

“Convocatoria 2019 Investigadores Mendocinos”

Modelos de atención a mujeres usuarias de sustancias psicoactivas gestantes o puérperas de Las Heras desde una perspectiva de integralidad y equidad de género.

Directora: Dra. Parga Jimena

Investigadoras: Lic. Suden Laura y Mgter. Navarro Daniela

Contenido

2. Resumen.....	3
3 Palabras Clave	5
4 Introducción.....	5
5 Objetivos.....	8
6 Materiales y métodos	8
6.1. Criterios de Muestreo.....	11
7. Consideraciones éticas	12
8. Marco teórico de referencia:.....	12
9 Resultados	14
9.1 Perspectiva del personal de la salud de las maternidades.....	14
9.2 Perspectiva del personal de la salud del CPAA	19
9.3 Perspectiva de las mujeres:	22
9 Limitaciones del estudio.....	28
10 Discusión.....	28
11 Conclusión y Comentarios Finales.....	30
12. Relevancia para las políticas sanitarias	36
13. Referencias Bibliográficas	37
4. Abreviaturas y Acrónimos.....	40

2. Resumen

La perspectiva de género y derechos humanos nos permite comprender las particularidades de los modelos de atención a mujeres que usan sustancias psicoactivas (SPA) y que están en situación de embarazo, parto o puerperio, así también el acceso a tratamiento por consumos problemáticos.

El objetivo del estudio es describir y comparar los modelos de atención a partir de la escala EQUIGEN identificando la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en las Maternidades y los Dispositivos Especializados en Consumos Problemáticos que atienden mujeres residentes del departamento de Las Heras de la provincia de Mendoza, desde la perspectiva del personal de salud y de las mujeres.

El estudio es exploratorio, comparativo y de enfoque cualitativo. La comparación se llevó adelante mediante el análisis del cuerpo de datos obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas a dos poblaciones, la del personal de los servicios de salud y de las mujeres que están en tratamiento y/o usan sustancias psicoactivas y han estado embarazadas en los 3 últimos años. Las dimensiones analizadas se focalizaron en torno a integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en las prácticas y saberes de salud, así también como en trayectorias de consumo y vínculos con el sistema de salud de las mujeres.

Resultado: La evidencia encontrada en el presente estudio da cuenta del cambio en los patrones de consumo, que se condice con las últimas estadísticas nacionales. Existe un aumento del consumo de sustancias ilegales, cocaína, marihuana así también como de alcohol y psicofármacos, sin embargo esta realidad había permanecido invisibilizada y oculta para los equipos de salud. Este aspecto da cuenta principalmente que los distintos modelos de atención no han tenido en cuenta las necesidades específicas de las mujeres usuarias de SPA, tanto en los dispositivos específicos de abordajes de consumo problemático como en los servicios de cuidados obstétricos.

Cabe resaltar la existencia de una alta carga moral negativa, un fuerte rechazo y discriminación hacia las mujeres que usan sustancias psicoactivas, situación que se exagera cuando el consumo se da durante el embarazo, parto, puerperio. El rechazo

social se constituye en la principal barrera para solicitar ayuda profesional por el consumo de SPA por parte de las mujeres.

En el análisis de la **integralidad** podemos comprobar que si bien el personal de los servicios de salud considera que la mejor estrategia para garantizar el derecho a la salud es desde una perspectiva integral aún no han podido constituirse como tales. Los servicios analizados presentan diferencias en relación a los grados de integralidad y equidad de género en las prácticas y saberes, siendo esto efecto de las diferentes concepciones de salud-enfermedad y por la incorporación o no, de la perspectiva de género y de derecho en sus abordajes.

En el modelo de atención de las maternidades prima el enfoque de tipo asistencialista, que pone foco en la abstención del consumo y el control de la conducta de las mujeres la cual es percibida como “desviada”. De este modo se limita su capacidad de agencia. En algunos casos han incorporado algunos aspectos del modelo transicional, como por ejemplo los equipos de los servicios de salud mental y el servicio social muestran una gran disposición a incorporar criterios de integralidad y la perspectiva de género a sus prácticas. Por otro lado, cabe destacar que si bien existen diferentes disciplinas (psiquiatría, psicología, trabajo social) esto en sí mismo no garantiza el trabajo interdisciplinario. En los abordajes prima una lógica de salud de tipo asistencial-individual. En muchos casos sus abordajes quedan ligados mayormente al tratamiento individual y enfocado en el bienestar de las/los RN como eje principal.

Por su parte el modelo de atención de los dispositivos específicos de consumos problemáticos se corresponde con un modelo semi-integral, ya que incluyen en sus prácticas principios de integralidad: incorporan el trabajo interdisciplinario, se pone foco en las mujeres como personas con derechos y buscan reconstruir la autoestima y la participación de la vida familiar, laboral y social. Principalmente se propicia la escucha y el acompañamiento de las mujeres pero sólo pueden realizarlo en algunos aspectos ya que sigue centrado en la asistencia clínica individual con escasos abordajes que contemplan la promoción y prevención en sus intervenciones.

En relación al análisis de la **equidad**, es importante considerar que los consumos problemáticos en mujeres han permanecido ocultos para el sistema de salud. Las formas de sufrimiento propias de las mujeres han permanecido inadvertidas tanto en los dispositivos específicos en consumos problemáticos como en todos los niveles de atención, poniendo de manifiesto cierta ceguera al género. Sin embargo, en las maternidades fueron hipervisibilizados como un emergente, y desde una concepción del uso de SPA como una práctica desviada en relación al rol materno.

Como principales barreras a tratamiento se identificaron las sanciones morales, el tiempo dedicado a tareas domésticas y el cuidado de las/los hijas/hijos. Estas barreras se amplifican al considerar las precarias condiciones de vida que caracteriza a la muestra de mujeres entrevistadas, las cuales pertenecen a estratos sociales bajos, con bajos niveles de estudios, desempleadas o con empleos precarios y sin obra social.

Las mujeres que usan drogas durante el embarazo, parto y puerperio presentan experiencias comunes donde priman la soledad, la falta de acompañamiento, sentimientos de culpa, atravesamiento de diferentes tipos de violencias: obstétrica, sexual, psicológica y económica, en el ámbito familiar y en las diversas instituciones donde transitan su vida cotidiana. En suma, padecen situaciones de discriminación y rechazo, lo cual produce un efecto altamente negativo en la dimensión subjetiva y simbólica que obstaculiza el acceso a la salud en general y al tratamiento por consumo de sustancias en particular. Los servicios de salud en la mayoría de las situaciones intervienen para disminuir los riesgos asociados a las/los niñas/niños y son escasas las intervenciones que se ocupen del abordaje de los padecimientos de las mujeres.

Conclusiones: Tanto los equipos de salud de las maternidades como del centro de tratamiento de consumo problemático, consideran que la mejor estrategia para garantizar el derecho a la salud de mujeres que usan SPA es promover modelos de atención integrales, sin embargo en la actualidad los modelos analizados aún no se han podido constituir como tales, continúan primando las intervenciones individuales en la atención con una mirada asistencialista en ambos dispositivos. Particularmente en las maternidades, no se ha avanzado en superar la mirada médico-biológica para explicar y tratar los problemas de salud. El modelo de atención del CPAA tiende a ser más integral que el modelo de la maternidad, aunque en general ningún modelo ha podido incorporar en sus prácticas de manera efectiva la identificación de la relación entre ciclo de vida y necesidad de salud que incluya un enfoque preventivo.

El estudio aporta evidencia empírica para la transformación de los modelos de atención en modelos de abordaje más integrales y con perspectiva de género, que no se centren exclusivamente en el rol de género de las mujeres, como madres y cuidadoras. La evidencia muestra la necesidad de incorporar los consumos problemáticos desde una concepción de salud integral, con estrategias de reducción de daños e incorporando los determinantes sociales en los distintos abordajes para mujeres que usan SPA. Para una mejora del acceso y permanencia a la salud de las mujeres es fundamental construir estrategias de acompañamiento que no juzguen, ni criminalicen a esta población.

3 Palabras Clave

Mujeres que usan SPA , modelos de atención, embarazo y puerperio, integralidad, equidad de género.

4 Introducción

La investigación analiza la integralidad de la atención a mujeres gestantes o puérperas que usan SPA en el sistema de salud. Históricamente las políticas públicas asistenciales en consumos problemáticos de SPA fueron construidas principalmente para masculinidades y en muchos casos, con falta de perspectiva de derechos humanos. Si bien

ha sido un problema de salud protagonizado por varones, en los últimos 20 años, profundos cambios sociales han impactado en las prácticas y trayectorias de consumo en mujeres. Según estudios internacionales la tendencia mundial para la población general da cuenta de un aumento del consumo de SPA, con edades de inicio más tempranas y una disminución entre las diferencias de consumo según género, es decir un creciente incremento de consumo de mujeres (1).

De acuerdo a los últimos estudios poblacionales llevados adelante por el Observatorio Argentino de Drogas (2010-2017) , a nivel nacional se replica la situación internacional respecto a la existencia de un aumento considerable del uso de SPA en mujeres. Tendencia que también se constata a nivel provincial. Según el OAD en el 2017 al comparar la situación a nivel nacional con la provincial podemos destacar que la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes pasa de 34% a 44,2% en el país y en Mendoza alcanza el 43,1%. El consumo de marihuana en mujeres del país ascendió de 4,2% a 13,9, mientras que en la provincia alcanza 9,3%. El consumo de vida de cocaína en mujeres en el país aumenta de 0,8% a 2,7%, mientras que en Mendoza es mayor, llegando al 3,1%. En la provincia, la prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica (s/pm) alcanza al 2,6% y es mayor al consumo de varones (2).

Particularmente en Mendoza estos cambios fueron visibilizados en las maternidades antes que en otros servicios de salud, a partir del testeo de SPA en recién nacidas/nacidos (RN). Esta situación visibilizó una problemática que permanecía oculta y al mismo tiempo puso también en cuestión las prácticas asistenciales en relación a los consumos problemáticos en mujeres gestantes. Según un estudio reciente en distintos hospitales de Argentina el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio es una problemática que va en aumento y genera una preocupación socio sanitaria por diversos motivos tales como el aumento de consumo de esta población, el estigma social que recae sobre madres usuarias de drogas y la desorientación que reportan los equipos de salud al abordar estas situaciones (3).

Desde hace varias décadas a nivel mundial se viene impulsando la promoción de la equidad de género, por mencionar algunos hitos, en 1993 a partir de la Declaración de Viena que proclama que los derechos humanos de las mujeres son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales, en el año 1994 la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer permitió incorporar a la violencia contra las mujeres como una violación a los derechos humanos. Este escenario dio sentido a la Ley Nacional 26484/ 2009 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar las violencia contra las mujeres. La perspectiva de género en el campo de la salud se viene impulsando desde diferentes estrategias para integrar acciones de género en la OMS, tales como instar a los Estados Miembro a avanzar en la igualdad entre mujeres y hombres en el sector de la salud para garantizar que las necesidades de mujeres, hombres, niñas y niños sean tenidas en cuenta en la planificación y las políticas sanitarias y en la capacitación del personal de atención en salud.

El presente trabajo analiza los modos en que los servicios de las maternidades y los dispositivos especializados en salud mental, incorporan los principios incluidos en la escala EquiGen en el abordaje de mujeres gestantes y usuarias de SPA. Es decir que indaga cómo los principios de integralidad, ciudadanía y equidad de género se incluyen en las prácticas asistenciales del personal de salud de distintos servicios que atienden a mujeres gestantes o púerperas que usan sustancias psicoactivas. Analiza en qué medida la ausencia de los principios de integralidad, ciudadanía y equidad de género en las prácticas de los equipos de salud pública implican un obstáculo para el acceso a la salud de estas mujeres en particular. Al mismo tiempo que la falta de investigaciones con perspectiva de género en consumo problemático reproduce la invisibilización del fenómeno.

En el año 2009 en el "Foro de investigación de Salud Argentina" se resaltó la existencia de vacíos en investigaciones de género y consumo y sobre la importancia de contar con más evidencia empírica (4). Algunas investigaciones dan cuenta de la menor accesibilidad inicial a tratamiento por SPA de las mujeres, esta menor accesibilidad inicial y ampliada se explica por diferentes barreras, aquellas concernientes a elementos institucionales, a la relación entre los equipos de salud y las pacientes y por último a las relativas a las usuarias. (5). Los tratamientos ofrecidos en el campo de los consumos han tenido una fuerte impronta androcéntrica sin considerar las necesidades de las mujeres. Otros estudios revelan las injustas diferencias en la adherencia al tratamiento, dadas principalmente por ser socialmente más sancionadas y estigmatizadas que los varones en relación al consumo, en tanto contradicen el género femenino (6).

Partimos de la idea de que existen diferentes formas de enfermar y morir de las mujeres que deben ser consideradas por los equipos de salud para mejorar las respuestas socio sanitarias. Investigadores advierten sobre la urgencia y necesidad de incorporar la perspectiva de género en salud, esto implica incluir el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso de salud-enfermedad-atención de los diferentes grupos¹. (7) En este sentido el objetivo central ha sido describir y comparar los modelos de atención a mujeres usuarias de sustancias psicoactivas durante la gestación o puerperio en las maternidades y del CPAA Las Heras a partir de la escala EquiGen, identificando y comparando el grado de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en las prácticas de los equipos de salud, tanto desde la perspectiva del personal de los servicios de salud que las atienden, como desde la perspectiva de las mismas mujeres usuarias de estos servicios, identificando y caracterizando a los modelos de atención predominantes desde un enfoque de género y derechos.

En suma, el tema de investigación se considera de interés constituyéndose en un aporte a las investigaciones en salud con perspectiva de género en una temática que,

¹ Nos interesa destacar que cuando nos referimos a estudios con perspectiva de género no implica estudios exclusivos en población de mujeres, sino aquellos análisis que incorporen el sistema desigual patriarcal para comprender las particularidades en las diferentes poblaciones de varones, mujeres, población LGBTQ+

aunque aún es escasa a nivel nacional y provincial, ha cobrado relevancia en los últimos años. (3) (5) (6)

Implica también la visibilización del uso de SPA durante el embarazo, parto y puerperio, poniendo en evidencia que el ocultamiento de la problemática está estrechamente vinculado a los roles de género asignados, principalmente pone en tensión las prácticas de cuidado, es decir que el consumo en mujeres está estrechamente vinculado a su rol de madres cuidadoras. También el estudio analiza en qué medida la falta de integralidad y equidad de género en las prácticas llevadas adelante por los equipos del sistema de salud pública reproducen el círculo de discriminación, estigma y rechazo, transformándose en un obstáculo para garantizar el derecho a la salud. En síntesis el estudio aporta datos para mejorar el acceso y calidad en la atención de mujeres que usan SPA basadas en prácticas con enfoque de derecho y género al mismo tiempo sobre la atención de RN.

Los resultados alcanzados los dividiremos en cuatro apartados. El primer, segundo y tercer apartado refiere a las distintas perspectivas de los equipos de salud de la maternidad, del CPAA de Las Heras y de las mujeres que asisten a esos dispositivos desde las dimensiones desarrolladas por la escala de integralidad EquiGen. En el último apartado presentaremos las conclusiones finales en relación a la caracterización de los modelos de atención.

5 Objetivos

El objetivo central de la investigación fue describir y comparar los modelos de atención de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas durante el embarazo, parto y puerperio en los servicios de maternidad de los hospitales Lagomaggiore y Carrillo, y, dispositivos específicos de abordajes de consumos problemáticos CPAA de Las Heras, a partir de la escala EquiGen.

Los objetivos específicos:

Identificar y comparar los grados de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género de las estrategias de abordaje de los servicios de las maternidades y los dispositivos específicos en consumos problemáticos tanto desde la perspectiva de las mujeres y desde la perspectiva de los equipos de los servicios de salud.

Caracterizar modelos de atención predominante en cada dispositivo de manera diferenciada y conocer los efectos de cada modelo sobre el acceso a la salud de las mujeres.

6 Materiales y métodos

Para llevar adelante el estudio hemos realizado un diseño exploratorio-descriptivo y comparativo desde un enfoque cualitativo que ha permitido ir analizando las opiniones, saberes, prácticas, experiencias y representaciones sociales que van conformando y constituyendo los diferentes modelos de atención y sus características de acuerdo a la escala de integralidad, en la permanente interrelación entre la perspectiva del personal de la salud como de las mujeres usuarias de los diferentes servicios.

Para la recolección de los datos se utilizaron fuentes de datos primarios a partir de la realización de entrevistas semi-estructuradas a dos poblaciones con tres muestras: profesionales de las maternidades, profesionales del CPAA de Las Heras y mujeres en tratamiento en dispositivos especializados en consumo problemático que hayan estado en situación de embarazo, parto y puerperio en los últimos tres años. Las tres muestras fueron no probabilísticas y el tamaño de las mismas se estableció por saturación teórica. (8)

La entrevista semiestructurada se elabora a partir de la adaptación que realizó Jimena Parga de la escala EquiGen a los servicios específicos de consumo problemático, se indagaron las siguientes categorías:

A la población de mujeres:

a). **Datos sociodemográficos:** se realizaron preguntas cerradas sobre la edad en el momento de la entrevista, lugar de residencia, grupo familiar conviviente, cantidad de hijos, situación laboral actual y trayectoria de consumo.

b). **Relación con los servicios de salud:** indagamos sobre la planificación del último embarazo, los controles prenatales, la internación en la maternidad y los controles del niño después del alta; también por la búsqueda de ayuda por el consumo problemático, el tipo de relación con el personal de los servicios de las maternidades y con los profesionales de los servicios específicos de salud mental. Exploramos las dificultades que se le presentaron en los procesos de cuidado, la posibilidad de plantear la situación de consumo al personal de salud, sus sentimientos como miedo o angustias, la motivación y posibilidades de sostener un tratamiento por consumo problemático y el impacto del tratamiento en su calidad de vida. Se indagó sobre las estrategias de lactancia, si se realizó una lactancia exclusiva, mixta o si se utilizó fórmulas. Se consultó sobre la percepción de ciertas prácticas por parte del personal de salud en relación al trato recibido, a la empatía sobre la problemática que ellas atravesaban, la información recibida sobre sus problemas de salud o los problemas de salud de sus hijas/hijos, la posibilidad de decidir sobre las prácticas y tratamiento sobre el propio cuerpo y sobre las/los hijas/hijos.

c). **Traectoria de consumo:** se preguntó acerca de la edad de inicio de consumo, las situaciones donde se realizaba la práctica, las motivaciones que llevaron a consumir, las estrategias de autorregulación durante los embarazos y la lactancia.

d). **Maternidad:** se exploró sobre los sentidos atribuidos al rol materno, la red de apoyo para el trabajo de cuidado y la vinculación con las/los hijas/hijos.

e) **Género:** se les preguntó sobre la percepción de diferencias en relación al hecho de ser mujer y consumir SPA en relación a los varones, si se sienten juzgadas, expuestas a riesgos por ser usuarias de SPA y su condición de mujer

A la población de profesionales de maternidad y de CPAA:

a). **Formación sobre problemática de consumo y sobre perspectiva de género:** se indaga sobre la capacitación específica en estos temas y la motivación o percepción de la necesidad de realizarla .

b). **Situación de revista y relación laboral:** se pregunta sobre la relación laboral con los servicios de salud del ministerio, la antigüedad en el servicio, los horarios de trabajo.

c). **Caracterización de la problemática de consumo en mujeres:** se les preguntó sobre sus impresiones acerca del problema del consumo en mujeres embarazadas y púerperas, las posibles causas, los protocolos de actuación para llegar al diagnóstico, las estrategias de abordajes, las derivaciones y la articulación interinstitucional. Se les pidió que caractericen a las mujeres que atraviesan este padecimiento, su formas de percibir las y de tratarlas dentro de los servicios, las recomendaciones y protocolos de actuación en relación al cuidado de las/los RN, recomendaciones sobre la lactancia y el seguimiento pediátrico del RN.

d) **Género:** se indaga sobre la existencia de estrategias diferenciadas para el acceso y permanencia de las mujeres usuarias de SPA en los servicios específicos de consumo problemático, se indagó acerca de la exigencia de los roles de género socialmente asignados a las mujeres como cuidadora de niñas y niños, si se plantean estrategias de intervención que contribuyan a la equidad de género.

A fin de complementar la información obtenida de las entrevistas, se registraron impresiones, conversaciones, mensajes preventivos escritos en carteles a partir de una observación no participante en el Hospital Lagomaggiore y en la sala de espera del CPAA de Las Heras. Esta estrategia de recolección de información nos permitió conocer las disposiciones institucionales para el abordaje y la circulación de sentido sobre el consumo problemático en las distintas instituciones: las especializadas y las maternidades.

El procedimiento de análisis de los datos obtenidos se realizó a partir del método comparativo constante (8), confrontando el discurso de las mujeres y el del personal de los diferentes equipos de salud sobre las categorías que conforman la escala integralidad y equidad de género en la atención. El análisis se llevó adelante a través del programa ATLAS TI, mediante la categorización de las entrevistas en variables antes mencionadas. Los fragmentos del discurso fueron codificados en categorías y subcategorías, luego se analizan los discursos en cada categoría y se identifican los temas recurrentes y los temas emergentes como así también las coincidencias y diferencias de las distintas voces que conforman nuestro universo de estudio.

Al tratarse de un diseño exploratorio y cualitativo se permitió la aparición de temas emergentes más allá de los establecidos por la escala de integralidad. También, el análisis de los datos se realizó a partir del contraste de los datos obtenidos en el campo con el marco conceptual.

El acceso al campo se realizó según las características de cada institución. En el caso del CPAA de Las Heras, en primer lugar se participó en una reunión de equipo donde se explicaron los objetivos del estudio y se concertó una fecha para las entrevistas al personal profesional y a las mujeres que quisieran participar.

En el caso de las maternidades se contactó al personal que se desempeña en los distintos servicios a través de la estrategia de bola de nieve, se les explicó los objetivos del estudio y se concertó la realización de una entrevista telefónica fuera del horario de trabajo en la institución.

6.1. Criterios de Muestreo

Muestra de mujeres: mujeres usuarias de servicios especializados de salud mental por consumo de sustancias psicoactivas que hayan estado en situación de embarazo, parto y puerperio en los últimos tres años. Cabe aclarar que la disposición a la participación de las mujeres fue importante y mostraron un gran entusiasmo. A fin de contactar una cantidad suficiente de mujeres decidimos incorporar a la muestra, además del CPAA de Las Heras, otras instituciones como Remar² y Red Puentes. Es relevante considerar que el criterio de selección de haber estado en situación de embarazo o puerperio implicó una gran complejidad, por un lado dado que se trata de un momento de gran impacto psíquico, y por otro debido a que la asistencia por consumo problemático se vió reducida durante el 2020 por la pandemia por Covid-19. Se accedió a las mujeres usuarias a través de la técnica bola de nieve por informantes clave en los distintos servicios de atención.

Todas las personas entrevistadas eran mayores de edad.

En total se entrevistaron 6 mujeres y 13 profesionales, como se señaló anteriormente esto se debe a que el contacto con el personal de salud fue más sencillo que el contacto con las mujeres en tratamiento por consumo problemático en contexto de pandemia.

La composición final de la muestra quedó conformada por:

² REMAR organización de la sociedad civil que brinda alojamiento a personas en situación de calle con consumo problemático.

	CPAA Las Heras, Red Puente y Remar	Maternidad	OSC	Total
Mujeres	4		2	6
Médica/o	1	2		3
Lic. en Psicología	2			2
Lic. en Trabajo Social	1	4		5
Lic. en enfermería		2		2
Lic. en Obstetricia		1		1

7. Consideraciones éticas

La investigación se llevó adelante desde el principio de respeto por las personas y su autonomía, se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes. Antes de cada entrevista se informó sobre los objetivos de la investigación, la confidencialidad, los derechos de las personas y la posibilidad de abandonar la entrevista en el momento que lo consideren, al igual que las opciones de ser grabadas o no. En todas las entrevistas se solicitó la firma del consentimiento informado, el cual fue aprobado por el Comité de Ética, Docencia e Investigación de la Dirección de Salud Mental y Adicciones el 12 de agosto del 2020.

8. Marco teórico de referencia:

La investigación se inscribe dentro de la perspectiva integral de salud, que de acuerdo con la OMS se trata “del completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad” (9). La salud se comprende como el resultado de procesos históricos, sociales y culturales y no como un estado estático.

Desde el enfoque de derechos humanos se define a las/los usuarias/usuarios de SPA como “personas con derecho a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a atención integral de la salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial” (10).

El uso de SPA, lo entendemos dentro de un paradigma complejo y relacional (11) que lo comprende desde una mirada integral y está configurado por la interrelación dinámica entre el objeto (en este caso las sustancias psicoactivas), la persona y el contexto. Es decir, que el problema de consumo de SPA se da en la interrelación dinámica entre contextos y subjetividades.

Definimos los consumos problemáticos como “aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica de la persona, y/o las relaciones sociales. (12).

La categoría género se constituye como un ordenador social que construye subjetividades diferenciadas, en valores, normas, símbolos y prácticas, no solamente como una diferencia entre sexos. El género impacta en las formas de sufrir, enfermar y sanar que se dan en relaciones de poder desigual. Para Tajer (13), las diferencias existentes entre los índices de morbi-mortalidad entre varones y mujeres, expresan fuertes inequidades en el campo de la salud.

Con la finalidad de conocer los grados diferenciados de integralidad y equidad de género en los modelos de atención a mujeres que usan SPA se utilizará la “Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)” adaptada por Jimena Parga para servicios que asisten a personas con consumo problemático. La escala fue creada por Débora Tajer y equipo en el marco de la investigación “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” Programación UBACyT 06/09, la cual se conforma a partir de 4 ejes:

Integralidad: es entendida como el grado de inclusión en los modelos de atención de la relación entre calidad de vida y la situación de salud de las/los usuarias/usuarios considerando la identificación de la relación entre ciclo de vida y necesidad de salud incluyendo un enfoque preventivo de las necesidades de las etapas posteriores del ciclo vital.

Ciudadanía: constituye una categoría analítica que permite interrogar sobre los modos en que los colectivos y actores sociales participan de una determinada política pública. Esta categoría implica una práctica conflictiva vinculada al poder que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decidir el qué, dentro del proceso de definición de cuáles son los problemas sociales comunes y cómo serán abordados.

Autonomía: se entiende como el grado de promoción en las prácticas de salud que las personas puedan tener a su alcance, la información necesaria sobre sus problemas de salud, alternativas de cuidado y tratamiento. También las posibilidades de autovaloramiento, como un eje a incluir en la toma de decisión en los tratamientos.

Equidad: la equidad en salud la analizamos en el acceso, permanencia y sostenimiento de tratamiento y alta, atendiendo a diferencias por motivo de género que se transforman en desigualdad de acceso para varones y mujeres.

El análisis de los ejes definen a los modelos de atención según cuatro valores:

Integral: es un modelo que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención que se traduce en las prácticas. Estas incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la noción de autonomía, equidad y ciudadanía y las necesidades en salud según el ciclo de vida.

Semi-Integral: presenta los principios del integral logrando solo en algunos aspectos realizar prácticas que los incluyan

Transicional: a nivel de las representaciones incluye los principios de integralidad y equidad de género, pero las prácticas se ubican más cerca de un modelo asistencial centrado en lo biomédico.

Asistencial: refiere a un modelo cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un modelo biomédico y paternalista, tomando a las mujeres en su rol tradicional en la sociedad. Está basado fundamentalmente en la atención de la enfermedad y su abordaje preventivo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo y/o su tratamiento farmacológico. (14)

9 Resultados

9.1 Perspectiva del personal de la salud de las maternidades

La muestra estuvo compuesta por 9 profesionales, Médicas, Lic. en enfermería y Lic. en trabajo social y Lic. en Obstetricia. Las personas entrevistadas fueron en un 100% mujeres, el promedio de edad es de 40 años, con hijas/hijos a cargo. La relación laboral es de planta permanente, salvo una de las entrevistadas que se encuentra con un contrato de locación de servicio. Se desempeñan en los servicios de Neonatología, Trabajo Social, Enfermería y Sala de Parto.

En el cuestionario incluimos temas en torno a la formación sobre género y consumos problemáticos. Respecto a este punto, la totalidad refirió no contar con capacitación específica en consumo problemático, sin embargo mencionaron la participación en congresos, seminarios, cursos de actualización, considerando a la formación de grado escasa en estas temáticas. Asimismo, la formación en perspectiva de género también ha sido escasa y superficial, sólo en algunos casos mencionaron haber hecho la capacitación

de la Ley Micaela. Podemos destacar que en su totalidad plantearon la importancia y la necesidad de formación en las temáticas de género y consumo.

Otra cuestión que se indagó, fue el tipo de representación social que los equipos tienen sobre la población atendida en sus servicios. El 100% de las personas entrevistadas de las maternidades caracterizan a la población que atienden como “vulnerable”, por padecer situaciones de abandono, abuso en la infancia y violencia por parte de la pareja, mencionan la soledad y la falta de red vincular para encarar el cuidado de las/los hijas/hijos e identifican estos factores como una amenaza en relación a la tenencia de las/los niñas/niños.

“Es muy poco el acompañamiento, no hay sostén con la pareja” (Profesional maternidad).

“lo que por ahí siempre se repite es ver la historia de estas mujeres, de su vínculo con su madre, situaciones de abandono, situaciones de abuso, situaciones... (Profesional maternidad).

A continuación nos detendremos en el modo en que los diferentes analizadores de la escala EquiGen se presentan en las maternidades,

Integralidad

Uno de los primeros aspectos que se consideran en este análisis, es el grado en que la atención se realiza desde un modelo integral. Recordemos que esta puede ser medida en 4 ejes: Integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad. Mediante observación no participante y entrevistas a las profesionales de las maternidades pudimos identificar que conviven diversas miradas sobre la problemática de consumo.

“te puedo hablar de cómo abordo yo ¿por qué te digo esto? porque en el Hospital primero y principal somos muchos los profesionales que vemos a un solo paciente entonces cada uno con su mirada y cada uno con sus prejuicios también” (Profesional maternidad).

En el siguiente relato se puede evidenciar cómo aparecen dos posicionamientos respecto a la integralidad. Por un lado, aquel que se acercaría a un enfoque transicional el cual incluye los principios de la integralidad y equidad de género pero las prácticas se ubican más cerca de un modelos asistencial centrado en lo biomédico. Por otro lado, un modelo de tipo asistencial: cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un modelo biomédico y paternalista, tomando a las mujeres en su rol tradicional de género en la sociedad. Está basado fundamentalmente en la atención de la enfermedad y su abordaje preventivo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo y/o su tratamiento farmacológico.

El primero piensa el problema del consumo de drogas desde los determinantes sociales y desde lo vincular, mientras que el segundo se centra en la sustancia y el consumo problemático es percibido como una conducta individual.

“nosotros tenemos en el hospital tipo un Boca-River por ejemplo, porque están todos los que defienden a los bebés, porque nosotros somos pediatras y vemos la posición de las trabajadoras sociales, las psicólogas que todas defienden a las madres, entonces le decimos "pero ya se le murió el hermano, no le trae ropa" y todos dicen "bueno pero acompañemos" (Profesional maternidad).

Pudimos observar que a pesar de la diversidad de visiones sobre el tema, prevalece una mirada médica, monodisciplinar y abstencionista de la problemática, centrada en los efectos negativos del uso de drogas tanto en las mujeres como en las/los RN. Como ejemplo de esta concepción instituida, en el trabajo de campo encontramos que el modelo se reafirma y refuerza en los mensajes escritos, por ejemplo en la Guardia del Laboratorio

“Consumir drogas no te hace moderno y libre, te hace débil y esclavo” (Mensaje escrito en la puerta del laboratorio de guardia del servicio de emergencia del hospital Lagomaggiore).

En las entrevistas, se manifestó mayormente que el proceso asistencial va dirigido a la abstención del consumo de la madre, en tanto factor de riesgo para la salud del RN, esto implica que las intervenciones no suelen atender al sufrimiento y malestar de las mujeres más allá de su rol materno.

Sin embargo, algunos profesionales incorporan aristas del problema que remiten a la complejidad, es decir, incluyen en el análisis la historia de esa mujer y el contexto donde vive ella y su hija/hijo, aunque estas interpretaciones luego no logren incorporarse, o no se traduzcan en abordajes de tipo integral.

“¿cómo decirte?, como la..., como juzgar o sea, como que la situación problemática la tiene la mujer ¿entendés? en el tema con respecto a la problemática de consumo y no ver, no ver más allá de manera... como más global, que en realidad es una familia... que en realidad es una familia que está inserta en una comunidad(..)” (Profesional maternidad).

La hipervisibilización de los consumos de SPA en el momento de la atención del parto evidencia las oportunidades perdidas en la atención a la salud vinculada al consumo problemático y otras cuestiones ligadas a la salud mental. En este sentido, todas las entrevistadas sostienen que el diagnóstico de consumo se realiza en el momento del parto y no en instancias previas de cuidados prenatales. Este dato refuerza la falta de incorporación de los consumos problemáticos al sistema de salud pública en todos los niveles.

“yo siento como que está la crisis en la neo, pero cuando hay toda una historia atrás, ¿qué pasó con esta mamá antes? ¿por qué... o sea qué pasó cuando llegó al sistema? hay

muchas madres que hasta tienen, o sea hasta cinco, seis controles prenatales, ¿qué pasó durante el control prenatal? ¿qué pasó desde el centro de salud?” (Profesional maternidad).

Pudimos observar una fragmentación en el modelo de atención donde las mujeres con test positivo de sustancia son derivadas a los CPAA con una falta de interacción entre los diferentes equipos intervinientes, esto obstaculiza la continuidad del cuidado integral de las mujeres y las/los niñas/niños.

“en algunos departamentos si tengo la contra referencia del área departamental, pero en otras no, entonces yo no sé... o sea..” (Profesional maternidad).

En general la atención durante el embarazo, parto y puerperio se encuadra en un enfoque de tipo asistencial que no incluye la salud desde una concepción multidimensional del proceso salud-atención-cuidado.

Ciudadanía y autonomía

Para analizar esta categoría tomamos como eje central la tensión que se presenta internamente en los servicios de salud al atender personas usuarias de SPA. A pesar de la sanción e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental que reconoce a las adicciones como problema de salud, aún persisten en los equipos representaciones ligadas a una matriz prohibicionista abstencionista, condicionado los modelos de atención y considerando a la población usuaria de drogas como delincuentes y como personas enfermas.

Una mayoría considerable afirmó que las mujeres niegan y ocultan su consumo, y desobedecen las indicaciones médicas. En relación a este punto fundamentalmente consideramos que responde a las características entre los vínculos de los equipos de salud y la población que usan SPA, construido principalmente en torno a la criminalización del consumo.

“yo le hago esas preguntas, alcohol, tabaco, drogas, violencia familiar, bueno... en palabras sencillas yo les hago estas preguntas, bueno entonces dicen que no, todo es color de rosa para ellas, una que otra te dice que fuma...” (Profesional maternidad).

“Te niegan a muerte o te dicen si.. mi pareja consume pero yo no..” (Profesional maternidad).

“que son pacientes ¿viste? que hacen caso omiso de las indicaciones” (Profesional maternidad).

En el análisis de la categoría ciudadanía también indagamos acerca del consentimiento, información, confidencialidad, privacidad y autonomía de decisión sobre las prácticas médicas. Una práctica recurrente que se observó fue que los equipos de salud al identificar la presencia de un conjunto de signos y síntomas en las/los RN, realizan un

test de sustancias para confirmar o descartar el diagnóstico de síndrome de abstinencia que en muchos casos debido a las estrategias de ocultamiento y negación del consumo de algunas mujeres durante las entrevistas, algunos tests se realizan sin el consentimiento explícito de la mujer.

Otro aspecto para el análisis de la autonomía, fue observar prácticas en torno al derecho a la intimidad en relación al diagnóstico de consumo ya que los equipos consideraron que revelar el diagnóstico podría ser estigmatizante para las mujeres pero necesario para el cuidado de los RN en APS, en tal sentido el derecho a la intimidad de las mujeres no son tenidos en cuenta a pesar de estar consagrados en la Ley 26.529 Derecho del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (15).

(...) hacemos un informe derivando al área departamental y con copia a Maternidad e Infancia, habíamos quedado con eso con Maternidad e Infancia, ¿por qué?, ¿cuáles son las situaciones? o sea no es porque toda la comunidad se tenga que enterar que esa madre ha consumido sino porque el centro de salud tiene que saber que va un recién nacido y que tiene esa patología (...) (Profesional maternidad).

Otro aspecto vinculado al análisis de la autonomía es el que observamos en las prácticas vinculadas a la lactancia. En este sentido, luego de haberse obtenido un test positivo, se suspende la lactancia de forma obligatoria. Desconociéndose la existencia de prácticas alternativas, inscritas en una lógica de reducción de daños durante la lactancia.

Equidad

Para evaluar la equidad en salud analizamos el acceso, permanencia y sostenimiento de tratamiento y alta, atendiendo a diferencias que se transforman en desigualdad de acceso para varones y mujeres (7 p12).

En el análisis pudimos observar que en las maternidades se destaca una priorización en el cuidado de las/los RN y se piensa a la mujer y su salud como requisitos para desempeñar el rol materno de cuidado, generando prácticas institucionales que refuerzan los roles tradicionales de género dentro de la división sexual del trabajo. Se observa una falta de prácticas destinadas a los varones quedando la mujer como única persona a quien van dirigidas las intervenciones.

(..) sí se hace el dosaje a la mujer, en esta cuestión el hombre no está..." (Profesional maternidad).

"nosotros, nos habíamos puesto en este lugar de exigir el cuidado del niño, todo, pero ahora se suma una familia que empieza a exigir, que ella esté limpia, que no tome. Hay familias que nos han llegado a decir quiero que se haga un análisis y ver si está limpia ... " (Profesional maternidad).

"hasta las parejas retan a las mujeres que consumen, o las madres, o los padres, los familiares, desde las Instituciones estatales se establecen mecanismos de control

entonces como mucho... o sea es como todo un juicio, una valoración totalmente negativa de estas mujeres"... (Profesional maternidad).

"tiene un montón de cosas (la mujer) ya eso influye, si no tiene pareja... que la mayoría por ahí la pareja está o no está, generalmente vemos a muy pocos padres, a muy pocas parejas (varones) ... (Profesional maternidad).

Síntesis:

En la maternidad encontramos coexistencia de distintas miradas en relación a la problemática del consumo con una preponderancia de la explicación biológica, lo cual se traduce en intervenciones de corte individual enfocadas en el abstencionismo del consumo de la madre. El objetivo de la intervención en general reside en el hecho de velar por la supervivencia de la niña y del niño a través del reforzamiento de los roles de cuidado en las mujeres, que se percibe "desviado" por el consumo de sustancias. Son escasas las intervenciones que contemplan el ciclo vital de las mujeres y las/los niñas/niños, por lo que las prácticas tienden a ser fragmentadas y enfocadas en el momento del nacimiento.

A partir de la escala de integralidad, los modelos de atención de las maternidades se inscriben principalmente dentro de un modelo asistencial cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un enfoque biomédico y paternalista, tomando a las mujeres en su rol tradicional de género en la sociedad. Pudimos observar que son escasas las intervenciones donde se tenga en cuenta el ciclo de vida, este hecho implica que los abordajes se focalicen fragmentariamente al momento del embarazo, parto y puerperio.

En los equipos de las maternidades concluimos que existen prácticas que se condicen con el tipo de concepción dominante acerca de la adicción, entendida como una enfermedad patológica crónica más que como un proceso que puede inscribirse en una etapa del ciclo de vida. El modelo está basado fundamentalmente en la atención de los consumos problemáticos desde una concepción biomédica, es decir como una enfermedad psicopatológica individual y centrada en la sustancia.

9.2 Perspectiva del personal de la salud del CPAA

Las personas entrevistadas fueron 4 profesionales de diferentes disciplinas: trabajo social, psiquiatría y psicología, quienes se desempeñan en el Centro Preventivo Asistencial en Adicciones de Las Heras. Con un promedio de edad de 40 años y todas referenciaron ser madres. La mayoría manifestó contar con formación en consumo problemático y al mismo tiempo en un 100% reconocieron una falta y necesidad de formación en perspectiva de género.

La caracterización que realizan sobre la población que concurre a estos centros coincide con las mujeres asistidas en la maternidad, con un nivel educativo bajo, recursos económicos escasos, falta de independencia económica, reducida red de apoyo afectivo y familiar, cuyas parejas generalmente tiene un consumo problemático de sustancias y vivencias de violencia de género (física, psicológica, económica). Las sustancias que se identifican mayormente como inscritas en un consumo problemático son cocaína y alcohol.

Integralidad:

Para conocer el grado de integralidad en los abordajes preguntamos acerca de la concepción que el equipo tiene sobre los consumos de SPA. A partir de esto identificaron que intentaban abordar la problemática desde una concepción integral de la salud, refirieron una noción de enfermedad multidimensional que no se centra sólo en el consumo de la sustancia y sus consecuencias, sino que incluye tanto aspectos biológicos, psicológicos como sociales. El tratamiento lo realizan de manera interdisciplinaria con la participación de psicología, trabajo social y psiquiatría. La oferta asistencial incluye dispositivos individuales, grupales y consejerías. El tratamiento tiene como objetivo disminuir el padecimiento de las mujeres y reducir los riesgos y daños asociados al consumo. Particularmente con las mujeres embarazadas y/o durante el puerperio los abordajes se centran en el acompañamiento de las mujeres, fortalecimiento de la autoestima, disminución y/o suspensión del consumo atendiendo a las particularidades de cada situación.

“se trabaja con todo y más, con lo que se pueda, o sea, también talleres grupales, ahora hay un encuentro de mujeres, pero como te digo, encuentro de mujeres, no vamos a hablar del consumo, no vamos a hablar de los hijos, solamente, más que nada individual, de la autoestima, de la identidad de cada una...” (Profesional CPAA).

“(...) acá nos ha pasado también de acompañar embarazos y como que ha sido una experiencia diferente ... espacios como de apoyo y acompañamiento, no tanto desde el control” (Profesional CPAA).

Las personas que trabajan en el centro identificaron una necesidad específica de mujeres usuarias de SPA en situación de embarazo y puerperio que versa sobre el acompañamiento basado en el respeto y la empatía, mejorando así la integralidad de las respuestas asistenciales. Reconocieron que la articulación con otros equipos de maternidad, ETI y Juzgados muchas ocasiones presenta dificultades para establecer marcos de referencia en común de los abordajes. Esta divergencia de miradas sobre la problemática de consumo termina por convertirse en un obstáculo para la articulación interinstitucional.

Ciudadanía y autonomía:

Respecto a estas dos dimensiones pudimos observar que las prácticas llevadas adelante desde el CPAA se realizan con la información y consentimiento de las mujeres. El equipo requiere contar con instancias de devolución acerca del proceso de tratamiento, las

cuales evalúan como positivas para el sostenimiento del mismo. El equipo busca consensuar los objetivos de tratamiento con las mujeres incluso en la decisión de abandono de tratamiento.

“Siempre tratamos de replantearles las expectativas, o sea que ellas también se lo planteen... si bien vienen con una derivación, es un organismo de salud y que... no las vamos a castigar, ni tampoco a controlar si vienen o no, es una decisión de ellas para ellas” (Profesional CPAA).

“desde mi espacio siempre es una co-construcción, siempre entre las... como te digo, las expectativas de tratamiento, replantearlas tanto ellas como nosotras, que esto sea un lugar de contención y de acompañamiento” (Profesional CPAA).

Las personas entrevistadas del CPAA señalaron que las derivaciones al tratamiento de las mujeres púerperas se realiza habitualmente por presión judicial, es decir, son tratamientos coercitivos que no incluyen la decisión de las personas, esta circunstancia muchas veces puede constituirse en un gran obstáculo para la adherencia a los mismos, aunque por otro lado puede llegar a ser la primera oportunidad de acercamiento a un dispositivo de salud que se ocupe de sus padecimiento. Por ello resaltaron que una de las primeras cuestiones a trabajar es cómo construir la demanda. A partir de esto consideraron que una de sus estrategias centrales es visibilizarse como un equipo de acompañamiento y apoyo que sea lo menos expulsivo y coercitivo en sus prácticas.

“Siempre tratamos de replantearles las expectativas, o sea que ellas también se lo planteen... si bien vienen con una derivación, es un organismo de salud y que... no las vamos a castigar, ni tampoco a controlar si vienen o no, es una decisión de ellas para ellas” (Profesional CPAA)

Equidad:

En relación a la equidad de género podemos observar que es un aspecto en construcción dentro de los dispositivos especializados en consumos problemáticos. Los mismos equipos sostienen que históricamente asisten más varones que mujeres, y que las mujeres dentro de distintos dispositivos participan más como acompañantes de pacientes varones, que por sus propios padecimientos..

“teníamos muy pocas pacientes mujeres, pero a la vez se trabajaba con madres de adolescentes, con parejas de pacientes nuestros, entonces vos decís están las mujeres pero están en función del cuidado de otros y no por sí mismas” (Profesional CPAA).

A partir de la visibilización del consumo en mujeres embarazadas o púerperas surgidas por los testeos realizados en las maternidades a los RN, se comenzaron a pensar estrategias diferenciadas para mujeres en el CPAA de Las Heras como espacios grupales, consejerías de sexualidad, espacios de juego para niñas/niños que acompañan a las mujeres al centro de adicciones.

“me parece que ha sido un tema emergente en mi profesión (...), cuando comencé a trabajar digamos en el CPAA eran muy pocas las mujeres que venían a ese tratamiento y con la implementación del protocolo se empieza a detectar esta situación que estaba totalmente invisibilizada” (Profesional CPAA).

“y las mujeres en el espacio terapéutico tampoco es lo más habitual por lo menos en el escenario de la salud pública o por lo menos más específicamente en los CPAA digamos” (Profesional CPAA).

Algunas de las prácticas que llevan adelante para mejorar la equidad de género en la atención es que buscan estrategias flexibles en los turnos para que las mujeres sostengan el tratamiento, dado que consideran que es muy difícil para ellas ocuparse de sí mismas.

“le damos como un turno digamos, vamos a hacer así, digamos el próximo turno de psicología va a ser el encuentro, porque sino a veces no vienen o les cuesta venir” (Profesional CPAA).

Síntesis

En conclusión, el CPAA de Las Heras ha asumido el desafío de brindar asistencia desde una perspectiva de derechos a mujeres usuarias de SP en situación de embarazo y puerperio. En este sentido podemos ubicar al CPAA de Las Heras y otros dispositivos de abordajes de consumo problemático como semi-integral ya que presentan los principios del modelo integral pero sólo en algunos aspectos realizan prácticas que los incluyen. Podemos considerar que en general los modelos de atención del CPAA tienen en cuenta la relación entre calidad de vida y la situación de cada mujer, y si bien realizan intervenciones interdisciplinarias con perspectiva de derechos, y prácticas que incluyen el autovalimiento, todavía priman intervenciones asistenciales orientadas al abordaje clínico individual, con escasos abordajes comunitarios con enfoque preventivo, centrando sus intervenciones en la asistencia. Se puede observar un reconocimiento de la necesidad de incorporar la perspectiva de género al modelo de atención. La articulación con otras instituciones se ve obstaculizada por las diferencias en la forma de concebir y abordar los consumos problemáticos.

9.3 Perspectiva de las mujeres:

La población de mujeres entrevistadas en su totalidad tienen más de un hijo/hija, la edad promedio es 35 años, la mayoría vive con su familia de origen, sólo unas pocas con sus parejas, otras en los hogares de REMAR6 por encontrarse en situación de calle. En su mayoría realizan actividades de subsistencias precarias e inestables: cuidar autos, limpiar casas, trabajo sexual, vendedoras ambulantes, lo cual no les proporciona ingresos

suficientes y estables para satisfacer sus necesidades. El derecho a la salud está en parte garantizado por la oferta de salud pública ya que no poseen obra social.

Tienen dificultades para acceder a una vivienda y dependen económicamente de otras personas, parejas o familiares, otra característica es el bajo nivel educativo. También manifestaron tener una escasa red de apoyo familiar y/o vínculos sexo-afectivos estables o que puedan constituirse como un apoyo. En su mayoría relataron vivenciar situaciones de violencia psicológica, física, económica, sexual, obstétrica en el ámbito doméstico e institucional. En su totalidad, las mujeres entrevistadas han tenido contacto con el sistema de salud a partir de sus embarazos, situaciones de intoxicación y emergencias en salud mental en menor medida. Respecto de sus trayectorias vinculadas al consumo destacaron las sustancias como cocaína, alcohol y marihuana como las más utilizadas. Mayormente perciben al uso de cocaína como el más problemático.

Otro aspecto relevante fue en relación a los relatos en torno a prácticas de autocuidado durante el embarazo en relación a sus consumos: la lactancia, donde la mayoría sostuvo la continuidad de la misma a pesar de su consumo por la falta de información, esto da cuenta de la falta de promoción de salud en materia de prevención de consumos problemáticos con perspectiva de género y la falta de estrategias de reducción de daños en los servicios del sistema de salud. Por otro lado la mayoría refirió regular sus consumos, esto muestra que las mujeres construyen desde sus propias prácticas estrategias de reducción de daños y autocuidado pero permanecen ocultas para el sistema de salud y el saber científico. En este sentido podemos observar que mayormente las mujeres que usan SPA son consideradas como sujetas pasivas que no portan ningún saber de su propio padecimiento.

Por cumplir el rol de madres y cuidadoras se va configurando posiciones subordinadas, tal como ha sido planteado en otros estudios que “ser mujer, madre y usuarias de sustancias supone múltiples posiciones de subordinación social a partir de las cuales las barreras culturales o simbólicas se agravan” (3). Es un hallazgo significativo las reiteradas situaciones de violencia que emergieron durante las entrevistas, que dan cuenta de cómo las múltiples violencias que padecen estas mujeres podrían obstaculizar la iniciativa de buscar un tratamiento, violencias económica, psicológica, física y sexual padecidas en el ámbito familiar e institucional.

“él me corrió de la casa de él donde vivía con la madre, yo me fui a vivir a la Terminal, estuve viviendo en la Terminal, estaba embarazada (Mujer en tratamiento).

“tuve que trabajar para mis hijos porque el padre se... directamente no nos pasaba plata, él pensó que siempre 10 años prácticamente de violencia física, sexual y psicológica siempre, siempre”... (Mujer en tratamiento).

“hasta violaciones, estando en estado de ebriedad, sufrimos (por policías varones), es que si ponemos las quejas, después no te querían atender cuando te pasaba algo, tomaban esa represalia individualmente los policías... (Mujer en tratamiento).

Consideramos fundamental seguir indagando acerca de esta relación entre consumos y violencias desde una perspectiva de género ya que en la actualidad son escasos los estudios al respecto, aumentando la invisibilización de las violencias de género.

Integralidad:

Para conocer la perspectiva de las mujeres en relación a la integralidad en las maternidades y en los dispositivos de atención de consumos problemáticos, indagamos acerca de los tipos de abordajes que han recibido.

En los relatos caracterizaron a la atención en la maternidad como un trato impersonal, estandarizado, distante, incluso algunas mujeres mencionaron percibir un trato hostil y amenazante. En los modelos de atención de los centros de adicción refirieron sentirse más escuchadas y menos juzgadas en relación a su consumo. Si bien algunas de las mujeres entrevistadas habían recibido asistencia en situación de crisis en salud mental en hospitales monovalentes o por intoxicaciones en guardias generales, la mayoría no había estado en tratamiento por consumo problemático antes del evento obstétrico y en su totalidad se acercaron al CPAA luego de la situación de consumo vinculada al parto, en todos los casos por intervención de las maternidades, ETIS o Juzgados. Esto visibiliza que las trayectorias de tratamiento se presentan fragmentadas para ellas, evidenciando a su vez la falta de intersectorialidad del sistema de atención.

Otro aspecto a destacar es que las mujeres entrevistadas mencionaron que durante los cuidados prenatales no pudieron hablar del uso de sustancias durante el embarazo, principalmente por miedo a las consecuencias en la posterior vinculación con sus hijas/hijos.

“Nunca lo dije porque era el crimen, el consumo criminaliza a la persona, si vos consumís sos delincuente. Entonces yo digo no puedo jamás decirle algo así, pensando que iba a pasar todo lo que pasó, por ejemplo me denunciaron, me quitaron a mi niño y todo eso” (Mujer en tratamiento).

“Me preguntaban si tomaba yo, pero bueno yo nunca les dije nada, o sea les dije que no...” (Mujer en tratamiento).

“no les decía porque está mal, uno sabe que está mal entonces por ahí si se lo cuento a alguien, peor va a ser, no sé, capaz esa persona piensa que soy cualquier cosa, menos con un bebé encima” (Mujer en tratamiento)

Por diversos motivos las mujeres mayormente continuaban amamantando a sus hijas/hijos a pesar de su consumo, algunas por la falta de información y conocimiento de los daños y riesgos asociados a amamantar y consumir sustancias³ y otras por que no

³ Conjunto de políticas, programas e intervenciones que tiene como objetivo disminuir, minimizar riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales. Es un modelo de intervención

percibieron malestares en las/los niñas/niños. Una minoría de mujeres mencionaron el intento de retirar la lactancia pero sin éxito.

“si yo hubiera sabido que eso le iba a hacer mal a mi hija no lo hubiera hecho, nunca le hubiera dado la teta porque lo que menos quise yo fue hacerle daño a ella...” (Mujer en tratamiento).

“quise empezar a darle fórmula para los momentos que yo consumía, aunque sea, no funcionó porque él solamente quería teta y estúpidamente como veía... o aparentemente no pasaba nada, no le pasaba nada al niño, los controles salían todos bien (...) digamos que... seguí consumiendo igual al ver que no pasaba nada” (Mujer en tratamiento).

En el análisis de estrategias de autocuidado, que constituyen aspectos de la integralidad, existe una autorregulación del consumo durante el embarazo. En su mayoría manifestaron haber suspendido, disminuido o sustituido el consumo de sustancias. Una minoría reconoció que durante el embarazo se intensificó el consumo por atravesar experiencias de violencia, abandono, situación de calle o después del nacimiento de niño/niña lo percibieron como un momento de vulnerabilidad.

“No, no, no, ¿porque sabes cómo lo veía yo al principio? ahora sí entiendo que es una enfermedad, que si o si necesitas una ayuda o un apoyo más que nada psicológico y por ejemplo, en el grupo que estoy, con mis padrinos, que son las personas que te avalan, que te apoyan todo eso. Yo al principio lo veía como que estaban interviniendo en ¿cómo se dice? en tu vida privada o algo así...(Mujer en tratamiento).

Pedir ayuda por el consumo no, si ni siquiera me animaba a hablarlo con mi familia justamente por temor a que pasara todo lo que pasó que me denunciaron y me sacaron a mi hijo... (Mujer en tratamiento).

Para profundizar el análisis en torno a la integralidad indagamos respecto a la atención en el centro de adicciones. La población de mujeres entrevistadas reconocieron los beneficios del mismo, pusieron en valor el espacio de escucha, no sentirse juzgadas. Manifestaron sentir una fuerte mejoría y bienestar en su salud, poniendo valor a la recuperación de sus vínculos afectivos, la contención y la participación en espacios laborales. Esto evidencia que los dispositivos en consumo problemático incorporan otras dimensiones más allá de las dimensiones biológicas que tienden a la inclusión.

“acá (CPAA) son más... más humanitarios, son más... tienen más cualidades humanas acá hay de todo, completamente más... "bueno, tomá y si querés vení y sino no ...” (Mujer en tratamiento).

alternativa al abstencionismo que resulta insuficiente para personas que no pueden o no quieren dejar de consumir (16).

Por otro lado refirieron a la participación en otros espacios alternativos de acompañamiento comunitario como espacios de formación y trabajo como altamente positivos.

“creo que después de 30 años de una vida vivida mal, con tantos problemas, creo que acá (Red Puentes) también no solamente que te contienen ... es como una escuela, como el aprendizaje...(Mujer en tratamiento).

Ciudadanía y Autonomía:

Para analizar las dimensiones de ciudadanía y autonomía indagamos sobre la participación en sus tratamientos y aspectos relacionados al manejo de la información en los dos dispositivos. Como resultado de este análisis surgió una diferencia marcada en ambos modelos de atención. En la maternidad las mujeres mencionaron no haber recibido la información de manera clara en los tests, y/u opciones para la suspensión de la lactancia⁴, tampoco percibieron que se incluyeran sus decisiones en los tratamientos. Y un dato relevante es que varias mujeres mencionaron sentirse amenazadas de perder el vínculo con sus hijas/hijos por su consumo, consideramos que este tipo de prácticas obstaculiza la autonomía de decisión de mujeres que usan SPA ya que se antepone cuestiones judiciales en las prácticas de salud.

“me decía "¿sabés vos que algunas que apenas nace el bebé, se lo quitan por el consumo?" (Mujer en tratamiento).

“En el hospital me hostigaban muchísimo... Me hostigaron mucho cuando estuve internada para controlar la diabetes.....Fui tratada como peor que si robara y por lo general siempre fui maltratada (Mujer en tratamiento).

En relación a los tratamientos por consumo, las mujeres expresaron estar al tanto de los objetivos de su tratamiento y participar de las decisiones sobre el mismo, como por ejemplo en la frecuencia, en las actividades comunitarias donde participan. Mencionaron como efecto positivo del tratamiento la recuperación de su autonomía, empoderamiento, autovaloración, por ejemplo el respeto por sus opiniones.

“Y la diferencia ahora sí se siente ¿por qué? me siento mujer y me siento mamá en poder explicarles las cosas, que era algo que antes no podía” (Mujer en tratamiento).

“Ahora sí, ahora sí, por ejemplo puedo conversar con ellos (hijas/hijos) , puedo tener un diálogo” (Mujer en tratamiento)

⁴ Violencia Obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (17)

puedo opinar (...) ¿qué te parece? mirá tengo estos planes ¿vos que decís?" y eso te hace sentir grande y te hace sentir... viste como decís, me están acompañando o estoy con ellos... (Mujer en tratamiento).

"Y estar bien es como estoy ahora que estoy bien, que me levanto en las mañanas, tengo plantas, me puse a vender artículos de limpieza o me voy a cuidar a mi hermana (Mujer en tratamiento).

En el análisis del modelo del CPAA desde la percepción de las mujeres entrevistadas, el abordaje ha sido una experiencia muy positiva, sin embargo, no conocemos la situación de muchas otras mujeres que por diversos motivos no pudieron sostener los tratamientos, lo cual se convierte en un interrogante para futuras investigaciones.

Un aspecto que se referenció en menor medida fue en el consumo vinculado al placer, dimensión escasamente analizada pero fundamental para completar el alcance del análisis de la autonomía en relación a las prácticas de uso de sustancias.

Equidad:

Para analizar la equidad desde la perspectiva de las mujeres indagamos la cuestión del acceso, permanencia y seguimiento del tratamiento. La mayoría manifestó abiertamente sentirse más juzgadas por ser mujeres y consumir en comparación con los varones, especialmente en el rol materno. Podemos destacar que este aspecto se visibiliza transversalmente tanto en las prácticas institucionales, la comunidad, la esfera familiar incluso en la subjetividad de las mismas mujeres como ya mencionamos.

El miedo a perder la tenencia de sus hijas/hijos, o el cuestionamiento de su rol materno ha sido un aspecto importante que pudimos identificar como barrera de acceso a tratamiento oportuno. En su mayoría manifestaron fuertes sentimientos de culpa, vergüenza por sus propios consumos, internalizando la carga social y moral que se pone sobre ellas desde la familia y las instituciones.

"hace como un año que ya no estoy con mis hijos pero me hacen falta un montón, no sé, esas cosas de llevarlos a la escuela, de correr con ellos, hacerles la comida, el desayuno, estar. Creo que es lo mejor que me pasó a mí, pero bueno me equivoqué y ahora, ahora las consecuencias" (Mujer en tratamiento).

En relación a la permanencia y seguimiento observamos que las mujeres sostienen el tratamiento en gran parte condicionadas por la posibilidad de perder la vinculación con las/los hijas/hijos por ejemplo el seguimiento de los ETIS. También por su propia motivación en relación a la necesidad de mejorar el vínculo con sus hijas/hijos, los cuales son centrales en la organización de su identidad.

Síntesis:

Desde la perspectiva de las mujeres los dos modelos aparecen fuertemente diferenciados, siendo la maternidad un modelo de atención estandarizado, impersonal, acotado al momento del parto, centrado en las/los RN principalmente, donde las mujeres se sienten menos escuchadas, más juzgadas incluso amenazadas en relación a sus consumos, mientras que en el CPAA pudieron identificar un modelo con prácticas que tienden a ser más integrales, considerando otros aspectos de su vida, en donde sus decisiones, opiniones son consideradas para la construcción de las estrategias terapéuticas.

Un aspecto fundamental desde esta perspectiva es la experiencia de la fragmentación del sistema de salud, en donde las mujeres que usan sustancias psicoactivas referencian diferentes modelos de atención que se centran en aspectos de salud de manera segmentada, por un lado el parto, por otro su malestar, mostrando una falta de estrategias integrales. También se destaca la falta de prevención y promoción de salud acerca de riesgos y daños de consumo durante el embarazo en todos los niveles de atención y la falta de inclusión de las problemáticas de consumo en otros momentos de la vida que no sea el embarazo, parto o puerperio.

Estas diferencias entre los dos modelos se vuelven a marcar cuando analizamos la autonomía, en donde manifestaron que en las maternidades no habían recibido información clara de las intervenciones, perciben que pueden participar en menor medida sobre sus tratamientos mientras que en el CPAA, ellas mencionaron mayor participación y respeto de sus decisiones vinculadas a sus procesos terapéuticos.

9 Limitaciones del estudio

Podemos resaltar que las mujeres que están atravesando una situación de embarazo, parto o puerperio y que además están atravesando un consumo problemático y están en tratamiento son una minoría, hay muchas mujeres que por diversos motivos no continuaron el tratamiento después de la derivación y no pudimos dar con ellas dadas las condiciones de pandemia. El ASPO implicó un obstáculo importante para desarrollar el trabajo de campo ya que la posibilidad del encuentro cara a cara estuvieron muy limitada.

Las mujeres entrevistadas están en tratamiento y presentan una fuerte adherencia al mismo por lo cual su percepción acerca del mismo es positiva, es posible que implique un sesgo la falta de entrevistas a mujeres que no han generado una adherencia a los tratamientos ofrecidos.

10 Discusión

Un punto relevante en torno al análisis de la equidad fue el analizado desde las representaciones sociales que tienen los equipos de salud de las maternidades sobre las mujeres embarazadas que usan SPA. Las mismas coinciden con las primeras investigaciones sobre la temática que dan cuenta del doble rechazo hacia estas personas por ser mujer y usuaria de sustancias de drogas al mismo tiempo (18). Como sostienen los resultados de otro estudio llevado adelante en tres maternidades de Argentina, existe una variable “moral” acerca de las prácticas de uso de drogas en mujeres embarazadas, esta cuestión podría pensarse como un analizador a través del cual se expresa la idealización y las exigencias acerca de la maternidad que recaen en las mujeres (3 p5).

También identificamos al igual que en otras investigaciones, que se evidencia una falta de perspectiva de género en los equipos de los CPAA. Estos dispositivos no habían desarrollado estrategias diferenciadas que aumenten la demanda a tratamiento de las mujeres antes del emergente en las maternidades. Otra dirección de análisis está relacionada con el hecho de la percepción de los equipos de salud en las maternidades hacia las mujeres que usan SPA (malas-madres) obstaculiza la demanda y acceso a tratamiento por consumos, al igual que otras investigaciones muestran que el vínculo entre los equipos de salud y usuarias de sustancias, está caracterizado por la desconfianza mutua, (19), también por la noción del “fantasma de la mentira y la manipulación” (14 p267). Por lo que es esperable el ocultamiento del consumo durante el embarazo, parto y/o puerperio.

Las estrategias que se centran y refuerzan los estereotipos de género de “mujer-madre” tienden a borrar las necesidades particulares de las mujeres más allá de su rol, esto responde a una característica de la salud pública en donde históricamente las prácticas para las mujeres han estado dirigidas principalmente a la función reproductiva y su rol de cuidadoras, descuidando otros aspectos de su salud.

Como también han planteado Sanchez Antelo, Jeifetz, y otros (6), en muchas situaciones el rol de género de las mujeres como cuidadoras de niñas/niños o personas cercanas opera de manera contradictoria, como un motivador para sostener tratamiento o incluso como regulador del consumo y al mismo tiempo obstaculiza la búsqueda de tratamiento por miedo a ser juzgadas o el tiempo dedicado a las tareas y cuidados de otro va en detrimento del tiempo dedicado para ellas mismas.

Respecto del análisis de la ciudadanía y autonomía en los modelos de atención del sistema de salud podemos considerar que persisten concepciones que no contemplan la salud mental desde una lógica integral y de derechos humanos, como otras investigaciones sostienen acerca de las implicancias de la implementación de la ley 26657 en Mendoza. Existen resistencias múltiples, ideológicas, teóricas, culturales y políticas que constituyen el obstáculo central que dificulta el cambio de paradigma en la atención de los consumos problemáticos. Las representaciones sociales que existen sobre la problemática, así como prácticas llevadas adelante durante décadas se encuentran fuertemente arraigadas en el personal de la salud dificultando el cambio de paradigma en distintos sentidos (20).

En el análisis pudimos observar que se evidencian por ejemplo, en las prácticas de realizar testeos sin consentimiento informado, formas de normalización y castigo para prácticas consideradas desviadas como el uso de drogas, que implican una suspensión de derechos, como se menciona en otras investigaciones que sostienen estas prácticas dentro de estrategias biopolíticas de para ejercer el control sobre los cuerpos, deseos y prácticas (21). Es posible que estas prácticas se deban a la persistencia del paradigma médico-abstencionista en torno al consumo de sustancia y salud mental que ha caracterizado los modelos de atención. Es decir, consideramos que existen aspectos propios de las políticas prohibicionistas que tienden a criminalizar a la población usuaria de SPA y que han sido constitutivos de la relación entre la población usuaria de SPA y los equipos de salud. Epele (18) define la “lógica de la sospecha” para caracterizar el vínculo entre profesionales de la salud y personas usuarias de drogas, una lógica que opera a través de un “desdoblamiento de la realidad entre lo aparente y lo oculto, la lógica de la sospecha incluye un conjunto complejo y variado de prácticas simbólicas: la desconfianza, la duda, la sospecha, el deslizamiento y la inversión del significado en la lectura de los mensajes, y la producción de elaboraciones y teorías sobre los orígenes de los malestares, enfermedad y muertes. Estas prácticas simbólicas devienen corporales, no sólo porque incluyen posiciones, emociones, distancias, actividades de reparación o deterioro, sino que esconden en su rutina cotidiana, la historia de daños, abusos y quiebres sociales que han trazado su producción”.

Nos interesa poner de relieve dos dimensiones de la problemática que si bien la información aún es escasa en los últimos estudios mencionados también se mencionan. Una cuestión a plantear es la relación entre los consumos y la violencia de género, y otra cuestión a mencionar es aquella que no solo da cuenta de los cambios en los patrones de consumo sino también a la dimensión del placer de la misma en las mujeres. Es probable que desde esta dirección de análisis se pueda dar cuenta de diferentes estrategias de autocuidado y otros riesgos asociados a los consumos en mujeres que no se han podido visibilizar, por ejemplo en relación a las prácticas sexuales con perspectiva de género.

11 Conclusión y Comentarios Finales

Para la elaboración de las conclusiones analizamos el cuerpo de datos en relación a los diferentes modelos de atención desarrollados por Tajer y adaptados por Parga a los servicios de consumo problemático.

Como punto de partida destacamos algunos aspectos generales en relación a los perfiles y trayectorias de consumo que encontramos desde las tres perspectivas. Existe una descripción de características que las tres muestras identificaron de modo similar. Las sustancias que principalmente usan son cocaína, alcohol y marihuana, de un consumo de más de 5 años. La población de mujeres atendidas principalmente se caracteriza por ser mujeres con escasos recursos económicos, con niveles educativos bajos, sin trabajo o con

empleos precarizados, sin obra social, ni vivienda. Todas tienen más de un/una hijo/hija con embarazos no planificados mayormente. No cuentan con red de apoyo familiar, ni afectiva considerable. En su totalidad tienen problemas legales en relación a la tenencia de sus hijos/hijas. Otro aspecto relevante que pudimos visibilizar es que la totalidad de mujeres relató diferentes experiencias de violencia: física, sexual, psíquica, económica, obstétricas e institucional.

Respecto de la caracterización de los modelos según la escala de integralidad, podemos considerar que el modelo de atención de las maternidades es una combinación del Modelo Asistencial y Transicional, si bien consideran algunas dimensiones sociales de la problemática mayormente la concepción en torno al consumo problemático se encuadra dentro de una enfermedad concebida como patológica asociada a la sustancia como principal agente de mal, por tanto considera que la solución consiste en la detección precoz, prevención y tratamiento orientado al abandono del consumo. Sus prácticas se orientan al tratamiento individual desde el saber médico en función de mejorar el rol materno como un medio para garantizar el bienestar de las/los RN. Si bien identificamos que existen otras intervenciones más integrales que ponen en juego otros aspectos de salud, llevadas adelante por servicios de trabajo social y salud mental, existe una tendencia a intervenciones fragmentadas según disciplinas, esto supone como lo plantea Parga (14) una visión atomizada de la realidad marcada por el aislamiento con respecto a la demanda social, implica un obstáculo para el desarrollo de intervenciones interdisciplinarias y de una mirada integral de la problemática de consumo. Existe, entonces, una combinación de dos modelos de atención en las maternidades. Por un lado, en los servicios de neonatología y obstetricia prevalece un enfoque asistencial con características biomédicas, poniendo el acento en la toxicidad de la sustancia y los efectos que puedan tener sobre las/los RN. Por otro lado, en los equipos de trabajo social y psicología se registran otras prácticas de tipo transicional, donde se han podido incluir algunos aspectos de la integralidad y equidad de género. La atención se presenta fragmentada, hay un recorte al momento del parto y posparto, y son abordadas principalmente desde aspectos biológicos, esto opera como una limitación para implementar abordajes preventivos que contemplen el ciclo de vida y las futuras necesidades en torno a la salud.

El modelo asistencialista tiende a priorizar el saber biomédico por encima de otros saberes por lo que es esperable que los determinantes sociales de la salud no sean tenidos en cuenta para generar alternativas de atención. Es también necesario reconocer la persistencia de prácticas de tipo morales y paternalistas en el caso del consumo durante el embarazo, parto y posparto.

Los aspectos analizados de ciudadanía y autonomía en la atención de las maternidades revelan que es escasa la incorporación de la perspectiva de derechos en sus prácticas, por ejemplo la falta de información y consentimiento informado en los tests y la escasa participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Desde la perspectiva de derechos esta práctica implica una vulneración de los derechos de las mujeres como el derecho a la información, al consentimiento informado y el derecho a la autonomía de decisión. Un aspecto relevante en el análisis de la categoría de ciudadanía

nos muestra una fuerte tensión entre las prácticas que se dirigen en beneficio de las/los RN y las que se dirigen considerando los derechos fundamentales de las mujeres usuarias de SPA en situación de embarazo, parto y puerperio.

En las maternidades se entiende al testeo como una práctica necesaria para el cuidado de la salud de las/los RN, sin embargo en muchas situaciones producen un efecto de estigmatización y sobreexposición de las mujeres que termina por ponerla en una situación de vulnerabilidad ya que son juzgadas por el personal mientras están internadas en el hospital. Por ejemplo cuando “la tenencia de las/los RN” termina siendo el tema que mayormente orienta las prácticas más que en el acompañamiento a las mujeres. En suma el paradigma punitivista, muy vigente en la cultura institucional de la maternidad, obstaculiza el tratamiento de las problemáticas vinculadas a las SPA como un problema de salud.

En relación a la equidad de género pudimos analizar que existen muchas prácticas que refuerzan la concepción de las mujeres únicamente desde su rol materno esto conlleva una falta de intervenciones dirigidas a los padres en relación al cuidado de sus hijas/hijos. Al mismo tiempo que estas prácticas operan simbólicamente como un obstáculo para la demanda a tratamiento de las propias mujeres.

El consumo de sustancias en mujeres embarazadas es una temática compleja, y relativamente emergente en las maternidades, que genera desconcierto y malestar en los equipos. Cuando se trata de mujeres usuarias de drogas se las despoja de todo poder de agencia para el cuidado de la salud de su hijas/hijos y de sí misma, los equipos de salud no tienen en cuenta prácticas de cuidado que ellas mismas podrían ir gestionando. Como se plantea en el trabajo de Bardoni, Caferatta y otras (22) el lugar que se le asigna a las mujeres usuarias de drogas en el imaginario social de los equipos de salud es el de ser una personas que no cuentan con un saber sobre su propia situación. En parte la noción de usuaria de drogas como “adicta” reproduce la noción de persona incapaz.

Siguiendo el estudio de Setein y Parga (21) las autoras analizan el caso de la atención de mujeres usuarias de drogas en un hospital especializado, sostienen que en el sistema patriarcal se consolidan tecnologías de saber-poder sobre las mujeres que persisten hasta nuestros días. De manera similar en las maternidades, pudimos observar como plantean las autoras, estrategias de disciplinamiento, a través de una anatomopolítica sobre las conductas de las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas que se apartan de la “norma”, estrategias de sujeción al rol materno que son reproducidas por los discursos y prácticas de familiares, del sistema judicial y de salud. Las prácticas institucionales que refuerzan los roles tradicionales de género femenino, también se explican desde el concepto de “maternalismo” subyacente en la mayoría de las instituciones estatales encargadas del bienestar de niñas y niños, para las cuales la condición de madre se convirtió en la identidad y la actividad exclusiva y excluyente de las mujeres. Particularmente, en los sectores populares donde la supervivencia de la vida depende del trabajo no remunerado de las mujeres, por la imposibilidad de contratar servicios de cuidados en el mercado y la escasa o casi nula inversión pública en servicios de cuidado (24),(25).

El maternalismo hace recaer en la mujer la responsabilidad del cuidado de los miembros de la familia sin contemplar la corresponsabilidad social del cuidado, ni la corresponsabilidad entre los géneros en el cuidado al interior de cada hogar, por efecto de estas prácticas se sobre-exige a las mujeres el cuidado de las/los niñas/niños. En suma, la atención en las maternidades se inscribe en la sujeción de las mujeres en el rol materno desde concepciones idealizadas de la maternidad que terminan por transformarse en una barrera material y simbólica para iniciar y sostener su tratamiento por consumo. Al tiempo que refuerza la sujeción de las mujeres al trabajo no remunerado sin cuestionar la inequidad de género en el orden social, se focaliza la intervención en la conducta de la mujer, sin interpelar la responsabilidad colectiva del cuidado.

Como hemos desarrollado consideramos que los modelos de atención en las maternidades en muchas prácticas no tienen en cuenta los derechos de las mujeres en relación a la atención en salud, evidenciando por un lado “las asimetrías de poder que se establecen dentro del sistema de salud entre el personal de salud y las mujeres (3). Estas asimetrías se profundizan en la población usuaria de drogas, efecto del modelo punitivista. Pudimos observar un encuadre paternalista que está instituido, donde se busca que las mujeres adhieran a las pautas de cuidado transmitidas por el personal de la salud minimizando las capacidades de decisión y de autovaloramiento de las mujeres.

En el análisis del equipo del CPAA concluimos que el modelo de atención responde al modelo Semi- integral en tanto que, si bien presenta los principios del modelo integral solo lo alcanza en algunos aspectos. El modelo de atención del CPAA si bien tiende a ser más integral en la medida que trabajan interdisciplinariamente desde el ingreso al tratamiento y articulan con otras instituciones (instituciones de desarrollo social o educativas), es decir, que incorporan dimensiones sociales en sus prácticas, en otros aspectos priman modalidades de abordaje asistencial de la clínica individual de las tres disciplinas. Asimismo, existen escasos espacios grupales y con reducidas estrategias de prevención comunitaria. Destacamos que desde la conformación del mismo en el año 2009 se lo llamó Centro Preventivos Asistencial dando cuenta de una mirada más integral de la salud que aún no ha podido materializarse.

Cabe destacar que las mujeres entrevistadas no habían tenido algún tratamiento en salud mental o consumos problemáticos previo a la derivación realizada desde la maternidad, ETI o Juzgado. La incorporación de las mujeres al tratamiento específico por consumo problemático después de la intervención de la maternidad, muestra que las mujeres en su condición de tal, quedaron excluidas de los servicios de salud mental evidenciando una desigualdad por género en el derecho a la salud. Como sostiene Debora Tajer (13), se brindan servicios que son ciegos al género tratando de manera igual a personas con necesidades distintas. Respecto al análisis en torno a la ciudadanía y autonomía pudimos observar que se garantizan estos principios en la incorporación de la decisión de las mujeres sobre su tratamiento y al implementar el consentimiento de sus prácticas y la promoción de derechos. Desde sus marcos de referencia los consumos problemáticos son un problema de salud mental integral, es decir, sus prácticas están orientadas por los principios rectores de la Ley Nacional de Salud Mental que concibe a

las/los usuarias/usuarios de SPA como personas con derechos y no como infractores de la ley penal o delincuentes.

En relación a la equidad en el acceso a tratamiento, es importante destacar que si bien han empezado a desplegar acciones que consideren aspectos diferenciados entre varones y mujeres, como por ejemplo adecuar salas de espera para que asistan las mujeres con sus hijas/hijos, consideramos que es incipiente la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud. Historicamente los CPAA se constituyeron como una respuesta para vorenes cis, y el aumento de consumo en mujeres de los últimos años no fue percibido por los equipos de los CPAA sin poder generar estrategias específicas para que las mujeres demandaran tratamiento.

Considerando la perspectiva de las mismas mujeres atendidas, ellas reconocieron dificultades para consultar por sus consumos y referenciaron que tampoco fue una temática indagada por los equipos de salud por fuera de la situación de embarazo. Por lo que consideramos que el uso de SPA durante el embarazo es una práctica que permanece oculta para el sistema de salud, debido al juzgamiento, criminalización y estigmatización de las personas que las usan. En parte porque implica un problema penal, y por otro lado, porque irrumpe con el imaginario esperado de una mujer embarazada, como lo muestran investigaciones anteriores que las mujeres aparecen doblemente estigmatizadas, por el uso de sustancias, y por su desviación del mandato de la maternidad. La estigmatización del consumo en mujeres embarazadas implica un gran obstáculo para el abordaje integral de la salud. En relación a este punto fundamentalmente consideramos que responde a las características entre los vínculos de los equipos de salud y la población que usan SPA, construido principalmente en torno a la criminalización del consumo. Epele (19) define la “lógica de la sospecha” para caracterizar el vínculo entre profesionales de la salud y personas usuarias de drogas, una lógica que opera a través de un “desdoblamiento de la realidad entre lo aparente y lo oculto, la lógica de la sospecha incluye un conjunto complejo y variado de prácticas simbólicas: la desconfianza, la duda, la sospecha, el deslizamiento y la inversión del significado en la lectura de los mensajes, y la producción de elaboraciones y teorías sobre los orígenes de los malestares, enfermedad y muertes. Estas prácticas simbólicas devienen corporales, no sólo porque incluyen posiciones, emociones, distancias, actividades de reparación o deterioro, sino que esconden en su rutina cotidiana, la historia de daños, abusos y quiebres sociales que han trazado su producción”.

Otro aspecto fundamental es seguir indagando acerca de esta relación entre consumos y violencias desde una perspectiva de género ya que en la actualidad son escasos los estudios al respecto, aumentando la invisibilización de las violencias de género.

Es importante destacar como emergente en las diferentes entrevistas, el relato que da cuenta de un proceso en la construcción y transformación de la respuesta sanitaria intersectorial que está sucediendo actualmente. Tal es el caso de lo que ocurrió con la elaboración del “Protocolo, 001170/18 de “Seguimiento de RN, hijos de madres con consumo problemático” (27), elaborado primeramente con un enfoque biomédico centrado en la toxicidad de las sustancias, que luego de un proceso de trabajo intersectorial entre

diferentes equipos del Ministerio de Salud de Mendoza se transformó en las “Recomendaciones para la atención Integral en salud de personas gestantes con consumo problemático de sustancias y de las/los RN” (28) en el cual se intentaron incorporar diversas dimensiones de la problemática para garantizar la atención integral desde un enfoque de derechos y con perspectiva de género. En este sentido, se incorpora la noción de personas gestantes, en reemplazo de madres. Por otro lado, contemplando la multiplicidad de factores que intervienen en la problemática, más allá del consumo de sustancias, por ejemplo, se contempla la situación familiar y las condiciones de vida de la persona gestante. Por otro lado, recomienda que los equipos de salud de atención primaria puedan identificar tempranamente problemáticas de consumo promoviendo el acceso al tratamiento, para tal fin, las derivaciones se deben realizar personalmente, utilizando los códigos Z72.1 y/o Z72.29 de la CIE-10 con el fin de evitar la exposición y estigmatización de las mujeres embarazadas con consumos de SPA, también contempla que las personas puérperas deberán contar con un turno previo al alta en la maternidad, en un CPAA más próximo a su lugar de residencia, y cada caso será evaluado por el equipo de trabajo social y salud mental para elaborar diferentes estrategias conjuntas que garanticen tanto el cuidado de las/los RN como el cuidado de las mujeres.

También es importante mencionar que se fueron modificando las prácticas de testeo, y derivación, por ejemplo en un comienzo se derivaban todos los casos al CPAA y al ETI y posteriormente sólo se empezaron a derivar los casos más complejos a partir de diagnósticos más integrales, con inclusión de variables sociales respecto a la problemática y no únicamente a partir del test positivo.

Por lo expuesto, sostenemos que es fundamental la implementación de procesos y espacios de reflexión, intercambio y formación en perspectiva de género y consumos problemáticos en todos los niveles de atención, así también, el fortalecimiento de espacios de revisión de prácticas desde aspectos que se ajusten a los nuevos marcos legales, una alternativa sería la promoción del Órgano de Revisión Local o bien la promoción de Lineamientos de orientación con perspectiva de derechos y género existentes (29) . Consideramos que se trata de una temática que aún está atravesada por una dimensión penal, por la vigencia de la Ley de estupefacientes 23737/89 (30) que pone en tensión el campo de la salud desde la dimensión de los derechos humanos, por otro lado también visibiliza algunas prácticas de violencias obstétricas vinculadas a las representaciones sociales fuertemente negativas de las mujeres que usan SPA.

Concluyendo, los equipos de salud de maternidad y CPAA consideran que la mejor estrategia para garantizar el derecho a la salud de mujeres que usan SPA es garantizar modelos de atención integrales. Muestran apertura al campo de las ciencias sociales para la elaboración de nuevos abordajes, sin embargo en la actualidad nuestros modelos de atención aún no se han podido constituir cabalmente, continúan primando las intervenciones individuales en la atención, con una mirada asistencial y se observa una falta de intersectorialidad entre los distintos niveles de atención del sistema de salud y otros actores.

A pesar de las variaciones observadas entre los modelos de atención de las maternidades y los CPAA, en general, ninguno de los dispositivos analizados puede cristalizar en sus prácticas de manera efectiva la identificación de la relación entre ciclo de vida y necesidad de salud que incluya un enfoque preventivo.

También consideramos prioritario que los servicios de salud puedan incorporar los determinantes de la salud a sus abordajes (educación, vivienda, trabajo) a fin de promover la creación de estrategias que tengan en cuenta las desigualdades sociales.

El conjunto de representaciones sociales estigmatizantes no solo es reproducido por el sistema de salud sino que es internalizado por las propias mujeres ubicándolas en una posición subordinada que obstaculiza la demanda a tratamiento y por ende el acceso a la salud. Otro aspecto central es que los tratamientos para mujeres que usan SPA están fuertemente atravesados en su relación con el rol materno, por ejemplo, cuando dan intervención al ETI o bien cuando en la subjetividad de las mujeres en tratamiento el anhelo de vincularse con sus hijas/hijos funciona para el sostenimiento del mismo.

El tema del consumo de SPA en mujeres es un tema de gran complejidad en tanto es una práctica social multidimensional (14) que no concierne a la delincuencia y a la patología, pone en juego y tensión cuestiones morales y éticas en los equipos de salud. Es fundamental entonces que los modelos de atención incorporen un enfoque que incluya la perspectiva integral y de género, atendiendo a las nociones de ciudadanía, autonomía, equidad en cada ciclo de la vida de las mujeres, sin castigarlas y generando espacios de acompañamiento, con el fin de concebir a las mujeres como personas con autovaloramiento y libertad.

12. Relevancia para las políticas sanitarias

Consideramos que los resultados expuestos de este estudio pueden contribuir con información para transformar los modelos de atención en espacios más integrales para las mujeres usuarias de SPA en situación de embarazo, parto y puerperio. Es fundamental poder centrar la atención en las mujeres y sus formas de sufrimiento, sus propias formas de enfermar que vayan más allá del momento de la gestación y el cuidado de las/los hijas/hijos, incluso implica un aporte para la diseñar políticas preventivas en materia de consumos y género, que también impliquen una mejora para la calidad de vida de las/los RN. Por lo que resulta también fundamental incorporar los determinantes sociales de salud en la construcción de respuestas alternativas, así también como estrategias de reducción de daños (16), por ejemplo en la lactancia. Finalmente, como señalamos anteriormente sería relevante incorporar a partir de futuras investigaciones, la dimensión del placer en los abordajes, aspecto que se relaciona con el consumo de SPA pero no se tiene en cuenta dentro de las políticas públicas por la carga moral del estereotipo de la mujer-madre.

Un hallazgo en el estudio fue la relación entre consumos problemáticos y políticas de cuidado desde una perspectiva de género, lo cual resalta la importancia de trabajar con el sistema de representaciones sociales que tiende a ubicar a las mujeres únicamente desde su rol de madres, las mujeres que usan drogas son estigmatizadas principalmente en relación ese rol, por ello consideramos fundamental promover y poner en discusión las políticas de cuidado como parte fundamental de las políticas públicas con enfoque de género, hacia intervenciones que contemplen e incluyan a los varones padres y estrategias de cuidados colectivos.

Al mismo tiempo el estudio es relevante para la investigación en salud en tanto aporta evidencia empírica que da cuenta cuando la desigualdad de género en las prácticas y saberes de los equipos de salud se convierten en inequidad para el acceso a la salud. Por otro lado, a partir de estas categorías es posible mejorar las estadísticas que incluyan la perspectiva de género.

En relación a la formación, el estudio muestra la necesidad de generar programas de capacitación y actualización para diferentes equipos de salud de todos los niveles, sobre consumo problemático de sustancias desde una perspectiva de género y derechos en salud.

El estudio intenta aportar evidencias para fortalecer a los equipos de salud, que puedan ACOMPAÑAR a mujeres que usan SPA, en este sentido es esencial la incorporación de perspectiva de género y derechos, los determinantes sociales y la reducción de daños en los abordajes de salud. Asimismo, consideramos fundamental la articulación del sistema de salud pública con la red comunitaria, como un elemento central en los abordajes a las problemáticas de consumo.

La incorporación de estos paradigmas a las prácticas y saberes permitirá mejorar considerablemente la confianza entre usuarias de SPA y trabajadores de la salud con lo cual impactaría en una mejora al acceso y permanencia a la salud como derecho de las mismas.

13. Referencias Bibliográficas

- (1) ONU. Informe mundial sobre drogas: resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Washington DC.; 2018.
- (2) SEDRONAR. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas informe de resultados. Buenos Aires ; 2017.
- (3) Díez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A, Arrúa L. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y púerperas de tres hospitales generales de Argentina. Salud Colectiva

[Internet]. 2020 [citado 4 octubre 2020];(1669-2381):1–5. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2509>.

(4) Camarotti AC, Nuria RA, Francisco JB. Vulnerabilidad y prácticas de cuidado en mujeres consumidoras de pasta base del área metropolitana de Buenos Aires. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2016;(0001-6896):96–107.

(5) Parga J. Etnografía sobre la equidad de género en la atención del uso problemático de sustancias. Un análisis sobre la “adherencia” al tratamiento [Tesis de Maestría]. PRIGEPP- FLACSO; 2012.

(6) Sanchez Antelo MV, Jeifetz V, Navarro D, Parga J, Setein L. Estudio cualitativo y comparativo sobre perfil, accesibilidad y adherencia al tratamiento de mujeres que usan sustancias psicoactivas legales e ilegales en cuatro ciudades de la República Argentina. Buenos Aires : Dirección de Investigación en salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2018.

(7) Tajer D. Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN). “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” . Buenos Aires : Programación UBACyT; 2012.

(8) Jones, D; Manzinelli,H; Pecheney, M. La teoría fundada: su aplicación en una investigación sobre la vida cotidiana con HIV/Sida y con Hepatitis C. En Konblit, L et al. *Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales*. Biblos. Buenos Aires. 2007

(9) OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York. 1948

(10) Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar; 2010.

(11) Touzé, G; Pawlowicz, M; Rossi, D; Goltzman, P y Cymerman, Pablo . Consumo de drogas en Argentina. En: *Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador*. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez.2008

(12) Ley 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos . Buenos Aires : Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar; 2014.

(13) Tajer, D. Construyendo Una Agenda de Género en Las Políticas Públicas en Salud. En *Género y Salud. Las políticas en Acción*. Lugar Editorial. 2012.

(14) Parga, J. Salir del bardo. Etnografía de las Políticas Públicas de abordaje del consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011). Tesis doctoral de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata. 2016

- (15) Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. Congreso de la Nación de la República Argentina. (2009) En servicio.infoleg.gob.ar.
- (16) Inchaurreaga S. Subjetividad, cultura y drogas. Intervenciones de Reducción de Daños. "Para llegar al bosque detrás del árbol". En: Alcaraz L, Stelhik C, eds. by. Problemáticas del Consumo. Intervenciones posibles. 1.ª ed. Buenos Aires : JCE ; 2015. pp. 107–118.
- (17) Ley 26.485 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar (2009)
- (18) Romo Aviles,N. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogadependencia*. 35 (3) 269-272. 2010.
- (19) Epele, M. La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud . *Cuadernos de Antropología Social* N° 25, pp. 151-168. FFyL - UBA - ISSN: 0327-3776; 2007
- (20) Pawlowicz, M; , Duarte, M; Rossi, D; Alcaraz, L;Goltzman, P; Navarro, D; Ralón, G; , Stehlik, C; y Touzé, G. Implicancias de la implementación de la Ley 26.657de Salud Mental en relación con los consumos problemáticos de drogas en la Ciudad de Mendoza. 2° Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo. "Balances y desafíos de una década larga (2001-2015): aportes y debates desde la sociología". Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza. Agosto, 2015.
- (21) Setien, L & Parga, J. Disciplinamientos y estrategias biopolíticas de control de los cuerpos de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas. Buenos Aires: Teseo. 2018.
- (22) Bordoni, M; Cafferata, A; Casas, M; Goldstein, B. y López, M. Maternidad y adicciones. La supervisión como instancia de formación profesional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional* 2 (1), 21-26.2016.
- (23) Nari, M. Política de Maternidad y Maternalismo Político. Buenos Aires 1890-1940. Biblos. 2004.
- (24) Faur, E. . El maternalismo en su laberinto. Políticas sociales y cuidado infantil en Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 45-61. 2015
- (25) Anzorena, C. Mujeres en la trama del estado : una lectura feminista de las políticas públicas. 2013 recuperado en https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vfind/Record/BDUNCU_5dd90e3fd0a13efa8230c89a99d5b329
- (26) Menendez, E. Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica.1a ed ampliada. -

Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020

- (27) MSDSyD. Protocolo 001170/18 de “Seguimiento de RN, hijos de madres con consumo problemático”. 2018
- (28) MSDSyD. “Recomendaciones para la atención Integral en salud de personas gestantes con consumo problemático de sustancias y del/la recién nacido/a”. Gobierno de Mendoza.
- (29) SEDRONAR- MGD. Lineamientos para abordar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de género y diversidad. Presidencia de la Nación, 2021.
- (30) Ley 23.737. Tenencia y tráfico de estupefacientes. Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar (1989)

4. Abreviaturas y Acrónimos

CPAA: Centro Asistencial y Preventivo en Adicciones

CIE10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

SPA: sustancias psicoactivas

ETI: Equipo Técnico Interdisciplinario (NNyA) RN: recién nacidxs

OAD: Observatorio Argentino de Drogas

