50,7%) de las madres bonaerenses poseen un bajo nivel educativo ya que no completaron los estudios secundarios, e incluso el 4,6% de ellas no finalizaron los estudios primarios. En contraposición, el 23,8% y el 3,1% de las madres porteñas se hallan en esa situación, respectivamente.

La mayor brecha se produce entre las madres que se ubican en la cúspide de la pirámide educativa, que son aquellas que concluyeron sus estudios terciarios o universitarios: el 38,8% de las madres porteñas tienen estudios superiores frente al 16% de las bonaerenses. La situación de las madres porteñas que terminaron el ciclo terciario o universitario es inclusive mayor al promedio del país –21,3%– (Observatorio de la Maternidad, sobre la base de la EPH 4° trimestre 2010).

La brecha educativa entre las madres de las dos zonas geográficas que componen la Región del Gran Buenos Aires ha disminuido en el tiempo entre las madres con bajo nivel educativo (pasó de 37,1 a 26,9 puntos porcentuales) pero aumentó entre aquellas con mayor nivel educativo (pasó de 14,8 a 22,8 puntos porcentuales). Esto se debe principalmente al pronunciado descenso de la proporción de madres con bajo nivel educativo en los partidos del Gran Buenos Aires y al incremento del número de madres con estudios universitarios o terciarios completos en la CABA. Pese a este notable avance en los últimos veinticinco años, aún en la actualidad **una de cada dos madres en los partidos del Gran Buenos Aires no logra completar los estudios secundarios.**

Las brechas educativas actuales entre las madres de una misma área geográfica configuran situaciones de desigualdad para las futuras generaciones, ya que un mayor nivel educativo no solo beneficia las condiciones de la mujer para asumir y vivir la maternidad, sino que le permite impulsar el desarrollo integral de sus hijos e hijas.

Gráfico N° 2: Nivel educativo de las madres. Partidos del GBA y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 1985 y 2010.



Fuente: Observatorio de la Maternidad, sobre la base de la EPH continua onda octubre 1985 y EPH puntual 4° trimestre 2010, INDEC.

Brechas en la autonomía económica

La situación laboral del jefe o jefa de hogar juega un papel clave en el bienestar económico y social del hogar, así como en la calidad de los procesos de formación y en las oportunidades de movilidad social de sus miembros. Al respecto, la condición de desempleo (no tener y buscar trabajo) o de empleo precario (sin aportes jubilatorios o con contrato laboral a tiempo determinado) o informal (actividades por cuenta propia o como patrón de pequeños establecimientos privados de no más de cinco ocupados, y asalariados que no reciben aportes jubilatorios sin importar el tamaño del establecimiento) establece una serie de carencias que representan

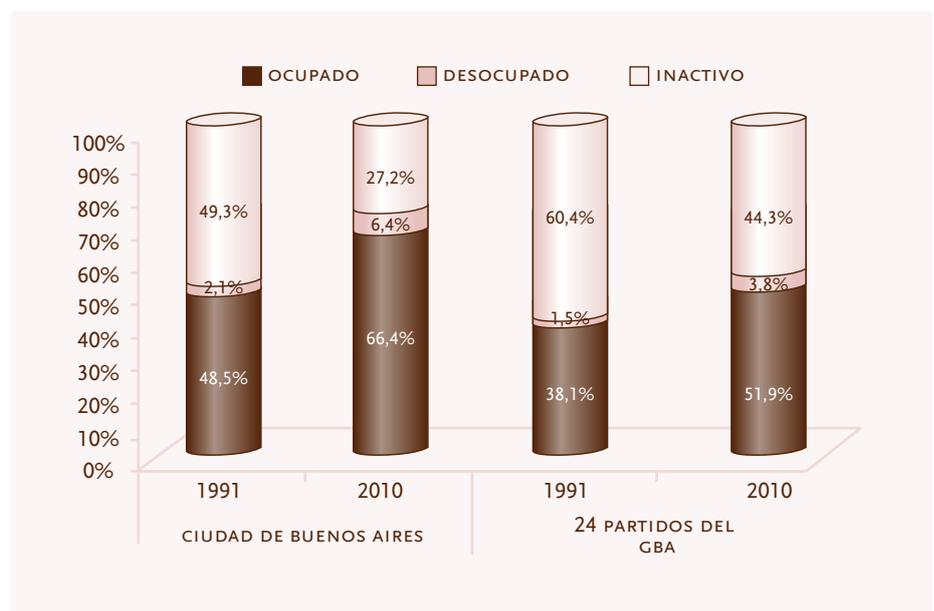
situaciones de vulnerabilidad económica y social para quienes las padecen en forma directa o para la familia en su conjunto cuando el afectado es el jefe/a del hogar (Salvia, A. y Hirsch, V., 2011).

Así pues, examinar las condiciones de inclusión o exclusión laboral en las cuales se encuentran los jefes/as de los hogares es una dimensión clave para conocer el estado real de la autonomía económica que presentan los hogares y para percibir las condiciones de desarrollo futuro a las que se verán sometidas las nuevas generaciones.

En primer lugar, en la CABA y en los partidos del Gran Buenos Aires la participación de las madres en el mercado laboral aumentó de manera considerable, pero en la ciudad de Buenos Aires el incremento fue mayor: del 50,6% en 1991 al 72,8% en 2010, mientras que en los partidos del GBA en el mismo período de análisis fue del 39,6% al 55,7%. En consecuencia, en la actualidad **las madres porteñas intervienen más en el mercado laboral que las bonaerenses**: están ocupadas o desocupadas el 72,8% y el 55,7% de ellas, respectivamente.

Segundo, si bien el porcentaje de madres que participa del mercado laboral aumentó en el tiempo, aún es bastante considerable la proporción que está fuera del mercado de trabajo (son “inactivas” el 44,3% de las madres bonaerenses y el 27,2% de las porteñas). La mayoría de ellas carecen de ingresos propios y, por ende, no pueden enfrentar el sustento económico familiar por sí mismas, lo que las coloca –a ellas y a sus familias– en una situación de riesgo social ante un cambio en la estructura familiar (ser madre soltera, enviudar o separarse de su cónyuge) o en el contexto socioeconómico del país (crisis económica, alta inflación). Esta situación subraya la persistente vulnerabilidad de las mujeres a la pobreza y a la desigualdad (Cepal, 2012).

Gráfico N° 3: Participación de las madres en el mercado laboral en la ciudad de Buenos Aires y los partidos del GBA. Años 1991 y 2010.



Fuente: Observatorio de la Maternidad, sobre la base de la EPH continua onda octubre 1991 y EPH puntual 4° trimestre 2010, INDEC.

En tercer lugar, al ser mayor el crecimiento y la participación laboral de las madres porteñas respecto a las bonaerenses, es mayor la proporción que consigue acceder al mercado laboral (66,4% de las madres porteñas están ocupadas vs. el 51,9% de las madres bonaerenses), y también es más elevada la tasa de desocupación (salen a buscar trabajo pero momentáneamente no lo encuentran el 6,4% de las madres porteñas vs. el 3,8% de las madres bonaerenses).

Además de la mayor participación laboral de las madres porteñas, otro motivo que explica el comportamiento de la mayor desocupación entre ellas es la necesidad perentoria de ingresos de la mayoría de las madres bonaerenses que salen a buscar trabajo. Puede advertirse que el 44,3% de estas madres, con menores cualificaciones (menos

años de educación formal) y menos experiencia para ingresar en el mercado laboral, no buscan trabajo (están “inactivas”). Pero si lo hacen, el trabajo es sobre todo una exigencia para proveer de ingresos a sus hogares y, por tanto, son menores sus opciones a la hora de escoger un tipo de trabajo. A diferencia de ello, una proporción de madres porteñas, para quienes el trabajo puede formar parte de un proyecto de realización personal, tiene mayores chances de tomarse más tiempo para encontrar trabajos de más adecuada cualificación.

Esta tesis se refuerza analizando comparativamente la calidad de los puestos de trabajo de las madres de las dos principales zonas en que se divide la Región del GBA en detrimento de las que residen en los partidos del Gran Buenos Aires. En efecto, el 58,6% de las madres bonaerenses poseen trabajos precarios:

Gráfico N° 4: Situación ocupacional de las madres de la ciudad de Buenos Aires y partidos del GBA.



Fuente: Observatorio de la Maternidad, sobre la base de la EPH puntual 4° trimestre 2010, INDEC.

el 36,8% tiene un empleo informal y el 21,8% trabaja en el servicio doméstico. Paralelamente, estas cifras se reducen para las madres porteñas al 40,8%: el 30,6% cuenta con un empleo informal y el 10,2% se desempeña en el servicio doméstico.

Las trabajadoras domésticas continúan hoy en los escalones inferiores de la jerarquía laboral y social. Los problemas básicos del sector son las bajas remuneraciones, el déficit en la calidad de las condiciones del empleo, la alta informalidad, y la ausencia de beneficios otorgados a otros trabajadores y trabajadoras en relación de dependencia (Lupica, C., 2012).

Por su parte, la informalidad esencialmente implica que las madres se hallan desprotegidas en términos de seguridad social y cobertura médica, condición compartida con las que están empleadas en el servicio domésti-

co. Esto impacta en su nivel de vida y en la de sus hijos. Al mismo tiempo, la situación ocupacional de las madres y la índole de su inserción laboral tiene una importante influencia en la contribución que realizan al ingreso total del hogar y, por consiguiente, en la calidad de vida de los miembros de sus familias (Lupica, C., 2010a).

Reflexiones finales

Pese a los avances socioeconómicos acontecidos en la Argentina en los últimos años, aún persisten importantes desafíos, tales como la superación de la desigualdad social que atraviesa la realidad del país. Esta se torna más visible y provoca mayor tensión cuando se produce en una misma unidad geográfica, en este caso, la Región del Gran Buenos Aires. Dicha segregación tiene efectos en las condiciones en que se produce y desarrolla la maternidad, a la vez que puede ser dimensionada si se

utilizan los indicadores demográficos, educativos y laborales que caracterizan las condiciones de vida de las madres bonaerenses y porteñas.

El análisis de los datos estadísticos elaborados por el Observatorio de la Maternidad permite extraer dos conclusiones principales. En primer término, que los 24 partidos del GBA son el ámbito físico de una maternidad más vulnerable en comparación con la de la CABA:

- Las madres bonaerenses son en promedio más prolíficas (tienen 2,3 hijos/as a lo largo de su vida contra 1,8 entre las madres porteñas), y es mayor la probabilidad de que la maternidad acontezca a edades más tempranas (las mujeres que tuvieron su primer hijo durante el último año lo hicieron a los 28,8 años de edad en el GBA y a los 31,4 en la ciudad de Buenos Aires).
- Existe un déficit escolar en una de cada dos madres de los partidos del GBA, ya que el 50,7% de ellas no lograron concluir el nivel secundario de estudios, frente al 23,8% de las madres de la CABA.
- El 44,3% de las madres bonaerenses no participan del mercado laboral (contra el 27,2 de las madres porteñas), lo que las coloca en riesgo de vulnerabilidad social ante un cambio en la estructura familiar o en el contexto socioeconómico del país.
- Seis (58,6%) de las madres bonaerenses que trabajan de forma remunerada lo hacen en trabajos precarios (vs. el 40,8% de las madres porteñas), y, entre ellas, duplican la probabilidad de desempeñarse en el trabajo doméstico (21,8% vs. 10,2%).

Esta disparidad de oportunidades en menoscabo de las madres bonaerenses afecta su calidad de vida presente pero

“Pese a los avances socioeconómicos acontecidos en la Argentina en los últimos años, aún persisten importantes desafíos, tales como la superación de la desigualdad social que atraviesa la realidad del país. Esta se torna más visible y provoca mayor tensión cuando se produce en una misma unidad geográfica”.



también el bienestar familiar y el desarrollo de sus hijos e hijas en el futuro.

En segundo término, el examen de la evolución sociodemográfica, educativa y ocupacional reciente de la Región del Gran Buenos Aires y de los distintos espacios sociales que comprende evidencia una ampliación de las profundas desigualdades que se producen en la misma unidad urbana. Y esto es así porque, pese a los notables avances ocurridos en las condiciones de vida de las madres de los partidos del GBA, ellas estaban en una situación inicial de amplia desventaja, lo que imposibilitó acortar la distancia social con sus pares porteñas.

Se torna imperioso entonces orquestar adecuadas políticas de equidad urbana y social que sean eficientes en la integración socioterritorial de toda la Región del Gran de Buenos Aires. Asumir una visión integradora, con una dimensión interjurisdiccional que ponga en práctica nuevas formas de coordinación y organización urbana y social para resolver la tensión entre “distancia social

y proximidad geográfica”, se constituye en el primer paso para la construcción de una sociedad cohesionada y equilibrada. Es de esperar que la presente caracterización de las condiciones de vida de las madres bonaerenses y de sus vecinas, las porteñas, sea un aporte al debate sobre el tipo de políticas sociales y urbanas que puedan impulsar la cohesión y la equidad en el área metropolitana. 

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Fernández, Leonardo (2011). “Censo 2010. Somos 14.819.137 habitantes en la Región Metropolitana de Buenos Aires”. Instituto del Conurbano. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- CEPAL (2012). *El Estado frente a la autonomía de las mujeres*. Santiago de Chile, julio.
- INDEC (2003). “¿Qué es el Gran Buenos Aires?”. Buenos Aires, agosto.
- Lupica, Carina (2012). “Trabajadoras domésticas: ¿cómo cuidamos a quienes proveen cuidados?”. Newsletter N° 59. Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires, octubre.
- Lupica, Carina (2010a). “La maternidad en la Región del Gran Buenos Aires: un reflejo de la tensión entre proximidad territorial y distancia social”. Boletín de la Maternidad N° 9. Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires, junio.
- Lupica, Carina (2010b). *Los hijos ¿influyen de igual manera en la vida de las mujeres y de los hombres? Anuario de la Maternidad*. Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires.
- Maceira, Verónica (2011). “Notas para una caracterización del Área Metropolitana de Buenos Aires”. Instituto del Conurbano. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Salvia, Agustín (ed.) y Hirsch, Víctor SVD (coord.) (2011). *La situación social en la Región Metropolitana de Buenos Aires: deudas sociales del Bicentenario 2010. Una etapa de esperanza y oportunidades para superar la pobreza*. Educa. Buenos Aires.

1. La definición adoptada en este trabajo de Región del Gran Buenos Aires es la que utiliza el INDEC a partir del 1° de agosto de 2003. El Gran Buenos Aires forma parte de la Región Metropolitana de Buenos Aires que abarca geográficamente una unidad metropolitana más amplia y está delimitada aproximadamente por el área que abraza el Río de la Plata, el Delta y en su límite pampeano la Ruta Provincial N° 6. Para mayor información, consultar “¿Qué es el Gran Buenos Aires?”. INDEC. Buenos Aires, agosto 2003.

2. Los 24 partidos del GBA definidos por el INDEC son los siguientes: Lomas de Zamora, Quilmes, Lanús, General San Martín, Tres de Febrero, Avellaneda, Morón, San Isidro, Malvinas Argentinas, Vicente López, San Miguel, José C. Paz, Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza, Almirante Brown, Merlo, Moreno, Florencio Varela, Tigre, Berazategui, Esteban Echeverría, San Fernando y Ezeiza.

3. Por motivos de limitación estadística, en este artículo se caracterizará la tensión entre brecha social y proximidad territorial mediante el análisis comparativo de la ciudad de Buenos Aires y los partidos del Gran Buenos Aires, que hacia su interior también presentan fuertes brechas sociales. La fuente de datos primaria que se usa en este trabajo es la Encuesta Permanente de Hogares, que está basada en una muestra probabilística y no puede suministrar resultados de cada partido (en los partidos del Gran Buenos Aires) ya que no ha sido diseñada para ser representativa a ese nivel de desagregación.

4. De acuerdo a lo establecido por el PNUD (2010: 34), “las capacidades son aquellos bienes creados por la sociedad de los que las personas se apropian –como salud, participación, ingresos, educación, seguridad, sentido de pertenencia– y que les premienten en mayor o menor medida elegir libremente y realizar efectivamente sus proyectos de vida” (citado en Lupica, C., 2010b).



ENTREVISTA A LA DRA. FLAVIA CRISTINA RAINERI

la salud materno-infantil en la provincia de Buenos Aires: “el camino de la embarazada”

por Gisell Cogliandro

LA DRA. FLAVIA CRISTINA RAINERI ES DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y COORDINADORA EJECUTIVA DEL PLAN SUMAR DEL MISMO MINISTERIO.

MÉDICA PEDIATRA, DIPLOMADA EN SALUD PÚBLICA, ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN Y EN DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO Y MAGISTER EN GESTIÓN SOCIAL Y GERENCIAMIENTO PÚBLICO.



¿Cuáles son los objetivos de la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires?

La Dirección fue creada en diciembre de 2011, en la actual gestión del Ministerio de Salud. Antes existía como un programa materno infantil, lo cual habla de una jerarquización y priorización de lo materno-infantil en esta gestión.

Su objetivo, por un lado, es la reducción de la morbimortalidad materno-infantil con un eje centrado en los indicadores establecidos a nivel nacional y provincial, que además están relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio. Por otro, es contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres, los niños, las

niñas y adolescentes de la provincia. Los indicadores tienen que ver con el concepto de la mirada integral y no solo de la salud como ausencia de enfermedad.

Estas dos vertientes confluyeron en la creación de la dirección. Por eso hablamos de una política de cuidado que va más allá de la ausencia de enfermedad y también de la recuperación de la rectoría del Estado, que protege la salud de todas las mujeres, niños y adolescentes de la provincia.

Para alcanzar estos objetivos la Dirección trabaja permanentemente en el fortalecimiento de los equipos de salud territoriales y apoya la gestión de las regiones sanitarias. Asimismo, se trabaja

intensamente en el empoderamiento de la población materno infantil, en especial de las mujeres, con campañas comunicacionales y la articulación con otras áreas y con otros ministerios.

¿Cómo es la situación de la salud materno-infantil en la provincia de Buenos Aires?

Aunque la provincia ha avanzado en sus indicadores en el último período, todavía falta mucho por hacer. Los valores generales van mejorando, pero nos importa trabajar en las brechas para subsanar desigualdades que aparecen en la salud materno infantil.

El nivel total de embarazos adolescentes en la provincia es del 14% de los nacimientos, pero hay zonas donde esta cifra alcanza el 35%.

Con respecto a la mortalidad materna, los datos de 2011 muestran que la tasa es 3,1 por cada diez mil nacidos vivos, y si bien hay regiones sanitarias donde se eleva a 5 o a 7,7 por cada diez mil nacidos vivos, en otras es cero. Esta disparidad también se relaciona con que las regiones sanitarias del interior cuentan con pocos casos y una pequeña variación modifica mucho la tasa. El 78% de las muertes maternas ocurren en el conurbano, ya que allí es donde se concentra la mayor cantidad de población.

La tasa de mortalidad infantil es del 11,7 por cada mil nacidos vivos.

Hemos definido la mortalidad materno-neonatal y la problemática perinatal como prioridad del área materno-infantil. La mortalidad neonatal es la que más pesa y no hemos logrado bajarla al grado que quisiéramos. De hecho, todavía es alto el porcentaje de muertes maternas e infantiles evitables. No obstante, ha habido mejoras tanto en la mortalidad materna como en la infantil: en el año 2010 la tasa de mortalidad materna era de 4,3 por cada diez mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil era de 12 por cada mil nacidos vivos.

La provincia tiene diversas realidades en toda su extensión, por lo tanto, para mejorar la situación actual, es necesario llegar a los territorios a través del trabajo intenso con las regiones sanitarias y con los municipios. Es en los municipios donde transcurre la vida de las personas, y es allí donde debemos actuar para construir una salud diferente y que contemple las características y contextos particulares.

La encuesta perinatal que llevaron a cabo en la provincia de Buenos Aires destacaba la “transición epidemiológica con un estado de desarrollo de la atención materna y perinatal que merece algún cambio”. ¿Qué implica este aserto?

La transición epidemiológica se refiere a un momento del proceso de cambio desde una epidemiología con características de poblaciones pobres a otra epidemiología de poblaciones más desarrolladas. En ese traspaso, hay en la provincia de Buenos Aires algunas enfermedades aún sin resolver vinculadas a la pobreza, como muertes de niños por neumonía y bron-

quiolitis; pero al mismo tiempo se presentan problemas de obesidad y las patologías crónicas que vienen en aumento.

Para poder reducir las muertes neonatales (ocurridas desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida extrauterina) hay que utilizar cierta tecnología y empezar a trabajar sobre la población más vulnerable que son los prematuros. A esta altura solo con mejorar el control del embarazo y de la vacunación no alcanza para bajar la tasa de mortalidad neonatal. Hay un punto en el que es necesario comenzar a usar mayor tecnología, tanto en la atención de la población más vulnerable como en la gestión y organización del sistema de salud.

Por eso, hay que mejorar la atención del prematuro, porque la tasa de mortalidad neonatal varía según su peso de nacimiento e incluso de un servicio a otro. Es clave entonces que el prematuro acceda a la calidad y a la tecnología adecuadas y a un recurso humano calificado y especializado.

¿Qué alcance le podemos dar a lo que definieron como “el camino de la embarazada”?

Diseñamos *el camino de la embarazada* sumando varias ideas: la continuidad de la atención, la presencia del Estado en todo el proceso de atención y cuidado de la embarazada, su hijo y su familia, y una planificación centrada en el derecho a la salud. Partimos desde el barrio con los promotores de salud detectando el embarazo tempranamente y también detectando el riesgo en el Centro de Atención Primaria de la salud (CAP). Es primordial tener en claro dónde debe la madre tener su bebé según su necesidad.

Buscamos adecuar el sistema y la oferta, es decir, la atención de la salud por parte del Estado a la demanda por parte de la embarazada y su familia. El desafío de esta lógica es poder concentrar la atención en las personas y no en el sistema. Para ello debemos integrar todos los programas y planes que muestran los mismos objetivos: SUMAR, Maternidad e Infancia, proyecto de Redes Perinatales y otros actores tanto intra como extrasectoriales.

Este mapa se debe diseñar y construir desde la gestión territorial. La provincia puede aportar un marco normativo, que empodere tanto a la comunidad como a los responsables territoriales.

La lógica es darle primacía a la atención de la embarazada. Con esta finalidad se han elaborado diversas estrategias con los efectores, como por ejemplo, generar la ventanilla de atención especial para la embarazada o el día de la embarazada.

En síntesis, la idea es priorizar a la embarazada como un bien social que debe ser cuidado por toda la comunidad.

Como parte de los cambios en marcha implementaron las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) y el Observatorio de la Mortalidad Infantil y Materna. ¿Cuáles son los resultados alcanzados?

En el año 2010 comenzamos, acompañados por UNICEF, con 36 maternidades. Este año vamos a incorporar 62 maternidades. De esta forma, en el año 2015 más del 90% de los niños y niñas de la provincia nacerán en una maternidad que inició el proceso de transformación hacia una MSCF.

Una MSCF presenta una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto con el equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades. En la MSCF trabajamos directamente con la maternidad. La idea es armar equipos con capacitación e incluir a la mayoría de las maternidades.

Uno de los principales logros de las MSCF es que contribuyó a reducir la mortalidad materna vinculada con las causas obstétricas directas.

En esta línea, se creó el Observatorio de la Mortalidad Infantil y Materna que permitió contar con información casi en tiempo real de las muertes maternas e infantiles e hizo posible así analizar sus causas en cada caso.

Además, se creó un “circuito de carga” desde el registro civil que alerta sobre las muertes ocurridas. Esto permite que el equipo que realiza seguimiento busque la historia clínica y con esa información efectúe cambios más rápidos en la política implementada. Poseer esta información en tiempo real contribuye a reducir las muertes maternas e infantiles.

¿Cuáles son los principales programas destinados a la atención de la salud materno-infantil que funcionan en la provincia de Buenos Aires?

Actualmente, dentro de la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia los principales programas son: el Plan Nacer, que actualmente ha migrado al Plan SUMAR, el proyecto de Redes Perinatales y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva,

El *Plan Nacer* es un programa nacional con ejecución provincial cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud. Brinda cobertura médico-asistencial a mujeres embarazadas y hasta los 45 días después del parto y a niños/as hasta los 6 años de edad sin cobertura explícita de salud. El programa transfiere recursos a la provincia sobre la base de una cápita por beneficiario inscripto. Esta se transfiere a los municipios mediante pago por prestación y está compuesta por un 70% de aporte nacional y un 30% de aporte provincial.

El Plan comprende un sistema de monitoreo de seguimiento de resultados a través de metas trazadoras, las cuales las provincias se comprometen a cumplir. Así, a través de la implementación, se intenta explicitar la cobertura implícita de salud.

El *Plan SUMAR* amplía la cobertura del Plan Nacer a partir del 1° de enero a las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años y a las mujeres hasta los 64 años. Además, este programa supone una nueva lógica porque el Nacer está focalizado más en las prácticas preventivas que promocionales: control del embarazo y el parto. Ahora se abren otras líneas de prácticas vinculadas con el cuidado, enfermedades congénitas y la detección temprana de enfermedades como el cáncer.

Por tanto, aumenta el nivel de cobertura pero a su vez cambia la lógica con la idea de transformarse en Seguro Provincial de Salud.

El Plan Nacer tiene hoy un padrón de 735.000 beneficiarios y con el padrón del SUMAR se estima llegar a los 3,6 millones de beneficiarios. Esto significa una gran labor de logística de carga de información y de gestión, porque hay que tener a esas personas identificadas con DNI y con las prestaciones que reciben.

¿Qué conceptos nuevos incorpora el SUMAR?

Algunos de los conceptos muy interesantes que incorpora el SUMAR son: la línea de cuidados; concebir a la salud más allá de la ausencia de enfermedad; la determinación de prestaciones claves que establezcan calidad en la línea de cuidados; y la *cobertura efectiva básica*. Este último es un concepto que está relacionado con el derecho a la salud, la perspectiva para que un prestador del SUMAR tenga control de la prestación. Es decir, para que una persona pueda estar en el padrón del SUMAR debe recibir por lo menos una prestación por año y, en la mayoría de los grupos etarios, debe ser una prestación de control de salud. Entonces, si la persona no viene, hay que ir a buscarla. Entregamos a cada municipio el padrón materno-infantil de aquellos que todavía no tuvieron una prestación para que los vayan a buscar.

La provincia tiene una cuenta de transferencia solamente, ya que todos los recursos que ingresan llegan a los efectores mediante su facturación. Esto asegura la transparencia.

Con este modelo, ¿se estaría promoviendo la regionalización de la atención de salud?

Hay una política de regionalización que surgió a partir de los resultados de la encuesta perinatal del año 2008, la cual señaló que las mujeres con menos riesgos iban a los hospitales de más alta complejidad y, por el contrario, las mujeres en mayor situación de vulnerabilidad social y alto riesgo iban a los hospitales de menor complejidad. Así pues, se decidió cambiar la ecuación y lograr la concentración de los hospitales de complejidad, que asegura atención para ellas de mejor calidad, fortalece la gestión territorial y reduce los costos. Por eso se trabaja en la regionalización, acompañados por el Ministerio de Salud de la Nación, y se busca ordenar el sistema de salud por nivel creciente de complejidad. Como para ello es importante la categorización de todos los efectores, se incorporó al SUMAR el nomenclador perinatal que supondrá la facturación del alto riesgo obstétrico y perinatal. Solo podrán facturar los hospitales que están categorizados como complejos para atender a prematuros. De esta manera se va ordenando el sistema y se pagan las prestaciones a aquellos hospitales que poseen complejidad sufi-

ciente como para atender pacientes que así lo requieran.

Con el concepto del continuo en la atención y el cuidado integral, tratamos que las mujeres tengan asegurada la atención adecuada a su riesgo y necesidad. Los corredores sanitarios están pensados para dar respuestas y ser la puerta de entrada al sistema, para ordenar el sistema de salud.

¿Cuáles son los desafíos pendientes?

Creo que uno de los desafíos pendientes es conseguir la integración de las políticas públicas, de todos los programas y proyectos que se refieran a la mortalidad materno- infantil por dentro y fuera del sector salud para mejorar los indicadores de salud.

También es necesario seguir trabajando para perfeccionar la gestión y organización a fin de que la protagonista sea la mujer embarazada, y profundizar el abordaje desde la perspectiva del derecho con la rectoría del Estado para, de este modo, instalar la concepción de la embarazada como un bien social

¿Cuál es el plan de acción para los próximos años?

Estamos trabajando en varios puntos:

- Establecer las Redes Perinatales que parten desde el territorio y se coordinan en las regiones sanitarias, especialmente en el conurbano bonaerense.
- Profundizar la estrategia de las MSCF para alcanzar la meta de cobertura propuesta y, además, dejar capacidad instalada en cada maternidad para que inicien un proceso de transformación a partir del equipo conformado en cada institución.
- Con el plan SUMAR, avanzar en la instalación del nomenclador perinatal de alto riesgo y en alcanzar la cobertura efectiva básica para toda la población del plan.
- Generar espacios de discusión y de fortalecimiento de los equipos de salud a fin de poder llevar adelante todas estas políticas y estrategias.
- Empoderar a las familias para así generar una demanda calificada que contribuya a hacer realidad el derecho a la salud. 🗣️

Jakairá, una propuesta de acompañamiento para adolescentes que son madres y padres

por Ricardo Gorodisch, Sandra Nofal, María Gabriela Böhmer, Valeria Canale y Gabriela Elizondo.¹
Fundación Kaleidos, proyecto Jakairá.

Introducción

Este artículo presenta la experiencia realizada a partir del proyecto Jakairá, centro especializado en adolescencia, primera infancia y maternidad/paternidad. Este proyecto, iniciado en octubre de 2003, se desarrolla en el marco de un acuerdo de colaboración entre la Fundación Kaleidos (www.fundacionkaleidos.org), de la Argentina, y Children Action (www.childrenaction.org), de Suiza.

Cuando empezó el proyecto Jakairá aún estaba vigente la llamada “Ley de Patronato de Menores” (Ley Nacional 10.903/19), que consideraba al niño como objeto de cuidado y de tutela y confería poderes discrecionales a los jueces de menores, por lo cual era frecuente ver vulnerados los derechos de numerosas madres adolescentes a las que se cuestionaba la capacidad para criar a sus hijos. Muchas de ellas eran separadas de sus grupos familiares y sociales y derivadas a hogares convivenciales, instituciones con reglas rígidas en las que primaba una mirada negativa sobre la maternidad en la adolescencia y en las cuales, la mayoría de las veces, se ignoraban los derechos de estas madres y de sus hijos (CEDES, 2004; Gogna, M., 2005).

A partir de esa situación, Jakairá se propuso como primer objetivo implementar un programa amparado en la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños (CIDN), una propuesta diferente y alternativa a la institucionalización de las adolescentes que ofreciera una estrategia de acompañamiento integral e interdisciplinaria, que respetara a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho y que defendiera e hiciera respetar el derecho a la convivencia familiar.

Es evidente que cuidar de un niño implica cuidar a quien cuida a esos niños, y toda política de promoción de la primera infancia debe tomar en cuenta el espacio familiar. Los adolescentes merecen ser acompañados en el armado de un proyecto propio tanto para desarrollarse en su calidad de ciudadanos plenos como para ejercer sus funciones parentales.

A pesar de los avances en temas de políticas públicas y la sanción de leyes clave², todavía las brechas de inequidad en temas de primera infancia y de género son muy significativas. Los programas que analizan algunos aspectos de estas problemáticas muestran estrategias parciales y, muchas veces,

es precisamente la falta de un abordaje integral el principal obstáculo para terminar con la inequidad.

Proyecto

Este proyecto se propuso desde su gestación trabajar de manera interdisciplinaria (al integrar disciplinas como salud, desarrollo social y educación), respetando y considerando las dos etapas del desarrollo: primera infancia y adolescencia.

Hoy, existen en el marco del proyecto tres dispositivos diferenciados: Jakairá Chacarita, Jakairá CESAC 24 y Jakairá Traslasierra.

Pese a las diferencias existentes entre los dispositivos de cada programa y a que las poblaciones beneficiarias están insertas en distintos territorios y tienen determinaciones socioeconómicas y culturales particulares, se han armado ejes comunes para unificar y poder dar coherencia a los diferentes programas. Se puede decir que existen cuatro ejes comunes, atravesados por la perspectiva de derechos como eje transversal:

1. **Primera infancia:** se incluyen en este eje los aspectos ligados al cre-

“Este proyecto se propuso desde su gestación trabajar de manera interdisciplinaria (al integrar disciplinas como salud, desarrollo social y educación), respetando y considerando las dos etapas del desarrollo: primera infancia y adolescencia”.

cimiento, crianza, desarrollo integral y maduración del niño en los tres primeros años de vida.

2. **Adolescencia:** promoción de un proyecto personal que atienda los aspectos educativos y laborales, así como a la esfera subjetiva, y cuide de la integridad afectiva/emocional y vincular.
3. **Perspectiva de género:** abarca todo lo ligado con el desenvolvimiento de la parentalidad (maternidad/paternidad) y con la situación de inequidad de género.
4. **Articulación con la red pública:** tanto con el sector estatal como con las organizaciones de la sociedad civil.

Jakairá Chacarita

Este centro, situado en el barrio de Chacarita de la CABA (Gorodisch, R., 2003), está organizado según dos grandes programas. El primero presenta un abordaje integral e interdisciplinario en el centro mismo, en el cual un equipo trabaja en la atención de los cuatro ejes y en donde funciona también un jardín maternal. El segundo programa es una propuesta de trabajo en red en la que Jakairá se suma a otras instituciones para promover entre todas ellas un planteo integral.

El programa, que lleva ya nueve años de implementación, es encarado a partir de múltiples miradas que se entrecruzan y cuestionan, ofreciendo un ámbito para los que intentan fijar líneas de intervención y para las adolescentes, sus hijos e hijas y las familias. Actualmente, hay tres disciplinas que definen la intervención de Jakairá: psicología/salud, trabajo social y educación inicial. En el centro de Chacarita proponemos abordajes grupales como

dinámica fundamental (psicoterapia grupal semanal, un taller de crianza y un taller de proyectos), y al mismo tiempo cada adolescente cuenta con una psicóloga y una trabajadora social como referentes personales.

Los marcos teóricos están definidos por el respeto hacia la singularidad y la defensa de los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes. Se apuesta a la creación de espacios en los cuales cada individuo pueda, junto a otros, preguntarse sobre sí mismo y entender las dificultades que aparecen a partir de la complejidad vincular, social y cultural para, de esta forma, brindarle al destino nuevamente su condición de incertidumbre. En Jakairá existe la vocación de acompañar a las adolescentes que devienen madres a fin de que el futuro pueda ser radicalmente diferente del pasado y que se abra un lugar para el surgimiento de algo nuevo. Un acompañamiento cotidiano a partir de encuentros con profesionales de diferentes funciones y sensibilidades, que están atentos a los distintos niveles de sufrimiento y padecer y a todo el potencial de cada una de las adolescentes. A esto se suma la posibilidad de reflexionar sobre aquello a lo que sus bebés (desde antes del nacimiento, si es que llegan durante el embarazo) las confrontan: sus representaciones maternas en una edad en la que están recién emergiendo las representaciones de mujer; y una sexualidad incipiente, pujante, omnipotente, que acompaña el comienzo del trabajo subjetivo sobre las representaciones femeninas, enfrentando la pregunta sobre el tipo de mujer que quiere ser cada una pero que rápidamente es atravesada por una maternidad que se impone, deseada o no, fantaseada o no, que las catapulta a otro laberinto.

Desde el equipo de trabajadores so-

ciales se las acompaña en el transcurrir de un proyecto de vida personal y singular, apostando a que se produzca la reinserción escolar, formal o no formal, y teniendo en consideración la futura proyección laboral.

Para garantizar el acceso a los servicios de salud se hace también un trabajo cotidiano y personalizado, varias veces amenazado por temas propios de la adolescencia, por el hecho de que están solas o porque los servicios tienen obstáculos insalvables para ellas. Uno de los objetivos clave es promover una buena alianza de las adolescentes con los servicios públicos que atienden los cuidados clínicos y ginecológicos. Frente al problema social habitacional que existe sobre todo en la CABA, el equipo de Jakairá se ocupa fuertemente de establecer alianzas con otros actores para la defensa del derecho a una vivienda digna, y en caso de emergencia habitacional, para encontrar soluciones o fomentar mejoras si están en situación de calle o en condiciones muy precarias.

En cuanto a la primera infancia, para Jakairá es crucial la promoción y el favorecimiento de un buen desarrollo integral de los niños y niñas en sus primeros tres años de vida. Con este objetivo, en Jakairá Chacarita existe desde su fundación un jardín maternal, y en 2011 se invitó al equipo de Diálogos Jardines Maternales (www.dialogoseduccion.com.ar) a coordinar y supervisar su propuesta educativa.

El equipo de psicólogas infantiles tiene a cargo la evaluación y el seguimiento del desarrollo de los niños, así como los aspectos vinculares y familiares. La familia cumple la función de asegurar la supervivencia del niño y el crecimiento adecuado para luego facilitar la salida del núcleo primario para que arme nue-

vos vínculos. El buen desarrollo depende también del ejercicio por parte de los cuidadores primarios de las funciones maternas y paternas y de qué forma estos se complementan (Armus, M. *et al.*, 2012). A estos conceptos sobre funciones parentales se les agrega la noción de “función familia”, que hace referencia a la red de subjetividades que sostiene al niño, en el marco de un espacio ramificado de vínculos que no está representado únicamente por la familia nuclear convencional (Alizade, M., 2012).

Entendemos que la parentalidad (maternidad/paternidad) es un proceso y existen múltiples factores que incentivan su curso favorable, sustancialmente a partir de labores de inclusión comunitaria. En Jakairá se dedica especial atención a los aspectos vinculares maternos y a estimular la paternidad en el caso de que el hombre esté presente, respetando la diversidad y las variadas configuraciones familiares. Al trabajo educativo y psicológico se añade el acompañamiento del equipo de trabajadores sociales para garantizar el acceso a los servicios pediátricos y para impulsar su futura escolarización.

Desde su creación, Jakairá se ha integrado a la red de atención de adolescentes y niños (hogares de tránsito, hospitales, escuelas, etc.) e implementa diversos modelos de intervención con otras instituciones a fin de promover el armado de un programa integral para un número mayor de adolescentes y/o niños. Estos últimos dos años Jakairá reforzó su tarea y su posición en la red a partir del “Programa en red”. Se ha establecido además una muy buena articulación con el programa “Retención escolar de alumnas madres y embarazadas y alumnos padres”, dependiente del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires.

Jakairá Traslasierra

A principios de 2008, tomamos el desafío de armar un proyecto en Córdoba, en la región de Traslasierra en el municipio de La Paz, que tiene 6.000 habitantes. La mayor parte de la población habita en zonas alejadas del pueblo. El escaso transporte público acentúa el aislamiento de la población. Las adolescentes comúnmente llegan al centro derivadas por las escuelas de la zona y por el hospital. Algunas de ellas viven con sus parejas, otras con sus familias de origen, pero casi siempre se encuentran carentes de redes sociales y sometidas a relaciones de dominación (por parte de las parejas y, a veces, de los padres).

En general, las jóvenes que acompañamos tienen poco que ver con los estereotipos de la adolescencia: suelen ser muy tímidas, temerosas, con marcada dificultad para comunicarse a través de la palabra. Casi ninguna vislumbra un proyecto propio y la maternidad aparece como un destino casi ineludible, que además viene a llenar un vacío profundo. Muchas de las que no están escolarizadas han perdido su grupo de amigas y su transcurrir diario tiene que ver exclusivamente con las tareas domésticas.

En el centro se trabaja con las adolescentes en grupos de reflexión una vez por semana, analizando las temáticas que ellas van trayendo y que versan fundamentalmente sobre las problemáticas vinculares (con sus familias de origen, sus parejas, sus niños) y sobre las vicisitudes de la crianza de los niños. Acompañamos los procesos individuales, poniendo énfasis en la continuidad de la escolaridad o la reinserción escolar y estimulando el surgimiento y/o fortalecimiento de un proyecto personal posible. Abordamos activamente con las jóvenes el cuidado de su salud sexual y reproductiva, y las instamos a reflexionar sobre los motivos que obs-

taculizan la utilización de métodos de anticoncepción estimulándolas a que esto sea un tema personal importante.

El denominador común en casi todas las jóvenes es el aislamiento en el que se encuentran, la ausencia de familia que funcione como sostén, las historias de violencia y abuso sexual en muchos casos, y en la actualidad, y casi sin excepción, relaciones de pareja atravesadas fuertemente por la cultura machista (muy arraigada en esta zona) que se traduce en vínculos violentos. La dependencia y el sometimiento al hombre se refuerzan con la violencia económica y psicológica. Las jóvenes no se sienten con derecho a preguntar cuánto ganan ni cuánto gastan los hombres y sufren así el abuso del poder por parte de sus parejas manifestado a través del dinero.

Esta cultura tan tradicional genera también una invisibilización muy importante de la violencia de género, cuyas manifestaciones son tomadas como cuestiones “naturales” y como un destino que ciertas mujeres “se buscan y merecen”, con consecuencias devastadoras en su subjetividad. La desnaturalización de esta problemática es uno de los principales ejes de nuestro quehacer, que busca dar a la palabra un lugar que lentamente vaya desplazando a la violencia como modo cotidiano de expresión y resolución de conflictos.

Sobre una propuesta de trabajo comunitario efectuado durante 2011 y 2012, el equipo de Jakairá Traslasierra ejecutó un programa que se denominó “Ni príncipes azules ni princesas rosas”, que consiste en talleres de prevención de noviazgos violentos para adolescentes y docentes con producción de material radiofónico. Cada taller concluyó con la producción de avisos que fueron difundidos en numerosas radios locales.

“Acompañamos los procesos individuales, poniendo énfasis en la continuidad de la escolaridad o la reinserción escolar y estimulando el surgimiento y/o fortalecimiento de un proyecto personal posible”.

Jakairá CESAC 24

En septiembre de 2011, se inauguró un programa en alianza con el Centro de Salud y Atención Comunitaria N° 24 (CESAC 24), dependiente del GCBA, en Villa Soldati, bajo Flores. La particularidad de este centro de salud es que trabaja bajo el paradigma de la complejidad, tejiendo hacia afuera redes con universidades, organizaciones no gubernamentales, fundaciones y asociaciones civiles. Además de los servicios de atención de todo CESAC, funcionan allí varios programas puertas adentro y puertas afuera. Con el objetivo de sumar a lo que los distintos programas ya ofrecían, se creó una unidad de trabajo pequeña para el acompañamiento de las y los adolescentes que son madres y padres. Como en todos sus programas, la propuesta metodológica de trabajo del CESAC es que sea una conjunción de investigación, acción y participación, descentralizada, integral, dialogada, que reconozca la diversidad, respete la diferencia, parta de condiciones concretas y particulares y entienda a los actores sociales como sujetos partícipes activos del desarrollo. Especialmente se apunta a generar procesos de cambio y transformación social desde la base junto a los sujetos que adhieran a la propuesta.

La labor con adolescentes se constituye en el norte y el motor que mueve al equipo en sus intervenciones. No existe a priori una estrategia única y adecuada sino que se debe ir construyendo mediante el contacto y el intercambio que pueda establecerse con la población adolescente.

Conclusiones

El acompañamiento de las adolescentes desde su primera experiencia de maternidad brindándoles estrategias integrales que abarquen la compleji-

dad de la situación y que rompan con el aislamiento social en el que muchas veces se encuentran es hoy imperativo y obligatorio para los gobiernos. Los marcos legales de protección de derechos de todos los niños, niñas y adolescentes definen líneas para que tanto el Estado como las organizaciones de la sociedad civil trabajemos en forma conjunta de manera de terminar con las brechas de inequidad y con los circuitos perversos de mantenimiento de la pobreza generación tras generación (Gorodisch, R., 2003b). Estamos convencidos de que toda mujer tiene el derecho de poder pensar en su proyecto de vida, sea la maternidad o la no maternidad, y en su crecimiento personal. Si los derechos están garantizados, se asegura el estado de su bienestar.

Desde los enfoques de género, es indispensable seguir pensando y creando estrategias para la inclusión de los varones, parejas, padres, con el fin de promover este cambio de paradigma familiar y cultural a partir del cual la mujer es la “exclusiva” responsable de la crianza de los niños y niñas (Cogliandro, G., 2009). Todas las familias, estén como estén conformadas, merecen también poder disponer de espacios comunitarios, programas y abordajes a partir de los cuales puedan desenvolver sus funciones parentales, además de acceder a otros ámbitos de cuidado para sus hijos (Esquivel, V. *et al.*, 2012).

De esta manera, esos niños ejercerán todo su potencial y transitarán lo mejor posible sus primeros años, adquiriendo la fuerza necesaria para poder enfrentar las dificultades que la vida les depare (OMS, 2008; Siddiqi, A. *et al.*, 2007). Estarán también en mejores condiciones para su aprendizaje escolar, rompiendo de este modo el circuito de inequidad y exclusión escolar que se repite una generación tras otra. 🌱

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alizade, M. (2012). “Hacer la vida en el siglo XXI: familias, parejas, soledades”. *Revista SAP*, N°15. Teoría y clínica de las sexualidades. Espacio para el debate. Dossier: Acerca de la realidad psíquica.
- Armus, M; Duhalde, C; Oliver, M y Woscoboinik, N. (2012). “Desarrollo Emocional. Clave para la primera infancia”. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Fundación Kaleidos, abril.
- Centro de Estudios para el Desarrollo Económico y Social (CEDES) (2004). “El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe final”. Ministerio de Salud/CONAPRIS, CEDES. Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria. Ministerio de Salud, Argentina.
- Cogliandro, G. (2009). “Escenario local. Las brechas sociales en el cuidado de los niños y niñas de las madres que trabajan en la Argentina”. *Boletín de la Maternidad* N° 7, octubre. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar>.
- Esquivel, V; Faur, E; y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el Mercado*. IDES, Buenos Aires.
- Gogna, M. (comp.) (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES-UNICEF, Buenos Aires; 170-174.
- Gorodisch, R. (2003). “Exclusión social endémica y desarrollo temprano: ‘made in Chacarita’”. *Vertex Rev. Arg. Psiquiatría* 2003, XV: 115-120.
- Gorodisch, R. (2003b). “Bordando condiciones de más dignidad. Entrevista a Salvador Celia”. *Vertex Rev. Arg. Psiquiatría* 2003, XIV: 299-304.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). Informe final de la Comisión sobre determinantes de la salud: “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”.
- Siddiqi, A; Irwin, L. G. y Hertzman, C. (2007). “Total Environment Assessment Model for Early Child Development (TEAM)”. Evidence Report for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health, junio.

1. Ricardo Gorodisch, médico psiquiatra y psicoanalista, presidente de Fundación Kaleidos; Sandra Nofal, médica psiquiatra y psicoanalista, miembro del Consejo de Fundación Kaleidos; María Gabriela Böhmer, médica psiquiatra y psicoanalista, coordinadora de Jakairá Traslasierra; Valeria Canale, Lic. en Psicología, coordinadora de Jakairá Chacarita; y Gabriela Elizondo, Lic. en Trabajo Social, coordinadora de Jakairá Chacarita.

2. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26.061), Ley de Educación Nacional (Ley 26.206), Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26.150), Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley 26.485), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673).

maternidad y acceso a la atención sanitaria en el municipio de Malvinas Argentinas

por Ana Ariovich y Carlos Jiménez¹

Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento.

En este artículo recuperamos los resultados de una encuesta llevada a cabo hacia fines del año 2009, que buscó indagar aspectos vinculados a la accesibilidad y a los usos del sistema local de salud por parte de los hogares del municipio de Malvinas Argentinas². En particular, se analiza la accesibilidad de las madres residentes en el partido al cuidado y a la atención de su salud. Se entiende por accesibilidad la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS – SIPPAPS, 2006)³.

Ubicado en el noroeste del conurbano bonaerense, el municipio de Malvinas Argentinas se conformó como resultado de la división del partido de General Sarmiento efectuada en 1994⁴. Datos publicados por el Ministerio de Trabajo de la provincia de Buenos Aires para el año 2008⁵ muestran algunos indicadores del mercado laboral que evidencian que solo un 35,54% de la población económicamente activa del partido poseía empleo formal. Estos valores expresan –indirectamente– un alto porcentaje de familias sin seguro social y que solo podían utilizar los servicios públicos para su atención en el período bajo estudio.

La estructura sanitaria de este municipio fue heredada, en parte, del antiguo partido de General Sarmiento: 24 centros de salud, 2 hospitales municipales y un establecimiento privado con internación (Chiara *et al.*, 2011). Sin embargo, desde su creación hasta estos días, el número de efectores bajo jurisdicción municipal creció exponencialmente hasta sumar un total de 36 centros de salud, 11 establecimientos de segundo y tercer nivel, un hospital oftalmológico y uno odontológico. Al gran aumento de establecimientos se agregó la adquisición de complejos equipamientos para diagnósticos, cirugías y tratamientos⁶,

y un gran incremento en el número de camas en los centros con internación⁷.

En esta infraestructura prestacional se aplican programas nacionales y provinciales, tales como el materno infantil, el de lactancia materna, el REMEDIAR, el PRODIABA, el TBC y el HIV/SIDA, y se brindan servicios al PAMI⁸. Pero el municipio también ha implementado sus propios programas, como el Programa de Desnutrición Municipal (FAMIPRO) y el Programa Municipal para la Nutrición de la Infancia y la Familia (PROMUNIF), que intentan vincular la entrega de alimentos con la atención de la salud.

Otra serie de intervenciones de origen municipal, en cambio, focalizan su atención en la población materno infantil. Las más relevantes son: el Programa de Pediatría PIBE (para niños entre 30 días y 14 años), el Programa de Salud Materno Infantil Mamá Mía (para embarazadas y recién nacidos) y el Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud “Pueblo Chico”. Este último constituye uno de los pilares de la política local y procura colocar al Centro de Salud como “puerta de entrada” y como organizador del tránsito de la población en el sistema. Paralelamente, pretende que estos centros articulen en torno a las prestaciones de salud iniciativas de desarrollo social y de seguridad⁹.

En este trabajo buscamos reconstruir patrones en la utilización de las prestaciones y de los servicios ofrecidos por el sistema sanitario local¹⁰, como camino para analizar el acceso de las mujeres madres a la atención de su salud. Con este objetivo abordamos cuestiones como la frecuencia con la que estas mujeres realizan visitas a las especialidades básicas de la atención sanitaria, los motivos por los cuales consultan estos servicios de salud y el efector elegido para hacer dichas consultas.

Entendemos que las condiciones de acceso a la atención y el uso de los efectores de salud están influenciados no solo por la oferta de especialidades médicas y la disponibilidad de recursos humanos y físicos de los establecimientos, sino también por las propias características que presentan nuestras encuestadas: pobreza, clima educativo¹¹ y cobertura de obra social o seguro de medicina privada.

Aproximadamente la mitad de las madres consultadas se consideraron usuarias habituales de los servicios sanitarios del municipio para su atención en las especialidades básicas de la atención primaria con respecto a aquellas prestaciones que pertenecen al primer nivel (Centro de Salud) y las que dependen del segundo nivel de atención (hospitales). Cabe resaltar que es muy similar la proporción de estas mujeres que emplea el sector privado para su atención en ginecología y obstetricia (42,5%¹²); en medicina general este valor disminuye (34,6%¹³).

Si bien entre el grupo de beneficiarias del sistema sanitario local hallamos situaciones muy heterogéneas con relación a sus condiciones de vida, la población que se halla en situación de vulnerabilidad social elige –en su mayor parte– hacer sus consultas en ginecología/obstetricia y en clínica médica en los efectores del partido: un 69,6% de aquellas que no disponen de seguro médico y alrededor de un 60% de las que presentan NBI. No obstante, es destacable que un porcentaje significativo de estas mujeres que experimentan las condiciones más precarias busquen atención en el sector privado para visitar al ginecólogo y al obstetra: un 18,6% de las que no tienen cobertura, un 27,6% de las NBI y un 35,3% de las que tienen clima educativo bajo. En clínica médica¹⁴ sucede una situación bastante parecida, aunque aquí los porcentajes

de consultas en clínicas y consultorios privados para la población sin cobertura y con NBI son algo más bajos (13,8% y 21,9%, respectivamente).

Respecto a los motivos que llevaron a las mujeres encuestadas a efectuar sus consultas en las especialidades básicas,

observamos que las visitas ginecológicas y obstétricas se producen principalmente por prevención y control. En las visitas al médico generalista, por el contrario, aumentan considerablemente las consultas por enfermedad, tratamiento y urgencia.

Además, si bien mucho más de la mitad de las mujeres han visitado al ginecólogo/obstetra durante el último año, independientemente de su condición social, es remarcable la cantidad de mujeres en situación de vulnerabilidad que hace más de dos años que no concurren a una consulta en ginecología u obste-

Cuadro N° 1: Lugar de consulta de las mujeres al ginecólogo/obstetra según posesión (o no) de cobertura social del hogar, condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y clima educativo. Malvinas Argentinas, 2009.

| LUGAR DE CONSULTA | TOTAL | CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| | | COBERTURA SOCIAL ¹⁵ | | NBI | | CLIMA EDUCATIVO | | |
| | | SÍ | NO | CON | SIN | BAJO | MEDIO | ALTO |
| CENTRO DE SALUD | 34,6% | 18,9% | 51% | 43,8% | 25,7% | 52,9% | 43% | 14,5% |
| HOSPITAL PÚBLICO MA | 11,2% | 4,5% | 18,6% | 13,3% | 9,2% | 5,9% | 10,2% | 14,5% |
| OTRO HOSPITAL PÚBLICO | 9,8% | 9% | 10,8% | 14,3% | 5,5% | 0% | 10,9% | 10,1% |
| CLÍNICA O SANATORIO PRIVADO | 33,6% | 55,9% | 9,8% | 21,9% | 45% | 35,3% | 24,2% | 50,7% |
| CONSULTORIO PARTICULAR | 8,8% | 9% | 8,8% | 5,7% | 11,8% | 0% | 9,4% | 10,2% |
| EN OTRO LUGAR | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| NO SABE | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| NO CONSULTÓ | 2% | 2,7% | 1% | 1% | 2,8% | 5,9% | 2,3% | 0% |
| TOTAL | 100% (214) | 100% (111) | 100% (102) | 100% (105) | 100% (109) | 100% (17) | 100% (128) | 100% (69) |

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – UNGS.

Cuadro N° 2: Lugar de consulta de las mujeres al generalista según posesión (o no) de cobertura social del hogar, condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y clima educativo. Malvinas Argentinas, 2009.

| LUGAR DE CONSULTA | TOTAL | CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| | | COBERTURA SOCIAL | | NBI | | CLIMA EDUCATIVO | | |
| | | SÍ | NO | CON | SIN | BAJO | MEDIO | ALTO |
| CENTRO DE SALUD | 40,7% | 24,3% | 58,8% | 50,5% | 31,2% | 41,2% | 49,2% | 24,6% |
| HOSPITAL PÚBLICO MA | 9,3% | 8,1% | 10,8% | 9,5% | 9,2% | 0,0% | 10,9% | 8,7% |
| OTRO HOSPITAL PÚBLICO | 3,7% | 5,4% | 2,0% | 3,8% | 3,7% | 0,0% | 3,9% | 4,3% |
| CLÍNICA O SANATORIO PRIVADO | 28,5% | 48,6% | 6,9% | 17,1% | 39,4% | 35,3% | 18,8% | 44,9 |
| CONSULTORIO PARTICULAR | 6,1% | 5,4% | 6,9% | 4,8% | 7,3% | 0,0% | 6,2% | 7,2% |
| EN OTRO LUGAR | 0,5% | 0,9% | 0,0% | 1,0% | 0,0% | 0,0% | 0,8% | 0,0% |
| NO SABE | 0,9% | 0,0% | 2,0% | 1,0% | 0,9% | 0,0% | 1,6% | 0,0% |
| NO CONSULTÓ | 10,3% | 7,2% | 12,7% | 12,4% | 8,3% | 23,5% | 8,6% | 19,1% |
| TOTAL | 100% (214) | 100% (111) | 100% (102) | 100% (105) | 100% (109) | 100% (17) | 100% (128) | 100% (69) |

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – UNGS.

Cuadro N° 3: Motivo de la última consulta de las mujeres al ginecólogo/obstetra según posesión (o no) de cobertura social del hogar, condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y clima educativo. Malvinas Argentinas, 2009.

| MOTIVO DE LA ÚLTIMA CONSULTA | CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| | COBERTURA SOCIAL | | NBI | | CLIMA EDUCATIVO | | |
| | SÍ | NO | CON | SIN | BAJO | MEDIO | ALTO |
| POR PREVENCIÓN / CONTROL | 77,5% | 80,4% | 79% | 78,9% | 76,5% | 74,2% | 88,4% |
| POR URGENCIA | 1,8% | 4,9% | 2,9% | 3,7% | 5,9% | 4,7% | 0% |
| POR ENFERMEDAD | 0,9% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 1,4% |
| POR TRATAMIENTO CONTINUADO | 5,4% | 0% | 1,9% | 3,7% | 5,9% | 2,3% | 2,9% |
| POR ENFERMEDAD CRÓNICA | 2,7% | 2% | 3,8% | 0,9% | 0% | 3,1% | 1,4% |
| OTRAS | 2,7% | 3,9% | 6,7% | 0% | 5,9% | 3,1% | 2,9% |
| NS / NC | 9% | 8,8% | 4,8% | 12,8% | 5,9% | 12,5% | 2,9% |
| TOTAL | 100% (111) | 100% (102) | 100% (105) | 100% (109) | 100% (17) | 100% (128) | 100% (69) |

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – UNGS.

Cuadro N° 4: Motivo de la última consulta de las mujeres al generalista según posesión (o no) de cobertura social del hogar, condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y clima educativo. Malvinas Argentinas, 2009.

| MOTIVO DE LA ÚLTIMA CONSULTA | CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| | COBERTURA SOCIAL | | NBI | | CLIMA EDUCATIVO | | |
| | SÍ | NO | CON | SIN | BAJO | MEDIO | ALTO |
| POR PREVENCIÓN / CONTROL | 40,5% | 29,4% | 33,3% | 36,7% | 35,3% | 32,8% | 39,1% |
| POR URGENCIA | 24,3% | 27,5% | 30,5% | 21,1% | 23,5% | 25,0% | 27,5% |
| POR ENFERMEDAD | 13,5% | 13,7% | 10,5% | 16,5% | 11,8% | 14,8% | 11,6% |
| POR TRATAMIENTO CONTINUADO | 8,1% | 9,8% | 6,7% | 11% | 5,9% | 8,6% | 10,1% |
| POR ENFERMEDAD CRÓNICA | 3,6% | 3,9% | 3,8% | 3,7% | 0% | 5,5% | 1,4% |
| OTRAS | 0,9% | 0% | 3,8% | 3,7% | 0% | 0,8% | 0% |
| NS / NC | 9% | 15,7% | 14,3% | 11% | 23,5% | 12,5% | 10,1% |
| TOTAL | 100% (111) | 100% (102) | 100% (105) | 100% (109) | 100% (17) | 100% (128) | 100% (69) |

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – UNGS.

Cuadro N° 5: Última vez que las mujeres consultaron al ginecólogo/obstetra según posesión (o no) de cobertura social del hogar, condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y clima educativo. Malvinas Argentinas, 2009.

| ÚLTIMA VEZ QUE CONSULTÓ | CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| | COBERTURA SOCIAL | | NBI | | CLIMA EDUCATIVO | | |
| | SÍ | NO | CON | SIN | BAJO | MEDIO | ALTO |
| MENOS DE UN AÑO | 73,0% | 64,7% | 70,5% | 67,0% | 76,5% | 64,8% | 73,9% |
| MÁS DE UN AÑO Y MENOS DE DOS | 9% | 13,7% | 9,5% | 13,8% | 11,8% | 10,2% | 14,5% |
| MÁS DE DOS AÑOS | 15,3% | 18,6% | 18,1% | 15,6% | 5,9% | 21,1% | 11,6% |
| NO RECUERDA | 0% | 2% | 1% | 0,9% | 0% | 1,6% | 0% |
| NUNCA CONSULTÓ | 0% | 2% | 1% | 2,8% | 5,9% | 2,3% | 0% |
| TOTAL | 100% (111) | 100% (102) | 100% (105) | 100% (109) | 100% (17) | 100% (128) | 100% (69) |

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – UNGS.

Cuadro N° 6: Última vez que las mujeres consultaron al generalista según posesión (o no) de cobertura social del hogar, condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y clima educativo. Malvinas Argentinas, 2009.

| ÚLTIMA VEZ QUE CONSULTÓ | CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| | COBERTURA SOCIAL | | NBI | | CLIMA EDUCATIVO | | |
| | SÍ | NO | CON | SIN | BAJO | MEDIO | ALTO |
| MENOS DE UN AÑO | 74,8% | 69,6% | 72,4% | 71,6% | 76,5% | 75,0% | 65,2% |
| MÁS DE UN AÑO Y MENOS DE DOS | 11,7% | 7,8% | 7,6% | 11,9% | 0% | 8,6% | 14,5% |
| MÁS DE DOS AÑOS | 6,3% | 3,9% | 4,8% | 5,5% | 0% | 4,7% | 7,2% |
| NO RECUERDA | 0% | 5,9% | 2,9% | 2,8% | 0% | 3,1% | 2,9% |
| NUNCA CONSULTÓ | 7,2% | 12,7% | 12,4% | 8,3% | 23,5% | 8,6% | 10,1% |
| TOTAL | 100% (111) | 100% (102) | 100% (105) | 100% (109) | 100% (17) | 100% (128) | 100% (69) |

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – UNGS.

tricia: un 18,1% para el caso de mujeres con pobreza estructural y un 18,6% para las mujeres sin seguro médico. Es igual de llamativo el porcentaje, dentro de este mismo grupo, de encuestadas que nunca hicieron consultas al generalista: un poco más del 12% entre las que no disponen de cobertura o son NBI y un 23,5% entre las que poseen clima educativo bajo.

El Centro de Salud como *puerta de entrada* al sistema (Almeida *et al.*, 2006) o como lugar para acceder a la atención sanitaria también constituye un punto fuerte de nuestro análisis, ya que, desde la propia política sanitaria local como también desde las sucesivas recomendaciones de los organismos internacionales de salud¹⁶, son estos efectores los encargados de desarrollar las estrategias orientadas a mejorar el acceso de

la población local a la atención, debido –en parte– a la proximidad que presentan con el territorio.

Al analizar la utilización de estos centros en el territorio de Malvinas Argentinas, advertimos que componen un espacio privilegiado por las madres para atenderse en los servicios de la atención primaria: un 60,70%¹⁷ de ellas declararon haberse atendido recientemente

Cuadro N° 7: Dificultades de las mujeres para acceder a algún Centro de Salud según cobertura de salud, NBI y clima educativo. Malvinas Argentinas, 2009.

| DIFICULTADES PARA ACCEDER AL CENTRO DE SALUD* | SÍ | NO |
|---|-------|-------|
| LA DISTANCIA | 3,1% | 96,9% |
| LA FALTA DE TRANSPORTE PÚBLICO | 8,3% | 91,9% |
| LA FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA TRASLADARSE | 8,3% | 91,9% |
| LA INSEGURIDAD EN EL TRAYECTO O EN EL ÁREA DEL CENTRO | 28,1% | 71,9% |
| LOS HORARIOS DE ATENCIÓN | 64,6% | 35,5% |
| LA FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TURNOS | 62,5% | 37,5% |
| LA FALTA DE ESPECIALISTAS | 66,7% | 33,3% |
| LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA SER ATENDIDO | 55,2% | 44,8% |
| OTROS | 17,7% | 82,3% |

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – UNGS.

*Los porcentajes se basan en la cantidad de respuestas afirmativas para cada dificultad.

te en estos establecimientos. Pero los porcentajes del uso de estos efectores son aún más importantes cuando nos detenemos dentro del grupo de mujeres que expresan pobreza estructural (75,2%), o dentro del conjunto que carece de seguro social (79,4%). Estos altos valores pueden estar vinculados con el impacto de las intervenciones municipales desplegadas en los centros que se focalizan en el grupo materno infantil de la población del partido.

Si bien la proporción de madres que se atendieron en los establecimientos del primer nivel es bastante elevada, casi un 45% del total de las mujeres consultadas han expresado inconvenientes a la hora de necesitar atención en esos centros. Sus principales dificultades se vinculan con la oferta del sistema y se refieren a los horarios de atención, tiempos de espera y la falta de disponibilidad de turnos y de especialistas.

De modo similar, es dable subrayar que dentro de este grupo que expresó inconvenientes de accesibilidad a los centros de salud, los porcentajes más importantes corresponden a las mujeres que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad: un 54,17% de estas no cuentan con cobertura médica, y un 53,33% presentan necesidades básicas insatisfechas.

Consideraciones finales

• En el municipio de Malvinas Argentinas la mitad de las madres son usuarias habituales de los efectores municipales para su atención ginecológica u obstétrica y clínica. Sin embargo, no encontramos una brecha importante entre quienes utilizan el sector público municipal y el privado para estas especialidades básicas de la atención primaria. Asimismo, resulta inquie-

tante que los porcentajes de consultas en sanatorios y consultorios privados sean bastante significativos entre las mujeres que experimentan las condiciones de vida más precarias.

- Si bien es positivo el número de visitas que se realizan por prevención y control a los especialistas en ginecología y obstetricia, el tratamiento y la urgencia continúan siendo los principales motivos de consulta en los servicios de medicina general.
- Una cantidad considerable de mujeres en situación de vulnerabilidad social hace más de dos años que no concurren a una consulta en ginecología u obstetricia. Dentro de este grupo, más de un 10% de ellas nunca han efectuado consultas al médico generalista.
- En el partido, los centros de salud son un lugar privilegiado para la atención de las madres que consultan las especialidades básicas. La población de mujeres que ha acudido recientemente a este efector como puerta de entrada o ingreso al sistema sanitario presenta características sociales heterogéneas. No obstante, observamos que son aquellas que carecen de cobertura médica y las que presentan pobreza estructural las que más han usado estos servicios, posiblemente como consecuencia del abanico de intervenciones municipales orientadas a la materno-infancia en esos centros.
- Finalmente, es destacable que el 45% del total de las mujeres consultadas nos hayan transmitido dificultades para acceder a la atención en los centros del primer nivel. Los problemas identificados como más relevantes se relacionan con la dinámica de funcionamiento de los servicios: horarios de atención, tiempos de espera y disponibilidad de turnos y de especialistas. 

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Almeida, C. y Macinko, J. (2006). "Validação de Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local", en *Série Técnica. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. BRASILIA – DF.
- Chiara, M.; Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. y Di Virgilio, M. (2011). "La política sanitaria local en el municipio de Malvinas Argentinas (Gran Buenos Aires): de la búsqueda de la autonomía al liderazgo como prestador en la región". Documento de Trabajo N° 1. ICO – UNGS.
- Chiara, M. (2012). "¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación. En Chiara, M. (comp.). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Prometeo – UNGS.
- Documento de Gestión (2008). "Encuesta de Indicadores del Mercado de Trabajo en los municipios de la provincia de Buenos Aires". Municipio de Malvinas Argentinas. Informe de Trabajo, Ministerio de Trabajo.
- INDEC (2001). "Censo Nacional de Población y Vivienda".
- OMS (1978). "Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre Atención primaria de salud". Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre.
- OPS (2007). "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la OPS". Washington D.C.
- PROAPS-SIPPAPS (2006). "Programa de Atención Primaria de la Salud: Sistema de Incentivos para Profesionales de la Atención Primaria de Salud". Córdoba, Argentina.

1. Docentes investigadores del equipo de "Diseño y gestión de políticas de salud" del área de Política Social del Instituto del Conurbano (ICO) de la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS).

2. La encuesta se realizó en el marco del Proyecto "Los sistemas de salud en nivel local en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la salud de la población" que se desarrolló en el ICO-UNGS. Dicha encuesta se efectuó sobre una base muestral representativa construida a partir de fracciones y radios censales, sobre la cual se seleccionaron aleatoriamente los 400 casos. Solo fueron incluidos en la muestra hogares en los cuales se encontró la presencia de por lo menos un niño menor a 6 años y/o un discapacitado, y/o un enfermo crónico, con la intención de capturar hogares que potencialmente hacen un mayor uso de los servicios de salud. Para este artículo se recuperó la información referida a las madres incluidas en la muestra, las cuales suman 214 casos.

3. Esto implica cuestiones como una adecuada localización del centro de salud respecto de la población a la cual atiende, una apropiada oferta de especialidades, una amplia franja horaria de atención, un pertinente sistema de turnos y un grado de tolerancia para consultas no agendadas.

4. La Ley Provincial N° 11.551 dio lugar a la división del partido de General Sarmiento y la consecuente creación de tres nuevos distritos: José C. Paz, San Miguel y Malvinas Argentinas.

5. Documento de Gestión (2008): "Encuesta de Indicadores del Mercado de Trabajo en los municipios de la provincia de Buenos Aires". Municipio de Malvinas Argentinas. Informe de Trabajo, Ministerio de Trabajo.

6. Datos disponibles en la página web del municipio: <http://www.malvinasargentinas.gov.ar>

7. Fuente: Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

8. La modificación en el año 2005 de la normativa del INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) referida a la estructura prestacional habilitó a los hospitales nacionales, provinciales y municipales a formar parte de la red de servicios del PAMI. En Malvinas Argentinas, esto constituyó un incentivo para el desarrollo de prestaciones del segundo nivel (Chiara, 2012).

9. El Programa Pueblo Chico fue creado por la ordenanza municipal N° 622 del año 2003.

10. Cuando hablamos de sistema local nos referimos al sistema sanitario municipal.

11. La variable "clima educativo" del hogar se construyó considerando el promedio de años de escolaridad de los miembros del hogar de 18 años y más.

12. Este porcentaje resulta de la suma de clínica o sanatorio privado y consultorio particular.

13. Ídem.

14. Se usan de manera similar los términos medicina general y clínica médica.

15. Debido a que una de las encuestas no pudo precisar si poseía cobertura médica, la suma de respuestas entre población con cobertura y población sin cobertura totaliza 213 casos. Esta aclaración es válida para todos los cuadros.

16. De acuerdo con la OMS y la OPS, es en el primer nivel de atención donde deben priorizarse estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS) destinadas a ampliar el acceso de la población a los servicios de salud, de manera integrada y continuada, con acciones intersectoriales y participativas (OMS, 1978; OPS, 2007).

17. En este porcentaje en particular (no así en el resto del trabajo) están contenidas las consultas en todas las especialidades y prestaciones ofertadas en los Centros de Salud, no solo en medicina general y obstetricia.

www.o-maternidad.org.ar

*El presente Boletín de la Maternidad es enviado periódicamente desde el portal de la Fundación Observatorio de la Maternidad - Buenos Aires, Argentina.
Cualquier comentario, noticia, recomendación o sugerencia que quiera remitir puede hacerlo a info@o-maternidad.org.ar.
Si desea cancelar su suscripción, por favor envíe un correo electrónico desde dicha dirección a info@o-maternidad.org.ar con la frase "Cancelar suscripción".*

avenida ingeniero huergo 1167 EP, 1107aol buenos aires, argentina / info@o-maternidad.org.ar / www.o-maternidad.org.ar