



# CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL  
de TRABAJO SOCIAL CABA

Asistencia y Derechos

en el devenir de la Protección Social

## Trabajo Social Situado

**Reflexiones para la práctica profesional en  
obstetricia y neonatología: Tiempo, vida cotidiana y  
acciones socioeducativas**

*Por María Clara Fariña*

Fecha de recepción:	Noviembre del 2021
Fecha de publicación:	Octubre del 2021
Contacto:	María Clara Fariña
Correo electrónico:	clari.aniraf89@gmail.com

## REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA: TIEMPO, VIDA COTIDIANA Y ACCIONES SOCIO-EDUCATIVAS

*\*Fariña, María Clara*

*Basado en las tensiones observadas en la intervención con mujeres y personas gestantes internadas por parto en la Sala de Obstetricia y Neonatología de un Hospital Público de la zona sur de CABA, este ensayo esboza un análisis sobre cómo el tiempo incide y restringe las estrategias e intervenciones en la vida cotidiana de dichas personas y sus redes sociales y familiares. Por otro lado, se aborda el eje socio-educativo del Trabajo Social como aportes a los proyectos de vida, para finalmente poder dar cuenta de los aportes de nuestra profesión a la perspectiva de abordaje de la salud integral.*

### INTRODUCCIÓN

Mi paso e intervención profesional por la Sala de Obstetricia y Neonatología de un Hospital Público de la zona sur de CABA ha derivado en una gran cantidad de incógnitas e ideas entrelazadas entre sí. Entre ellas: ¿Cuál es el papel que cumplen los trabajadores sociales en contextos hospitalarios? ¿Cómo se construye (o reconstruye) un Trabajo Social crítico en las salas de Obstetricia y Neonatología de los hospitales públicos? El arribo de la medicina académica a diversos hechos de

\* **María Clara Fariña** - Trabajadora Social - UBA. Residencia de Trabajo Social en Salud, C.A.B.A. Integrante de La Colectiva de Salud Feminista



la vida cotidiana como el parto se vio plagado de disputas de poder en la historia y el desarrollo de nuestras sociedades. Una historia plagada de imposiciones sobre los cuerpos en post del desarrollo del capitalismo y de la instauración de un régimen de biopoder (Foucault, 1976). Con ello Foucault da cuenta de cómo se dio un cambio de formas de gobierno autoritarias a una más descentralizada incidente en todo aspecto de la vida, con el objetivo de regularizarla y normativizarla para garantizar su reproducción social. El régimen incluye como políticas típicas el control sanitario, sexual y penal de los cuerpos. Posteriormente esta idea, fue apropiada por la medicina bajo el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988) (en adelante, MMH), el cual delimita las lógicas del campo de la salud, bajo una perspectiva puramente biologicista, ahistórica, normativizante y descontextualizada.

El acto de parir históricamente fue una acción acompañada. Matronas, parteras, curanderas asumieron el rol de acompañar a las mujeres y personas gestantes en el arduo trabajo de parir. Es interesante en este punto el aporte que brinda Federici (2004) en relación a la historia de las lógicas del patriarcado en el sistema capitalista. En su detallado recorrido histórico se repasa cómo la construcción de políticas sanitarias bajo lógica del MMH, moldearon la experiencia del parir. La necesidad de la reproducción de la fuerza de trabajo, prohibición abortos y garantía de nacimientos marcaron la inserción del médico (varón) y relegó de la partera (mujer) en el proceso del parto y nacimiento. Por su parte, en relación a la institucionalización del parto Fornes (2011, p.135) agrega: ***“La institucionalización del parto estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales. El desplazamiento-subordinación de las mujeres no se concentraba sólo en las (futuras) madres sino en las parteras, ya que éstas no sólo se ocupaban de atender partos sino también de practicar los abortos...”***. De esta forma se redujo el parto a un acto puramente biológico, es decir a acciones principalmente biomédicas. Desde hace varias décadas, el sistema de salud ha incorporado la intervención en el parto como otro de los aspectos del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados a acompañar desde el equipo de salud.

Este contexto plantea los primeros interrogantes. Si parir es un hecho biológico que se convierte en un hecho social al traer a una persona al mundo y, en tanto proceso social, los profesionales de las ciencias sociales del campo de la salud tomamos intervención en ello, ¿Cuáles son nuestras incumbencias como trabajadorxs sociales en este proceso? ¿Qué clase de acompañamiento realizamos a las personas que ingresan a la sala de Obstetricia luego de un parto?

## **MOLDEAR CUERPOS MANEJANDO EL TIEMPO**

Las mujeres y personas gestantes que asisten al hospital al momento del parto, atraviesan una internación cuya duración varía entre 2 y 3 días aproximadamente. Cuando el logro de la estabilidad clínica post parto se prolonga o cuando alguna razón relacionada con lo social lo amerita, la internación puede extenderse varios días más.

Estas situaciones provocan diversas tensiones en el interior del equipo de salud, por ejemplo: ¿Cuánto y por qué se prolonga la internación? ¿Por qué catalogar como pacientes sociales a la persona puérpera y su hijo? En cuanto a la primera tensión resulta que la presión institucional para no ocupar camas por cuestiones sociales suele impactar fuertemente en las estrategias profesionales, lo cual provoca que los trabajadores sociales intervengan en pos de un alta rápida que acompañe ese giro-cama. En cuanto a la segunda tensión, en la construcción de la idea del paciente social se disputan múltiples factores como, por ejemplo, el lugar dado (o no) a los aspectos sociales de la vida cotidiana y de salud de la persona gestante y/o del niño recién nacido. Como se expresó, el principal paradigma intrahospitalario actual es el MMH. En este sentido, en el recorrido práctico, se observa que muchos profesionales de la salud realizan comentarios sobre las personas internadas en la sala en los que subyacen conceptos ahistóricos, descontextualizados y deshumanizantes, como aquellos que culpabilizan a la mujer o persona gestante por su situación social, familiar y económica. Como por ejemplo: ***“Pero si yo le dije que tomara la medicación que le dejé” o “Pero si tiene familia. Que la familia ponga un poco y se haga cargo”*** (sic.) Estos dichos en consonancia con estrategias normatizantes, diferenciaciones xenófobas y discriminatorias, alimentan las tensiones entre los equipos profesionales intervinientes en cuanto a la construcción de estrategias que se basen en el reconocimiento de los derechos de las personas.

De la intervención en el acompañamiento de internaciones por parto surgen dos apreciaciones: por un lado, la complejidad del abordaje desde nuestra disciplina en situaciones de urgencia social que implican una intervención con perspectiva a largo plazo en la vida cotidiana de las personas y por el otro, la exigencia institucional de intervenir en pos del alta para no ocupar la cama por una cuestión social. Incorporando así la tensión entre el tiempo de trabajo, las acciones en pos de acortar el tiempo de internación, con acciones fuertemente incidentes y resolutorias de procesos laxos.

En consecuencia, emerge la pregunta acerca de cómo abordar en tan pocos días la proyección pos internación, por ejemplo con la crianza de un niño. Esta inquietud puede ser relacionada con las ideas de Iamamoto (2003). La autora nos sumerge en las características de nuestra profesión actual planteando, entre otras cosas, que: ***“El Trabajo Social como trabajo supone privilegiar la producción y la reproducción de la vida social, como determinantes en la construcción de la materialidad y de la subjetividad de las clases que viven del trabajo”*** (p.27). Por lo tanto, el Trabajo Social se encuentra inmerso en la tensión entre la materialidad y la subjetividad de los sujetos sociales con los que trabajamos. Esta tensión también puede ser pensada según la autora como la tensión existente entre la producción de desigualdad inherente al sistema social en el cual vivimos (desigualdades que siempre van a existir, pero que sus manifestaciones pueden ser plausibles de minimizar) y la producción de rebeldía y resistencia de los sujetos sociales. Es primordial partir de la base de entendernos como una profesión inmersa en las contradicciones de la materialidad con la que viven las personas en su cotidianeidad. Por lo que la intervención profesional no se reduce simplemente a lo relacionado con la asistencia y la gestión que plantean en su compilación Mallardi y Oliva

(2010), sino que se complejiza y potencia en la relación con la subjetividad de las clases.

En consecuencia se puede inferir que el Trabajo Social aborda las tensiones generadas en el proceso de generalización, al respecto del cual se refiere Lukács (1969). Para este autor el juego del proceso de generalización relaciona las categorías de particularidad, singularidad y generalidad, que al conglomerarse se convierten en la realidad concreta. Esto es, comprender que ese cuerpo/sujeto con el que trabajamos en sala forma parte de un ser que es social y está atravesado por una multiplicidad de situaciones, actores, relaciones, etc. que se ponen en juego en la realidad. Por otro lado, Mallardi (2013), plantea la realidad como el aspecto más concreto con el cual trabajamos desde nuestra profesión. La realidad es un proceso en constante reconstrucción ya que **“recupera la coexistencia de actores sociales distintos, con posturas convergentes o contradictorias, en un mismo momento histórico y social.”** (p.21). Por lo que da lugar a comprender que la misma es reconstruida de acuerdo a factores y condicionantes particulares de cada uno de los sujetos involucrados. O sea, que la realidad conglomerará múltiples interpretaciones y percepciones de lo que se nos presenta en la experiencia de la cotidianidad. En este sentido, el autor agrega **“Para comprender la singularidad, considerada como aquello que nos presenta de manera inmediata el mundo, es necesario avanzar en sucesivos procesos de generalización a fin de identificar las leyes tendenciales que caracterizan la universalidad o generalidad en un momento histórico concreto. Es mediando este proceso que aparece la particularidad [...]”** (p.22). Por lo tanto, se infiere que es en este campo de juego de leyes tendenciales e interpretaciones que el Trabajo Social se inserta. Es así que indefectiblemente al intervenir en una de las tres categorías de construcción de realidad, intervenimos en las tres ya que se encuentran relacionadas en una síntesis ontológica dialéctica, como plantea el autor.

En el contexto de internación hospitalaria también se interrelacionan las interpretaciones de la realidad de todos los actores y actrices involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Es decir, no solo aquellas realizadas por las personas internadas sino también, la de los profesionales de diferentes áreas, las instituciones, las políticas sociales y la sociedad en general. En este sentido, es un factor importante en nuestra intervención las formas en que los aspectos objetivos de las situaciones problemáticas son apropiadas por los seres sociales involucrados. Aspectos que adquieren diversas valoraciones que se conforman en sentido común en términos de Gramsci (1992). Dando lugar a la articulación de verdades y realidades sintetizadas en una particularidad. En este sentido, el Hospital como institución tiene objetivos, estructuras funcionales y perspectivas de abordaje particulares, que en algún sentido enmarcan las demandas que los sujetos realizan. Tomando a Cavalleri (2008) en las demandas se presentan a primera vista dimensiones de lo singular, las cuales son ubicadas en lo inmediato y fenoménico, y para lo cual se espera que las instituciones tengan una posible respuesta. Cabe entonces para nuestra profesión problematizar la demanda inicial desarmando los discursos y las **“relaciones más aparentes”** (Castro, 2013, p.21), de forma tal que arribemos a comprender allí una situación problemática. Y es en

en este punto donde resurge una de las dimensiones que se destacan del recorrido institucional: el tiempo.

Tanto la problematización de las singularidades con las que se presentan los usuarios, como las mediaciones que la situación presenta y las posibles respuestas institucionales, requieren de un tiempo. Un tiempo que muchas veces no puede ser a primera vista cuantificable ni medible y que no siempre es el mismo tiempo con el que otras profesiones de la salud intervienen y evalúan su accionar. Un tiempo que pocas veces se condice con la exigencia del giro cama institucional, o de la demanda o expectativa ante una interconsulta de otras disciplinas del campo de la salud.

Resulta interesante observar las lógicas que la intervención adquiere dentro de las instituciones de la salud y en particular el Hospital. Por lo que, considerando que cada particularidad es vivida diferencialmente por cada sujeto, no podemos presuponer entonces que las intervenciones y los tiempos serán iguales para todas las situaciones que se presenten. Entonces, las características de las demandas de las personas internadas y el corto giro-cama que se espera en las salas de internación anticipan la complejidad característica del proceso de intervención de los trabajadores sociales.

#### PROYECTO DE VIDA COTIDIANA COMO INTERVENCIÓN SOCIO-EDUCATIVA

Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de una intervención socio-educativa del Trabajo Social en el acompañamiento en pos de un alta de la puérpera y su hijo? Indefectiblemente la intervención profesional implica la intencionalidad de generar un cambio en la situación que se nos presente. Es decir, que tiene una intencionalidad de transformación. Y éste es por lo tanto, un acto socio-educativo. Ahora bien, autores como Yazbek citado por Mallardi (2010), plantean que la acción educativa puede tener dos objetivos más bien dicotómicos que complementarios: ***“...puede asumir un carácter de encuadramiento disciplinador destinado a moldear al cliente en relación a su forma de inserción institucional y en la vida social, o puede dirigirse para fortalecer los proyectos y las luchas de las clases subalternas” (p.64).*** Entran pues, en juego aspectos de otras de las dimensiones de la profesión tal como el proyecto ético-político. En el caso de la sala de Obstetricia asumir un “carácter de encuadramiento disciplinador” significaría promover acciones disciplinarias de los cuerpos gestantes y desconocer así, la historia de las mujeres y personas gestantes como actores sociales dentro de la salud pública. Sin embargo, posicionarnos en el polo que busca ***“fortalecer los proyectos y las luchas de las clases subalternas”*** implica promover en la persona gestante y su red social y familiar una actitud crítica frente a su realidad concreta, construyendo herramientas colectivas que permitan incidir también en el plano macro social.

Por lo tanto, trabajar con las mujeres y personas gestantes que ingresan al hospital no solo implica trabajar con la vida cotidiana con la cual se presentan, sino también abordar la proyección de la vida cotidiana de ese niño y todo lo que significa e implica a largo plazo la crianza. Promover la acción socio-educativa en la internación no es sólo brindar

información sobre recursos, acciones del equipo médico o del equipo de salud. Esta resulta en ayudar a colectivizar las realidades del matenar/criar actual promoviendo la toma de decisiones de les usuaries involucrades, abonando a la emancipación de los cuerpos de las personas internadas y la confrontación con el modelo médico hegemónico. Líneas de trabajo que coinciden con las propuestas por la colega española Rodríguez González (2018), quien reconoce en la intervención profesional con mujeres y personas gestantes la propuesta de fortalecer los apoyos sociales como aquellos propios recursos humanos y materiales para superar eventos de crisis. Es claro que hace falta brindar información como parte de la intervención, pero sin embargo el accionar profesional no se agota en ello cual si fuéramos meras guías de recursos. Nuestra intervención busca construir una información para el hacer, para la reestructuración de esos apoyos. Es, por lo tanto, también acompañar el proceso de proyección a largo plazo del matenaje/crianza. Entendiendo que estas proyecciones adquieren características particulares en cada persona gestante y en cada red social y familiar que acompañe. Por lo que no se pueden establecer estándares de maternidad/crianza desde perspectivas normativas y punitivas, como en ocasiones el MMH quiere presuponer al accionar por sobre la salud de nuestros cuerpos (por ejemplo, cuando se cataloga como mala madre a la mujer o persona gestante por su condición social, afectiva o por cómo se desenvolvió durante su internación). Desconocer que existen posturas profesionales basadas en estos estándares legales, morales y de la salud de manera acrítica puede derivar en estrategias de intervención engañosas, que promuevan el control sobre los cuerpos, sobre las singularidades y la vida cotidiana, desconociendo así los derechos de las mujeres y personas gestantes, las infancias y su red familiar y social. Se coincide así con Palomar Vereá (2004) en relación a que el abordaje de la maternidad debe ser mirada desde otros ángulos que amplíen su comprensión y explicación fenomenológica y de sus efectos, ya que es un fenómeno puramente subjetivo.

## APRECIACIONES FINALES Y CONCLUSIONES

Una internación es un evento estresor de la vida cotidiana de las personas, donde aflora la relación entre la materialidad y la subjetividad. Se constituye en un punto de inflexión en la vida cotidiana, más aun si el motivo de la internación es el nacimiento de una persona. En estas situaciones la relación materialidad/subjetividad se tensiona aun más si es pensada con respecto a la proyección de la maternidad/crianza. Y es en ese emerger del vínculo materialidad/subjetividad en el que el Trabajo Social se inserta, aunque no se reduce solo a eso. Hay otras resistencias que aparecen y atraviesan la intervención profesional constantemente. Entre ellas: el tiempo. El tiempo de la internación (en la cual las y los pacientes no tienen mucha capacidad de incidir), los tiempos de los recursos externos al hospital, los tiempos necesarios para la recuperación del cuerpo luego de una intervención, el tiempo después del alta de internación.

En este sentido, para el reconocimiento de los atravesamientos de la categoría tiempo en la intervención profesional, las acciones que realice el equipo de profesionales de la salud para favorecer y resignificar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados como



un proceso con un importante rasgo socio-educativo son las más significativas. Por lo que tener constantemente presente la intencionalidad con la que se interviene por sobre los cuerpos de las personas usuarias y construir interdisciplinariamente las demandas, se convierte en la punta de lanza de un paradigma de la salud más democrático y crítico, tal como nos propone Rozas Pagaza (1998). Será preciso entonces, comprender que la salud no se reduce simplemente al tiempo comprendido en la internación hospitalaria, sino que la intervención impacta también a largo plazo, en la cotidianeidad de los sujetos y del entorno que les rodea. Es bajo esta lógica de abordaje, donde el Trabajo Social, por sus aportes teóricos y reflexivos, juega un rol diferencial en el equipo de salud.



REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

#### BIBLIOGRAFÍA

**CASTRO, S. (2013)** *La construcción del problema en Trabajo Social: Reflexiones en torno a la comprensión y la singularidad de la dimensión "familiar."* En Revista Debate Público – Año 3 Nro.

**CAVALLERI, M. S. (2008)** *Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas.* En: Castronovo, R. y Cavalleri, S. *Compartiendo notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad.* Buenos Aires, Ediciones UNLa, 2008. Pp. 37-48.

**FEDERICI, S. (2015)** *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* 2da Edición. CABA, Ed. Tinta Limón.

**Fornes, V. (2011).** *Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea.* En: Felitti, K. (Coordinadora), *Madre no hay una sola* (págs. 133-153). Buenos Aires: CICCUS.

**GRAMSCI, A. (1992)** *Antología.* México, Siglo Veintiuno editores.

**IAMAMOTO, M. (2003)** *El servicio social en la contemporaneidad: Trabajo y formación profesional.* Sao Paulo, Editorial Cortez.

**LUKÁCS, G. (1969)** *"Prolegómenos una estética marxista. Sobre la categoría de la particularidad"*, Barcelona-México DF, Ed. Grijalbo S.A.

**MALLARDI, M. (2010)** *La entrevista en Trabajo Social. Aproximaciones a un objeto polilógico.* En: Oliva, A. Y Mallardi, M. *Aportes táctico- operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social.* Tandil, UNICEN

**MALLARDI, M. W. (2013)** *Cuestión social y situaciones problemáticas: aportes a los procesos de intervención en Trabajo Social,* Revista Cátedra Paralela, n°9.

**MENÉNDEZ E. (1988)** *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria (Ponencia) Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.* 30 de abril al 7 de mayo, 1988. Buenos Aires. Pág. 451- 464.

**MENÉNDEZ, E. (2003)** *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones técnicas y articulaciones prácticas.* En Revista Salud Colectiva, vol.8, n.1, pp.185-207.

**FOUCAULT, M. (1976)** *Historia de la Sexualidad.* Tomo 1, La voluntad del saber, Madrid, Siglo XXI, 2006.

**PALOMAR VERA, C. (2004)** *Malas madres: la construcción social de la maternidad.* En Debate Feminista, vol. 30, año 15, octubre, México, pp. 12-34

**RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, A. M. (2018).** *La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a.* Trabajo Social Hoy, 85, 7-26. doi: org/10.12960/TSH.2018.0013

**ROSAS PAGAZA, M. (1998).** *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social.* Cap. IV: El proceso metodológico en la intervención profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires.