
Reporte Original

Estrategias domésticas de las usuarias jóvenes de la Asignación Universal por Embarazo en los hospitales públicos de la República Argentina

Domestic strategies of the young women of the Universal Assignment for Pregnancy in public hospitals in the Argentine Republic

Agustín Villarreal¹

1. Universidad Nacional de Misiones (UNaM). Argentina.

RESUMEN

Fundamento: La política social de la Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social en la República Argentina en el año 2015 tiene como objetivo principal el control y regulación del embarazo de la mujer argentina en estado de vulnerabilidad y que esté por fuera del mercado de trabajo.

Objetivo: Analizar a familias que perciben la política social de la Asignación Universal por Embarazo, que consiste en la transferencia monetaria de un ingreso básico a cargo del estado argentino.

Metodología: Se empleó una metodología cualitativa que en una primera etapa se utilizó la recopilación y el análisis documental y una segunda etapa se realizó un estudio de casos múltiples que incluyó una muestra no aleatoria de siete jóvenes que formaron su familia con el nacimiento de sus hijos/as. Además, a diferentes mujeres con maternidad temprana y dos médicos responsables del área de Neonatología se les realizó la entrevista semiestructurada de tipo sociológica.

Resultados: Las usuarias perciben esta transferencia monetaria cuando se encuentran en tránsito de embarazo y se destaca que estas mujeres se encuentran en estado de vulnerabilidad social porque no llegan a un salario mínimo establecido; por ello a partir de ese momento se proyectan estrategias sociales para conformar su familia. Se identificaron que muchas de las usuarias de la política social eran adolescentes y niñas que en algunos casos no superaban los dieciocho años por factores culturales y económicos.

Conclusiones: Las estrategias sociales que elaboran las usuarias apuntaban a construir familias núcleo que no superaban los cinco integrantes. Estas construcciones se producen por causa de acciones prescritas (como matrimonios prestablecidos por el jefe/a de la familia núcleo) y razones económicas, y no por simple reproducción social del modelo de familia extensa.

DeCS: MUJERES EMBARAZADAS; ARGENTINA; COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD; ASIGNACIÓN POR MATERNIDAD; VULNERABILIDAD EN SALUD; POLÍTICA PÚBLICA; CONTROL SOCIAL FORMAL.

Palabras clave: Mujeres embarazadas; Argentina; cobertura universal de salud; asignación por maternidad; vulnerabilidad en salud; política pública; control social formal; unidad doméstica; estrategias domésticas; carga doméstica; asignación universal por embarazo; red social.

ABSTRACT

Background: The social policy of the Universal Assignment for Pregnancy for Social Protection in the Argentine Republic in 2015 has the main objective of controlling and regulating pregnancy in Argentinean women who are in a vulnerable state and outside the labor market.

Objective: To analyze families that perceive the social policy of the Universal Assignment for Pregnancy, this consists on the monetary transfer of a basic income by the Argentine state.

Methodology: A qualitative methodology approach, in the first stage, with the collection and documentary analysis was used and a second stage with a report of multiple cases that included a non-random sample of seven young girls who formed their family with the birth of their children. In addition, a semi-structured sociological interview to different women with early motherhood was conducted, also to two physicians responsible for the neonatology area.

Results: The women perceive this monetary transfer when they are in the period of pregnancy and it is remarkable that these women are in a state of social vulnerability because they do not reach a minimum salary established; thus, from that moment social strategies are projected to create a family. It was identified that many of the women under this social policy were adolescents and girls who, because of cultural and economic factors, in some cases, did not exceed eighteen years of age.

Conclusions: The social strategies developed by the women aimed to build core families that did not exceed five members. These constructions occur because of prescribed actions (such as marriages preset by the head of the core family) and economic reasons, and not by simple social reproduction of the extended family model.

MeSH: PREGNANT WOMEN; ARGENTINA; UNIVERSAL HEALTH COVERAGE; MATERNITY ALLOCATION; HEALTH VULNERABILITY; PUBLIC POLICY; SOCIAL CONTROL FORMAL.

Keywords: Pregnant women; Argentina; universal health coverage; maternity allocation; health vulnerability; public policy; social control formal; domestic unit; domestic strategies; domestic workload; universal assignment for pregnancy; social network.

INTRODUCCIÓN

La política social de Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social (AUEPS) se crea a partir del decreto 446/11 del Poder Ejecutivo de la Nación que modifica la ley 24.714 en abril del 2011. Esta política social se desprende de la Asignación Universal por Hijo para la protección social (AUHPS) sancionada el 29 de octubre de 2009, mediante el decreto 1602/09 del Poder Ejecutivo de la Nación. Estas asignaciones AUHPS-AUEPS se presentan como una medida de protección social frente a la regulación del empleo, y la presencia de un alto empleo informal y desempleo, que era medida anteriormente por el Plan Jefes y Jefas de Hogar desocupados (2003), las cuales prestaban una transferencia asistencial y focalizada.

La implementación de esta política social en la República Argentina en el año 2015 tiene como objetivo principal el control y regulación del embarazo de la mujer argentina en estado de vulnerabilidad y que esté por fuera del mercado de trabajo. Por ello, se observa como es recibida esta política por las madres que son usuarias de la AUEPS y como esta organiza la unidad doméstica y/o familia.

Tenemos como preguntas de investigación rectoras: ¿Qué cambios se producen en el ámbito familiar de las mujeres embarazadas que perciben la Asignación Universal por Embarazo (AUE)? ¿Cuáles

son las estrategias que desarrollan las familias que perciben la AUE en la vida cotidiana? y ¿Cómo interviene esta política social en las decisiones de las mujeres embarazadas? La investigación propuesta se enfoca sobre la política social de la AUE en relación al campo de la Salud (Hospital de SAMIC de la Ciudad de Oberá) e intenta determinar las decisiones por las que optan las mujeres embarazadas en su vida cotidiana.

Las madres y embarazadas que son usuarias de la AUEPS deben cumplir con un número de requisitos ante la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) para cobrar una transferencia monetaria. Estos requisitos son: tener tres meses de gestación/embarazo, no tener percepción de haberes, no poseer obra social en el empleo formal, no obstante, se permite mantener un empleo informal, puede participar como trabajadora inscripta o monotributista social. El requisito de relevancia es el de estar adherida al Plan Nacer, hoy denominado Programa SUMAR, el cual exige una serie de controles y seguimientos del embarazo en los Hospitales y clínicas públicas y privadas, con requisitos específicos del ANSES. ⁽¹⁾ Teniendo en cuenta que el Plan Nacer se implementa desde el Ministerio de Salud de la Nación en el 2001, como respuesta a la crisis socio-económica del 2001-2002. Año en el que se potenció la problemática de la mortalidad infantil, porque alcanzaba el 16.6 % de cada 1 000 nacidos vivos en el año 2000. Es por ello que, en el 2005 se amplía el Plan Nacer con ayuda del Banco Mundial con el Programa SUMAR. Desde el Ministerio de Salud Pública de la Nación, que luego complementa a la AUHPS, hasta proporcionar la implementación definitiva por medio del Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) con la presentación AUEPS en el año 2011.

En el 2013 se presenta un informe del Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina (UCA) realizado por Nair Castillo, Bianca Musante, y Alejandro Mendoza Jaramillo, que argumenta que la “alta carga doméstica” se genera con la AUH y la AUE. Esto no permitiría a las destinatarias alcanzar una inserción directa en el mercado laboral formal, buscando así otras estrategias de desenvolvimiento laboral, como el trabajo informal, algo que genera mayor desigualdad social. Concepto que refiere a la actividad familiar haciendo alusión al trabajo de ama de casa, cuidado de los niños, cocinar, acompañamiento maternal, entre otros, lo cual impide que el mismo compromiso logre buscar una articulación directa con el mercado laboral formal. ⁽²⁾

En este sentido, se suman miembros en edad activa para distribuir tareas productivas y reproductivas para hacer frente a las difíciles condiciones de contexto.

La investigación tiene como objetivo analizar a familias que perciben la política social de la Asignación Universal por embarazo, que consiste en la transferencia monetaria de un básico, a cargo del estado argentino.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se desarrolló mediante una metodología cualitativa, aunque no se descartó la posibilidad de recurrir a técnicas cuantitativas para realizar triangulaciones y poder apoyarnos en un método mixto. El tipo de investigación comenzó con un carácter holístico y empírico de nivel epistemológico y de contenido; ⁽³⁾ en este caso específico, la investigación pretendió recoger información en el Hospital Zonal de la Ciudad de Oberá, República Argentina, Hospital de nivel III: Alto Riesgo: En este nivel incluyen acciones de bajo, mediano y alto riesgo, trabajando con los agentes de la salud y los usuarios, con distintos instrumentos de recolección para construir datos sobre la unidad familia o doméstica, el mercado de trabajo, los proyectos de vida que tienen las adolescentes y jóvenes que perciben la AUEPS.

Esto nos condujo hacia una investigación de tipo interpretativa, inductiva y multimetódica. El diseño correspondió a un enfoque interpretativo/hermenéutico ⁽³⁾ detallando que se utilizó un diseño flexible ⁽⁴⁾ para poder captar aspectos relevantes durante la investigación. Se tiene en cuenta que los conceptos utilizados solo sirven de guía y pueden ser modificados.

Desde la apertura del diseño se utilizó la estrategia del estudio de casos dado que se formularon categorías que redujeron el espacio empírico a trabajar, se ha considerado el estudio de caso múltiple. Se empleó los estudios de casos; las siete usuarias de la AUE en siete meses de trabajo (de mayo a noviembre) dentro del hospital SAMIC y sus áreas de intervención durante su embarazo.

Se delimitó el referente empírico o unidad de análisis para generar la construcción/recolección de información para satisfacer los objetivos de la investigación. La unidad de referencia empírica se compone de dos grandes grupos:

a) Adolescentes y jóvenes usuarias de la AUHPS (que estén relacionados con el Hospital Zonal SAMIC de la Ciudad de Oberá).

b) Agentes de la salud relacionados con la AUHPS y del Plan Nacer/Programa SUMAR (administrativos, médicos y enfermeros).

El trabajo de campo estuvo delimitado en el Hospital Zonal de la Ciudad de Oberá, perteneciente a la Provincia de Misiones durante los meses de abril a diciembre del año 2015; allí se pudieron localizar jóvenes y adolescentes usuarias de la AUEPS. Los criterios de selección de la muestra se basaron en el tipo de muestreo no probabilístico. Con las formas habituales de la investigación cualitativa; el muestreo teórico ⁽⁵⁾ para poder centrarnos en los fenómenos más relevantes y poder conceptualizarlos y clasificarlos en categorías de manera que la codificación de los datos fuera más selectiva debido a que el contexto de jóvenes y adolescentes que perciben la AUEPS es muy extenso.

También se recurrió a la teoría fundamentada que nos permitió realizar pequeñas hipótesis provisionales relacionadas estrechamente con las categorías de análisis, para formular en instancias avanzadas una proposición que articuló las categorías y sus propiedades ⁽⁵⁾.

Instrumentos y técnicas

Se utilizaron las entrevistas semiestructuradas ⁽⁶⁾ para lograr “interactuar” con los sujetos adolescentes/jóvenes, reconstruyendo con ellos su cotidianeidad y los sentidos del ámbito familiar.

La muestra se pudo ordenar generando una agenda de entrevistas en el sector del ateneo de Neonatología que lo facilitó la directora de Neonatología después de varios encuentros. Por otra parte, las entrevistas a las madres 5, 6 y 7 se realizaron en las habitaciones de Obstetricia y el sector de Maternidad; en estos casos se recurrió a una entrevistadora, no solo por la situación de resistencia y/o inhibición antes marcada, sino también debido a que en el sector no se permiten adultos del género masculino, a menos que se trate del padre o pariente directo de uno de los recién nacidos.

La entrevistadora fue autorizada por parte de la jefa de enfermería del sector de Maternidad porque había una situación delicada con respecto de las madres usuarias de la AUE, ya que estaban en periodo de observación de 48 hrs en sus habitaciones. Previo diálogo y permisos se logró que la entrevistadora entrevistara a las usuarias de la Asignación Universal por Embarazo en sus habitaciones. En el anexo se describe la distribución de entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

Anexo: Entrevistas realizadas al grupo de usuarias de la Asignación Universal por Embarazo.

	Entrevistador	Lugar de la entrevista	Técnica	Cuestionario
Madre 1	Entrevistador	Neonatología	Entrevista semi estructurada	Abierto
Madre 2	Entrevistador	Ateneo- Neonatología	Entrevista semi estructurada	Abierto
Madre 3	Entrevistador	Neonatología	Entrevista estructurada	Cerrado
Madre 4	Entrevistador	Ateneo- Neonatología	Entrevista estructurada	Cerrado
Madre 5	Entrevistadora	Maternidad	Entrevista semi estructurada	Abierto
Madre 6	Entrevistadora	Maternidad	Entrevista semi estructurada	Abierto
Madre 7	Entrevistadora	Maternidad	Entrevista semi estructurada	Abierto

También se realizaron registros de campo por medio de las charlas o diálogos informales, se destaca que la entrevista semiestructurada, también llamada entrevista sociológica, se utilizó con los médicos del sector de Neonatología sin que ese tipo de indagación llegara a resultar una etnografía, ya que el registro realizado *in situ* es un informe condensado sosteniendo un diálogo con diferentes especialistas del sector. Sin perder la atención por las particularidades del contexto y de las actividades de la vida cotidiana en el trabajo de los médicos, se participó en la interacción durante el trabajo en sala de descanso de los profesionales. ⁽⁷⁾

Siguiendo con las técnicas, la entrevista semiestructurada fue implementada con los directores de los principales sectores de natalidad dado que son los que trabajan con las usuarias de las AUE.

Los datos obtenidos de las entrevistas y observaciones se transcribieron y ordenaron por medio de la categoría madre n.º 1, madre n.º 2, madre n.º 3, etc. para poder obtener un análisis referencial de todas las madres usuarias. Esto quiere decir que se trabajaron los datos, a medida que se realizó el análisis desde las categorías conceptuales. Siempre se consideró el objetivo principal relacionado con el análisis de los posibles procesos/cambios en la unidad doméstica de las adolescentes y jóvenes de la Ciudad de Oberá (Misiones) a partir de la percepción de la Asignación Universal por Embarazo para la protección social (AUE). Por otra parte, se aclaran que los diálogos fueron transcritos con fidelidad tal como lo expresaban los usuarios, puede resultar que se presenten confusiones debido a que en su mayoría los médicos y las jóvenes son descendientes de campesinos o tienen ese rol laboral en la actualidad.

La problemática condujo, además, a buscar información de carácter secundario por medio de la recopilación documental sin confundir la interpretación de las historias de vida u otra técnica ⁽⁸⁾ (informes y relevamientos de los Ministerios de Salud de la Nación, ANSES, estudios de diversas universidades y/u organismos nacionales e internacionales).

La investigación obtuvo la aprobación del director del Hospital; así como de los directores de los sectores de Neonatología y Obstetricia.

RESULTADOS

Las entrevistas fueron realizadas a madres jóvenes con niños de un mes de nacimiento aproximadamente y se llevó a cabo en el área de Neonatología, debido a que los niños estaban en periodo de observación por presentar enfermedades, durante el periodo de gestación y/o nacimiento.

Se caracterizaron a las jóvenes madres usuarias de la AUE (Tabla 1), por nombre, edad, zona y localidad de residencia que en su mayoría pertenecían a la zona rural (57.14 %), y de la zona periférica (42.85 %):

Tabla 1 - Las madres según la edad y residencia.

Madre	Nombres ficticios	Edad	Residencia
1	Vanesa	25 años	San Vicente (zona periférica)
2	María Ofelia	16 años	Gral. San Martín (zona periférica)
3	Azucena	23 años	25 de mayo (zona periférica)
4	Yesica	21 años	2 de mayo (zona rural)
5	No informa	21 años	2 de mayo (zona rural)
6	No informa pero por la apariencia no supera los 30 años y son de la zona rural.		
7	No informa pero por la apariencia no supera los 30 años y son de la zona rural		

La particularidad de la muestra se presentó al identificar a las usuarias de la AUE diferenciándolas de las embarazadas que no eran usuarias. Luego de hablar con los directores de área de Neonatología y Maternidad se identificó que estas jóvenes madres eran usuarias de la AUE (debido a que muchas de las usuarias tienen la tutela de un adulto por ser menores de edad) porque los médicos completaban la libreta de la seguridad social, salud y educación. Este proceso presentó un tiempo porque los médicos argumentaban en un primer momento que el hospital era "un lugar solamente operativo" que no realizaba registro de las asignaciones, pero después los administrativos y enfermeras brindaron datos certeros sobre la cantidad de usuarias de la AUE en los sectores de Neonatología y Maternidad.

A continuación, mencionaremos las conformaciones familiares que surgieron en las entrevistas:

Yo no vivo con mi familia sino con mi marido... estoy viviendo aparte y somos cuatro: yo, mi marido, esta nenita y un niño... (Madre 1)

Yo estoy acompañada con mi pareja, yo vivo en San Martín y él en Oberá... (Madre 2)

Mi familia estaría toda aquí en Oberá, pero mi marido está allá en 25 de mayo... entonces vivimos los tres... solos... (Madre 3)

Mi familia estaría formada por mis dos hijas, ahora sería el segundo y el papa... sería que somos cuatro... y vivimos todos en el mismo lugar, una casa solo los cuatro y nadie más... (Madre 4)

Mi familia estaría formada por mis dos hijas...

Investigadora: ¿Convive con ellos? Sí entre los cuatro... (Madre 5)

Tengo una nena... marido...

Investigadora: ¿Esta sería tu segundo bebe? Sí. (Madre 6)

Está conformada por mi marido y yo... y mi bebé (risas)...

Investigadora: ¿Este sería el primero?

Sí...

Investigadora: ¿conviven los tres juntos no más?

Sí solo nosotros... (Madre 7. Noviembre del 2015. Hospital SAMIC de la Ciudad de Oberá)

El director de Neonatología tiene una representación o imagen de las jóvenes de clases vulnerables que se encuentran embarazadas:

Yo había elaborado una teoría; ¿Por qué viene una chica de 13 años embarazada? Primero porque es de clase social marginal, segundo porque no tiene ningún tipo de instrucción o su instrucción es muy pobre y tercero porque vienen de familias numerosas con muchos hijos, sin casas, sin medio de habitación adecuado... entonces qué es lo mejor para esos padres que de esa chica se haga cargo otra persona... es como se la entregan a otro... viene un tipo y se la lleva y dice y bueno esa va ser mi mujer pero después resulta que vienen solas a parir, y a veces vienen sin la Madre, pasan sin el marido los lazos o asistencias sociales para que se ocupen ellos después porque hasta acá tenían la atención.. Es una cosa muy compleja... ese es un tema que lo vemos mucho... y es una cosa que no podemos hacer nada... es un tema para estudiarlo muy a fondo... es recurrente... hay un aumento del embarazo adolescente...lo vemos en gran porcentaje... (Médico 1. Noviembre del 2015. Hospital SAMIC de la Ciudad de Oberá)

Se refuerza el argumento de *“qué es lo mejor para esos padres que de esa chica se haga cargo otra persona”* (forma de expresión de la población rural), por parte de otros médicos del hospital:

Son muy pocas las que vienen acompañadas por una pareja... que a veces es una pareja de la misma edad; la madre de 15 años el padre de 15 años, entonces son adolescentes, o por ahí lo que hemos visto que en algunas ocasiones que viene una chica adolescente con un hombre mayor de 30 o 40 años tampoco entendemos mucho cómo es esto... en otro país eso sería abuso... acá no... Uno sabe cómo interpretar eso... son chicas de 14 o 15 años con un señor mayor, se ve mucho eso en “la colonia”, le decimos nosotros a los lugares que salen del centro urbano... y si esas chicas por lo general están solas... tienen pocas familias, poca gente que les acompaña... (Médico 2. Octubre del 2015. Hospital SAMIC de la Ciudad de Oberá).

Por último, las madres afirman que lograron acceso al mercado de trabajo:

Investigador: ¿Tu pareja trabaja o algún otro miembro de tu familia?

Madre 3: Si trabaja en un aserradero...

Investigador: ¿Qué proyectos/aspiraciones/visiones tienes para tu vida con el nacimiento de tu hijo/a?

La verdad que ninguna... porque jamás tuve contacto con ningún niño...

Investigador: ¿Ni con ningún sobrino?

No nada...

Investigador: ¿A qué actividad has tenido que renunciar con tu embarazo? ¿Realizas estudios, trabajos formales, trabajos domésticos, trabajos informales, u otros?

No... Terminé todos los estudios...

Investigador: ¿Pero la escuela secundaria terminaste? ¿Trabajabas?

Si todos los estudios ... no trabajaba ... termine también unos cursos que estaba haciendo...

Investigador: ¿Qué carrera estabas haciendo?

Estaba haciendo secretariado administrativo... terminé y quiero buscar otra carrera... y todavía no sé qué elegir porque la verdad quiero pensar bien... porque hay tantas carreras... pero todavía no me decido que...

Investigador: ¿Más o menos para cuándo planificas hacerlo? ¿Aquí a tres meses?

Sí... más o menos sí... depende de las carreras que haya en 25 de Mayo...

Investigador: ¿Vos decís que el nacimiento del niño te va a afectar?

No... No creo... me organizo y estoy... (Entrevista Madre 3. Julio del 2015. Hospital SAMIC de la Ciudad de Oberá).

Otro de los resultados destacables es que los hijos de madres muy jóvenes (11 años a 21 años) terminan en el sector de Neonatología debido a que nacen con múltiples enfermedades.

A continuación, presentamos una descripción de los registros de los nacimientos de enero a octubre del 2015. (Tabla 2)

Tabla 2 - Registros de los nacimientos de enero a octubre del 2015.

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Total
Total de nacimientos	227	225	218	214	238	231	185	196	179	178	2091
Cesáreas	69 30 %	53 23 %	59 27 %	75 35 %	61 26 %	73 32 %	58 31 %	56 39 %	53 30 %	58 33 %	31.6 %
Fetos vivos	222	220	215	211	233	230	182	193	177	175	
Fetos muertos	5	5	3	3	5	1	3	3	2	3	16 35 %
< 37 sem.	9	12	20	11	12	8	13	5	11	16	
< 1000 g	2	2	1	2	0	2	1	0	0	0	10
1000 y 1499 g	2	5	5	1	2	0	3	1	1	0	20
1500 y 1999 g	1	1	4	4	2	3	2	1	6	3	
2000 y 2499 g	7	12	9	14	16	6	3	7	8	15	
Adolescentes	76 33 %	79 35 %	71 33 %	66 31 %	73 32 %	81 55 %	58 31 %	69 35 %	42 24 %	46 66 %	31.5 %
Aborígenes	1	2	2	2	6	2	1	1	0	2	

Fuente: Elaboración propia en base a la grilla del área de estadística del hospital SAMIC de la Ciudad de Oberá, octubre del 2015.

Se presentan que hay un rango de promedio mensual de nacimiento del 24 % al 35 % de nacimientos que pertenecen a mujeres adolescentes.

DISCUSIÓN

Las madres entrevistadas no superaban los 30 años de edad como máximo, en el cuál se incluye una niña de 16 años. Se evidencia que la posibilidad de que las defunciones se producen por falta de cuidado y desarrollo físico por parte de las madres debido a que no saben realizar los partos o concientizar su función materna.

Para comparar con estadísticas anteriores se observa que la mortalidad infantil en el hospital público de la Ciudad de Oberá, al año 2008 presentaba 43 defunciones neonatales como posneonatales, y al año 2015 presenta 35 defunciones por fetos nacidos muertos.

Si bien el programa SUMAR comienza en el 2004, y la Asignación Universal por Embarazo (AUE) en el 2011 se puede observar en el cuadro que las defunciones se reducen de un total de 213 defunciones neonatales (2008) pasa a 167 (2012), y de defunciones posneonatales de 122 (2008) se reduce a 110 (2012).⁽⁹⁾

En proceso media el cuidado que debe tener la unidad doméstica que es percibida por el estado mediante a la implementación de la AUE; pero se identifica, a partir de los criterios de los médicos, que se presentan algunas estrategias sociales para conformar la unidad doméstica.

Por ello, en el relato, la estrategia de las adolescentes embarazadas, que viven en zona rural, estaría centrada en la unión con un hombre mayor con poder adquisitivo para obtener algún tipo de bienestar. También en el relato del médico se observa que demanda una figura legal para controlar las relaciones.

El médico presenta la idea que esta unión de las madres adolescentes con hombres mayores a ella es de relación prescrita; antes de la concepción. Como se ha observado en la entrevista al médico n.º 1.

Las relaciones que exponen los médicos están reducidas a lo que se podría denominar dimensión sincrónica relacional, como también a la dimensión material u objetiva. ⁽¹⁰⁾ Según la socióloga Gutiérrez, ⁽¹¹⁾ para el análisis de unidad doméstica en situación de pobreza propone la realización de un abordaje metodológico relacional, a partir de cuatro dimensiones: sincrónica (la práctica individual del agente), diacrónica (condiciones estructurales e históricas), material u objetiva (posesión de bienes y servicios) y simbólica (representaciones e interpretaciones). Se podría argumentar que los médicos con el trabajo cotidiano con el paciente, no puede percibir la estructura social e histórica - dimensión diacrónica- en la que se encuentra el paciente, sino solamente la dimensión sincrónica, se tienen en cuenta sus características puramente individuales, con quien llega o relaciona, su lingüística, instrucción cívica (si se encuentra con vestimenta limpia), y por otra parte su dimensión material objetiva; que lleva de vestimenta, los objetos que posee, y hablar de su poder adquisitivo.

En este sentido, se produce una desvalorización de su educación, debido a que provienen de familias campesinas; sin contar que poseen un capital cultural acerca del trabajo del cultivo de la yerba mate y actividades agroecológicas, entre varias actividades rurales. Por otro lado, las madres, como se evidencia en el relato de la madre n.º 3 estaban realizando actividades laborales o estudiando. Es así como se refuta la idea expuesta por la Observatorio de la deuda social Argentina que la formación de una unidad doméstica acompañada con la AUE produce una alta carga doméstica que aleja a las mujeres de la posibilidad del mercado de trabajo. ⁽²⁾

Para futuras investigaciones se propone examinar la intervención que tienen los programas sociales estatales, como la AUE y el SUMAR; porque el promedio de que uno cada tres nacimientos sean de una madre niña o adolescente presenta mayor riesgo de disfunción. Siguiendo algunos datos de la CEPAL-UNASUR, ⁽¹²⁾ programas como Bolsa Familia en Brasil o el bono niño-niña Juana Uzurduy de Padilla en Bolivia contribuyeron a la reducción de la mortalidad infantil y al cumplimiento del calendario de vacunas para niños de 0-5 años de forma significativa con variables destacables. En el caso de Brasil, se cumplió con el calendario de vacunas fortaleciendo la inmunidad “con un impacto de entre 11.6 y 26 puntos porcentuales (dependiendo del tipo de vacuna)” como en la disminución de la mortalidad infantil 0.83 y 0.94 puntos porcentuales.

Con los resultados se evidencia como limitación de la investigación el tiempo de estudio sociológico. Se realizaron entrevistas en profundidad hasta llegar a la entrevista sociológica, no obstante, para la observación de la formación de la unidad doméstica a partir del nacimiento de un niño/a usuario/a de la AUE se precisaría de una observación participante prolongada para describir todo el proceso de trabajo en la relación médico-paciente. Por último, se destaca nuevamente que este programa social de transferencia condicionada, como otros de América Latina, están dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad social.

CONCLUSIONES

A partir de la investigación podemos argumentar que los programas sociales de AUE y SUMAR que son dirigidos al cuidado de la salud y la niñez, son centrales para la reducción de la mortalidad infantil y problemas neonatológicos. Por otro lado, existiría una forma de dimensionar (a partir de la dimensión sincrónica relacional) la formación de la unidad doméstica por parte de los médicos. Esta relación médico-paciente lleva a materializar y objetivar por medio de juicios las situaciones sociales que atraviesan las madres adolescentes y niñas que intentan llevar adelante una vida familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANSES. Asignación por Embarazo para Protección Social [Internet]. Buenos Aires: ANSES; 2016. [citado 2019 Ene 20]. Disponible en: <https://www.anses.gob.ar/asignacion-por-embarazo-para-proteccion-social>
2. Castillo N, Musante B, Mendoza JA. Aproximación a posibles efectos de la Asignación Universal por Hijo sobre el mercado de trabajo [Internet]. [VII Jornadas de Jóvenes Investigadores 6, 7 y 8 de noviembre de 2013]. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2013. [citado 2019 Ene 20]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-076/318.pdf>
3. Rodríguez-Gómez G, Gil J, García E. Cap I Tradición y enfoques de la tradición cualitativa. En Rodríguez-Gómez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 1.ra ed. Málaga: Aljibe ediciones; 1996; pp. 32-40.
4. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa [Internet]. Barcelona: Gedisa; 2006. [citado 2019 Mar 11]. Disponible en: <http://jbposgrado.org/icuali/investigacion%20cualitativa.pdf>
5. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y métodos para una teoría fundamentada [Internet]. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. [citado 2019 Mar 11]. Disponible en: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
6. Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Rev Fac Med [Internet]. 2017 [citado 2019 mar 11];65(2):329-332. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-329.pdf>
7. Stéphane B. El uso de la entrevista en las ciencias sociales. En defensa de la “entrevista etnográfica”. Rev Colombiana Antropol [Internet]. 2018 [citado 2019 mar 11];54(1):175-218. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcan/v54n1/0486-6525-rcan-54-01-00175.pdf>
8. Cerón-Martínez AU, López-Quiterio AE. El uso del estado del conocimiento en investigación educativa y su relación con las tradiciones de investigación como ejes orientadores. Una urgencia analítica. Rev Latinoam Metodol Investig soc [Internet]. 2015 [citado 2019 mar 11];(10):21-34. Disponible en: <http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/104/125>
9. Argentina. Ministerio de Salud pública. Distribución de las disfunciones neo-natales y pos-neonatales según año y departamento 2008 - 2012. Misiones: Ministerio de Salud pública; 2013.
10. Gutiérrez A. La producción y reproducción de la pobreza: Claves de un análisis relacional. En: Arzate Salgado J. Reproducción de la pobreza en América Latina [Internet]. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; 2011. p. 113-138. [citado 2019 mar 11]. Disponible en: <https://www.crop.org/viewfile.aspx?id=280>
11. Gutiérrez A. Pobre, como siempre. Estrategias de reproducción social de la pobreza. Córdoba: EDUVIM; 2014. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?id=mHVUDwAAQBAJ&pg=PA6&lpg=PA6&dq=Guti%C3%A9rrez+A.+Pobre,+como+siempre.+Estrategias+de+reproducci%C3%B3n+social+de+la+pobreza.+Segunda+ed.+Villa+Mar%C3%ADa:+EDUVIM;+2014&source=bl&ots=7lk_HaMoBJ&sig=ACfU3U1XFkuEx3RXZ_9dnM3oVAA7cogCTw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjD-aqbifvgAhUBMd8KHR52AG8Q6AEwAnoECACQAQ#v=onepage&q=Guti%C3%A9rrez%20A.%20Pobre%2C%20como%20siempre.%20Estrategias%20de%20reproducci%C3%B3n%20social%20de

[%20la%20pobreza.%20Segunda%20ed.%20Villa%20Mar%C3%ADa%3A%20EDUVIM%3B%202014&f=false](#)

12. CEPAL-UNASUR. Transferencias de ingresos para la erradicación de la pobreza. Técnico. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe;2014. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37390/S1420810_es.pdf

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en esta investigación.

Recibido: 11/03/2019

Aprobado: 02/04/2019



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#)